



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

RENATA BESSA HOLANDA

**EXPERIÊNCIAS DE SOFRIMENTO E DIAGNÓSTICA DE SI:
UMA “VIAGEM” POR NARRATIVAS EM PARALAXE**

FORTALEZA

2020

RENATA BESSA HOLANDA

EXPERIÊNCIAS DE SOFRIMENTO E DIAGNÓSTICA DE SI:
UMA “VIAGEM” POR NARRATIVAS EM PARALAXE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima.

FORTALEZA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

H669e Holanda, Renata Bessa.

Experiências de sofrimento e diagnóstica de si : Uma "viagem" por narrativas em paralaxe / Renata Holanda. – 2020.

197 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.

1. Diagnóstico Psiquiátrico . 2. Medicalização . 3. Processos Paraláticos. 4. Experiências de Sofrimento . 5. Narrativas de história de vida. I. Título.

CDD 150

RENATA BESSA HOLANDA

EXPERIÊNCIAS DE SOFRIMENTO E DIAGNÓSTICA DE SI:
UMA “VIAGEM” POR NARRATIVAS EM PARALAXE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 13/03/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Paulo Pereira Barros
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Cláudia Freitas de Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Fauston Negreiros
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Karla Patrícia Martins Ferreira
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

A Saulo Renan, pessoa que, com paciência e gentileza, mostra-me diariamente que a loucura também pode ser amada com todo o coração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, energia e amor que rege o universo e sem o qual nada seria possível.

À minha família, especialmente aos meus pais, Ruth e José Holanda, meus irmãos, José Neto e Victor, minhas cunhadas, Bruna e Sâmia, e meu sobrinho, José Victor. Estas são as pessoas do mais puro amor, muito cuidado, carinho e presença que habitam minha vida. Não consigo contemplar a possibilidade de ter realizado essa tese sem o apoio carinhoso, as palavras de força, os colos amigos e a compreensão por minhas ausências, que estes me concederam ao longo de todo esse processo. Um agradecimento especial à minha cunhada Sâmia, por ter me auxiliado a deixar este trabalho esteticamente mais bonito.

A Saulo Renan, homem forte, pessoa que, de uma forma muito própria, mostra rotineiramente o que é amor, carinho, presença, companheirismo, dedicação, paciência e tolerância. Pessoa que escutou minhas lamentações e sofrimentos, em tantos momentos e por tantas vezes, de forma acolhedora e compreensiva. Quem me levou para tomar *chopp* quando as ideias simplesmente não fluíam. Alguém que povoou minha vida com esperança, e me fez acreditar no mundo e na vida. Que você seja o amor da minha vida, para todo o sempre.

À minha segunda família, João Barros, Graça Lopes, Davi Barros, Gabriel Barros, Juliana Dantas e Lerricy Bento, que me mostram continuamente o que é viver em alteridade e expandir olhares a partir da união e do amor.

Ao meu orientador, Aluísio Lima, pessoa ativa a quem admiro por tantas conquistas, além de ser quem me ensinou o papel de um verdadeiro mestre: o de permitir que o seu aluno se desenvolva e, inclusive, que sofra em alguns momentos, mas entenda que somente assim conseguirá amadurecer para construir um novo olhar sobre o mundo. Você muito me ensinou, e serei sempre grata.

Aos meus amigos, José Krishnamurti, que é presença constante em minha vida, mesmo que passemos seis meses sem nos ver; Priscilla Costa, amiga sincera e carinhosa, que me levou para tomar café quando tudo parecia não funcionar, e me mostrou os meus próprios potenciais escondidos atrás das minhas ansiedades; Vinicius Furlan, amigo que viveu junto a mim experiências de sofrimento, e que mostrou que o suporte mútuo é a chave para toda superação; Jéssica Carneiro, a amiga mais linda e famosa, que me inspira com sua leveza, inteligência e beleza, e que me fez rir quando isso me era difícil demais para fazer sozinha; Beatriz Santos, amiga-irmã-gêmea, a melhor companheira de viagem, a pessoa mais feliz, leve e cuidadosa, e que me ofereceu o acolhimento que, por vezes, acreditei que nem mesmo

existia; Fernanda Lopes, amiga que me inspira a trabalhar, a superar limites, a pensar diferente e ser autêntica, de uma forma linda e espontânea, de um jeito que ninguém mais faz; Amanda Arruda, a amiga sincera, forte, cuidadosa e amorosa, e que me faz acreditar na potência da leveza; Filipe Jesuino, amigo de angústias, de questionamentos, de trocas riquíssimas, de suporte e apoio, e um dos profissionais que mais admiro; Sabrina Jesuino, a amiga na qual sempre encontro os sorrisos mais acolhedores, o abraço mais sincero e a competência sensível e amorosa que me inspira a ser uma pessoa e uma profissional melhor; André Bessa, amigo do melhor abraço do mundo, de olhar compreensivo e não radical, que me deu força para manter minha presença em espaços que me eram difíceis; Emanuel Messias, a quem agradeço pelos pensamentos pessimistas e as inquietações, pois sem elas eu não conseguiria ter me desenvolvido tanto, nem como pessoa nem como profissional; Caio Monteiro, quem comigo divide as culpas do mundo, e a quem muito agradeço por ter-me aberto tantas portas; Pedro Santos, pessoa que me mostrou absurdos e ideias geniais, sem nada de humildade e com enorme conhecimento; José Alves, amigo e intelectual que me ajudou a pensar esta tese em tantos momentos; Thais de Sá, amiga que trabalha mais que eu, e me é uma das maiores inspirações e exemplos de superação; Carol Negreiros, pessoa dos abraços mais apertados e carinhosos, e sem os quais eu não estaria bem como estou agora; David Mendes, um *brother*, que divide angústias e me mostra o que é a verdadeira escuta autêntica, cheio de humor e risadas; Flávia Ibiapina, quem me mostrou a maravilha da meditação, que tanto me ajudou a superar minhas ansiedades e escrever essa tese; Isabelle Siqueira, amiga-inspiração de calma e amor, e de quem cobiço tão linda conexão com o mundo.

Ao Sherlock e à Kyra, porque, afinal, não sei o que seria da vida sem o olhar verdadeiro e compreensivo dos animais. Foram vocês que me acompanharam em tantos momentos de escrita solitária, com um olhar carinhoso e lambidas repletas de amor.

Aos colegas de trabalho, do grupo Parallaxe, que encheram a rotina de questionamentos, devaneios e sorrisos leves.

Às profissionais Héliida (psicoterapeuta), Raquel Maia (psiquiatra), Karine Coelho (terapeuta integrativa), que me mostraram que cuidado em saúde é absurdamente mais que técnicas, diagnósticos e remédios.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC, com todos os seus atores, por oferecer serviços e educação de excelência.

À FUNCAP, pela bolsa de doutorado, tão difícil nestes nossos tempos.

Aqueles designados loucos, pelos médicos, pelos tribunais, pelos vizinhos, pelas famílias ou por si mesmos, falaram de sua experiência e, se o fizeram, essas palavras foram jogadas ao vento? A resposta, claro, é sim, eles falaram e escreveram, e não, essas palavras – ou não todas – não desapareceram no ar (NIKOLAS ROSE, 2019, p. 151).

RESUMO

A presente tese parte de questionamentos sobre as contradições no campo da saúde mental, que mesmo diante de tantas críticas aos manuais diagnósticos e às medicações utilizadas quando tratamos de experiências de sofrimento, vê o aumento exponencial destes em nossas sociedades, assim como a busca pelos mesmos. Tem o intuito de aprofundar-se nas histórias de pessoas que já receberam um diagnóstico psiquiátrico em algum momento de suas vidas, oferecendo um formato diferente de estudo, que foi nomeado como “viagens” às histórias de vida, compreendendo que os sofrimentos de vida experimentados por tantos não são reações exclusivamente fisiológicas e orgânicas, mas estão intimamente ligados às histórias de cada pessoa, essa a tese. Esta atitude nos permite ter um maior aprofundamento nas nuances concernentes às experiências de sofrimento de cada pessoa entrevistada, assim como um olhar em paralaxe, que questiona posicionamentos prévios e teorias que ditam serem experiências de sofrimento adoecimentos de base anatomo-fisio-patológicas. Realiza um estudo teórico-empírico, que toma as teorias críticas contemporâneas para discussão de seu objeto, assim como o auxílio do método de narrativas de história de vida de pessoas que já receberam um diagnóstico psiquiátrico em algum momento de suas vidas. Foram entrevistadas seis pessoas, que narraram suas histórias de forma livre, tendo como pergunta de partida “quem é você?”. Tal escolha metodológica se justificou pelo fato de estas possibilitarem a expressão de uma perspectiva histórica, pessoal e social dos sujeitos, promovendo uma visão mais ampla de suas experiências de sofrimento e contextos em que foram sendo construídas. Traz como fundamentação teórica as contribuições de estudiosos, como Ciampa (2005), Silva Júnior (2018), Safatle (2015), Lima (2010) Foucault (1972), dentre outros. As reflexões apresentadas contribuem para as discussões críticas relacionadas aos sofrimentos e adoecimentos na vida das pessoas: os múltiplos efeitos dos diagnósticos e medicalização da vida das pessoas; as relações sociais e a comunicação entre pessoas e grupos; o sistema econômico atual e suas repercussões; formas de vida e enquadramentos; a necessidade de maior politização dos sujeitos; e a urgência em repensarmos nossas visões de mundo.

Palavras-chave: Diagnóstico Psiquiátrico. Medicalização. Processos Paraláticos. Experiências de sofrimento. Narrativas de história de vida.

ABSTRACT

This thesis starts from questions about contradictions in the field of mental health, which even in the face of so many criticisms of the diagnostic manuals and medications used when dealing with experiences of suffering, sees the exponential increase of these in our societies, as well as the search for them. It aims to delve deeper into the stories of people who have already received a psychiatric diagnosis at some point in their lives, offering a different form of study, which was named as "travels" to life stories, understanding that the sufferings of life experienced by so many are not exclusively physiological and organic reactions, but are closely linked to the stories of each person, this the thesis. This attitude allows us to have a greater deepening in the nuances concerning the experiences of suffering of each person interviewed, as well as a parallax look, which questions previous positions and theories that dictate are experiences of suffering anatome-physio-pathological basis illnesses. Conducts a theoretical-empirical study, which takes contemporary critical theories to discuss its object, as well as the help of the method of life history narratives of people who have already received a psychiatric diagnosis at some point in their lives. Six people were interviewed, who narrated their stories freely, having as a starting question "who are you?". This methodological choice was justified by the fact that they allowed the expression of a historical, personal and social perspective of the subjects, promoting a broader view of their experiences of suffering and contexts in which they were being constructed. It brings as theoretical foundation the contributions of scholars, such as Ciampa (2005), Silva Júnior (2018), Safatle (2015), Lima (2010) Foucault (1972), among others. The reflections presented contribute to the critical discussions related to the sufferings and illnesses in people's lives: the multiple effects of diagnoses and medicalization of people's lives; social relations and communication between people and groups; the current economic system and its repercussions; life forms and frameworks; the need for greater politicization of the subjects; and the urgency of rethinking our worldviews.

Keywords: Psychiatric Diagnostician. Medicalization. Paralactic Processes; Experiences of suffering. Narratives of life history.

RESUMEN

Esta tesis parte de las preguntas sobre las contradicciones en el campo de la salud mental, que incluso ante tantas críticas a los manuales de diagnóstico y medicamentos utilizados cuando se trata de experiencias de sufrimiento, ve el aumento exponencial de estos en nuestras sociedades, así como la búsqueda de ellos. Su objetivo es profundizar en las historias de personas que ya han recibido un diagnóstico psiquiátrico en algún momento de sus vidas, ofreciendo una forma diferente de estudio, que fue nombrado como "viajes" a las historias de vida, entendiendo que los sufrimientos de la vida experimentada por muchos no son reacciones exclusivamente fisiológicas y orgánicas, sino que están estrechamente vinculadas a las historias de cada persona, esta la tesis. Esta actitud nos permite profundizar más en los matices relativos a las experiencias de sufrimiento de cada persona entrevistada, así como una mirada de paralaje, que cuestiona las posiciones y teorías anteriores que dictan son experiencias de sufrimiento enfermedades de base anatome-fisiopatológica. Realiza un estudio teórico-empírico, que toma teorías críticas contemporáneas para discutir su objeto, así como la ayuda del método de narrativas de la historia de la vida de personas que ya han recibido un diagnóstico psiquiátrico en algún momento de sus vidas. Seis personas fueron entrevistadas, que narraron sus historias libremente, teniendo como pregunta inicial "¿quién eres?". Esta elección metodológica se justificó por el hecho de que permitieron la expresión de una perspectiva histórica, personal y social de los temas, promoviendo una visión más amplia de sus experiencias de sufrimiento y contextos en los que se estaban construyendo. Aporta como fundamento teórico las contribuciones de académicos como Ciampa (2005), Silva Júnior (2018), Safatle (2015), Lima (2010) Foucault (1972), entre otros. Las reflexiones presentadas contribuyen a los debates críticos relacionados con los sufrimientos y enfermedades en la vida de las personas: los múltiples efectos de los diagnósticos y la medicalización de la vida de las personas; relaciones sociales y la comunicación entre personas y grupos; el sistema económico actual y sus repercusiones; formas y marcos de vida; la necesidad de una mayor politización de los sujetos; y la urgencia de repensar nuestras vistas del mundo.

Palabras clave: Diagnóstico Psiquiátrico. Medicamentos. Procesos Paralácticos. Experiencias de sufrimiento. Narraciones de la historia de la vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Carta de Navegação	187
------------------------------------	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ISD/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGP	Programa de Pós-graduação em Psicologia
TB	Transtorno Bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TO	Terapia Ocupacional
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1 PRELÚDIO: CONVITE A UMA VIAGEM	15
1.1 Paragens e Deslocamentos	19
2 O INÍCIO DA VIAGEM	24
2.1 Primeira paragem: o encontro com um peregrino faminto	24
2.2 Segunda paragem: uma heroína baixinha, verdadeira e transparente	33
2.3 Terceira paragem: um jovem que foi de prodígio à decepção e sua guinada	40
2.4 Quarta paragem: o preço a ser pago por amar a Xuxa	51
2.5 Quinta paragem: guarde coisas negativas para sobreviver	58
2.6 Sexta paragem: quando o enfrentamento da escuridão, ao invés da morte, pode produzir vida	66
3 PAUSA PARA UMA REFLEXÃO SOBRE AS PARAGENS: ENTRELAÇANDO NARRATIVAS E A VIDA	74
3.1 Pessoas em relação (de violência)	75
3.2 Experiências de sofrimento	107
3.3 Diagnósticas de si	154
3.4 Autocuidado e projetos de vida	172
4 HORA DE ARRUMAR AS MALAS	186
5 A VIAGEM NÃO TERMINA NUNCA	193
REFERÊNCIAS	194

1 PRELÚDIO: CONVITE A UMA VIAGEM

Olá, companheira(o)!

Meu nome é Renata. Início dizendo meu nome, pois entendo, como Umberto Eco (2016, p. 13), que só “entendemos um autor quando o inserimos num panorama”. Sou psicóloga de formação e ao longo da minha caminhada, realizei estudos e pesquisas sobre o grande campo da saúde mental, campo este que sempre me gerou muitas inquietações e questionamentos. Neste momento, minha principal expectativa é oferecer-lhe uma possibilidade de “viagem” adentrando em um campo específico, de uma forma mais profunda. Porém, como sei bem que todos temos nossos limites, gostaria de situá-lo(a) sobre quais serão os lugares que pretendo visitar e quais serão as discussões desenvolvidas nesta jornada, já que não é possível contemplarmos completamente um campo tão amplo, assim como é o da saúde mental.

Possivelmente você veio ao meu encontro porque estava interessado em realizar uma jornada por histórias de vida, algo que estou aqui me propondo a fazer. Que bom tê-lo(a) aqui! Desde já, te digo que nessa tese “viajaremos” e realizaremos algumas paragens, visitando espaços que tem me intrigado e me feito criar alguns questionamentos. Gostaria de apresentá-los a você, para checarmos se estamos alinhados em nossas propostas e se podemos fazer esta viagem juntos.

Considero importante deixar claro de onde parto. Para desenvolver esta caminhada, a Psicologia Social Crítica me ofereceu fundamental base, por ser um campo de estudo que desenvolve discussões que buscam evidenciar a ideia de indissociabilidade entre teoria e prática, o que confere ao sujeito que dela parte não um papel de pretensa neutralidade científica, mas, sim, o de um sujeito implicado, contextualizado histórica, social e culturalmente, tendo um papel de agente político, responsável pela transformação da realidade e promoção da emancipação (LIMA; CIAMPA; ALMEIDA, 2009).

A partir disto, e em especial a partir dos estudos de Lima (2010), pude perceber as inúmeras paralaxes da vida. Paralaxe é um conceito da astrofísica, que diz respeito ao deslocamento aparente de um objeto na medida em que se muda o ponto de observação. Žižek (2009) nos afirma que

A definição padrão de paralaxe é: o deslocamento aparente de um objeto (mudança de sua posição em relação ao fundo) causado pela mudança do ponto de observação que permite nova linha de visão. É claro que o viés filosófico a ser acrescentado é que a diferença observada não é simplesmente "subjetiva", em razão do fato em que o mesmo objeto que existe "lá fora" é visto a partir de duas posturas ou ponto de vistas diferentes (ŽIŽEK, 2009, p. 32, grifos do autor).

Diante disto, e ainda segundo Žižek, (2009), a paralaxe leva o sujeito a uma tensão com seu próprio significado, pelas posturas que assume durante a reflexão. Porém, devemos lembrar, ainda, que o sujeito não se separa do espaço em que está inserido, não produz conhecimento de forma apartada ao meio que pertence, e é isto que possibilita articular a visão em paralaxe como mudança do ponto de vista.

Dessa forma, podemos afirmar que os processos de formação de paralaxes fazem parte do próprio tecido que organiza nossa realidade, ambígua e contraditória, mas que articulam inúmeros sentidos. Assim, uma visão em paralaxe aumenta o seu alcance exatamente ao reconhecer as suas distorções (CANETTI, 2017).

Esta ideia, posteriormente, é desenvolvida por Almeida (2006) com sua noção de anamorfose, que se refere a uma figura que apresenta uma perspectiva deformada e exige do observador um deslocamento de seu ponto convencional, uma busca de um novo ponto de vista para ser reconhecida (SILVA JÚNIOR, 2001 *apud* LIMA, 2010).

Almeida (2006) liga esta ideia aos fenômenos de sofrimento mental, que podem apontar as contradições inerentes entre as identidades socialmente idealizadas e as disputas entre políticas de identidade e o conteúdo ético, que estaria na possibilidade de criar possibilidades de existência mais justas, consistindo como formas de resistência.

Com isto, olhemos para o que mais comumente se chama, atualmente, de transtornos mentais, ou transtornos psiquiátricos. Vivemos uma era biomédica, a das explicações biológicas com uma conseqüente prática curativa para todo e qualquer sintoma que apresentarmos. Temos manuais extensos para explicar o que, “verdadeiramente”, estamos experimentando, manuais estes que se embasam em premissas de um funcionamento adequado do corpo humano, de forma que se algo perturbar o equilíbrio ideal do organismo, rapidamente será determinado como uma patologia que se apossou do mesmo. Assim, diante de um fenômeno de sofrimento, o olhar biomédico toma posturas que pretendem discorrer sobre as patologias anatomo-fisiológicas de um determinado transtorno e as atitudes adequadas diante disto.

Que isto é algo problemático, a literatura na área da saúde mental nos deixa bem claro. Ao longo da nossa história, o próprio movimento da antipsiquiatria trouxe

importantíssimas contribuições quanto a isto, com, por exemplo, Goffman (2001), Foucault (1972), Szasz (1971), Laing (1960). Localmente, nosso movimento da Luta Antimanicomial também ofereceu importante cenário quanto a um novo posicionamento diante do sofrimento mental e das práticas envolvidas, com forte influência de autores específicos (KINOSHITA, 1987; CIAMPA, [1987] 2005; AMARANTE, 1995; LIMA, 2010).

Porém, a questão que para mim tomou corpo consiste na contradição de que, mesmo diante de tantas importantes contribuições, de tantos questionamentos substanciais, os manuais diagnósticos e as medicações para nosso sofrimento de vida se aprimoram a cada dia, crescem em número e qualidade, e são cada vez mais buscadas. As pessoas, por conseguinte, seguem nessa busca, reforçam-na, e produzem múltiplos sentidos acerca destes processos. Muitos sofrem por serem diagnosticados e medicados; outros sofrem ainda mais por não terem acesso a isto.

Passei a me questionar fortemente sobre que processos são esses que acontecem, mas que, por tantos momentos, parece que não conseguimos acessá-los em todas as suas nuances. A contradição para mim ficava cada vez mais intensa, pois enquanto mais e mais teorias eram lançadas fazendo críticas a estes modelos, em meu cotidiano, presenciava um número cada vez maior de pessoas angustiadas, em busca de diagnósticos e medicações. A questão seria criticar as medicações e diagnósticos, e fazer essas pessoas entenderem que não deveriam buscá-los? Ou a questão seria “naturalizar” o uso dos mesmos e entendê-los como algo que vivenciamos em nosso cotidiano? Essas indagações começaram a me levar para locais que não pareciam me oferecer a realidade do que acontecia com as pessoas, em seus sentimentos, medos, angústias e rotinas mais próprias, revelando mais uma atitude dicotômica do que um entendimento amplo da questão.

Estas indagações aumentaram quando eu mesma experienciei esse tipo de sofrimento no início do doutoramento. Na ocasião, todos me sugeriam buscar práticas médicas, medicações, recursos que, sim, acabei por recorrer, e que me fizeram adentrar um pouco mais fundo a experiência de quem sofre atualmente, mediante nossos discursos vigentes. Nesse momento, porém, ficou-me algo muito claro: mais do que nunca, tornou-se necessário o deslocamento do ângulo de visão, que possibilitaria ver as experiências de sofrimento das pessoas (que embora sejam descritas como sofrimentos mentais, são sofrimentos de uma vida, são experiências de sofrimento) em outras paraxes.

Passei a entender que nomear essas experiências como sofrimento mental nos leva a uma compreensão específica, que determina onde o sofrimento acontece. Como é de um acordo comum entre os indivíduos, ao falarmos de “mente” entendemos algo localizado em

nossa região superior do corpo, nossas cabeças¹. Esse entendimento é expandido, sendo desenvolvido pelas ciências médicas, com seu olhar marcadamente anatomo-fisio-patológico. Assim, vários estudos passaram a demonstrar que nossas sensações e reações emocionais são geradas por reações fisiológicas ligadas ao sistema nervoso, o que provoca o entendimento de que, quando temos alguma questão relativa às nossas emoções, devemos, conseqüentemente, apresentar um desequilíbrio fisiológico dessas funções.

Contudo, minha resposta a isto era não, a questão não me parecia essa. Nossos sofrimentos não são causados por reações fisiológicas, exclusivamente, como se delas fôssemos vítimas e sem possibilidade de reação. Para bem além disso, nossos corpos, imersos em um mundo complexo e repleto de situações que geram angústia, dor, desamparo e opressões, respondem às várias experiências às quais são expostos, sofrendo. Este sofrimento, portanto, dá-se no corpo como um todo, e não somente em uma região específica, assim como reflete em nossa realidade e em nossa vida cotidiana.

Assim, em vez de continuar minhas buscas, ansiosamente e prioritariamente, em fontes teóricas e discussões acadêmicas, havia algo que precisava ser, urgentemente, visitado: os relatos das pessoas que, em algum momento de suas vidas, haviam experimentado uma condição de sofrimento e haviam, conseqüentemente, recebido um diagnóstico psiquiátrico e a conseqüente medicalização dos mesmos. Além disso, percebi que não era o caso, também, fazer uma caminhada teórica, que se desenvolveria através de questões que estariam embasadas em minhas indagações prévias, as quais conduziriam as pessoas a respondê-las dentro dos limites das mesmas, não dando espaço para suas falas em maior amplitude.

Não era mais um trabalho bem delimitado e definido que eu percebia como possibilidade. Na verdade, o que realmente deveria acontecer era uma “viagem” aprofundada pelas histórias de vida destas pessoas, de forma ampla, minimamente pré-estabelecida (pois entendia que tinha que partir de algum ponto) e dando espaço para suas alteridades virem à tona. Somente a partir disto, poderiam ser elencados os vários elementos que estariam, realmente, atuando nestas experiências, e sobre eles seria possível refletir, além de propor intervenções em nossa realidade que se aproximassem mais das necessidades expostas pelas pessoas que se encontram em sofrimento.

Deslocar-se, viajar, ver outras realidades mais de perto se faz muito importante, pois, como indica Canetti (2017) “O deslocamento do ponto de vista permite perceber a

¹ Embora saibamos bem que a discussão sobre onde se localiza a mente já tenha inúmeras problemáticas e questionamentos, por não se tratar como objeto específico desse estudo, decidimos por trazer o entendimento compartilhado pelo saber comum.

realidade de outra maneira, mas mais do que isso, permite articular outros significantes para entender a realidade”. Reforço a importância de entendermos nossas realidades de outras formas, pois o fenômeno ao qual me deparei mostrava que existem muitas contradições no campo da saúde mental, muitas disputas de poder, jogos de interesse e, conseqüentemente, pouca atenção aos que sofrem cotidianamente, que tem muito a nos comunicar. Há, de fato, também muitos significantes quando tratamos de saúde mental, ou de seus desdobramentos como doença mental ou transtornos psiquiátricos.

Mas quais significantes? Que outros elementos estão envolvidos neste campo, que podem gerar repercussões na vida de muitos? E como se sentem aqueles que padecem diante de seus sofrimentos? Que têm suas possibilidades e liberdades cerceadas por tantos discursos?

Isso tudo poderá ser acessado a partir das viagens que faremos. E então, estamos alinhados? Já posso chamá-lo de meu companheiro de viagem? Se sim, sigamos! Muito temos o que desbravar. A partir daqui, seremos nós dois, viajando, refletindo, discutindo sobre as várias experiências que conheceremos e que entraremos em um contato mais estreito. Mas antes de viajarmos, precisamos ainda discutir como se realizará nossa jornada. Vamos para esse próximo ponto?

1.1 Paragens e Deslocamentos

É importante alertar que o foco principal de nossa viagem serão as narrativas de pessoas que passaram por experiências de sofrimento em algum momento de suas vidas e receberam um diagnóstico psiquiátrico. Pode-se dizer que esses serão nossos pontos de parada ao longo da odisseia. É importante ressaltar que traçaremos um caminho que se embasa nestas experiências, prioritariamente, mas também “costurando-as” às reflexões teóricas que já se encontram previamente organizadas em nossa bagagem. Assim, faremos uma jornada teórico-empírica, tendo como pano de fundo as discussões em Psicologia Social Crítica, que através de autores de teorias críticas contemporâneas, conceder-nos-ão uma base teórico-metodológica que possibilita um olhar aguçado e questionador sobre as realidades de vida.

Nosso olhar não será, portanto, embasado em métodos que trazem como prioridade a objetividade e quantificação da realidade, pois entendemos, assim como Aluísio Lima (2010), que tal postura pode cair em reducionismos, por visar o controle de variáveis e resultados generalizáveis. Nossa jornada terá, assim, um caráter qualitativo, pois nosso intuito maior é exercer uma atitude que assinala diferenças e particularidades que impedem as generalizações e universalizações.

É importante, também, combinarmos como será realizado nosso contato de forma mais aprofundada com as histórias de vidas pelas quais viajaremos. Para que isto seja possível, utilizaremos um método que consiste nas narrativas de história de vida, pois entendemos que estas possibilitam a expressão de uma perspectiva histórica, pessoal e social dos sujeitos, promovendo uma visão mais ampla de suas experiências e contextos em que foram sendo construídas, com um olhar mais profundo sobre o que realmente se passa com quem recebe um diagnóstico psiquiátrico. Esta profundidade é prioritária para nós.

No que se refere a esta metodologia, Lima (2010) e Antônio da Costa Ciampa (2005) têm mostrado como tem sido uma forma apropriada para obter as informações necessárias para a compreensão ampla de processos sociais, não visando legitimar verdades a partir das falas dos sujeitos, mas materializar compreensões sobre os processos complexos que constituem nossas realidades. Além disso, “o sofrimento é indissociável de uma experiência narrativa que mobiliza sistemas sociais de valores, narrativas e expectativas fracassadas de reconhecimento” (SAFATLE, 2015, p. 10), amplitude que buscamos acessar neste processo.

Quando são registradas narrativas de histórias de vida, estas podem ocorrer de forma parcial – onde um espectro específico da vida dos sujeitos é abordado – ou completa, onde os sujeitos não possuem delineamentos para desenvolver sua narração. No caso de nossa jornada, e considerando nosso objetivo de nos aprofundar e construir um olhar mais amplo sobre estes espectros da vida, deter-nos-emos na face completa das entrevistas, visto que a partir de relatos mais livres poderemos melhor apreender sobre as experiências e processos complexos envolvidos nas práticas que para nós se encontram como um problema, assim como os impactos destas na vida dessas pessoas (MINAYO, 2010).

Além disso, escolher este método de narrativas de história de vida de pessoas que já receberam diagnósticos psiquiátricos em algum momento de suas vidas se justifica pelo número reduzido de pesquisas que incorporam a participação desses agentes de forma direta e implicada, o que mostra a relevância de fazermos essa “viagem” de aprofundamento. Destacamos, ainda, a importância do acesso direto às falas destas pessoas, pois assim podemos contribuir nos processos de responsabilização, negociação e modificações no sentido de aproximar as necessidades com os desejos de saúde, reconhecendo-os como sujeitos de produção e não simplesmente indivíduos assujeitados ao seu processo de produção de saúde.

Aprofundar-nos nestas histórias, portanto, não terá o objetivo de comprovar hipóteses com base em conteúdos relatados, mas será uma base para justificarmos alguns argumentos e reflexões que serão por nós desenvolvidos, de forma localizada e

contextualizada. Nossas reflexões, a partir da viagem realizada, estarão mais próximas do que Foucault chamou de diagnóstico do presente:

Que o que eu faço tenha alguma coisa a ver com a filosofia é muito possível, sobretudo na medida em que, ao menos desde Nietzsche, a filosofia tem por marca diagnosticar e não procura mais dizer uma verdade que possa valer para todos e por todas as épocas. Eu procuro diagnosticar, realizar um diagnóstico do presente: dizer o que somos hoje e o que significa, hoje, dizer o que nós dizemos (FOUCAULT, 2001, p. 629 *apud* JAQUET, 2017, p. 79).

Assim, diagnosticar o presente é

[...] apreender as características de um dado momento e também, ao mesmo tempo, enxergar nele o lugar em que estamos a comentar sobre ele. Para Foucault, este tipo de posicionamento acaba por não dar lugar à formulação de verdades universais como medidas operacionais em quaisquer circunstâncias (JAQUET, 2017, p. 83).

Nosso movimento não busca, portanto, ter acesso às narrativas das experiências de sofrimento para construir regras invariáveis e aplicá-las, como fórmulas que devem caber na vida de todas as pessoas. Bem distante disso, buscamos acessar as múltiplas significações da experiência de sofrimento, para termos maior compreensão sobre as tensões e efeitos que determinados discursos produzem nas pessoas que vivem ou viveram essa experiência. Assim como Ciampa (2005), entendemos que a fala particular nos traz imagens do universal, partindo de uma unidade singular. Acreditamos que quando abrimos espaço para uma fala mais livre e espontânea podemos acessar de forma mais concreta os elementos que realmente se fazem importantes para a experiência de quem experimenta receber um diagnóstico psiquiátrico em nossa atualidade.

O ponto de vista que embasa nossa jornada poderia ser descrito, portanto, da seguinte forma: não único, entendendo os limites que teremos ao longo de nosso caminhar e deslocando-nos quando entendermos ser necessário; um olhar não radical, uma vez que se pretende compreensivo, uma percepção crítica das realidades como forma de ampliar discursos e entendimentos, e não como promotor e mantenedor de verdades e regras; e, por fim, um foco que se apresenta móvel e flexível, com intuito de acompanhar as transformações no tempo e no espaço de cada fenômeno, não somente adaptando-se às mesmas, mas entendendo os processos de cada momento histórico das sociedades e caminhando com as mesmas.

É importante registrar também que entendemos que as narrativas não são apenas o mero contar de histórias, de forma não implicada, mas que se constituem mais como uma atitude do pesquisador que visa abrir as vias de expressão de sujeitos que, por tantas vezes são silenciados. A partir das narrativas é possível visitar cada história e, em alguns casos, até recriá-las. Quanto a isto, entendemos viver num mundo carente de criação de imaginação, e que traz mais uma reprodução monótona a serviço do presente e das formas de produção vigentes. Compartilhamos a ideia de Jonathan Crary (2016), que discorre ser a imaginação indispensável quando falamos de sobrevivência coletiva, o que implica misturar as capacidades visionárias tanto da memória quanto da criação.

Assim, como bons viajantes que somos, e para desenvolvermos esta atitude que previamente levamos como intento, precisamos nos permitir estar em constante deslocamento, o que nos possibilitará visitar e refletir sobre as experiências pelas quais passaremos em diferentes pontos de vista, e não com uma atitude rígida e estática sobre aquilo que nos é mostrado. Esta atitude busca não somente obter respostas a perguntas previamente formuladas, mas desenvolver uma real compreensão dos múltiplos elementos que constituem os entendimentos que embasam nossos olhares sobre o mundo. A visão em paralaxe será empregada ao longo de toda a nossa viagem, qual nos permitirá o deslocamento entre pontos de vistas que permitem observar o ponto cego do outro (CANETTI, 2018, s. p.).

Nossa “viagem” será realizada, assim, por vidas contemporâneas às nossas, tendo como base uma atitude crítica e reflexiva acerca das mesmas. Visitaremos seis “paragens”, que são relacionadas às narrativas de histórias de vida de seis pessoas, maiores de 18 anos, tanto do sexo feminino como masculino, que foram diagnosticadas por psiquiatras ou psicólogos com quaisquer tipos de transtornos mentais ao longo de suas vidas.

O acesso às narrativas destas pessoas foi possível pela realização do projeto guarda-chuva “Coisas Frágeis: narrativas sobre os efeitos do diagnóstico psiquiátrico para a identidade”, coordenado pelo professor Doutor Aluísio Ferreira de Lima, registrado na Plataforma Brasil (CAAE: 53338416.0.0000.5054), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) em 18 março de 2016 (parecer n. 1.457.037). A escolha dos participantes entrevistados ocorreu considerando os diferentes modos de organização da vida após o diagnóstico psiquiátrico, independente se os participantes frequentam/frequentaram, ou não, serviços de saúde mental e coletivos antimanicomiais².

² É importante destacar que os registros das narrativas ocorreram somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, em lugares que foram acordados

As narrativas foram registradas no decorrer do ano de 2017 e 2018, sendo devidamente gravadas com aparelho de áudio específico para tal atividade. As mesmas eram realizadas partindo das seguintes perguntas orientadoras: “quem é você?” e “como você se tornou quem você é hoje?”. De acordo com o desenvolvimento das narrativas, algumas outras perguntas foram feitas, contudo de uma forma aberta e não previamente estruturada.

Depois de registradas as narrativas, foram realizadas as transcrições, sendo cada uma das narrações transcritas de forma literal. Transcritas as narrativas, entramos em contato com cada participante, novamente, para apresentar as narrativas na íntegra para que pudessem ler e dar seu consentimento quanto ao uso dos conteúdos por eles expostos e ali transcritos.

Com as narrativas transcritas e revisitadas pelas pessoas que participaram delas, foram realizadas leituras exaustivas das mesmas, sendo criados resumos das histórias de vida, os quais consistirão nas paragens que visitaremos a seguir. Vale ressaltar que o trabalho com narrativas de histórias de vida próprias é um processo que deve ter extremo cuidado em relação ao sigilo, pois traz à tona situações de vida que envolvem vários sujeitos e, por vezes, muito sofrimento. Por isso, foram mantidas em sigilo informações mais específicas das pessoas, como naturalidade, cidades onde residem, idades e outras informações que poderiam identificá-las de quaisquer formas. Escolhemos nomes fictícios, que tiveram como inspiração nomes de personagens de filmes que retratam, de formas diversas, experiências de sofrimento: Trevor (O operário, Brad Anderson, 2005); Val (Que horas ela volta? Anna Muylaert, 2015; o nome de seu marido, Carlos, também foi inspirado no filme); Dani (Midsommar, Ari Aster, 2019); Neto (Bicho de sete cabeças, Laís Bodanzky, 2001); Pat (O lado bom da vida, David O. Russel, 2013); e Arthur (Coringa, Todd Phillips, 2019).

Finalmente, nosso itinerário será, portanto, o seguinte: a seguir, viajaremos ao encontro das narrativas de histórias de vida de cada pessoa entrevistada; em seguida, suspenderemos um pouco nossa viagem para refletir sobre o que vimos, sobre o que entramos em acesso, e a partir de discussões com teorias críticas contemporâneas, construiremos novas formas de olhar as experiências de sofrimento; e por fim, discutiremos o que ficou desta jornada em nós, o que ela pôde produzir e de que forma podemos contribuir para o grande campo que entende as experiências de sofrimento a partir da jornada que aqui realizaremos.

Sigamos, pois é longo o caminho que trilharemos a partir daqui.

considerando o maior conforto e a garantia de privacidade, evitando, assim, qualquer possibilidade de exposição e constrangimento para os entrevistados, conforme estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

2 O INÍCIO DA VIAGEM

2.1 Primeira paragem: o encontro com um peregrino faminto

Trevor é um jovem adulto, e alguém que se descreve como quem tem muito gosto pelo conhecimento. Caminha pelas ciências exatas e pelas ciências humanas, sem restrições, tendo grande gosto pelas discussões e embates sobre as questões físico-estruturais do universo e as relações humanas estabelecidas. Adora ler e estudar sobre temas que envolvam a natureza, o tempo e outros conteúdos afins.

Sua família é presente em sua vida, tendo um lugar importante em diversos dos processos que vivenciou e vivencia até hoje. Durante muito tempo, morou com seu avô, a esposa deste (de um segundo casamento, posterior ao casamento com a avó consanguínea de Trevor) e sua mãe, numa casa muito confortável e luxuosa. O pai, porém, Trevor não chegou a conhecer, pois o mesmo abandonou a família muito cedo em sua vida. Com tal ausência, Trevor acabou por construir sua referência paterna no avô, a quem sempre chamou de pai.

Conflitos familiares foram constantes ao longo de sua vida. Desentendia-se bastante com a esposa do avô, sentindo muita raiva da mesma e entrando em inúmeros embates com ela. Sentia-se irado quando a mesma fazia questão de expressar publicamente que ficaria com todas as posses do marido, quando o mesmo viesse a falecer. Trevor entendia que a relação dela com o avô era embasada, claramente, em interesses financeiros, e revoltava-se com a situação. Tentava expressar tal descontentamento, mas na maior parte do tempo era entendido como alguém muito revoltado, agressivo, e que deveria ser silenciado. Isso o revoltava mais ainda, mas era difícil encontrar brechas que o permitissem superar tal situação. Submetia-se, revoltado e insatisfeito com as hipocrisias e interesses financeiros que faziam parte da vida que a família levava.

Falando do quesito financeiro, falamos de um forte atravessamento não somente na vida de Trevor, como também na família como um todo. Seu avô era uma pessoa com muitas posses, o que possibilitava uma vida confortável e, muitas vezes, luxuosa à família. Trevor passou sua infância e adolescência dentro de tais circuitos, mas em sua adolescência, começou a perceber as contradições familiares, que revelavam, por um lado, a posse de capital suficiente para uma vida confortável e manutenção de bem-estar familiar e, por outro, a precariedade do cuidado no cotidiano vivenciado por todos.

Tal situação atingiu seu estopim em um dia em que Trevor chegou faminto em casa, e percebeu que não havia nada para que pudesse saciar a fome. Na busca de algo para

comer, depara-se com uma quantia considerável em dinheiro vivo, em cima de uma mesa. “Bom”, logo pensou, “*a falta de alimentos dentro dessa casa claramente não se deve à falta de dinheiro*”, ficando extremamente revoltado com a situação, que acontecia com tanta frequência.

Além das contradições familiares e da fome que em tantos momentos sentia, outras situações também o causavam forte sofrimento. Quietinho, aos sete anos de idade, Trevor assistia à televisão quando sua tia, que morava na mesma casa da família e poucos anos mais velha que ele, aproximou-se para compartilhar do momento. Seguindo uma série de eventos dos quais nem mesmo consegue se lembrar com precisão, a situação culmina com sua tia o masturbando. Entre sensações confusas de prazer e desentendimento do que estava acontecendo, a tia pediu que ele a penetrasse. Confuso, Trevor o fez, e entregou-se à situação.

O evento não produziu bons frutos. Pouco tempo depois, a tia, enfrentando suas próprias questões, começou a afirmar que a culpa do ocorrido havia sido dele, jogando toda a responsabilidade sobre ele e garantindo que ele a havia forçado a fazer aquilo. De abusadora, tornou-se vítima da situação de abuso. Em seus sentimentos mais profundos, Trevor passa a imaginar que realmente foi o culpado; porém, sua razão argumenta o contrário, justificando sua tenra idade e ingenuidade à época, o que o tornava incapaz de assumir a responsabilidade por tais atos. De uma forma ou de outra, o que é claro para Trevor, atualmente, é a existência do seu conflito, que em muitos momentos produz sofrimento e o faz sentir-se muito mal consigo mesmo e com as outras pessoas.

No que se refere à sua vida escolar, sua narrativa oferece mais uma dimensão complicada, uma vez que esse período de sua vida foi constituído por uma rotina que se desenrolava entre agressões físicas dos colegas e o tornar-se alvo de chacotas, devido aos seus problemas de dicção. Diante do *bullying* sofrido, Trevor não conseguia desenvolver, naturalmente, laços afetivos com ninguém, sendo a escola um ambiente aversivo para ele.

Seguia assim, como dizemos no ditado popular brasileiro, aos trancos e barrancos, com tão poucos anos de vida. E se não bastassem os problemas que enfrentava cotidianamente, quando possuía apenas onze anos de idade, sua mãe entrou em intenso conflito com seu avô, o que ocasionou grande desgaste e a posterior saída dela da casa dos pais, levando Trevor consigo. Contudo, à época sua mãe possuía um emprego que a provia de poucos recursos, o que fez com que passassem por muitas dificuldades quanto ao sustento básico de suas vidas. A fome, fiel companheira, impusera-se ainda mais forte nesse momento ainda com mais força, com intensidade tal que deixava a Trevor apenas a possibilidade de dormir para esquecê-la, dormir para afastar-se minimamente dela. Sua mãe, sofrendo também

com a situação na qual estavam, percebe em sua crueza a impossibilidade de manter o sustento próprio e do filho, e decide se reconciliar com o pai para que pudessem voltar a morar juntos em sua casa.

Retornam para a casa do seu avô. Entretanto, após passar por tamanho sofrimento, sua mãe decide que buscaria intensamente novas possibilidades de emprego, visando maior obtenção de recursos financeiros e a conseqüente possibilidade de autossustento, assim como do filho. Em pouco tempo, consegue um novo emprego, que realmente a possibilitou alcançar seus objetivos. Porém, seu novo emprego exigia constantes viagens para outras cidades, o que provocou o afastamento dela do convívio com Trevor, que ainda bem jovem, sentia muito sua ausência na rotina familiar. Sentindo-se abandonado pela mãe, ele sofria, o que era ainda complementado por constantes piadas advindas de seus familiares, que afirmavam que sua mãe não deveria gostar muito dele, já que o havia abandonado daquela forma. Abandono do pai, abandono da mãe, abandono diário dos familiares. Sua lista de abandonos crescia, a cada momento.

Dessa forma e dentro de tais contornos, Trevor crescia, amadurecia, sempre com uma dose generosa de sofrimento que oferecia um significativo pano de fundo em sua construção dos olhares sobre sua própria vida. Quando adolescente, narra que passou a andar com “pessoas erradas”, concepção que advinha do fato de estas se envolverem com venda e uso de drogas e por andarem continuamente em posse de armas de fogo. A essa altura de sua vida, sentia-se continuamente mal e tinha grandes dificuldades em ver sentido na própria vida.

Chegou até mesmo, em um dado dia, na companhia das pessoas com quem andava, a pegar a arma de um dos amigos e ameaçar se matar. Alegava ser sua vida muito ruim, com uma família muito hipócrita e que não conseguia desenvolver afetos e vínculos verdadeiros, de forma que via muito mais sentido em dar fim à própria vida do que em mantê-la. Sentia-se um estrangeiro em sua própria vida, em sua realidade. Um dos amigos, porém, empático ao seu sofrimento, entrevistou de forma direta, pedindo que não tirasse a própria vida e acolhendo um pouco de suas angústias.

Trevor recuou, e desistiu da ideia de acabar com sua existência. Porém, isso não fez com que viesse a se sentir bem, mas pelo contrário, sentia-se cada vez mais entristecido e sofrido por tudo o que vivia. Algum tempo depois, conversando com um professor do colégio onde estudava e em quem tinha maior confiança, chegou a compartilhar o ocorrido sobre a tentativa de tirar a própria vida. O professor, assustado com seu relato, ficou muito preocupado com sua segurança e repassou o acontecido para conhecimento da mãe. A notícia produziu grande angústia e conflito para a mãe. Ela sentia uma enorme confusão, pois queria

promover o sustento do filho, mas isto a estava impossibilitando de acompanhá-lo mais de perto. Não sabia o que poderia fazer para auxiliá-lo em tamanha dor.

Junto a todas essas experiências, os conflitos que antes tinha com a esposa do avô se mantinham e se tornavam mais intensos a cada episódio. Quando completou aproximadamente 20 anos de idade, irado com a esposa do avô, e com as várias outras contradições e violências que vivenciava na casa da família, afirmou que não seria mais possível morar junto com ela na mesma casa, lançando seu ultimato: ou ela deixaria a casa onde moravam, ou ele mesmo o faria e buscaria outro local para morar. A recusa apresentada pela esposa em sair da casa onde viviam e o apoio da família quanto à sua decisão coloca Trevor em uma difícil situação. Sem opção e buscando manter sua palavra, Trevor deixa a casa da família, sentindo-se expulso do local onde havia vivido e compartilhado sua rotina por mais de 20 anos.

Ele busca, então, abrigo com outros familiares, e o encontra na casa da avó materna. Sua avó era uma pessoa de difícil trato e havia sido diagnosticada com Transtorno Bipolar, o que para ele gerou uma vida em corda bamba: a avó o chamava para almoçar, e ele sentia o prazer do acolhimento; com pouco tempo depois, a avó o agredia, pois o acusava de comer muito e de não ajudar em nada no sustento da casa. A relação com ela tinha trato continuamente grosseiro, desequilibrado e agressivo, e marcado por conflitos, brigas e discussões cotidianas. Trevor sentia a convivência com a avó como algo insuportável e que o usurpava de toda e qualquer possibilidade de sentir-se bem em seu cotidiano.

Em desabafo com um amigo, relatando toda a situação insustentável que vivia com a avó, recebeu o convite de se mudar e ir morar com este. Embora no começo tenha se sentido um pouco resistente e relutante em realizar tal mudança – não tinha renda, era estudante à época e ainda sem perspectivas de sequer ser aprovado no vestibular –, acabou aceitando o convite, e mudou-se para a casa do amigo.

Inicialmente, teve uma convivência pacífica com o amigo e sua esposa, o que não experimentava há muito tempo. Porém, com pouco tempo transcorrido de sua mudança, o amigo começou a ter problemas conjugais com a esposa, o que tornou as relações na casa bem mais tensas do que antes havia experimentado. Não se sentindo bem em manter-se morando com os mesmos, decidiu se mudar novamente. Primeiramente, encontrou abrigo por poucas semanas na casa de um tio; em seguida, resolveu falar com a mãe e voltar a morar com ela. A mãe, a essa altura, já não morava mais na casa de seu avô, tendo sua saída ocorrido pouco tempo após a dele.

Trevor acumulava sofrimentos, sentimentos de não pertença, de abandono. Não conseguia se sentir bem, nem consigo mesmo e nem com suas relações. A sensação de ter sido expulso da casa do avô, com a não concordância dos familiares diante de sua postura quanto ao conflito com a avó, marcava-o profundamente, conferindo-o forte ressentimento e mágoa. Era muito duro pensar que quem ele sempre chamou de pai – mas que nunca o chamou de filho, em retorno – não o havia dado apoio. Sua relação com o avô parecia marcada por desencontros, pela não sintonia de expectativas e afetos.

Mesmo assim, ainda tinha forças para pensar em sua vida estudantil e profissional, mas que também era povoada de grandes dificuldades. Tinha muito gosto pelo primeiro curso no qual ingressou, sentindo forte identificação. Participava das atividades, engajava-se nas aulas, tinha grande interesse pelos conteúdos discutidos, promovendo a construção de sua vida acadêmica. Contudo, com pouco tempo de curso, percebeu que tal vida acadêmica era constituída também de outros fatores e contingências que muito o incomodavam, sendo o que mais se evidenciava para ele o fato de existirem relações de competição entre alunos e estudantes, um dos principais fatores para sua decepção e dificuldade de adaptação. Mesmo assim, manteve-se na graduação e estudou durante alguns semestres, chegando a concluir a grade curricular até a metade, em média, de sua extensão. Ao chegar nesse ponto, percebeu que não suportava mais o ambiente da faculdade e as relações envolvidas pelo mesmo, e decidiu largar o curso.

Lançou-se em um novo projeto, com o mesmo amigo com quem havia morado, o qual tinha como ofício as artes plásticas. Passaram a fabricar móveis e realizar exposições de artes com os produtos que produziam. Contudo, desenvolveu estas atividades não por muito tempo, pois entrou em conflito com o amigo e acabou por decidir quanto à interrupção das atividades que realizavam.

Em um momento seguinte, percebeu seu interesse por uma área específica da engenharia. Chegou a cursar a graduação, mas, mais uma vez, percebeu que não conseguia se adaptar à vida acadêmica e interrompeu a realização do curso. Como novo projeto, pensou em tentar a aprovação para ingresso num instituto de formação superior militar, e buscou um curso preparatório em uma escola de grande porte na cidade onde morava.

Conseguiu uma bolsa para iniciar o curso preparatório e se integrou às atividades. Eis que, nesse momento, as coisas se tornaram ainda mais complicadas para Trevor. Percebendo a cultura construída pelas relações estabelecidas no curso, as dinâmicas criadas e as relações de extrema competição, ele se vê profundamente insatisfeito e incomodado, entrando em forte crise depressiva. Trancado em seu quarto, recusava-se a comer ou a tomar

banho, e não conseguia mais frequentar as aulas, em hipótese alguma. Sentia-se menor que os colegas, com menor capacidade de acompanhar os ritmos e conteúdos, assim como de se integrar-se às rotinas concernentes ao programa de estudos do curso.

Lançando um olhar sobre os acontecimentos presentes na sua vida àquela altura, e tentando encontrar respostas e formas de lidar com seu sofrimento, acabou por acessar a possibilidade de existir em seu organismo alguma patologia responsável pelo impedimento em acompanhar as rotinas do curso como os outros colegas. Entende que, se somente ele não conseguia se adaptar – ao que o era possível perceber – isso deveria ser devido a algum problema presente *nele*, especificamente. Para isso, acreditava ter encontrado uma “solução”: passou a se medicar com o cloridrato de metilfenidato³, sem orientação ou acompanhamento médico. Tendo em mente que a mesma poderia fazê-lo se sentir melhor, faz um uso abusivo da medicação, e passa a se sentir cada vez pior.

Em um dado momento, portanto, Trevor se percebeu num quadro pior que o de antes, e percebeu também suas atitudes quanto ao uso da medicação. Não havia outra opção para si, que a suspensão do uso da mesma e um repensar sua vida como um todo. Reavaliou suas prioridades, seus desejos, seus limites e possibilidades. A partir disso, decidiu que não havia sentido em continuar se preparando para ingressar na área militar, e que talvez fosse mais viável tentar um novo curso de graduação. Pensou em um curso que gerou uma sensação de satisfação, principalmente por este seguir uma vertente bem diferente dos outros que havia tentado realizar até então.

Fez novo ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio) e conseguiu ser aprovado em curso na área de ciências humanas. Um novo projeto se montava, com novas perspectivas, mas que não conseguia, simplesmente, suplantar ou mesmo negar todas as feridas, as mágoas, os ressentimentos que carregava consigo, frutos de um bombardeio de sofrimentos experienciados ao longo de sua vida. Ao ingressar no curso muito do que experienciava era interpretado por ele sob a lente das várias experiências de sofrimento que trazia consigo, o que gerou logo de início algumas consequências negativas nas relações com as pessoas com as quais compartilhava o cotidiano das aulas e atividades.

Contudo, algo diferente aconteceu nesse momento. Mesmo diante de suas expressões pouco convidativas, por vezes agressivas, críticas demais ao que era exposto em sala de aula por alguns, outros colegas conseguiram estabelecer uma atitude de cuidado para com ele, de acolhimento de suas expressões, de compreensão de suas dores. Pela primeira

³ Mais conhecido por seu nome comercial, Ritalina.

vez, tinha a experiência de ser acolhido, compreendido, ousando até mesmo chamar outras pessoas de seus pares, de seus companheiros, pessoas com quem se sentia bem e podia contar, algo que antes o era extremamente difícil por ter a sensação de que sempre deveria se proteger das pessoas e de suas atitudes de violência. Conseguia começar a vislumbrar a superação de muitas de suas dificuldades, assim como a desenvolver novas possibilidades para si.

Trazendo outras dimensões de sua vida à tona, nesse momento é importante abrir um parêntese para evocar uma que não mencionamos até agora. Em um momento de sua narrativa Trevor também contou algumas experiências afetivas, namoros que iniciavam de uma forma intensa e terminavam com intenso sofrimento. Nessas relações Trevor narra que se sentia como um namorado dedicado e que se entregava às relações, e por isso, quando as mesmas eram rompidas, sofria muito, pois sentia que era como se seus esforços e grande entrega às relações de nada adiantassem no sentido de fazer as relações não darem certo.

Dentre seus relacionamentos, dá destaque a duas namoradas. A primeira, a quem chamaremos de Connie, relacionou-se com Trevor em um momento em que também mantinha um relacionamento com outro rapaz. Ele se sentia muito ligado a ela, apaixonado e interessado em manter uma relação. Porém, quando o namorado de Connie descobriu seu relacionamento, exaltou-se de forma tal que começou a jurar Trevor de morte. Sem muitas opções, Trevor precisou romper o relacionamento com Connie e sofreu muito com sua ausência.

Em outro momento, namorou outra moça, que aqui nomeamos Sylvia. O relacionamento começou e se mostrou bom no início. Apoiavam-se e mostravam compreensão quanto às dores que traziam. Entretanto, em um dado momento, Sylvia foi aprovada em um curso em uma universidade que se localizava em outra cidade, e teve que se mudar. Mesmo assim, continuava a voltar para a cidade onde moravam, como forma de manterem o relacionamento e estarem juntos, sempre que possível. Trevor, pouco tempo depois, foi aprovado para cursar a faculdade na área de humanas, e começou sua integração à faculdade.

Com o passar do tempo, a relação foi se transformando e trazendo outros impactos: ciúmes, desrespeito, conflitos. As coisas entre os dois começaram a não caminhar mais tão bem, e isso gerou desgastes tanto em Trevor como em Sylvia. Em alguns momentos, Trevor, com o objetivo de melhorar a situação que viviam, tentava conversar com Sylvia sobre os desgastes que vinha sentindo, assim como sobre suas insatisfações. Suas tentativas, porém, eram sempre frustradas, pois no menor indício de que ele queria conversar sobre os

problemas que vinham acontecendo, Sylvia se mostrava reativa e agia com tom agressivo, recusando-se a reconhecer qualquer problema na relação.

Insatisfeito, Trevor acabou se interessando por outra moça, que fazia seu mesmo curso de graduação, e relacionou-se com ela. Buscando manter uma abertura e honestidade com a namorada, falou abertamente sobre o que havia acontecido, comunicando-a o ocorrido em um momento em que estavam juntos na casa onde ele morava. Ao saber disso, Sylvia não conseguiu se conter, e se desequilibrou intensamente: correu para a cozinha, agarrou uma faca, e ameaçou se matar na frente dele. Assustado, Trevor pediu que não o fizesse, que tentariam ajeitar tudo, e que tudo voltaria a ficar bem. No momento, houve a concordância das duas partes, com o compromisso de cuidarem da relação.

O que aconteceu em seguida, contudo, não foi bem isso. Com questões severas relacionadas ao evento do que considerou uma traição, Sylvia passou a sentir ainda mais ciúmes, e não conseguia controlar-se quando o sentimento a invadia. Sempre que discutiam, ou que passavam por alguma dificuldade no relacionamento, as ameaças de tirar a própria vida apareciam, como uma forma de culpá-lo e manipulá-lo. Essa dinâmica se desenrolou por, mais ou menos, um mês na vida do casal. No final desse período, Trevor se sentia ainda mais desgastado, sofrido, sem energia para lidar com a situação e dar continuidade aos próprios projetos, considerando abandonar tudo o que estava fazendo, inclusive o curso de graduação.

Sob forte carga de estresse, Trevor começou a ter episódios de “apagões”: perdia noção de espaço, não conseguia discernir onde estava, tendo isto acontecido em casa, na rua, na faculdade. Nesse momento, seus amigos foram de fundamental importância, dando-o suporte e auxiliando-o nos problemas que vivia. Aconselharam-no a não abandonar o curso de graduação, que mantivesse suas atividades, e que buscasse um médico neurologista para que pudesse passar por exames e realizar uma maior investigação sobre o que estava se passando com ele.

Fez o que o aconselharam. Passou a cuidar melhor de alguns aspectos de sua vida, conseguiu romper o relacionamento com Sylvia, e marcou consulta com um neurologista. Nesta consulta, o médico concluiu que não havia nele nenhum problema físico, mas, sim, psicológico, encaminhando-o a um psiquiatra.

Com o psiquiatra, perceberam que Trevor experimentava muitas oscilações de humor, e acabaram chegando a um diagnóstico que muito o abalou e o fez chorar copiosamente: segundo o médico, Trevor possuía o transtorno de personalidade bipolar. Esse diagnóstico mexeu bastante com ele, principalmente, por ser o mesmo da avó com quem tinha morado em um curto período da sua vida, e quem considerava, em suas palavras, uma pessoa

“filha da puta”. Ter o mesmo diagnóstico significaria dizer que ele seria igual a ela, ideia que não conseguia conceber. Mesmo assim, submeteu-se à sucessão de medidas sugeridas: orientações médicas, tratamentos contínuos, medicalização.

Atualmente, Trevor segue medicado com lítio, e chega a admitir que vê sentido em seu diagnóstico, que não mais lhe parece algo tão grave. Quando precisa, combina benzodiazepínicos com outras medicações, com orientação e acompanhamento médico. Mesmo detestando fazer isso, pois quando olha para seu passado, vê um uso problemático – abusivo, em suas palavras – de muitas drogas, inclusive a maconha, a qual começou a fazer uso aos 14 anos de idade.

Mesmo assim, afirma que segue em uso das mesmas, pois, de uma forma ou de outra, elas o ajudam a “*segurar a onda*”, como descreve, a manter-se vivo. Percebe que se não fosse por essa intervenção, já teria largado o curso que hoje faz, assim como já fez tantas vezes antes. Isso não quer dizer, porém, que pretende manter-se medicado por um longo período, o que o faz assegurar para si mesmo a ideia de que conseguirá não precisar mais do uso dos medicamentos em algum momento de sua vida, pois não fazer isso é se tornar dependente destes, o que claramente não deseja para si.

Quantos aos cursos que já realizou, hoje consegue refletir que, embora as instituições que abrigavam a vida acadêmica fossem espaços nada acolhedores, muitas vezes inóspitos, ele próprio não conseguia lidar com as relações que ali aconteciam, o que o fazia abandonar um curso após o outro. Por isso, tenta considerar de outra forma as dificuldades com as quais se deparar no curso que hoje realiza, e manter-se ativo no mesmo.

Ao falar da família, experimenta um misto de sentimentos, pois mesmo que sinta a importância dos mesmos em sua vida, acreditando que foi bem tratado e tido como alguém importante para os familiares em alguns momentos, traz muitas mágoas e ressentimentos, os quais são muito difíceis de superar. Incomoda-se muito ao ver as “interseções” entre ele e os familiares. Gostaria muito de ser diferente deles, pelo mal que o fizeram por tantas vezes, mas em muitos momentos vê o quanto há deles nele próprio. Uma das mágoas que carrega até hoje, de forma muito intensa, direciona-se à sua mãe, pois a responsabiliza por tantos abandonos e pela má administração financeira que realiza até os dias atuais, que gera nele uma sensação de viver continuamente em situação de vulnerabilidade.

Devido às várias dificuldades a níveis sociais, econômicos, financeiros, familiares e inter-relacionais por quais passou, tem muita dificuldade de confiar nas pessoas e ter relações mais profundas. Confiar era algo muito difícil, pois sua própria família nunca se

mostrou confiável. Passou, assim, a desenvolver percepções muito próprias sobre o que é uma relação verdadeira, ou mesmo sobre o que é amor: para ele, amor é uma ação.

Ao ver pessoas em situação de vulnerabilidade afeta-se muito, e chega a dar suas próprias roupas e cozinhar para oferecer a estas pessoas a comida a qual não têm acesso. Considera as conversas que tem com os moradores de rua muito mais sinceras que as que tem com amigos em bares, e sente muita raiva daquilo no mundo que vê como injustiças, reveladas principalmente pelas desigualdades econômico-sociais.

Ter um projeto de vida, para Trevor, é algo muito difícil, mas tem se esforçado para realizar isto. Percebeu, em uma aula, que gostaria de ter uma família, normal, como descreve, principalmente com acesso à comida, coisa que nunca teve. Com sua dificuldade em confiar nos outros, pergunta-se como faria para montar uma família, ter uma esposa, filhos, mas vê a possibilidade de aventurar-se nisso.

Diz que há um abismo entre saber quem se é e ser que se é. Por isso, observa-se muito, investiga muito sobre si e sobre a vida. As drogas e medicações, portanto, vêm para aliviar as tensões de vivenciar tantas dificuldades, e seguir caminhando.

Trevor caminha, vagueia, e vê a si mesmo como um peregrino na própria vida, que ainda sente fome, mas que não se entrega, lutando para se alimentar e continuar sua caminhada.

2.2 Segunda paragem: uma heroína baixinha, verdadeira e transparente

Nascida no sertão nordestino, Val é uma mulher idosa e filha de um casal de agricultores. Seu pai casou-se duas vezes, sendo o segundo casamento o que gerou Val e seus irmãos. Este casamento precisou acontecer de forma escondida dos familiares da noiva, mãe de Val, pois com uma família tradicional, tinha arraigados profundamente em si costumes e hábitos passados pelos pais, e reforçados pela sociedade onde viveu grande parte de sua vida, a qual dizia que não era correto casar-se com um homem divorciado. A relação de seus pais perdurou por 58 anos, e os filhos gerados desta união, atualmente, estão espalhados pelo país, morando em cidades distintas.

Ao lembrar sua infância, tem boas memórias de um período vivido com boa condição financeira e com uma forte pertença à alta elite social. Desinibida, expansiva e sem medo de se comunicar, estabelecia contatos e relações com todos ao seu redor, sem se importar com diferenças de classes e status sociais. Considera que “puxou” isso do pai,

alguém com grande desenvoltura na vida social e comercial, e de quem sentiu muito orgulho durante toda a sua vida.

Traz em si muitos dos traços familiares, que se constituíram com base em costumes e dinâmicas patriarcais, machistas e autoritárias; nos quais tudo deveria ser da forma que o pai da família ordenava, sem grandes espaços para questionamentos. Outra característica de sua dinâmica familiar se dava através da atitude também paterna, pessoa que, sob o olhar de Val, poderia ser caracterizada como alguém com comportamento “mulherengo”. Em muitos momentos de sua vida, Val traz memórias de seu pai ter relações extraconjugais, que afetavam o casamento dele com sua mãe, mas que também não encontrava espaço para questionamentos, tendo a aceitação da família. Tal aceitação assim acontecia, pois, por um lado, entendia-se que esse era um comportamento natural dos homens, compartilhado por uma cultura machista, e por outro, a própria família entendia que esse era o “jeito” dele, e não cabia aí grandes conflitos.

Como era a filha mais velha, Val acabou por receber mais demandas, o que nunca achou ruim ou algo do qual precisou se lamentar. Pelo contrário, sempre se considerou a filha mais forte, além de uma pessoa positiva, transparente e intensa. Mesmo diante de um sistema e dinâmicas autoritárias e patriarcais, tentava se desenvolver e encontrar brechas em sua realidade que a permitissem viver o que desejava, mesmo que precisasse burlar as regras do pai.

Sobre burlar as regras do pai, somos levados a falar de seu casamento. Val conheceu Carlos, o homem com quem um dia iria se casar, em uma das cidades onde morou com a família. Carlos era um homem proveniente de uma família pobre de 16 irmãos e uma mãe viúva. Em um dado momento de sua vida, mudou-se para uma grande capital do país, para lá tentar a vida e promover um maior sustento à família.

A família dele, por sua vez, alugou uma casa que pertencia ao pai de Val, o que possibilitou o estreitamento da relação dela principalmente com a mãe de seu futuro marido. Em conversa com a mesma, Val percebeu que ela muito sofria por não ter notícias do filho, que havia se mudado já havia considerável tempo. Desejando ajudá-la, Val ofereceu escrever uma carta para ele, pedindo notícias e também o envio de recursos financeiros para a família. Com aproximadamente três meses, o filho retornou à casa da família, o que fez com que Val e Carlos pudessem, finalmente, conhecer-se pessoalmente. Sentindo-se atraídos um pelo outro, começaram a namorar, e Val, que não havia tido nenhuma experiência sexual até aquele momento, inicia e compartilha com Carlos tal atividade em sua vida.

Os encontros com ele, contudo, não ocorriam tranquilamente. Val tinha que encontrá-lo escondida do pai, pois o mesmo dizia que aquele rapaz “*não era para a filha*”. O pai justificava tais palavras pelo fato de a filha ser “*letrada*”, inteligente, ter Ensino Superior, e o rapaz com quem estava não ter estudos. Mas Val sabia que, para além disso, tal fala se embasava em preconceitos raciais existentes no pai, que não gostava de pessoas de pele negra e em muitos momentos deixava isso bem claro.

Mesmo diante disso, Val continuou a se encontrar com Carlos, e deram continuidade ao namoro. Sentia-se apaixonada, e buscava viver esse amor. Com alguns meses no relacionamento, Val começou a ter alguns sintomas como enjojo, fraqueza e muito sono. Negou a possibilidade, até ser incontestável o fato de que estava grávida. Em um primeiro momento, assustou-se e se sentiu confusa quanto ao que fazer, temendo a reação do pai. Este, ao tomar conhecimento do ocorrido, realmente tentou impedi-la de dar continuidade à concepção do filho, assim como também de impedir a filha em continuar a se relacionar com Carlos.

Val não aceitou o impedimento imposto pelo pai. Sentia-se apaixonada, além de se sentir, também, responsável pelo filho que haviam gerado. Assumiram a relação, responsabilizaram-se pela criança, mas com a expressão clara de seu pai, que se mostrava em total desagrado quanto à decisão tomada pelos dois.

Seu então marido, agora com a responsabilidade do sustento de uma família e sem formação de Ensino Superior, começou a tentar obter renda de algumas formas, e, inicialmente, conseguiu se desenvolver bem como proprietário de uma borracharia. Nesse momento, a vida do casal caminhava bem, sem faltar-lhes nada, fazendo com que Val acreditasse que tinha tomado a decisão certa, e que ele era o homem certo para ela. À época, trabalhava como professora, na mesma escola na qual havia se formado. Fazia faculdade, e conseguiu finalizar o curso no mesmo ano em que estava também dando à luz ao seu terceiro e último filho, em 1978.

Com o passar do tempo, Carlos percebeu que não era uma pessoa realizada desenvolvendo o trabalho que naquele momento desenvolvia, e decidiu vender a borracharia. Existia algo nele ferido pelos insultos que o pai de Val outrora havia feito, o que o fazia buscar outras formas de se desenvolver em que pudesse se afirmar como alguém de sucesso, superando os preconceitos antes expostos. Sua ambição, portanto, cresceu, e Carlos buscava incessantemente se destacar, o que Val olhava e percebia, nitidamente, que era ele tentando “mostrar ao meu pai que era alguém na vida”, em suas palavras. Carlos comprou um terreno,

equipamentos e um maquinário pesado para renovar pneus. Contratou funcionários, e abriu um novo negócio. Val seria sua nova sócia, e juntos assumiriam essa nova empreitada.

Seu novo comércio cresceu, ganhou destaque – o que tanto desejava –, e alcançou os olhares de muitos da cidade. Esse foi, porém, o momento que mais marcou negativamente suas vidas: Val pontua que foi aí que tudo começou a “desandar”, tudo piorou quando seu marido “*enricou*”. Junto com o grande êxito da empresa do marido, vieram também as relações extraconjugais, relações das quais vinha a ter conhecimento por intermédio de sua mãe, a qual sabia de tais “notícias” por meio de seu pai.

Uma guerra foi instalada em sua vida: por um lado, precisava manter o casamento, principalmente por causa da pressão do pai, que havia sido veementemente contra sua união com Carlos; por outro, sofria muito com a infidelidade do marido, que se afastava e trazia tensões para o casamento, cada vez maiores. O pai, vendo a situação, não conseguia ajudar Val, e pelo contrário, deixava-a ainda mais angustiada quando, repetidamente, falava que tinha avisado a ela que seu casamento não daria certo, mas que, como ela havia insistido, que suportasse e lidasse com o que estava acontecendo. Com nenhum acolhimento ao seu sofrimento, Val se via obrigada a manter o casamento, vendo em sua frente uma única possibilidade: a de padecer numa relação que a fazia infeliz.

Com o passar do tempo, seu relacionamento piorava, e o que a restava se resumia a situações de traições, rejeições, tratamentos grosseiros, ausências, intolerâncias. E isso não acontecia somente com ela, pois o marido rejeitava, também, os filhos, à mesma forma. Quanto aos negócios, mesmo sendo Val sócia do comércio de Carlos, ele não permitia que nem ela, nem os filhos tivessem o conhecimento do que se passava na empresa, tomando para si completamente a direção e o controle financeiro do comércio.

Val sentia falta de um marido, de um pai para seus filhos, e não cansava de realizar tentativas visando fazer com que algo acontecesse para que tudo pudesse se organizar melhor para todos. Conversava com o marido, e questionava, da forma mais honesta que era possível, o que ele desejava para si, para a própria vida, e para a vida da família, para que, assim, pudessem tomar as decisões devidas. Porém, sentia-se, continuamente, de mãos atadas devido às atitudes do marido que, por sua vez, ela passou a ver como um homem fraco e dissimulado, pois em todos os momentos que o pressionava de forma mais direta, falando de suas insatisfações e da possibilidade de separação caso continuassem na mesma situação, ele chorava e fazia juras de que seria um melhor marido e pai de família. Tentavam estabelecer um novo acordo, novas formas de lidar com as dificuldades presentes, mas de forma cíclica, com pouco tempo todas as violências e infidelidades voltavam a acontecer.

Tentava não se deixar invadir pelo desânimo, pelo cansaço. Afirmava-se como alguém feliz, satisfeita consigo mesma e com a própria vida, e sempre dando seguimento aos seus projetos, seus desejos e aos cuidados consigo e com os filhos. Percebia que suas ações não tinham reconhecimento, nem advindo dos pais, nem do marido. Vivia de uma forma em que ou recebia os tratamentos grosseiros e intolerantes do marido, ou recebia cobranças do pai. Lutava, de forma intensa e determinada a não sucumbir, mas por vezes não conseguia aguentar tamanho sofrimento, e caía em prantos sem ter quem a apoiasse.

Como se não bastassem as várias formas de violência que sofria do marido, em um determinado momento ele se tornou ainda mais intolerante e grosseiro, proibindo-a de escutar as músicas das quais gostava, de receber os próprios amigos e os amigos dos filhos em sua casa, dentre outras várias coisas que ele alegava que não mais permitiria que acontecessem. “*Por qual razão, Carlos?*”, perguntava Val, em tamanho sofrimento. A resposta do marido vinha de forma autoritária, destruindo qualquer possibilidade de bem-estar da família. Em poucas palavras: “*Porque não!*”, era o que ele respondia.

Além da violência direcionada a Val, os filhos do casal se tornavam, cada vez mais, alvos desta mesma violência, tendo Carlos atitudes de humilhação e rejeição com os mesmos, continuamente. Junto a isto, Val começou a perceber o uso abusivo que Carlos fazia de álcool e outras drogas. Não suportou mais a situação, e pediu a separação, que realmente ocorreu, mas não sem muitos sofrimentos. Como forma de se vingar pela atitude da esposa, Carlos, revoltado, cortou todos os proventos da casa (água, energia, telefonia) onde Val e os filhos continuaram a morar, tomou o carro que a ela pertencia e proibiu os funcionários de todos os postos de combustíveis da cidade de abastecer quaisquer carros que ela solicitasse.

Diante de tantas dificuldades, de tantas violências, de preocupações com os filhos e também com a empresa, que começava a mostrar indícios de descontrole e queda financeira, Val sente-se adoecida com tanto sofrimento, e entra em depressão, vendo-se impossibilitada de continuar dando seguimento a tantas questões. Seus filhos também entram em quadros de adoecimento, em diferentes períodos da vida, tendo sintomas de depressão e se envolvendo em situações limítrofes.

Val continuou morando na casa onde viviam, junto com os filhos, e Carlos, embora não mais estivesse morando com eles, tinha livre acesso a casa. Em um determinado dia, no meio de uma discussão com um de seus filhos, Carlos puxou e apontou para o mesmo um revólver calibre 38. Este foi o estopim para Val, que de assustada ao extremo, passou a se sentir completamente revoltada, e decidiu que não iria mais se submeter e nem submeter os filhos às violências do marido, nenhuma vez mais. Procurou um advogado para tratar do

divórcio, vendeu a casa onde moravam, e tratou de questões legais para continuar como sócia da empresa de renovação de pneus, mesmo que apenas burocraticamente, pois não conseguia ter nenhuma intervenção fatídica no funcionamento da mesma.

Neste ínterim, o pai de Val, vinha apresentando problemas de saúde, especificamente no coração, e já havia marcado a realização de um procedimento cirúrgico em um hospital situado na capital do Estado onde viviam. Na noite anterior à cirurgia, seu pai teve uma complicação do seu quadro de saúde, e não resistiu, falecendo aos 79 anos de idade. Val sofreu bastante com a morte do pai, principalmente por sentir muito pela impossibilidade de nunca o ter informado sobre sua separação, “por causa de seu temperamento”, dizia. Temia o que podia acontecer caso ele soubesse de tudo o que se passava, e preferia manter-se em silêncio sobre sua situação.

Val passou a morar na sua dos pais, junto à mãe, seu filho com a esposa e uma prima. Até hoje, sente-se profundamente grata à mãe, pois nesse momento de sua vida, o marido a havia despossuído de tudo o que a pertencia, e não tinha nem mesmo onde morar. Sua mãe, com pouca instrução formal, sentia muitas dificuldades em gerenciar os imóveis deixados pelo pai, o que foi assumido por Val, com muito gosto. Mesmo nesta nova configuração de vida, tentava se manter sempre muito próxima e dando suporte aos filhos, em várias dimensões, tanto financeira como pessoal e profissional.

Algo, contudo, mantinha-se em sua vida: o desânimo, o humor entristecido, a falta em atividades que antes a motivavam. Sentia-se deprimida, retraída, alimentando-se mal e sempre sem muitas forças para realizar suas atividades cotidianas. A família, preocupada com esse quadro, sugeriu que ela passasse uns dias com a irmã, que morava na capital do estado e poderia oferecer melhor suporte para que ela melhorasse. “*Os ares da capital talvez façam você melhorar*”, dizia a família a Val. Aceitou a sugestão, e mudou-se para a casa da irmã.

Com a chegada à nova cidade, alguns olhares dos familiares se direcionam às suas dores e sugerem outras intervenções, trazendo à tona a possibilidade de que Val fosse consultada por um médico especialista nos sintomas que vinham apresentando. Uma psiquiatra foi convocada à casa de sua irmã, para avaliar sua situação e orientá-la.

Diante da psiquiatra, Val não conseguiu se sentir bem. Falou pouco, algo que não era característico a ela, e perguntava-se, com frequência durante a consulta, se a psiquiatra realmente a estava escutando, ou mesmo se estava preparada para escutar o que ela tinha a dizer. Sentia que a profissional estava apressada, não mostrando muita disponibilidade de tempo para escutar sua história, e não conseguia se abrir em livre expressão. Falou, portanto,

pouco e resumidamente sobre seu sofrimento, e sobre isto foi gerado um diagnóstico de depressão, dando-se as orientações e medicações devidas.

Embora não visse muito sentido nisso, Val ainda concordou em seguir as recomendações médicas e se manteve mais tempo na casa da irmã para fazer o tratamento. Em sua compreensão, era claro que não tinha depressão. Para ela, o que realmente acontecia é que estava vivenciando um momento em que sua autoestima estava mais baixa, devido aos inúmeros sofrimentos pelos quais havia passado nos últimos anos. A família, porém, não conseguia acessar sua compreensão, o que a fazia sofrer mais, pois sentia que ninguém naquele momento estava sendo capaz de realmente entender seu drama.

Com o passar do tempo, percebeu que não se sentia nada bem, e que começava a ter a sensação de estar presa à casa da irmã. Além disso, com o uso frequente da medicação, sentia-se mais lenta, desanimada, o que passou a considerar que estava piorando seu sentimento em relação a si mesma. Lembrava de um caso de um conhecido, do qual se sabia que tomava medicações psiquiátricas há mais de 40 anos, e a fazia temer acabar por desenvolver seu mesmo quadro: o de uma pessoa com memória fraca, indisposta, deprimida, apática. Sentia saudade de casa, de seus filhos, do movimento que tinha na cidade onde morava. Por isso tudo, recusa-se em manter tal situação, suspendendo as medicações e pedindo para ir embora e retornar para o interior do estado.

Voltou, então, e foi morar com um dos filhos. Nesse momento, Val percebe que ficou ainda mais clara para si mesma qual era a cura para seu adoecimento: o trabalho no campo, o contato com a natureza e com os animais, as atividades diárias de cuidados com a casa e o restabelecimento da relação com as pessoas significativas em sua vida.

Fortalecida, decide sair da casa do filho, pois percebe também que este estava tendo problemas com a esposa e sente-se responsável por isso. Além disso, percebia que se sentir livre, desprendida era algo muito importante para si mesma, e algo essencial para seu processo de cura. A data de sua saída muito a marcou: dia 8 de março, Dia Internacional da Mulher, “dia da minha liberdade”, em suas palavras.

Por muito tempo, Val continuou a lutar pelo divórcio, pois o ex-marido pagava os profissionais envolvidos para que atrasassem todo o processo. Nunca havia pagado pensão alimentícia, o que muito enfurecia Val, que continuava lutando com todas as suas forças para adquiri-la, seguindo todos os passos legais necessários, que o faz até hoje.

Ao falar de si, atualmente, Val sente-se uma pessoa vitoriosa, forte e determinada, alegre e cheia de vida. Não considera mais que tenha depressão, e nunca mais fez uso de nenhum medicamento. Tem um comércio com o filho, no interior do estado, e até hoje ajuda

nas finanças da família. *“Lembrem de mim como uma heroína, uma vencedora, uma baixinha, verdadeira e transparente, além de uma pessoa feliz e positiva”* (Val).

2.3 Terceira paragem: um jovem que foi de prodígio à decepção e sua guinada

Natural do sul do país, Pat nasceu em uma cidade interiorana, a qual sua mãe e toda sua família tinham como cidade natal. Com pouco tempo de vida, mudou-se com seus pais e irmãos para a cidade natal de seu pai, e nela viveu grande parte de sua infância. É o filho mais velho dentre três irmãos.

Ainda em sua infância, seus pais começaram a ter fortes desentendimentos, tendo seu pai chegado a ter reações violentas com a esposa, agredindo-a fisicamente em alguns momentos. Decidiram se separar, e, aos 10 anos de idade, Pat se mudou novamente e voltou a morar na cidade natal da mãe, na qual viveu por volta de três anos. Mediante o contrato de divórcio, o pai deveria prover mensalmente a família de 14 salários mínimos, relativos à pensão dos filhos, o que proporcionou uma vida confortável a Pat, seus irmãos e sua mãe.

Mesmo tendo uma vida confortável, morando em um bairro de classe média e frequentando bons colégios, Pat não conseguia se sentir bem onde naquele momento vivia. Tinha grandes dificuldades de entrosamento com as pessoas da cidade, e sentia muita falta dos amigos que tinha na cidade onde morava anteriormente. Seguiu sua vida como podia, mas sofrendo com a situação.

O pai de Pat, mesmo mantendo o divórcio, alegava frequentemente que tinha interesse em reatar o relacionamento conjugal, e deixava isso claro para a ex-esposa. Esta, por sua vez, não mostrava interesse algum em resgatar o casamento, e buscava especializar-se através dos estudos para ampliar suas possibilidades profissionais e obter maior independência financeira.

Diante desse fato, seu pai passou a perceber que de nada adiantava nutrir esperanças em retomar a relação, e decidiu seguir sua vida, chegando a se casar novamente. Pat considera, até hoje, que esse foi o ponto crucial que gerou uma nova postura em seu pai, o qual passou a alegar que não poderia mais dispor do mesmo valor financeiro para a pensão dos filhos, anteriormente fornecido. Tal alegação era embasada pela justificativa de que seu comércio não ia bem e que, por isso, necessitava fazer economias para manter sua estabilidade financeira. Pat não acreditava na justificativa dada, e tinha claro para si que tal atitude se devia pelo pai ter, naquele momento, outras prioridades com o novo casamento.

A diminuição no valor da pensão, portanto, foi inevitável, e quando ocorreu, mudou a situação financeira da família de forma drástica. A questão do dinheiro, antes nunca uma preocupação, adentrou suas vidas como um problema constante. Receosa com o sustento dos filhos, a mãe de Pat passou a tentar novas possibilidades de emprego, o que acabou possibilitando sua aprovação em um concurso público, notícia recebida com felicidade por todos.

Mas não somente de boas mudanças veio acompanhada a notícia da aprovação de sua mãe, que passou a lidar com algumas dificuldades no momento em que assumiu o novo emprego. Sua nova instituição de trabalho a convocou para assumir a função em uma cidade no interior de um estado da Região Norte do país, local de difícil acesso, que não muito a agradou. Mesmo assim, vendo-se sem escolha, sua mãe fez a mudança para a nova cidade, considerando levar os filhos para que pudessem continuar morando todos juntos, assim que possível. Observa a cidade, e angustia-se ao perceber a carência da mesma, o que possivelmente dificultaria a vida dos filhos, repletos de necessidades diversas concernentes à fase de suas vidas. Era necessário pensar em uma nova possibilidade que contemplasse as necessidades de todos, tendo sua mãe encontrado como a decisão mais viável o retorno de Pat e seus irmãos a casa do pai.

Assim foi feito. Sua mãe assumiu o novo emprego, e enviou os filhos de volta à cidade onde antes moravam, sob os cuidados do pai. Comprometeu-se a sempre tentar uma transferência para outra cidade, e traria os filhos de volta para seu convívio caso julgasse que o local onde estaria seria capaz de fornecer melhores condições e uma consequente maior qualidade de vida aos mesmos.

Pat tinha uma boa relação com a mãe, e nela via uma amiga com a qual poderia contar sempre que precisasse. A separação que tiveram que experienciar não foi fácil para ele, que sentia falta do convívio com a mãe continuamente. Além disso, a situação de convívio com o pai era sempre complicada, assim como com sua madrasta. Teve muitas dificuldades no trato com eles, e por vezes não via a possibilidade de mudança disso para que pudessem construir uma relação próxima e saudável. Porém, até onde sua vista alcançava, não conseguia contemplar outras escolhas. O jeito era manter-se morando com o pai e a madrasta, e tentar se adaptar à situação da melhor forma que conseguisse. Angustiado, aos 15 anos de idade começou a ingerir bebidas alcoólicas, quase que diariamente, como forma de tentar aliviar seu sofrimento.

Com o passar do tempo, conseguiu reinventar-se. Ampliou suas relações para além do ambiente familiar, fazendo vários amigos e se integrando mais à cidade e aos eventos

que nela ocorriam. Esse novo movimento muito o ajudou em seu processo de adaptação, que o possibilitou, também, dar conta de algumas questões que antes muito o incomodavam. Como exemplo de uma dessas questões, tinha destaque sua aparência física como um importante ponto de sua vida, pois por muito tempo foi alvo de críticas e chacotas de colegas por ter certo excesso de peso. Nesse momento, conseguiu perder peso, o que aumentou sua autoestima e o forneceu mais segurança para começar a expressar seu desejo por garotas, algo que não havia experimentado até então. Sentia-se desejado, tinha melhor percepção de si e, conseqüentemente, maior segurança e sensação de bem-estar e de pertença aos grupos com os quais se envolvia.

Esse episódio da sua vida, contudo, não teve longa extensão. Passados três anos, aproximadamente, sua mãe entrou em contato com Pat e revelou sua notícia com alegria: havia conseguido transferência para outra cidade, agora para a Região Nordeste do país, uma cidade maior e que poderia mais facilmente oferecer a qualidade de vida que ela buscava oferecer para os filhos. A essa altura, porém, mesmo sentindo falta da mãe, Pat já não se sentia tão certo se realmente gostaria de se mudar novamente, e se sentiu mais angustiado. Pensou em se recusar, mas como negaria tal possibilidade à mãe, que havia se esforçado tanto para conseguir a transferência e que estava, certamente, esperando concordância e aceitação quanto à mudança?

Não conseguiu se opor, e realizou a mudança, voltando a morar com a mãe. Chegado à nova cidade, começou todo um novo processo de adaptação, e buscou um colégio onde pudesse dar continuidade aos estudos e se preparar para o vestibular, tendo realizado sua matrícula em um colégio de grande porte. Tentando integrar-se às rotinas da instituição, deparou-se, mais uma vez, com grandes dificuldades. A cultura do colégio, competitiva e extremamente focada na aprovação do vestibular, começou a gerar sentimentos negativos nele, e Pat percebia que se sentia continuamente mal.

Como alguém que havia conseguido desenvolver uma considerável habilidade social, percebia que seus focos e desejos se direcionavam mais no sentido de fazer novas amizades, sair com amigos, fazer uma festa de formatura, algo que, ao longo do tempo, conseguiu construir na cidade onde morava, com o pai e a madrasta. Ao chegar à nova cidade, tudo isso se perdeu, o eu gerava em Pat um entristecimento cada vez mais intenso.

Sozinho, triste, desmotivado, deslocado. Pat já não mais se percebia como antes, e para resgatar o que havia construído, mantinha contato diário com os amigos do sul do país, por meios virtuais. Gostava do contato com os amigos, mas sentia que sua atitude o levava a

se perceber como alguém que estava morando em uma cidade, mas que não estava verdadeiramente presente nela.

A essa altura, seus avós passaram a acompanhar um pouco mais de perto a situação em que vivia, e ressaltavam que estavam muito preocupados com Pat por observarem atitudes de isolamento, agressividade, assim como descuido com a higiene e aparência pessoal. O diagnóstico de depressão surgiu, advindo da consideração do marido de sua avó – que era médico psiquiatra – o qual considerou haver ali sintomas claros de um quadro depressivo. Para sentir-se melhor, Pat deveria se medicar, sendo receitada fluoxetina, de uso constante.

Pat chegou a fazer o uso do medicamento, por alguns poucos meses, mas não conseguia sentir mudanças efetivas em sua vida e em sua forma de se sentir, assim como não conseguia concordar com a ideia de que realmente tinha um diagnóstico de depressão. Para ele, era claro que estava se sentindo mal daquela forma por não estar morando onde queria, por não ter os amigos por perto. Além disso, também voltou a ganhar peso, questão que muito o incomodava, pois sentia que isso afetava sua autoestima e segurança. Acabou por se afastar das pessoas, e não conseguia se aproximar das garotas por quem se sentia interessado, ao longo de todo um ano, o que o era muito estranho comparado à sua atitude quando ainda morava com o pai, a qual trazia na lembrança como um período bom onde se relacionava com uma moça diferente a cada semana.

Após um ano, desanimado e sentindo profundo sofrimento, Pat decidiu que não tinha condições de continuar a morar na cidade nordestina com a mãe, e se mudaria em retorno para o sul do país. Nesse momento, percebeu que não gostaria de voltar para a casa do pai, e instalou-se em outra cidade, também no sul do país, tendo recebido o apoio dele. Seu pai não somente apoiou o novo projeto do filho financeiramente, mas também o incentivava a estudar para que pudesse ser aprovado no vestibular e dar início aos estudos de Ensino Superior, algo, para ele, de grande valor.

Inspirando-se na profissão de um de seus avós – com o qual não tinha relação tão profunda, e do qual se lembrava como alguém que carregava consigo o diagnóstico de esquizofrenia –, decidiu fazer o processo para cursar uma das áreas da engenharia. Considerava uma profissão com influência social, imaginando que geraria reconhecimento das pessoas o fato de se denominar como engenheiro. Um pouco mais tarde em sua vida, Pat percebeu que, na verdade, não entendia bem o que significava ser um engenheiro, o que o fez questionar bastante sua escolha em um momento seguinte.

Desenvolvendo o novo projeto, Pat construiu um dos períodos que, até os dias atuais, carrega na memória como um dos melhores de sua vida. Buscou onde morar, e encontrou um pensionato que se localizava em frente ao local onde realizava seu curso preparatório para o vestibular, o qual oferecia roupas lavadas, alimentação e, o melhor, a convivência com várias pessoas que estavam em sua mesma condição de estudantes que vinham de outras cidades. Conseguiu focar nos estudos, fez muitos amigos, iniciou um namoro com uma garota que conheceu. Com os amigos, fazia projetos de que todos seriam aprovados no vestibular ao mesmo tempo e que iriam morar todos juntos. Além disso, amava a cidade onde estava, e nela se sentia muito bem.

Àquela altura, havia em Pat um sentimento verdadeiro de felicidade, por um lado, e havia seu pai exercendo uma forte pressão e exigência para que fosse aprovado no melhor curso de Engenharia Química, por outro. A pressão do pai se dava tanto por uma ânsia nele em ver o filho desenvolver-se, assim como também por uma atitude que tinha por base as vaidades reforçadas socialmente em ter o filho em um curso de Ensino Superior. A questão maior era que o melhor curso realmente existia, mas se situava em outra cidade, diferente da que Pat morava naquele momento e na qual se sentia tão bem. Ser aprovado nesse curso indicaria uma nova mudança, o afastamento dos amigos e a quebra de tantos projetos que faziam juntos.

O que fazer diante disso? Pat não queria abrir mão de seus projetos, e muito menos de seu bem-estar e satisfação, algo que buscava já há algum tempo e que havia sentido tanta dificuldade para encontrar. Ao mesmo tempo, não se sentia bem em frustrar as expectativas do pai, que além de tudo, ainda o estava mantendo financeiramente. Pensou, portanto, em formas de manter seus projetos com os amigos, e boicotou o vestibular para entrada nesse curso, de forma que não respondia corretamente até as questões que sabia a resposta. Sem a aprovação no vestibular, não há ingresso no curso em outra cidade, não há mudança, não há afastamento do grupo com o qual se sentia tão bem. Pôde, assim, dar continuidade aos seus projetos, combinando com os amigos que vestibulares outros prestariam. Conseguiu ser aprovado em uma universidade na mesma cidade, e mudou-se apenas de apartamento, junto com um amigo, para um local mais próximo à faculdade. Nesse momento, viu-se impossibilitado de manter o namoro, e finalizou a relação.

Estudante universitário, sem compromisso em relação a um namoro e ansiando aproveitar esse momento, passou a frequentar muitas festas e a conhecer muitas pessoas, assim como também a aumentar sua ingestão de bebidas alcoólicas. Em paralelo, sentia que seu interesse pelos estudos diminuía, assim como sua disciplina em frequentar as aulas e

acompanhar os conteúdos desenvolvidos. Seu aproveitamento estudantil decrescia, e trazia como resultado sucessivas reprovações.

A situação foi se complicando, e Pat passou a experimentar uma ansiedade maior. Alimentava-se de forma compulsiva, e voltou a ganhar peso. Junto a isso, viu-se impossibilitado de manter o apartamento onde estava morando, e decidiu se mudar para um local menor, mais simples. Pat, porém, não conseguiu se sentir bem no novo apartamento, que em suas palavras, mexia com seu humor. Acordava todos os dias com a luz do sol incidindo diretamente em seu rosto, o que muito o irritava, e gerava uma atitude que fazia com que sentisse que já começava mal todos os seus dias.

Seguia sua vida, estudando pouco, sentindo-se mal, deprimido em muitos momentos, comendo muito, bebendo muito, movimentando-se pouco, ganhando cada vez mais peso. Sua autoestima, junto com tantas outras coisas em sua vida, definhava. Aproximar-se de mulheres era algo impensável para ele naquele momento, o que o fazia se sentir ainda pior, pois percebia que não conseguia se sentir bem sozinho, sem um relacionamento amoroso, algo que muito o pesava e o fazia se sentir muito triste.

No conjunto de todas estas coisas, que já tanto o pesavam, outras ainda vinham complementar sua carga de sofrimento. Seu mau desempenho universitário não poderia, em hipótese alguma, ser revelado ao pai, um segredo seu que deveria guardar a sete chaves. Pat considerava que a relação entre eles era difícil, problemática, além de imaginar que, àquela altura, seu pai deveria estar orgulhosamente espalhando para toda a cidade onde morava que seu filho era estudante de uma universidade federal, e que teria um futuro brilhante pela frente. Sentia-se envergonhado em não conseguir alcançar as expectativas do pai e, por isso, revelar o que realmente estava acontecendo não era uma opção para ele. Assim, buscava constantemente formas de manter o imaginário do pai sobre o que o ele vinha desenvolvendo em sua vida universitária, fugindo da situação. Quanto ao contar para a mãe, também evitava fazê-lo, pois havia acabado de saber que ela recebera o diagnóstico de transtorno bipolar. Imaginava que aumentaria o sofrimento da mãe, e decidiu ser melhor guardar-se em sua dor, sem compartilhá-la com os pais.

O desânimo, porém, tomou conta de Pat como um todo, que se sentia cada vez mais angustiado, isolando-se e tendo precário cuidado com a própria higiene. Não conseguia mais frequentar as aulas, e mantinha-se cada vez mais tempo em casa, dentro de seu quarto, especificamente. A falta de cuidado consigo projetava-se no próprio local onde morava, do qual o mofo começou a tomar conta. Até os dias atuais, Pat afirma que traz lembranças vivas do apartamento onde morou durante um ano de sua vida, principalmente do quarto onde se

mantinha por dias a fio: a estrutura do quarto, da casa e o cheiro de mofo ainda são vivos em sua memória. O cheiro do mofo era algo tão forte que, ao lembrar, Pat se refere ao mesmo como o cheiro do seu ano.

A situação assim se manteve, e o levou a condições cada vez mais degradantes. Um de seus amigos à época, preocupado, decidiu tomar uma atitude, e entrou em contato com o pai de Pat para informar a condição de seu filho, que prontamente foi ao encontro do filho. Ao ver a real situação de Pat, seu pai ficou extremamente preocupado, e insistiu que o filho voltasse a morar com ele. Alegava que o filho não tinha depressão, mas que na verdade se sentia culpado por ter fracassado em sua vida universitária. Pat, mesmo resistente, voltou a morar com o pai, tendo, também aceitado o trabalho em seu comércio.

Trabalhando na loja do pai, começou a se sentir melhor. Sentia que estava conseguindo manter uma melhor relação com o pai, e pouco tempo depois, iniciou um namoro com uma moça da cidade. Bem, mais confiante e seguro, percebeu que estava preparado para retomar os estudos universitários, e assim o fez. Porém, algo novamente voltou a atormentá-lo, e com pouco tempo transcorrido, Pat se sente muito mal.

Seu pai, sem conseguir compreender ou acolher os sofrimentos do filho, lança seu ultimato: ou ele fazia a vida universitária seguir e ter sucesso, ou ele não mais o apoiaria. Pat, sentindo tamanha pressão, esforçou-se bastante, tentou ir às aulas, tentou manter-se disciplinado para não acontecerem novas reprovações, mas atinge o limite de suas forças, e reconheceu em si mesmo a impossibilidade de dar continuidade aos estudos. Pensou em desistir em definitivo de cursar a faculdade, mas não conseguia expressar seu desejo ao pai, esquivando-se dele, continuamente, dizendo que ia para as aulas quando, na verdade, estava na casa da namorada.

Em meio a um turbilhão de sentimentos, sofrimentos e pressões, Pat percebeu que estava apresentando alguns sintomas físicos, estranhos, ao que o parecia. Sentia dormências em todo o corpo, de forma contínua. Em um dos dias que estava na casa da namorada, sentiu fortes dores no corpo, principalmente dores de cabeça, e teve que ser atendido em emergência hospitalar. Depois de realizada uma ressonância, o médico percebeu a existência de lesões “desmielinizantes”, o que o fez desconfiar do diagnóstico de esclerose múltipla.

Atorreado com a notícia, sem entender bem o que significava aquele diagnóstico, Pat buscou pesquisar na internet maiores informações sobre o mesmo, acompanhado da namorada e de uma amiga. Durante o ato da pesquisa, algo que era, ao mesmo tempo, interessante e intrigante, foi percebido por Pat: havia nele um desejo claro e significativo de encontrar o fato de que tinha uma doença realmente grave. Enquanto buscava maiores

informações sobre a esclerose múltipla, pensava que um quadro patológico grave o possibilitaria, em suas próprias palavras, esfregar na cara do pai uma justificativa real quanto a todas as dificuldades em lidar com tantas situações em sua vida.

Seguindo as orientações médicas, Pat fez todos os exames solicitados, os quais objetivamente atestaram o diagnóstico de esclerose múltipla. Em maiores explicações, e embora não pudesse dar maiores certeza sobre isso, o médico inter-relacionou o quadro patológico com a existência de episódios depressivos, experimentados por Pat em tantos momentos.

O resultado deste processo foi Pat feliz, verdadeiramente feliz com o novo diagnóstico! Agora tinha uma justificativa real para todos à sua volta sobre o porquê havia reprovado na faculdade, porque não conseguia se sentir bem, porque nos últimos anos nem mesmo conseguia sair de casa, quebrando as justificativas advindas pelas falas do pai, que indicavam que ou o filho estava sofrendo daquela forma por se sentir culpado, ou porque era mesmo um vagabundo que não queria se esforçar para dar certo na vida. Pat se sentia profundamente aliviado por estar doente.

Passou a desenvolver algumas atividades, mas sem maiores pressões. Seu avô, que na época havia desenvolvido um câncer e para qual estava realizando um tratamento, tinha o apoio de Pat para sua locomoção, que dirigia para ele sempre que precisava. Pat havia abandonado em definitivo sua faculdade, e se sentia aliviado por ser uma pessoa doente, que poderia decidir o que fazer sem sofrer tantas pressões e exigências das outras pessoas. Sentia-se bem, levando seus dias no ritmo que desejava, e continuava a fazer exames e a seguir orientações para tratar a doença, mas não suspendeu o uso de álcool.

Infelizmente, nem tudo conseguiu se manter em um ritmo desacelerado por muito tempo, e, em seguida, Pat vivenciou momentos que o fizeram sentir-se muito mal novamente. Seu avô faleceu, e em um período bem próximo, Pat brigou com a namorada de forma mais grave, por motivos que atualmente não consegue lembrar, apagados por completo de sua memória. Diante de tamanho sofrimento ingeriu medicações em grande número, o que para ele foi uma tentativa de suicídio. Sua namorada teve uma atitude parecida, mas Pat não sofreu grandes impactos em relação a isso, pois considerou que ela queria mais chamar a atenção do que pôr fim à própria vida.

Nessa ocasião da ingestão de medicamentos, Pat se lembra de ter sentido, primeiramente, uma grande dificuldade para respirar. Desesperado, ligou para a mãe, que morava em outra cidade, para avisar o que havia feito. Sua mãe prontamente ligou para seu pai e sua namorada à época, relatando o que ele havia feito. Pat foi levado ao hospital

imediatamente, onde, sob os julgamentos de uma enfermeira que o recebeu – a qual dizia repetidamente que estava chocada com o absurdo que ele havia feito consigo mesmo – realizaram uma lavagem intestinal e outros procedimentos médicos para resgatar o equilíbrio de seu organismo.

Acabou o relacionamento com namorada, devido a muitos desgastes. Decidiu passar um tempo afastado, e pediu abrigo à mãe, que se mantinha morando no Nordeste do país. Os médicos apoiaram sua decisão, pois devido ao seu quadro, precisava de muita vitamina D, e nada como o clima ensolarado do Nordeste para oferecer isso que tanto precisava. Morou com a mãe por volta de um ano, e nas férias, decidiu voltar para o Sul, onde se sentiu muito mal. Passou a fazer um tratamento injetável, e viveu momentos que, ao lembrar nos dias de hoje, vê como dias nebulosos.

No ano seguinte, decidiu que voltaria a morar com a mãe definitivamente, e começou a fazer um tratamento para a esclerose múltipla e para a depressão, acompanhando por dois neurologistas e um psiquiatra. Visitava o Sul com frequência, mas percebia que todas às vezes em que lá estava experimentava surtos, os quais ligava às condições advindas da esclerose. Mesmo assim, em uma dessas visitas, decidiu que não voltaria mais para o Nordeste, e lá buscou se estabelecer. Porém, sua experiência não o foi nada positiva: não conseguia estudar para tentar outro curso, e bem menos tinha vontade de retomar a faculdade. Nesse momento, percebeu que já havia tentado de tudo no Sul do país, o que o fazia ver de forma mais clara que precisaria fazer uma mudança de vida, de forma mais radical.

Retornou para o Nordeste e não mais quis morar em outro lugar. Conseguiu realizar a transferência do curso para a universidade pública da cidade onde morava com a mãe, e retomou os estudos. Neste mesmo ano, em consulta com outro médico neurologista que o haviam indicado, decidiu tentar um tratamento novo, com medicações que ainda estavam sendo testadas para o tratamento da esclerose. Do dia para a noite, Pat sentiu a energia que há muito tempo não sentia. De 15, 16 horas dormindo, passou 24 horas acordado, ativo, arrumando seu quarto e dando conta de outras coisas de sua vida. Sua mãe, vendo a atitude do filho e envolvida com sua empolgação, sugere que façam uma viagem de carro para algumas cidades do Norte do país. Prontamente, Pat topa e “cai na estrada” com sua mãe.

Se há um divisor de água na vida de Pat, sem dúvidas o mesmo aconteceu nesta viagem. Pat considerou que não apenas viajou com a mãe, mas que teve uma experiência espiritual. Sentiu-se tão envolvido com o que estava vivendo, que chegava a pensar em não mais voltar, mas ao mesmo tempo entendia que aquela experiência o estava mostrando que não deveria mais fugir, mas, sim, encarar sua vida de outra forma. Na viagem, decidiu que

não faria mais uso de bebidas alcoólicas, e que mudaria de vida radicalmente. Sentiu a floresta amazônica em sua grandiosidade, e se conectou com ela de uma forma que não conseguia explicar.

Começou a perceber como estava vivendo, o quanto tudo era um esforço e demandava muita energia, o quanto havia entrado em uma inércia da qual não conseguia sair, e o quanto a esclerose veio a calhar para justificar tudo isso. Ao lembrar-se desse momento, Pat não consegue dizer a que ponto essa experiência teve influência das novas medicações das quais estava fazendo uso, mas consegue ter clareza que, depois de muito tempo, naquele momento passou a existir uma vontade de viver que nunca antes havia sentido.

Naquele momento, percebeu que havia passado de prodígio à decepção, pois as pessoas apostavam tudo nele, devido ser o melhor da turma, alguém sociável e bem articulado nas relações. Porém, com suas últimas experiências, sentia-se uma decepção para todos, e por isso, por muito tempo, escondeu sua própria vida, na qual sofria muito pelo abandono de si e de tantos de seus projetos. Vindo de uma cidade pequena, no interior de um estado no Sul, para ele, era muito importante manter algumas aparências, pois percebia que eram estas que mantinham os olhares de reconhecimento tão importantes para que se sentisse pertencendo a algo. Assim, mesmo diante de um sofrimento que dilacerava suas possibilidades, buscava manter sua imagem de Pat, o estudante de engenharia com a perspectiva de um futuro brilhante. Esconder-se, contudo, havia preenchido sua vida com aspectos ambíguos: por um lado, sentia-se condenado ao desamparo, pois todos achavam que com ele tudo corria muito bem; por outro, sentia-se mais protegido dos olhares de julgamento, de críticas e estigmatizações, algo que via acontecer com tantos e com tanta frequência.

Retornando de viagem com a mãe, realmente começou a mudar de vida. Passou a fazer atividades físicas e equilibrou sua alimentação. Chegou a perder, em média, cinquenta quilos em, aproximadamente, um ano. A essa altura, lembrava de seu estilo de vida anterior, onde dormia, acordava para beber e para fumar, e deitava novamente para voltar a dormir. Nessa mesma época, chegou a fazer um canal em uma rede social falando sobre depressão e as experiências que tinha a partir disso. Sua mudança o afastou tanto disso, que ao ver novamente os vídeos, não conseguiu se reconhecer ali, e os tirou do ar.

Continuou visitando o pai e os amigos no Sul do país. Nessas visitas, sempre encontrava com a ex-namorada, com a qual conseguiu manter um contato tranquilo, amigável e tinham relações sexuais. Mesmo assim, tinha claro que não queria estabelecer um relacionamento estável com ela, pois se considerava diferente dela, e que ela não tinha atributos que, naquele momento, considerava essenciais para que se relacionasse com alguém.

A relação que um dia tiveram já não mais fazia sentido, e buscava manter uma amizade por considerá-la uma boa pessoa e importante em sua vida. A questão é que a ex-namorada não sentia o mesmo, e tentava, de várias formas, reatar o namoro.

Um tempo depois, a ex-namorada apareceu em sua vida, dando a notícia de que estava grávida de um filho seu. Pat ficou extremamente impactado, além de confuso com a situação, pois percebeu que a notícia da gravidez veio logo após ele a informar que estava interessado em outra mulher e que iria pedi-la em namoro. Como estavam juntos nessa situação, tiveram relação sexual logo em seguida, e a ex-namorada impediu que Pat interrompesse o coito, afirmando que estava tomando pílulas anticoncepcionais e que ele não precisava se preocupar.

Um mês depois deste ocorrido, teve a notícia da gravidez. Por um instante, Pat ainda pensou em selar um compromisso com ela através de um casamento, mas com poucos segundos percebeu que não era esse o seu desejo. Comunicou que assumiria a filha, mas que não ficariam juntos, o que gerou um desgaste muito grande neles, que passaram a não conseguir mais se comunicar tão amigavelmente. Além disso, via que as pessoas o viam como um cafajeste, pois engravidou a ex-namorada e não estabeleceu um compromisso com a mesma, o que muito o estressa. Pat, porém, não conseguia confiar nela, desconfiando que ou não era responsável pela paternidade da filha, ou que a ex-namorada havia calculado tudo conscientemente para ter um motivo que os ligasse pelo resto da vida. Toda essa situação fez com que voltasse a se sentir muito mal, necessitando retomar as consultas psiquiátricas semanais e regulando bem as medicações.

Atualmente, Pat considera que a depressão é como uma sombra para ele. Toma vários medicamentos, tanto para a esclerose como para a depressão, e diz que se medica assim para não cair novamente como um dia caiu. Em um determinado período da sua vida, preocupou-se muito por não saber se estava se sentindo bem porque estava se medicando ou se realmente estava se sentindo melhor, que havia acontecido uma mudança em sua vida que havia motivado isso.

Depois de um tempo, viu que não fazia mais sentido se preocupar com isso, pois ficou claro para ele que realmente tem uma doença e que seu humor é muito instável para parar o uso da medicação. Aceita o fato de que precisará se medicar para o resto de sua vida, e não vê problemas maiores nisso. Isso fez com que percebesse que se sente melhor consigo e com a imagem que passa para as outras pessoas, pois sente-se mais sincero, respeitoso e verdadeiro com próprias condições e limitações.

Largou o curso de engenharia, e no momento está no terceiro ano da graduação em outro curso, na área de ciências humanas. Incomoda-se por ainda ter seu sustento provido pela mãe, e se cobra muito para adquirir sua própria emancipação. Critica as relações que são desenvolvidas, nas quais se esperam padrões de comportamentos das pessoas, além de se promoverem muitos julgamentos e incompreensões sobre o que cada um realmente vive. Percebe isso, principalmente, na vida no interior quando morava com o pai, no Sul, e vê em si muitas marcas deixadas por esse período, que muito o fizeram sofrer.

Sente certas mágoas dos pais, pois atualmente, ao olhar para trás e ver como se sentia em tantos momentos de sua vida, percebe que não tinha condições de tomar as próprias decisões, e que os pais não interviam de forma responsável e implicada, buscando manter o bem-estar do filho. Chega a dizer que não deveria ser permitido que pessoas em situação de sofrimento maior tomem decisões importantes para a própria vida, pois, em muitos momentos, sente que o que escolhia não era fruto de seus desejos ou de suas reais possibilidades, mas algo fortemente imposto pelo turbilhão de demandas que se interpunham em sua vida.

2.4 Quarta paragem: o preço a ser pago por amar a Xuxa

Arthur é um homem adulto, mas seu real sentimento é o de ser, ainda, um adolescente. Nasceu no Sudeste do país, em uma família que descreve ser constituída por ele, sua irmã, um pai alcoólatra e uma mãe dominadora. Como se é de imaginar, a rotina de Arthur não era nada leve, e desde bem pequeno encontrou no Programa da Xuxa um refúgio que o permitia sentir uma vida feliz e cheia de magia. Chegava a desenhar o cenário do programa para ter uma sensação mais concreta de que estava dentro daquele mundo de fantasia, e sentia de forma intensa uma vontade muito grande de, em algum dia em sua vida, realizar o sonho de ser um artista.

Como memórias de infância, traz poucos amigos e constantes mudanças de casa, o que entendia acontecer por a família não ter um imóvel próprio. Traz, também, lembranças de violências, principalmente a tentativa de abuso sexual cometida por um tio, irmão de seu pai, quando Arthur tinha apenas sete anos de idade. O tio insistia em mostrar para ele revistas com conteúdos pornográficos e, enquanto o fazia, acariciava o sobrinho. Quando o sentia resistente, tentava seduzi-lo com os conteúdos que imaginava serem-lhes irresistíveis: os programas de televisão e discos da Xuxa.

O tio conhecia a paixão do sobrinho pela personagem, e como sabia também da condição financeira precária da família, que não tinha possibilidade de comprar discos ou outros objetos de luxo para os filhos, comprava os discos da Xuxa já imaginando a possibilidade de usá-los como instrumentos de sedução. Para Arthur, essa lembrança acabou por influenciar outra, também de sua infância: as brincadeiras de cunho sexual com os colegas, algo que ocorria com frequência. Arthur percebeu, porém, que as ações do tio eram abusivas somente alguns anos depois, em sua adolescência, assim como as influências disso em suas próprias ações.

Em se tratando de sua adolescência, a expressão “complexos de inferioridade” vem logo à cabeça de Arthur, que percebe serem estes os principais pontos a marcarem essa fase de sua vida. Ele e sua família, quando ainda residentes no Sudeste do país, moravam em uma favela, vivendo com alto nível de precariedade. Arthur responsabilizava o pai por isto, pois sua família, na verdade, havia recebido de uma tia uma quantia em dinheiro que deveria servir para a compra de um terreno, onde construiriam uma casa na qual pudessem morar com maior conforto e segurança. Contudo, seu pai, envolvido com ilegalidades, como Arthur revela em suas palavras, deu outro fim ao dinheiro e levou a família para morar na favela, numa casa feita com restos de madeira e que se situava ao lado de um rio poluído.

À época, Arthur começou a estudar numa escola que trouxe mais experiências de violência para a sua vida. Os outros alunos, colegas de Arthur, tinham condições econômico-financeiras um pouco melhores que as dele e, ao descobrirem que ele morava numa favela, não o pouparam de ofensas, chamando-o de favelado, além de apontá-lo como homossexual, acusando-o de possuir gestos afeminados. Diante de tamanha opressão, Arthur começou a se sentir deprimido, e as pessoas à sua volta diziam que ele precisava de acompanhamento médico, pois apresentava sintomas de depressão. Recusava-se em ter tal acompanhamento, incisivamente, sofrendo de forma reclusa. Um tempo depois, quando estava um pouco mais forte, decidiu mudar de colégio.

Na nova instituição, sentia que já sabia melhor como lidar com as “*patricinhas e mauricinhos*”, e tentou integrar-se às rotinas. A nova escola possuía um programa que fazia excursões para levar os alunos para assistirem as gravações de programas de televisão, e o ponto alto que nela vivenciou foi quando se deparou com a notícia de que haveria uma excursão para os alunos visitarem os estúdios do programa da Xuxa. Sem conseguir conter sua empolgação, Arthur inscreveu-as na excursão no mesmo momento em que ficou sabendo de sua existência, e ficou esperando ansiosamente chegar o dia em que realizaria um dos maiores sonhos de sua vida.

Chegado o dia, Arthur acordou e correu para a escola, juntando-se aos alunos na espera do ônibus que os conduziria até o local. O motorista do ônibus, porém, nunca chegou à sua escola, e os funcionários do colégio, responsáveis pela excursão, depois explicaram que havia acontecido um mal-entendido, que acabou gerando um desencontro entre a escola e o transporte que conduziria os alunos e que, por isso, tiveram que cancelar o evento. Arthur se sentia sem palavras para explicar tamanha frustração, a qual o acompanhou por muito tempo e gerou muito sofrimento. Ainda hoje, considera que essa frustração o acompanha, mostrando sua face mais nua nos tantos momentos em que entrou em crise, chegando a gritar que um dia ainda iria conhecer a Xuxa e que ninguém nunca tiraria isso dele.

Poucos anos mais tarde, uma enchente devastou sua casa. Sua mãe, já desgastada da relação com seu pai, decidiu se separar e se mudar para o Nordeste, pois tinha familiares vivendo na região. Arthur tinha por volta de 18 anos de idade nesta época, e decidiu que acompanharia a mãe, pois segundo o que entendia, ela precisava de maiores cuidados devido ao fato de tomar muitos comprimidos. Seu pai, que se mantinha fazendo uso excessivo de álcool, primeiramente se recusou a mudar de cidade, no ato da separação da esposa. Porém, com pouco tempo depois, mudou-se para a mesma cidade onde a ex-esposa estava morando, e teve a filha, irmã de Arthur, como apoio quanto aos cuidados que necessitava.

Chegando à nova cidade, junto à mãe, Arthur trabalhou como atendente em uma lanchonete, e a partir dos novos contatos que estabelecia com as pessoas, teve suas primeiras aproximações com o mundo *gay*: passou a frequentar boates e nelas descobriu as saunas, que, por sua vez, levaram-no a descobrir os cinemas. Em uma das boates que frequentava, conheceu o rapaz com quem se relacionaria por aproximadamente quatro anos, o único relacionamento duradouro de sua vida.

Enquanto se relacionava com ele, chegou a frequentar cultos evangélicos, pois o namorado fazia parte e frequentava os ritos da religião. Vivenciou, aí, uma questão que parecia muito contraditória, pois como seria possível alguém ser *gay* e evangélico ao mesmo tempo? Essas duas dimensões da vida, até onde sabia, não tinham pontos de interseção e se impressionava com o fato de o namorado conseguir fazê-lo. Mesmo assim, sempre o acompanhava, mesmo que não conseguisse se sentir coerente nas várias situações de atividade religiosa que vivenciava.

Outra dimensão que abriu em sua vida, naquele momento, foi a realização de aulas de teatro. Como já foi destacado, desde criança Arthur tinha o desejo de seguir a carreira artística, mas nunca havia encontrado oportunidades de desenvolvê-la. Matriculou-se e

começou a frequentar as aulas de teatro, e percebia que se identificava mais com a atuação de personagens como palhaços ou algo semelhante aos personagens de Charles Chaplin.

Passado algum tempo, não muito, Arthur começou a se sentir deslocado nas aulas, pois era o aluno com maior idade e sentia que isso impossibilitava sua maior integração ao grupo com o qual desenvolvia as atividades. Essa sensação chegou a incomodá-lo de tal forma que o fez desistir das aulas. Mesmo assim, sentia que seu desejo por uma vida artística não havia morrido, e que o teatro dele não havia saído, mesmo com a interrupção das aulas. Como uma forma de continuar a se desenvolver artisticamente, começou a confeccionar painéis para festas infantis e, sempre que possível, fantasiava-se de palhaço, mesmo que fosse somente para transitar nas ruas.

Ao longo de tantas dessas experiências, porém, Arthur sentia-se continuamente deprimido. Não conseguia se estabilizar em nenhum emprego, e dormia sempre muito mal. Buscando ajuda para suas dores existenciais, decidiu marcar uma consulta em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas o atendimento prestado pela instituição nada o agradou: sentiu-se mal atendido, incomodando-se profundamente com a postura do médico psiquiatra, que nem mesmo chegou a fazer contato visual e o escutou de forma muito breve. Ao fim da consulta, foi receitado um inibidor de receptação da serotonina, mais especificamente a fluoxetina, medicação que, segundo o que viveu, fez com que se sentisse ainda pior.

Outra queixa que possuía em relação ao médico que lá o atendia era a de que, embora percebesse existir em si mesmo, de forma significativa, um desejo de ouvir de um profissional qual seria seu diagnóstico, isso nunca havia acontecido. O psiquiatra mais se ocupava em fornecê-lo os códigos numéricos, contido na Classificação Internacional de Doenças (CID10), sobre que diagnósticos poderiam fazer parte de seu quadro de adoecimento, repetindo-os com frequências durante as consultas. Maiores explicações sobre o que significavam esses códigos, contudo, nunca aconteceram.

Arthur sentia, com isso, que sofria muito sempre que ia ao CAPS. Como uma forma de minimizar sua dor, decidiu que sempre que fosse se consultar, iria vestido de palhaço, e lá tentaria divertir as pessoas. Embora percebesse que isso incomodava a muitos, alegava que usar a fantasia se impunha a ele como uma necessidade, pois a tinha como uma máscara, que disfarçava com um tom cômico a tamanha tristeza e o choro copioso que sentia em si continuamente e o qual não se via permitido em expressar.

Em um determinado momento, dadas essas experiências, sentiu que precisava do olhar de outros profissionais, de diferentes formas de assistência, e buscou atendimento em

outro hospital da cidade, referência no Estado para o tratamento das *ISD/AIDS* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

Ao chegar ao novo local de atendimento, a atendente que o recebeu, vendo-o vestido de palhaço e com semblante de sofrimento, logo percebeu que Arthur não estava bem, e o encaminhou para realizar uma bateria extensa de exames que visavam investigar mais a fundo seu estado de saúde.

O maior impacto para Arthur veio com o resultado positivo no teste rápido de HIV, pois nunca havia imaginado que um dia receberia tal diagnóstico. Prontamente, entrou no processo de tratamento da doença, tendo acompanhamento médico e psicológico, que o acolheram de uma forma diferente, muito mais cuidadosa e respeitosa quando às suas dores. O tratamento fez com que percebesse que a AIDS não era o monstro que as pessoas mais comumente falavam, além de tê-lo possibilitado cuidar de sua saúde não somente viado o tratamento da doença, mas evocando formas outras que visavam um autocuidado mais global.

Certo tempo depois deste evento, Arthur, que ainda mantinha o namoro com o rapaz evangélico, acabou brigando com o companheiro, e decidiu que iria fazer uma viagem, onde encontraria um amigo e em sua casa se hospedaria. Ao chegar à cidade, começou a realizar passeios para os pontos turísticos mais visitados, e começou a se sentir muito mal quando estava a caminho de um dos principais desses pontos.

A sensação de mal-estar foi piorando e englobando o seu estado geral, instalando um surto em seu organismo. Arthur passou a ter ideias delirantes, acreditando que havia um demônio na cidade e que o mesmo estava à sua procura, o que vinha misturado, ainda, a outros elementos que se ligavam à Xuxa e à Rede Globo de Televisão. Agitado e muito angustiado, Arthur falava sem parar. Começou a fazer previsões, afirmando que a Xuxa sairia da emissora de televisão onde se apresentava, àquela época, e mudaria para a Rede Record. Além disso, afirmava que aconteceriam quedas de políticos, que, segundo suas previsões, seriam desmascarados por escândalos quanto ao envolvimento com atos de corrupção. Como Arthur se mostrou muito alterado, isso deixou o amigo confuso sobre o que fazer, o qual viu como única saída ligar para sua mãe e enviar Arthur de volta para casa.

Retornou para casa, ainda envolvido completamente pelo episódio de surto, recebendo auxílio da mãe e da irmã. Acreditava de forma incisiva que havia sido dada a ele a missão de salvar o mundo, o que deveria fazer sem questionamentos. Além dessa certeza, também era invadido por um medo intenso de que a qualquer momento pudesse entrar na televisão, de forma literal. Mantinha-se vestido de Paqueta (personagem do programa da Xuxa) e colocava o símbolo cristão da cruz no chapéu que fazia parte da fantasia. Assim,

sentia que indicava a todos que se tratava de alguém enviado por Deus, com o intuito de salvar o mundo. Continuou em surto por muitos dias, entrando em conflito com a mãe, com os vizinhos e com a irmã, chegando a acontecer agressões físicas por parte de uma vizinha, que não entendia o episódio vivenciado por Arthur.

Com uma situação caótica instalada, sua família decidiu que seria melhor levá-lo a um hospital especializado em saúde mental da cidade, e assim o fizeram. Chegando ao hospital, ficou extremamente assustado ao ver outra pessoa, que também em surto, estava fantasiada de Raul Seixas. Isso se deveu porque Arthur, ao ver esta pessoa, lembrou-se de uma história anteriormente contada a ele, a qual dizia que o Raul Seixas havia feito um pacto com o demônio. Rapidamente pensou que, se ele estava ali à sua frente, é porque, sem sombra de dúvida, tinha o objetivo de exterminá-lo.

Diante disto tudo, foi internado, e nesta mesma internação, Arthur recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar. A sensação maior diante do diagnóstico foi a de alívio, pois Arthur, anteriormente, tinha como um medo muito grande a possibilidade de que fosse um psicopata – embora depois tenha percebido que nem sabia bem o que isso significava. Ter o diagnóstico de Transtorno Bipolar indicava que ele tinha um transtorno que qualquer um estaria passível de ter, e que poderia conviver normalmente com isso, assim como convivia com o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

Durante a internação, Arthur recebeu vários tipos de assistência, mas sentiu-se especialmente cuidado pelas profissionais da Terapia Ocupacional, algo que até hoje coloca como uma intervenção fundamental para sua recuperação naquele momento de sua vida. A partir dos trabalhos exercidos pelas terapeutas ocupacionais, sentia que conseguia resgatar sua confiança em si mesmo, o que permitiu que realizasse uma maior auto-organização de seus conteúdos, assim como uma significativa melhora de sua autoestima. Sentindo-se melhor, recebe alta e retorna para a casa e para o convívio com seus familiares.

Passou certo tempo estável e se sentindo bem, mas em seguida, volta a entrar em surto com conteúdos semelhantes aos do primeiro episódio. Foi internado novamente, em outro hospital de saúde mental da cidade. Nesse momento, acreditava que estava passando por uma transformação, e que um dia acordaria e perceberia que era outra pessoa, com pele clara, olhos azuis e cabelos loiros – assim como a Xuxa, mas não conseguia fazer essa ligação de forma consciente naquele momento.

Na nova internação, depara-se com um serviço mais desorganizado, o que fazia com que o setor de Terapia Ocupacional (TO), antes tão importante para ele, fosse também desorganizado e inoperante em muitos momentos. Isso acabou resultando em um maior uso

de medicações psiquiátricas, que, nesse momento, foram os principais mediadores de sua crise e posterior recuperação. Retomou seu equilíbrio, e voltou a se sentir bem. Retornou para a casa da mãe, e lá recebeu o apoio sempre presente desta e de sua irmã.

Atualmente, ao relembrar de sua história, Arthur afirma que tenta se centrar mais em sua realidade, e considera que a fixação na Xuxa não passava de uma fantasia da infância, um sonho nunca realizado, mas algo extremamente importante em sua história. Com a Xuxa, poderia sonhar, ter um mundo de fantasia que o possibilitava viver uma vida mais agradável do que a sua vida real. Porém, hoje entende que tal fixação sempre gerou um impacto muito grande para ele mesmo, e a frustração de não a conhecer talvez seja a responsável por tantos dos sofrimentos por quais passou. Esse sonho, portanto, foi tomando cada vez mais distância, de forma que não busca mais trazê-lo para perto, pois acredita que realizá-lo, em vez de fazê-lo se sentir melhor, talvez tenha um efeito contrário e o deixe muito mal. Acredita que conhecê-la, de fato, traria duas possibilidades principais: ou “morreria” de emoção, ou se decepcionaria imensamente por ver que ela não é nada daquilo que imaginava.

Embora seja algo tão importante e presente em sua vida, Arthur se sente sempre muito envergonhado em trazer à tona o tema do impacto da Xuxa nele próprio, pois percebe o quanto isso pode ser infantil para muitas pessoas, que não compreenderão sua experiência quanto a isso. Porém, sempre que consegue falar mais abertamente e com maior profundidade sobre o assunto, sente-se bem, pois valida algo que o é muito importante, mas que compartilha com tão poucas pessoas.

Em muitos momentos, sente que se apropria mais de sua condição de uma pessoa adulta e reflete, questiona suas fantasias, postura esta que o possibilita questionar sobre se realmente gostaria de trabalhar com a Xuxa, se ela seria uma pessoa como ele imaginou, se faria sentido tudo o que um dia fantasiou em relação a ela, se ela gostaria dele, se ele teria o que dizer a ela, se ela realmente existe, se ela conhece o tamanho impacto que tem na vida das pessoas, se tem ideia o quanto impactou a vida dele próprio. Nestes devaneios e questionamentos, imagina que, se conseguisse realmente um dia encontrar com a Xuxa, ficaria parado, travado, sem reação, por tamanha que é a importância que ela tem em sua vida. Percebe, portanto, que falar da Xuxa é falar de si mesmo.

Em uma dimensão religiosa, Arthur segue as doutrinas das Testemunhas de Jeová. Evita trazer à sua vida aquilo que pode fazê-lo mal, como filmes de terror e religiões que considera fanáticas. Tem o projeto de ter uma rotina tranquila, com um emprego que goste e um companheiro com quem possa compartilhar sua vida.

Quanto ao seu namorado, aquele que antes tinha e com quem teve um relacionamento por quatro anos, em um dado momento decidiram terminar a relação, mas até hoje se tratam como verdadeiros irmãos, nutrindo profundo afeto mútuo.

“Eu amo a Xuxa”, fala em palavras diretas para aqueles em quem confia. Sua mãe, enciumada, já chegou a até mesmo a se mostrar incomodada com tamanho amor, dizendo que ele amava mais a Xuxa do que a sua própria mãe.

De forma geral, vê sua vida como uma mistura complexa entre a fixação com a Xuxa, abuso do tio, relacionamentos que acabaram, falas engasgadas, frustração em não ter desenvolvido sua vida artística, *bullying* e fixação religiosa. Denomina-se como “o próprio furacão de sua vida” e hoje já consegue perceber melhor quando está mais eufórico e que cuidados precisa ter consigo, para não entrar em surto. Mesmo com tantos sofrimentos, considera-se um “sobrevivente da própria vida” e se orgulha de ter conseguido superar tantas questões e atribulações.

2.5 Quinta paragem: guarde coisas negativas para sobreviver

Dani é uma mulher adulta, pessoa alegre e cheia de energia. Lembra-se de ser assim desde muito cedo em sua vida, quando, ainda criança, aventurava-se no jardim de sua casa e tomava nas próprias mãos os insetos e outros bichinhos que cruzassem seu caminho, com o objetivo de olhá-los mais de perto e entendê-los em profundidade. Sua família nuclear, formada por ela, seus pais e uma irmã, tinha diferentes opiniões sobre seus comportamentos. Sua mãe, extremamente preocupada com as opiniões alheias, reprovava as atitudes da filha e dizia constantemente que de Dani ninguém gostava, pelo fato de ser uma criança muito danada. Seu pai já tinha outro olhar, e de certa forma admirava a espontaneidade e energia da filha. Com a irmã, tinha a referência de uma pessoa mais calma, e uma amiga com quem podia contar. Dani sentia que sua mãe possuía mais proximidade da irmã, e ela mesma se sentia mais à vontade na companhia do pai.

Atualmente, Dani carrega consigo um diagnóstico de Síndrome do Pânico, mas tem certo para si que este não a destitui do direito de se sentir uma pessoa normal. Dani acredita que seu diagnóstico tem muitas ligações com suas experiências familiares, pois sempre viu neles uma família estranha, pouco cuidadosa e pouco amorosa. Ela e a irmã, em tom de brincadeira, já chegaram a compartilhar da ideia de que seus pais nunca deveriam ter tido filhos, dado os inúmeros conflitos e sofrimentos que viveram, ao longo de suas vidas, na relação com os mesmos.

Falando especificamente de sua mãe, Dani descreve uma pessoa extremamente preocupada com opiniões alheias, o que acarretou uma relação tensa com as filhas, embasada, predominantemente, em ensinamentos constantes sobre o dever que tinham em se encaixar em padrões normativos esperados. Além disso, sua mãe possuía uma percepção bem própria sobre relacionamentos interpessoais, ensinando às filhas que as pessoas, de uma forma geral, não eram confiáveis, que eram invejosas e que sempre desejavam o mal quando viam o sucesso ou felicidade de alguém. Por isso, educava-as com a orientação de que não se abrissem às relações, ensinando-lhes a desconfiar sempre das pessoas, para que pudessem melhor se precaver de decepções. Consequentemente, Dani passou a se posicionar de forma a ter sempre “um pé atrás” com todos do seu convívio, como sua mãe havia ensinado, o que já acontecia em suas primeiras experiências interpessoais, ainda em idade escolar.

Um pouco mais tarde, entrando na adolescência e saindo do lugar da menina com “o pé atrás” e obediente aos ensinamentos da mãe, Dani desenvolveu uma nova face, a “rebelde”, como sua família denominava. Aos 13 anos de idade, revoltava-se com atitudes dos pais e expressava sua discordância, quebrando objetos e dizendo que iria embora da casa onde morava com a família – o que não chegava a acontecer, pois Dani não tinha para onde ir.

Nesta mesma fase de sua vida, seus pais decidiram se divorciar, o que gerou grande impacto em Dani, que passou a se mostrar mais “revoltada” ainda – sob os olhos da família – por tamanho sofrimento que vivenciou com essa separação. Como seu pai teve uma relação extraconjugal, o divórcio não foi amigável, tendo ele, ainda, estabelecido uma relação estável com a mulher com quem estava se envolvendo. Dani não conseguia ter uma boa relação com ela, e via-se numa situação em que se afastava cada vez mais do pai, com quem se sentia mais acolhida e amada, além de manter uma relação de distância em relação à sua mãe, que passava a expressar claramente sua preferência à outra filha.

Sua primeira tentativa de suicídio aconteceu também na adolescência. Um dia, em casa, sentindo-se muito triste e angustiada, realizou cortes nos braços e nos pulsos, além de tomar vários comprimidos de uma medicação que havia encontrado. Precisou ser levada ao hospital, com urgência, para passar pelos procedimentos que reestabeleceriam sua saúde e segurança. Desse episódio, traz com maior vivacidade a atitude de uma tia, que falava abertamente que Dani não queria realmente se matar, mas que desejava, sim, chamar a atenção, pois se realmente quisesse tirar a própria vida, teria tomado um número maior de comprimidos.

Sem muitas outras opções, Dani seguia sua vida, dentre muitos sofrimentos e relações nada acolhedoras. Amadureceu e conquistou maior idade. Aos dezenove anos,

conheceu o homem que viria a ser seu primeiro marido, com quem se relacionou por um período de seis anos. Ao olhar em retrospecto, sente a certeza de ter vivido um relacionamento abusivo, referindo-se não somente às atitudes do marido para com ela, mas principalmente aos tratamentos que ela mesma exercia em relação ao esposo. Dani, trazendo em si tantos ensinamentos da mãe e tantas experiências de sofrimento, sentia que precisava testar, continuamente, os limites do esposo, pois só assim conseguia ter maior segurança de que ele não a machucaria ou a abandonaria.

Depois de anos de uma relação que no começo trouxe bons momentos, mas que em seguida trouxe muito mais dor do que prazer, Dani e o esposo decidiram se separar, tendo ela retornado à casa da mãe. A essa altura, sentia-se sem perspectiva, sem um rumo que gostaria de seguir e sem clareza sobre como poderia construí-lo. Chegou a fazer vários vestibulares (Ciências Biológicas, Engenharia, Medicina, Administração, Gastronomia) nos quais foi aprovada. Chegava a se matricular, iniciava os estudos dos cursos, mas não conseguia se sentir motivada para dar continuidade a nenhum deles. Tentou também desenvolver vários empregos, tendo cargos como tradutora de filmes, professora e gerente de uma agência que trabalhava com serviços financeiros.

A experiência deste último emprego trouxe a Dani muitas situações de violências, que até hoje carrega na lembrança. O chefe, um homem problemático e desrespeitoso, obrigava Dani a sair com ele, ameaçando demiti-la caso não o fizesse. Com medo de perder o emprego, acabava por se submeter a estas situações, mas com profundo desagrado. Tentou buscar alguém que a auxiliasse, e que a desse apoio para que não precisasse viver este tipo de situação. Teve a ideia, então, de falar com o diretor da empresa, mas logo descobriu que este era primo de seu chefe, e que não estava disposto a realizar maiores intervenções para interromper as atitudes abusivas do mesmo.

Depois de muitas situações de assédio e abusos, Dani não conseguia mais ter forças para tolerar tantos absurdos os quais o chefe a submetia. Passou a se posicionar de forma mais firme, recusando-se a fazer o que era demandado, e isso acabou, realmente, gerando sua demissão do emprego. Saindo da empresa, no dia em que foi demitida, ligou para sua mãe, chorando e lamentando ter perdido um trabalho de que gostava, apesar dos abusos que sofria. A mãe, por sua vez, não conseguiu ter empatia com o sentimento da filha, dizendo a ela que deixasse de besteira, além de expressar que não entendia aquele “chororô” todo, “só” porque tinha perdido o emprego.

Aos vinte e cinco anos de idade, ainda morando na casa da mãe, passou alguns meses buscando um novo emprego, mas sem sucesso nisso, o que ocasionou grandes conflitos

entre as duas. Para Dani, a relação com a mãe era marcadamente abusiva e violenta, pois a mesma realizava muitas críticas e julgamentos, constantemente, nunca conseguindo ter uma atitude mais compreensiva ou mesmo mais amena quanto ao seu trato agressivo com a filha.

Sentindo-se cada vez pior, Dani passou a experimentar crises de pânico, diariamente. Nesse mesmo momento, percebeu que sua vida era uma coleção de inúmeros sofrimentos, mas nenhuma diversão, e por isso começou a frequentar festas e a ingerir bebidas alcoólicas, pois acreditava que essa era uma forma de “curtir a vida”, algo nunca antes feito por ela. A ingestão de bebidas alcoólicas, porém, aumentou exponencialmente ao longo do tempo, e quando Dani se percebeu, bebia todos os dias da semana. Alguns amigos, que eram companheiros nas noites de festa, começaram a julgá-la, pois acreditavam que estava bebendo demais e que isso não a traria bons resultados. Dani não dava muita importância a essas falas, e seguia vivendo a forma que havia encontrado de aproveitar a própria vida. Suas crises de pânico, porém, não a haviam deixado.

Fazendo um parêntese para aqui falarmos um pouco melhor destas crises de pânico, vale destacar que estas não eram algo novo em sua história. Dani tinha memórias de tê-las presentes desde sua infância, quando, por exemplo, em uma situação em que viu um amigo dos pais convulsionando, desesperou-se e entrou em pânico, de tão assustada que ficou ao ver alguém passando mal daquela forma. Embora os pais tenham prestado ajuda à filha naquele momento, repetiam que aquilo era “besteira de criança” e que logo passaria. A sensação de pânico, contudo, mantinha-se presente constantemente, e só passava quando tomava um banho com água bem fria.

A situação ainda piorou mais tarde em sua vida, quando estava se consultando com uma médica para exames de rotina. A mesma a auscultou, e afirmou que havia percebido certo descompasso em seu ritmo cardíaco, o que poderia configurar algum problema de saúde em seu coração. Sentiu-se novamente desesperada, e passou muito tempo sem fazer exercícios físicos, pois acreditava que teria um infarto a qualquer momento e morreria. Também não queria tomar medicamentos, pois os mesmos poderiam causar reações em seu organismo e prejudicar, ainda mais, seu coração. Levou muito tempo até se sentir segura para realizar os exames devidos sobre o possível problema cardíaco, exames estes que acabaram por atestar que em seu coração não havia problema nenhum, e que a médica, com qual anteriormente havia se consultado, estava enganada em seu diagnóstico.

Retornando ao momento que anteriormente estávamos, as crises de pânico continuavam e Dani sofria intensamente. A postura da mãe não havia mudado em relação à postura que tinha na infância da filha: continuava a achar que aquilo não passava de besteiras,

e nos momentos de maior sofrimento, dizia à Dani que tudo não passava de “coisa da sua cabeça”, não dando validade às dores expressadas por ela de forma tão impactante. Em outro momento, em que sua mãe passou por volta de um mês fora em visita ao namorado estrangeiro e residente em outro país, Dani experimentou crises de pânico mais fortes, que as faziam se sentir sempre em desespero e ocasionando choro copioso em muitos momentos de seu dia.

Acabou caindo em um quadro depressivo, e não conseguia sair da própria cama por todo o tempo em que a mãe se manteve fora do país, chegando a emagrecer dezessete quilos. Dani ligava para a mãe, dizia que ia se matar, e a mãe, mostrando-se impaciente e incomodada, dizia que deixasse de besteira, como sempre fazia. O máximo que conseguia fazer era ligar para a outra filha, e pedia que esta fosse deixar algo para que Dani comesse. A irmã, por sua vez, parecia também não entender bem seus sentimentos, mostrando comportamento de esquiva e pouca empatia pelo o que expressava naquele momento. Embora a atitude da irmã a tenha magoado muito à época, atualmente são muito próximas, já tendo chegado sua irmã a pedir desculpas por sua falta de compreensão. Dani perdoou a irmã, pois entendeu que precisava passar por aquilo e entender quais eram suas questões.

Contudo, com a falta de apoio e presença de pessoas do seu convívio, Dani sentia-se cada vez mais só, e definhava em seu sofrimento, sentindo-se pior a cada dia que passava. Ao saber do estado de Dani, a esposa do pai, aquela com a qual Dani não conseguia ter boa relação, decidiu que tomaria alguma atitude para ajudá-la, e a conduziu para um grupo que tratava pessoas com síndrome do pânico, um programa do plano de saúde privado que possuía. Gostou do grupo, e também do médico psiquiatra que conduzia as atividades. Chegou a marcar uma consulta particular com ele, um investimento financeiro alto na época. Porém, chateou-se muito com o médico, considerando-o pouco empático, pouco cuidadoso, que não a olhava nos olhos e não parecia entendê-la, diminuindo todas as dores que expressava.

Abandonou o tratamento que realizava com esse profissional, tanto em grupo como o particular, sentindo muita raiva, principalmente por ele ter minorado seus sentimentos e sensações, em tantos momentos. Passou a sentir fobia de medicações, pois via muitas pessoas tendo problemas de saúde devido à alta ingestão de medicamentos, algo que também foi potencializado pelo medo que já havia experimentado anteriormente, de prejudicar o seu coração caso se medicasse.

Nesse momento, teve outra percepção sobre a própria vida: eram muito raros os momentos em que havia recebido acolhimento e compreensão das pessoas que se faziam

presentes em sua história, as quais não conseguiam reconhecer e validar que ela não estava bem e que precisava de ajuda. Pelo contrário, o que mais acontecia eram atitudes de críticas, pessoas que não conseguiam atribuir sentido ao que Dani expressava, e ainda a nomeavam de louca.

Algumas das poucas vezes que isso aconteceu, foi com a ajuda que recebeu da madrasta, e outro momento em que conversou mais abertamente com seu pai sobre como se sentia. Porém, neste momento com o pai, que também estava imerso em muito sofrimento, Dani acabou tendo que calar seu próprio sofrimento e dar maior atenção ao pai, que desatou em choro copioso e relatou que pensava em se matar todos os dias. Outra pessoa de quem ainda conseguia ter como boa lembrança era um namorado que teve aos treze anos de idade, uma pessoa que sentia que a entendia e acolhia sempre, mas da qual, infelizmente, havia se afastado e não via há muitos anos.

Amigos eram escassos em sua vida, tendo Dani mais memórias de críticas e julgamentos do que de acolhimento advindo das pessoas que considerava suas amigas. Tinha apenas uma pessoa que considerava sua amiga, com a qual teve uma relação confusa, inicialmente. A amiga, no momento em que Dani estava “curtindo a vida” e fazendo maior uso de álcool, era uma das pessoas que muito a julgava e criticava, e que acabou decidindo dela se afastar, por uma série de discordâncias quanto às suas atitudes.

Porém, em um momento seguinte, esta mesma amiga passou por situações parecidas ao que Dani já havia vivido, e mostrou maior empatia por seu sofrimento, até mesmo por sua forma de tentar dar conta de suas dores através do álcool. As duas se reaproximaram e encontraram apoio mútuo, principalmente nos momentos em que não estavam se sentindo bem. Uma das ajudas que Dani a fornecia com frequência era a de conceder receitas médicas “azuis”, das quais tinha uma “coleção” (por falta de uso das mesmas, pois se recusava a tomar os medicamentos), pois eram estes remédios os únicos que possibilitavam que a amiga dormisse todas as noites.

Depois de certo período, Dani conseguiu empregar-se novamente, como gerente de projetos de uma empresa, trabalho que muito a agradava. Sua rotina passou a se constituir por saídas para beber com a amiga e muito trabalho, o que a fornecia uma sensação de satisfação. Isso, porém, não durou por muito tempo. Dani sentia forte necessidade de autoafirmação, através da qual acabava tendo atitudes de exigência quanto à empresa, da qual esperava ter constantes elogios e afirmações de que era a melhor gerente. A situação ficou insustentável, e começou a gerar muitos conflitos com os outros profissionais com os quais trabalhava, resultando em sua saída do emprego.

A vida de Dani, contudo, realmente começou a mudar quando decidiu se casar novamente. Em um dado dia, voltou a ter contato com um ex-namorado, aquele que entrou em sua vida quando tinha apenas treze anos de idade, e de quem tinha boas memórias. Havia percebido que, por influência da mãe, sempre acabava tendo atitudes que boicotavam seus relacionamentos, e decidiu que teria, dali para frente, uma atitude diferente em relação às pessoas. Casou-se novamente, e com ele se mantém casada até os dias atuais.

Com ele, conseguia sentir-se mais espontânea, além de acolhida em seus mais profundos sofrimentos. A família do marido era formada por pessoas extremamente acolhedoras, amorosas, que cuidavam dela de uma forma que nunca havia experimentado ao longo de toda a sua vida. Isso, inicialmente, causou extremo estranhamento, pois Dani percebia que nunca havia experimentado relações com tão verdadeiro amor e carinho, como a nova família na qual adentrava a mostrava diariamente.

Em momentos nos quais as crises de pânico a invadiam de forma a incapacitá-la a desenvolver quaisquer outras atividades, a sogra vinha em seu socorro, cuidava dela com muito carinho e paciência. Dani se medicava e esperava os sintomas passarem, com a cabeça no colo da sogra, que conversava com ela e sempre garantia sua presença, além de que tudo ficaria bem. Chegou a morar com o esposo na casa dos sogros, em momentos em que se sentia muito mal para se ver mais solitária. A mãe de Dani, por sua vez, visitava a filha bem pouco, e quando o fazia, sempre cobrava que ela melhorasse logo, que se esforçasse a sair de casa para dar um passeio, que tivesse força de vontade. Isso muito a magoava, reforçando seu sentimento de constante incompreensão na relação com sua mãe.

Auxiliada pela família do esposo, passou a buscar novas formas de tratamento e cuidado, tendo alguns médicos psiquiatras passado por esse processo. Irritou-se com o primeiro, pois ele receitava medicamentos que não a faziam se sentir bem, e mantinha as medicações mesmo diante de suas queixas quanto aos efeitos colaterais. Entrou em conflito com o profissional, e buscou outro. A médica psiquiatra que começou a acompanhá-la também não a agradou, pela mesma questão com os medicamentos. Sentia que, da mesma forma como antes havia experienciado, os médicos pareciam minorar seu sofrimento e “passavam por cima” do mesmo, sempre receitando cada vez mais medicações. Não se sentia acolhida em sua dor, e reclamava bastante da falta de empatia dos profissionais.

Ainda com esta psiquiatra, relatou que não estava conseguindo realizar suas atividades diárias devido às crises de pânico, tendo recebido um encaminhamento para ser também acompanhada por uma terapeuta ocupacional. O acompanhamento foi algo que a agradou, pois se sentia melhor compreendida e acolhida. Além disso, a terapeuta ocupacional,

escutando suas queixas, sugeriu que buscasse outro psiquiatra com quem se sentisse melhor, e indicou uma nova profissional.

Com esta última, Dani finalmente se sentiu escutada, acolhida e ativa em seu próprio processo de cuidado. Pela primeira vez, percebia que a profissional a olhava nos olhos e validava suas impressões, suas sensações, as quais faziam parte de seu processo de tratamento, além de levar em consideração seus desejos e limites. Dani conseguiu construir uma relação de profunda confiança com a psiquiatra, que, para além de diagnósticos e receitas medicamentosas, trabalhava sua capacidade em lidar com os próprios medos e angústias. Nesse mesmo processo, Dani destaca como um ponto muito importante os exames de genotipagem que realizou, pois através deles pôde investigar mais a fundo quais medicações teriam maior efetividade no tratamento das crises de pânico, mas sem causar tantos efeitos colaterais.

Esses acontecimentos mudaram, aos poucos, o curso de sua vida, o que fez com que Dani visse como algo possível a construção de um novo olhar sobre si mesma e sobre sua própria vida. Atualmente, ao falar dos relacionamentos que teve, percebe atitude abusiva de sua parte, pois estava sempre testando as pessoas para certificar-se de que estas realmente a amavam, que realmente gostariam de estar com ela, de que não a iriam decepcionar ou abandonar. Passou a perceber que testava os limites das pessoas até que se cansassem, e com isso confirmava suas crenças e medos de que seria sempre abandonada, o que, conseqüentemente, gerava afastamento em suas várias relações. Até hoje, sente que carrega em si a menina de quem ninguém gostava por ser muito danada, algo repetido por tantas vezes pela mãe.

Dani se diverte muito cozinhando, seu principal *hobbie* atualmente, e se recusa a ganhar dinheiro com isso, o que muitos já sugeriram. Caso faça da atividade um trabalho que dará retorno financeiro, acredita que uma das únicas coisas que a relaxam em sua vida vai se tornar uma obrigação, exigindo dela dedicação e perfeição (o que sua mãe sempre exigiu, e que dela nunca saiu). Tem, também um profundo desejo de conhecer muitos locais, ao redor do mundo, mas isso contrasta com seu pânico em andar de avião.

Dani acredita que por muito tempo carregou em si um problema: o de sua mente guardar apenas as coisas negativas. Porém, olhando para si e entendendo melhor suas necessidades de ser aprovada e validada pelas outras pessoas, sua situação familiar, a falta de apoio e as situações frequentes de críticas e julgamentos pelas quais passou em tantos momentos de sua vida, percebe que guardou tantas coisas negativas para que pudesse sobreviver. Como forma de trabalhar isso diferentemente, tenta ser mais honesta consigo

mesma, ouvindo mais seus próprios limites, seus desejos, e tentando se desvincular das expectativas que outrora construía, estas sempre bem vinculadas às expectativas dos outros e ao medo intenso de ser rejeitada.

Quanto ao diagnóstico que recebeu dos médicos psiquiatras, afirma que o mesmo explica muito do que viveu, tanto profissional quanto pessoalmente e o contextualiza em sua vida. Separa sua história, portanto, em duas dimensões: a de alguém que tem uma família pouco amorosa e complicada, com uma mãe que não dá importância aos pedidos de ajuda de sua filha; e a de alguém que nunca deixou de sentir ansiedade, que nunca deixou de ter medo de passar mal por causa do coração, alguém que estava sempre à espreita de algo ruim que iria acontecer. Além disso, também separa dois momentos de seu processo de adoecimento: o primeiro com a família, sem apoio ou suporte; o segundo com a família do marido, onde os mesmos não mediam esforços para cuidar dela mediante suas necessidades. Considera contraditórios os seus sintomas, pois ao mesmo tempo que pensa em suicídio, sente-se em pânico quando sente a proximidade da morte.

Atualmente, mora com o esposo, mas faz questão de manter-se morando próximo à casa dos sogros, o que para ela é reconfortante e a dá maior segurança. Trabalha também com o esposo, e a empresa que têm no momento tem conseguido desenvolver-se bem. Não tem muita aproximação, porém, da própria família, carregando em si muitas mágoas e marcas que advindas das experiências que com eles teve. Vê na mãe alguém que, até hoje, cobra dela a perfeição. Sua salvação, portanto, enxerga na família do marido.

Expôs-se, ultimamente, em uma rede social, falando a todos o que tem vivido nos últimos anos, seus sofrimentos, e tendo como objetivo ajudar quem também passa por sofrimentos semelhantes. Ficou satisfeita em ver o retorno das pessoas, tanto dando suporte como pedindo ajuda. Sua mãe, por sua vez, ficou muito preocupada, pois com tamanha exposição, os outros iriam saber das reais condições pelas quais a filha passa, o que pode gerar julgamento das pessoas e uma situação constrangedora para toda a família.

2.6 Sexta paragem: quando o enfrentamento da escuridão, ao invés da morte, pode produzir vida

Nos dias atuais, Neto é estudante e mora sozinho. Sua história é fortemente ligada às suas experiências com a família, tendo maior intensidade sua relação com os pais, irmã e avós maternos. Outra ligação importante em sua vida são os vários médicos psiquiatras por

quais passou e os vários códigos da CID que recebeu, elementos estes que, por sua vez, Neto acredita se ligarem ciclicamente às suas experiências familiares, principalmente em seu período de infância. Perdeu os pais antes de completar seus 12 anos, tendo sido criado pelos avós.

Acredita que as marcas das experiências de sua vida aparecem em várias de suas atitudes, sobretudo quando chegou à idade adulta e, mais especificamente, quando começou a se relacionar com mulheres. Nesse momento, as repercussões das experiências familiares começaram a se mostrar com força, e Neto sentia muito medo de se aproximar das mulheres pelas quais se sentia interessado, pois temia que, de alguma forma, pudesse agredi-las, o que também gerou efeitos em sua vida sexual.

Mesmo assim, relacionava-se com algumas pessoas, começando namoros e tentando se relacionar de forma íntima. Percebia, contudo, muitas e intensas dificuldades nesses contatos, e uma de suas namoradas, percebendo isso com clareza, pediu que buscasse acompanhamento psicológico. Neto buscou iniciar o processo terapêutico, tendo passado por alguns profissionais até que encontrasse um em que realmente confiasse e com o qual se sentisse bem. Seguiu em atendimento por um determinado período, chegando a ter alta, por estar se sentindo bem e tranquilo.

A situação de tranquilidade mudou, porém, quando Neto vivenciou o fim de um namoro, o qual tinha, à época, por volta de três anos de duração. Naquele momento, Neto enfrentava uma severa dificuldade em ser aprovado no vestibular, além de se sentir confuso sobre que curso poderia realizar. Tentou primeiramente o vestibular para Psicologia, e depois, por influência de um tio, tentou ingressar no curso de Direito, mas em nenhum conseguiu aprovação. A namorada, cansada de lidar com Neto nessa situação, além de se incomodar com sua confusão, percebeu que não se sentia satisfeita e decidiu pôr fim ao relacionamento.

Neto se sentiu completamente desesperado com o fim do namoro, e num momento de total desequilíbrio, tomou para si algumas medicações das quais sua avó fazia uso e as ingeriu, todas de uma vez só. Como forma de chantagear a namorada, ligou e comunicou a ela o que havia acabado de fazer, responsabilizando-a. Foi socorrido pela irmã, que o levou para fazer uma lavagem intestinal no hospital. Ao retornar para casa, sentiu-se novamente muito desesperado, e acabou tendo a mesma atitude de antes, ingerindo mais uma vez um grande volume de medicações.

Muito preocupados e temendo pela segurança de Neto, seus familiares viram como uma decisão plausível a internação do mesmo em uma clínica psiquiátrica, que funcionava em regime privado, onde ele recebeu o devido acompanhamento médico-

psiquiátrico. Mesmo tendo recebido alta anterior da psicóloga que o acompanhava, a profissional chegou a visitá-lo na clínica, explicando que não tinha disponibilidade em continuar a atendê-lo, mas que indicava a continuidade de seu processo psicoterapêutico, assim como o psiquiátrico, e o encaminhou para outro psicoterapeuta.

Durante a internação, Neto sentia muita raiva, principalmente por ser privado de ver sua família. Além disso, nessa mesma internação, recebeu seus primeiros diagnósticos: o primeiro de transtorno bipolar, e o segundo de transtorno esquizoafetivo, tendo recebido a informação de que este segundo se tratava de um diagnóstico incomum. Manteve-se internado por alguns dias, mas em seguida recebeu alta e retornou para casa, no convívio de seus familiares.

Seguiu realizando um acompanhamento psicoterapêutico, assim como o tratamento medicamentoso com o acompanhamento psiquiátrico, com a diferença, nesse momento, de que não se sentia mais tão disciplinado como era com seu primeiro processo terapêutico. Acreditava que as medicações não funcionavam, sendo essa compreensão fortemente influenciada pelo olhar de sua família, a qual entendia que as medicações deveriam deixá-lo calmo, tranquilo e fazê-lo, conseqüentemente, passar no vestibular. Como isso não estava acontecendo, as medicações, certamente, não deveriam estar funcionando.

Depois de certo tempo, conheceu outra moça, com quem namorou por mais três anos. Compartilharam de muitos momentos, e Neto a ajudou a passar no vestibular. Ao iniciar o curso, porém, sua namorada conheceu outro rapaz pelo qual acabou se apaixonando intensamente, e não viu outra opção que não a de pôr fim no relacionamento com Neto. Ao mesmo tempo, o terapeuta que o acompanhava naquele momento o informou que precisaria se mudar de cidade, pois havia sido aprovado em um concurso e precisaria assumir o novo emprego. Esse momento foi de grande trauma para Neto, que voltou a se sentir muito mal.

Mesmo diante de tantas angústias e impossibilidades, Neto decidiu que não definharia em sofrimento mais uma vez, e começou a pensar em novos rumos para sua vida. Percebeu que gostaria de ser médico psiquiatra, e iniciou os estudos para tentar o vestibular de Medicina. Contudo, deparou-se com uma rotina de estudos exigente, desgastante e estressante, e por mais que tentasse, não conseguia manter uma rotina disciplinada de estudos aprofundados. Dispendeu de quatro anos de sua vida em tentativas de ser aprovado no vestibular, mas todas sem sucesso.

Junto a isto, relacionava-se com algumas mulheres, tendo namoros seguidos com curtos intervalos de tempo entre um e outro. Lembra com maior vivacidade de uma dessas namoradas, com quem teve um relacionamento que considerou como um dos mais

importantes em sua vida. Sofreu muito com o término dessa relação, e da mesma forma como antes já havia feito, chantageou a namorada, automutilando-se e fazendo questão de mostrar isso à namorada, visando culpá-la pelo o que estava acontecendo com ele. Chegou a viajar para encontrar a namorada em outra cidade, na ocasião onde a mesma estava participando de um congresso, tendo causado fortes repercussões tanto no grupo de amigos dela que presenciou o episódio onde foi tirar satisfações com a namorada, como com o próprio grupo organizador do congresso, que passou a temer pela segurança da moça.

Depois desse episódio, decidiu que não iria mais se medicar, mas começaria a beber e a se divertir, pois sentia que nunca havia feito isso. Saía para as “baladas” todas as semanas, de quinta-feira a domingo, e investiu muito dinheiro nisso. O dinheiro era fornecido pelos avós, e Neto gastava como bem queria. Como percebeu alguns anos depois em sua vida, tinha muito dinheiro, mas nenhum equilíbrio emocional ou educação financeira que o dessem maior suporte e possibilitassem outros investimentos em sua vida.

Em um desses dias de “balada”, depois de ter bebido muito, pegou o carro para voltar para casa, mas começou a pegar o caminho de outra cidade, no interior do Estado, onde já havia morado. Sofreu um acidente quase fatal, e ficou muito mal com o acontecido. Decidiu, então, que pararia o uso de álcool e outras drogas, e que retomaria os estudos e o tratamento médico.

Foi a um novo profissional da psiquiatria, e recebeu um novo diagnóstico: transtorno de ansiedade. Voltou a se medicar, e tentava seguir o tratamento da forma que acreditava ser a correta. Porém, por muitos momentos encontrava dificuldades em manter o tratamento orientado pelo médico, e acabava ingerindo álcool, que se misturava em seu organismo às medicações e o faziam se sentir ainda pior. Neste ínterim, uma tia sua, que estava lendo um livro *best-seller* famoso, passou a acreditar que Neto tinha, na verdade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Neto, interessado que ficou no assunto, passou a ler vários livros sobre o tema, que o fizeram acreditar que realmente sofria com esse transtorno.

Tentou, portanto, convencer seu médico que portava o transtorno. O médico, relutante, não conseguia ver sentido no diagnóstico, mas, mesmo assim, decidiu receitá-lo com Metilfenidato, mais conhecido por seu nome comercial, a Ritalina. Neto passou a se sentir mais concentrado, realizando tarefas cotidianas com maior disciplina. A lógica, portanto, fechou-se nesse momento: ele tinha problemas de concentração e precisava de um remédio que resolvesse seu problema; se a Ritalina o fez se sentir melhor, e ainda, se a

medicação é receitada para pessoas que tem TDAH, ele tinha o transtorno, sem dúvidas. “*Essa certamente é a lógica*”, pensava.

Porém, isso não funcionou por tanto tempo, e ao perceber, Neto entra em desespero. Pensava que já havia tentado tudo, vários profissionais, várias medicações, várias formas de tentar mudar sua rotina, mas nada trazia uma melhora duradoura. Tomados pela angústia, Neto e sua família decidiram que buscariam pelos melhores psiquiatras da cidade, já que possuíam boa condição financeira e poderiam custear os valores cobrados pelos profissionais indicados como os melhores e seus vários tipos de tratamento. Além disso, Neto sentia que ser atendido pelos melhores era como se o sucesso dos profissionais, de alguma forma, o contagiasse naquele momento, algo que tanto almejava naquele momento de sua vida.

Um dos psiquiatras que o atendeu e que estava dentro das indicações como um dos melhores da cidade, insistiu no diagnóstico de TDAH, embora, a essa altura, Neto discordasse veementemente desse diagnóstico. “*Se não for esse diagnóstico, eu rasgo meu diploma!*”, dizia o psiquiatra, com ar de autoridade e arrogância. Essa atitude acabou fazendo com que Neto se convencesse da avaliação do profissional, voltando a se medicar como orientação para o tratamento do transtorno. Com pouco tempo transcorrido, Neto voltou a se sentir muito mal, e via resultados muito ruins de seu processo de tratamento.

Retornou ao médico, e explicou os pormenores de seu sofrimento, as situações que já tinha passado e os conflitos que estava vivenciando naquele momento. O médico, escutando atentamente aos seus relatos, comunicou que considerava Neto como a “*exceção da exceção*”, além de dizer que seu caso era grave, que sua história de vida era muito complicada, e que com tudo isso, era para ele estar preso ou viciado em alguma substância, o que o surpreendia de não ter acontecido. Somado a essa avaliação problemática e pouco ética, o médico ainda chega a dizer que, dali para frente, não o cabia mais acompanhar Neto, pois via que em seu quadro existia um caso claro de psicopatia. Neto, assim como sua família, sentiu-se desnortado com a fala do médico, que tamanho impacto a todos causou.

Não conseguindo se conformar com a última avaliação psiquiátrica, Neto seguiu sua busca pelos melhores profissionais, e encontrou um novo médico psiquiatra com o qual passou a se consultar, o qual o diagnosticou com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Diante da decepção que teve com o psiquiatra anterior, Neto depositou muitas de suas esperanças no atendimento com o novo profissional, sentindo-se mais aberto aos cuidados orientados pelo médico e tentando manter mais disciplina em seu tratamento, tomando as medicações e evitando ao máximo a ingestão de bebidas alcoólicas. Sentiu melhoras

significativas, o que questionava se eram efeitos dos remédios ou outras coisas mais que aconteciam em sua vida. De toda forma, sentia que sua vida estava realmente mudando.

Começou um novo relacionamento, no qual passou mais três anos. Depois desse tempo, assim como já acontecia com frequência em sua vida, a namorada percebeu que Neto tinha muitas questões e tentou terminar o relacionamento. Ela ainda chegou a ir ao psiquiatra com ele, algo demandado por Neto, que esperava que o profissional pudesse dizer a ela se realmente daria certo o relacionamento entre os dois. A namorada passou alguns minutos a sós com o psiquiatra, e ao sair, pareceu bem desiludida, já tentando terminar o relacionamento. Por insistência de Neto, ainda mantiveram a relação por um curto período de tempo, mas ela percebeu que estava se tornando algo insustentável para ela, tomando uma atitude mais incisiva quanto ao seu desejo pelo término. Neto, de tão desesperado que ficou, chegou a entrar em embate físico com a moça.

Mesmo se sentindo muito mal, conseguiu encontrar novas formas de lidar com seus sofrimentos, construindo outras possibilidades em sua vida. Começou a trabalhar, e desenvolveu com maior profundidade sua dimensão religiosa. Um tempo depois, iniciou outro namoro, mas que também se findou com pouco tempo transcorrido, por questões semelhantes às dos relacionamentos anteriores.

Depois do fim desta relação, passou a pensar que deveria destruir-se, de uma vez por todas. Já era noite quando pegou sua prancha e foi à praia, nadando até o local mais distante e profundo que conseguiu chegar. Mergulhou, e nesse momento dizia a si mesmo que, se realmente queria se matar, aquela seria a hora ideal para que isso acontecesse. Mergulhou o mais fundo que conseguiu, e ao olhar ao seu redor, não via nada além da mais completa escuridão. Sentiu medo, como nunca antes havia sentido em sua vida, e percebeu que não queria morrer. Voltou à superfície, e viveu o que depois veio a chamar de seu “*ponto de virada*”.

Retomou o trabalho, e iniciou um novo relacionamento. Para sua família, era importante ver Neto trabalhando, pois era a partir disto que conseguiam ter mais segurança quanto à melhora. Quanto ao relacionamento, em um determinado momento passou a se relacionar com duas mulheres, ao mesmo tempo, com o conhecimento das mesmas. Embora achasse que isso poderia ser uma experiência interessante, Neto percebeu que havia muita tensão envolvida na situação.

Depois de realizar muitos tipos de terapias, começou um processo psicanalítico, e sentiu-se muito diferente no mesmo. Sentia que podia manipular menos o analista, como manipulava seus outros terapeutas, e se deparou com questões importantes de sua vida.

Mediante este processo, decidiu terminar o relacionamento com uma das namoradas e manteve-se com a outra, sentindo-se mais estável.

Nessa época, seu diagnóstico era de TDAH, com co-morbidades e associado aos Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e Transtorno Bipolar (TB). Porém, em um dado momento acabou se chateando com o psiquiatra que o acompanhava, pois o mesmo demandava grande investimento financeiro e, além disso, tinha práticas que configurava uma relação vertical e hierarquizada, o que fazia Neto se sentir desrespeitado e pouco ativo no próprio processo.

Buscou um novo psiquiatra, e neste momento vivenciou um processo no qual o profissional não se concentrava nos diagnósticos, e convocava Neto a protagonizar o próprio processo. Nesse momento, percebeu que uma relação vertical, “de igual para igual”, sem a preocupação de obter diagnósticos, de receitar medicações e pensar em formas de tratamento estritamente médicas, era, de fato, algo muito mais rico e interessante para ele.

Em seu processo analítico, percebeu que tinha influências de seu pai em sua busca por fazer o curso de Medicina, e começou a abrir novas possibilidades em sua vida. Já havia feito vários cursos, mas não passava do primeiro semestre. Decidiu, por fim, fazer um outro curso com o qual se identificava mais, tendo boa relação com a turma e com os professores.

Atualmente, percebe-se de forma mais detalhada, compreendendo que suas crises depressivas vêm antes de provas, o que liga à sua alta exigência de performance nas mesmas. Teme que, caso os professores vejam seu baixo rendimento e baixa capacidade de articulação de ideias, percebam que, na verdade, Neto se trata de uma fraude. Chega a sentir que é perseguido por um “fantasma da performance”, e acha que se relaciona com os professores com uma sensação de idolatria.

Atualmente, ao olhar para sua história, percebe que talvez a internação, na qual tanto sentiu raiva, talvez tenha salvado sua vida. Quanto aos diagnósticos, ao recebê-los sentia-se sempre mal, pois sentia o peso da certeza de ser “*alguém que não tem jeito*”. Porém, hoje sente que conseguiu ressignificá-los, e não se sente envergonhado dos mesmos, ou mesmo das medicações que ainda utiliza atualmente, falando abertamente sobre isso. Diz que sua família sempre teve algo como uma “psicofobia”, e que por isso, desde muito cedo, trabalhava para superar preconceitos e estereótipos em relação ao que sentia. Na faculdade, expressa abertamente aos colegas o que chama de suas crises depressivas, e acredita que os mesmos deveriam ter, minimamente, uma atitude compreensiva quanto aos sofrimentos mentais. Além de tudo isso, discute ideias de como o machismo talvez tenha influenciado em

atitudes suas em relação às namoradas, revendo vários pontos, principalmente os vivenciados com o pai.

Pensa que seu sofrimento pode ser algo que o facilite a ajudar outras pessoas que vivenciam sofrimentos parecidos, e vê essa possibilidade fazendo o curso ao qual se dedica agora. Tem maior afinidade com carreira acadêmica e com a área clínica, e constrói projetos de vida que hoje percebe fazer mais sentido para si mesmo. Percebeu, portanto, que não tinha um projeto de vida próprio, e o projeto que colocavam para ele era algo tão pesado que não conseguia dar continuidade.

Sua avó faleceu, e até hoje, vive de forma muito sofrida a sua perda, e revive momentos do período que ela estava hospitalizada. Hoje tem muito claro o quanto as questões afetivas o impactam, e que suas crises sempre estiveram permeadas por tais questões. Sua ideia central, portanto, é não desistir e não apagar suas memórias, mas deixá-las entrar em fluxo.

Bom, paremos um pouco. Precisamos agora nos sentar, tomar um café e refletir sobre o que tanto vimos ao longo de nossas viagens, tão complexas e diversas.

3 PAUSA PARA UMA REFLEXÃO SOBRE AS PARAGENS: ENTRELAÇANDO NARRATIVAS E A VIDA

Depois de termos realizado nossas paragens e conhecer as seis narrativas de histórias de vida, chega o momento no qual suspenderemos a viagem para algumas reflexões acerca do que esses encontros ensinaram. Visitar narrativas de pessoas tão diversas nos fez perceber a complexidade das experiências humanas, sempre em movimento, sempre em transformação, trazendo tanto elementos encaixados em padrões como, também, novidades e experiências inusitadas, por vezes satisfatórias, por outras extremamente sofridas.

Como qualquer viajante entende, conhecer algumas poucas cidades de um mundo tão vasto não nos atribui de todo o conhecimento sobre o mesmo. Mesmo assim, conhecer locais novos, novas histórias, com suas diferentes articulações e circuitos de sentidos, fornecemos, inquestionavelmente, um olhar mais amplo sobre o mundo que habitamos. Assim como assinala Ciampa (2005), ao falarmos de nós, ao narrarmos nossa história, não falamos apenas de nós mesmos como seres isolados, mas de um mundo amplo e complexo em que nos encontramos inseridos, revelando nossas lógicas, nossa cultura, nossas contradições, nossas relações. Referindo-se à Severina, entrevistada em seu estudo, Ciampa afirma: “Ela falou de nossa sociedade, de nossa época: falou de nós, falando dela. O singular materializa o universal” (2005, p. 130).

Val, Trevor, Arthur, Dani, Pat e Neto falaram, portanto, de si, de suas próprias experiências, e narraram, também, sobre nós, daquilo que nos alegra e do que nos faz sofrer. Narraram sobre questões particulares, como nenhum outro indivíduo jamais viveu. Ao mesmo tempo, trouxeram semelhanças, que vários outros já viveram. No conjunto entre diferenças e semelhanças, percebemos quatro pontos que as seis pessoas que visitamos nos trouxeram em comum, em um olhar mais amplo: o primeiro, que são pessoas em relação, relações essas que podem trazer marcas positivas e de crescimento, como também podem ser violentas e limitarem as possibilidades de vida de uma pessoa; o segundo, que todos tiveram, em algum momento ou em vários momentos de suas vidas, experiências de profundo sofrimento; o terceiro, que elas falam sobre si mesmas, e desenvolvem uma diagnóstica particular sobre seus sofrimentos; e, por fim, o quarto e último ponto, que vivenciam processos, realizando autocuidado e projetos de vida.

Aconchegue-se, encontre uma posição confortável e respire fundo. Nessa etapa de nossa jornada, nossa caminhada será de cunho reflexivo, intelectual, crítico e questionador das

várias realidades com as quais entramos em contato durante as paragens, no intuito de desenvolver, ponto a ponto, novas formas de olhar o mundo.

3.1 Pessoas em relação (de violência)

Começemos deste primeiro e muito importante ponto: as relações interpessoais. Permanecemos aqui por um momento e discutamos um pouco sobre essa questão que envolve a vida de todos nós, da qual ressaltamos a importância por entender, de forma semelhante a Ciampa (2005), que nossa realidade é sempre produzida socialmente: “Só se é alguém através das relações sociais. O indivíduo isolado é uma abstração [...]. O mundo, criação humana, é o lugar do homem. Uma identidade que não se realiza na relação com o próximo é fictícia, é abstrata, é falsa” (p. 90).

Nos estudos sobre identidade, Ciampa (2005), acompanhado em seguida por Almeida (2006) e Lima (2010), dão destaque a uma compreensão desta não como algo estático, mas como um processo em constante transformação, em constante metamorfose. Assim, ao falarmos sobre nós, ao narrarmos nossa história e discutirmos sobre a pergunta tão presente em nossas vidas que nos convoca a dizer quem somos, falamos de todo um processo relacional indivíduo-mundo, ambos em constante processo metamórfico.

Reforçando esta ideia, Lane (2012, p. 14) nos afirma que “[...] o homem não sobrevive a não ser em relação com outros homens, portanto a *dicotomia* Indivíduo x Grupo é falsa – desde o seu nascimento (mesmo antes) o homem está inserido num grupo social” (grifos da autora). Negar tal fato é negar algo fundamental em nossa vida e em nossa forma de se constituir, correndo o risco de termos visões equivocadas sobre os processos que influenciam nossas múltiplas manifestações de ser humano:

[...] o homem fala, pensa, aprende e ensina, transforma a natureza; o homem é cultura, é história. Este homem biológico não sobrevive por si e nem é uma espécie que se reproduz tal e qual, com variações decorrentes de clima, alimentação, etc. O seu organismo é uma infraestrutura que permite o desenvolvimento de uma superestrutura que é social e, portanto, histórica [...]. O ser humano traz consigo uma dimensão que não pode ser descartada, que é a sua condição social e histórica, sob o risco de termos uma visão distorcida (ideológica) de seu comportamento (LANE, 2012, p. 12).

Nossas relações são, portanto, a “porta de entrada” ao mundo que nos circunda, sendo através delas que recebemos as primeiras impressões, percepções e compreensões sobre os limites, possibilidades, impossibilidades, regras etc., disponíveis nos meios e nos discursos

nos quais seremos inseridos. Porém, mesmo com a clareza dessa compreensão, que nos indica que os processos relacionais influenciam e contribuem de forma marcante nossas construções identitárias e narrativas que de nós fazemos, entendemos que estes não determinam quem seremos.

Não somos receptáculos passivos do destino e do meio, sem desejos, prioridades e limites, mas carregamos conosco a possibilidade de escolha, de mudança, de superação de imposições, o que nos possibilita processos constantes de transformação. Assim, adentramos o mundo, e a partir das relações que estabelecemos, construímos nossas compreensões sobre ele, assim como as percepções sobre minhas possibilidades neste mesmo mundo, num processo contínuo e mútuo de construção e transformação.

Entrelaçando esta compreensão às histórias que visitamos, podemos perceber o quanto foram significativos os processos relacionais vivenciados por eles e os efeitos que trouxeram em suas vidas.

Val nos falou de sua vida, e das influências que a relação familiar, principalmente com seu pai, tiveram em sua vida e na forma de se perceber. Em suas palavras, afirma:

E na época das festas, de férias, ele [o pai] me levava praquelas cidades pequenas, eu já me destacava.... Eu conhecia quem? O prefeito, eu conhecia o juiz da cidade, que meu pai sempre teve essas amizades, que meu pai dizia “minha filha, eu não me acho maior nem menor do que ninguém, pra mim todo mundo é igual, então eu me aproximo de qualquer pessoa, dou a mão e converso”, e eu acho que tive muito isso do meu pai (Val).

A partir dos ensinamentos e exemplos do pai, Val se constituía como uma pessoa segura e confiante, não tendo ressalvas para se relacionar com pessoas de quaisquer classes econômico-sociais ou *status*. Desde cedo, integrava-se bem às relações e via nas mesmas possibilidades ricas e frutíferas. Tal atitude contribuiu bastante para um processo que considerou ser positivo em sua vida, pois se percebia como uma pessoa alegre, sociável e que sempre tinha amigos por perto.

Contudo, os ensinamentos e modos de ser que nos são repassados nem sempre oferecem uma relação frutífera e saudável com nosso meio. Da mesma forma que as relações podem nos impulsionar e possibilitar crescimento, podem também configurar-se como relações violentas, impositivas e limitantes quanto às possibilidades de vida. Ainda com Val, pudemos perceber bem isto (assim como nas outras reflexões que ainda faremos), através de seu relato de como muitas tradições do mundo social no qual estava imersa eram impostas, as

quais traziam impossibilidades, principalmente para as mulheres da época, que não deveriam questioná-las. Caso questionasse, deveria pagar pelas consequências de seus atos.

[...] eu me achava muito presa porque tudo, pra gente sair tinha que pedir permissão a papai, companhia de outra moça, ele não confiava e aí, quer dizer, foi um tempo de proteção que talvez tenha até prejudicado a família, mas era o jeito dele, ninguém podia ir contra o que ele queria porque se fosse, ficava em casa de castigo mesmo. Se nós 'tinha' um namorado, ficava na calçada conversando, tinha um horário, nove horas tinha que sair, se fosse uma festa de carnaval, meu pai tinha que tá presente comigo e com o namorado. E eu respeitava, porque se a gente não respeitava fazia pior (Val).

Val apelidava o sistema de educação imposto pelo pai de “*regime Hitler*”, o que ela considerava ser por ele exercido como uma herança repassada pela educação opressiva que havia recebido de seus próprios pais.

Que meu pai, eu conhecia, ele era muito bom, mas ao mesmo tempo ele tinha, guardava rancor dentro dele, porque foi a forma como ele foi criado. Dez irmãos, ele era o caçula, o pai era um regime Hitler, botava na mesa o que tivesse; se não comesse, era chibata, batia a chibata e ele foi se envolvendo! Tanto é que ele não suportou, que ele deixou a casa com nove anos de idade, perdeu a mãe com 9 ano de idade (Val).

Isso nos faz afirmar, assim como Lane (2012, p. 85), que “[...] a história de vida de cada membro do grupo também tem importância fundamental no desenrolar do processo grupal”.

Além disso, Val e a família viviam em uma localidade fortemente marcada por tradições patriarcais, machistas, conservadoras e autoritárias. Tais elementos produziram costumes e hábitos, que foram passados de geração em geração, assim como as violências que impossibilitavam os processos de desenvolvimento daquilo que havia de mais genuíno em Val e na família como um todo. Quanto a isso, vale refletir que: “Não se deve esquecer que também a ação dos pais é regida pela ideologia, que prescreve as formas de ação parental tanto no que se refere aos cuidados físicos dos filhos quanto aos aspectos da vida emocional” (REIS, 2012, p. 116).

E ainda, ressaltamos:

[...] a família exerce também uma função ideológica. Isto significa que além da reprodução biológica ela promove também sua própria reprodução social: é na família que os indivíduos são educados para que venham a continuar biológica e socialmente a estrutura familiar. Ao realizar seu projeto de reprodução social, a família participa do mesmo projeto global, referente à sociedade na qual está

inserida. É por isso que ela também ensina seus membros como se comportar fora das relações familiares em toda e qualquer situação (REIS, 2012, p. 102).

Assim, fica-nos claro que entender a história de alguém é também entender a história do grupo responsável por sua socialização, sempre imerso em uma complexa trama social e histórica que o envolve: “Podemos então verificar que toda análise que se fizer do indivíduo terá de se remeter ao grupo a que ele pertence, à classe social, enfocando a relação dialética homem-sociedade, atentando para os diversos momentos dessa relação” (LANE, 2012, p. 85). Quanto a estas questões sociais e ideológicas, na história de Val suas relações ficaram ainda mais tensas quando se apaixonou pelo homem que seria seu marido. Como já vimos ao visitar sua história, seu pai nunca conseguiu aprovar o relacionamento da filha, e não tinha ressalvas em expressar com palavras claras seus preconceitos raciais e ideologias que determinavam diferenças morais entre as pessoas de diferentes classes sociais.

Dizia claramente que não aceitava que sua filha, mulher de estudos e de família estruturada, se relacionasse com um “*nêgo, borracheiro, cabra safado e sem vergonha*”.

“O senhor não quer ser meu sócio não?” [marido de Val perguntou ao sogro]. “Sociedade, Carlos, nem de pai pra filho presta, imagine você! Que eu não sei nem quem é você, de que buraco você saiu!”. Ele disse com essa expressão, ele [o marido] ficou bem é sem graça, sem jeito, decepcionado [...] (Val).

Há, nessa percepção revelada pelo pai de Val, algo bem próximo do que discute Reis (2012, p. 106), quando afirma que “o casamento era antes de tudo um ato político, do qual dependia a manutenção das propriedades familiares”, propriedades estas não somente concretas, mas também simbólicas.

Contestando as regras do pai, Val, que continuou a se relacionar com Carlos, acabou engravidando, e se viu sem saída: “*E não tinha mais como eu deixar pra lá, que eu já me achava responsável por aquele filho que eu tinha, eu tinha certeza que meu pai não iria aceitar, com certeza ele iria dizer ‘você vai dar esse filho’*” (Val).

Como discutimos anteriormente, Val deveria pagar pelas consequências de contestar as regras paternas, sendo uma delas sua obrigação de casar com o homem que era pai de seu filho, algo compartilhado socialmente a essa época:

No caso da perda da virgindade feminina, há sempre um choque e a instalação de uma crise familiar, a partir do momento em que o fato se torna conhecido. Essa situação pode provocar diferentes desfechos que vão desde a marginalização e expulsão da filha transgressora (o que se toma cada vez mais incomum), até uma adaptação da família à nova situação. Neste caso, a família acaba por reformular o padrão que associa a virgindade e possibilidade de casamento (REIS, 2012, p. 121).

Começam, nesse momento, os mais intensos sofrimentos de sua vida. O marido, que no começo se mostrou como um bom companheiro na vida compartilhada pelo casal, com pouco tempo transformou-se e trouxe relações tensas, violentas e rígidas para o ambiente familiar. Diante das inúmeras traições conjugais e violência cometidas pelo marido, não somente direcionadas a ela mesma, como também aos filhos, Val pensava em se separar, mas a rigidez de costumes repassada pela família, em especial pelo pai, e reforçadas pelo meio social, gerava um entendimento que a fazia se deparar com impossibilidades de mudar sua situação:

[...] eu fazia tudo para conservar meu casamento por conta, já que meu pai nunca tinha aceitado, porque aí se eu fosse largar aí pronto, tô ferrada! “Você num quis? Agora se vire com ele” [...]. Porque a gente já pensa assim, a sociedade: “ai, fulana porque tá separada é uma quenga!”, a expressão é essa mesmo, é isso e num tem como, é desse jeito a discriminação, entendeu? Não tem como, você não foge (Val).

Val sentia o que era ser mulher à época em que esses eventos ocorreram em sua vida. Sofria com as diferenciações de gênero exercidas pela sociedade (como explicitamos em sua fala anteriormente). Sofria também as consequências pelo regime machista imposto pelo pai:

Ó, se meu pai tivesse me dado oportunidade eu não estaria nem aqui no Brasil, não, porque naquela época só quem tinha direito de estudar eram os homens, só tinha meu irmão [o direito de estudar] porque quem é pra estudar. As filhas mulheres, se não tivesse faculdade no interior, não saía nem que fosse pra casa da avó, não deixava. Eu seria uma publicitária, uma jornalista na parte de redação depois de velha [...] (Val).

Neste ponto, vemos claramente as diferenciações entre homens e mulheres, algo intensificado com o aparecimento do ideal burguês e com a posterior construção de toda uma cultura que se embasava em tais ideais.

Além de ser o *locus* da estrutura psíquica, a família constitui um espaço social distinto na medida em que gera e consubstancia a hierarquias de idade e sexo [...]. A família é o espaço social onde gerações se defrontam mútua e diretamente, e onde os dois sexos definem suas diferenças e relações de poder (POSTER, 1979, p. 161 *apud* REIS, 2012, p. 104).

Isto intensifica as relações machistas nas famílias, que buscavam preceitos patriarcais e conservadores, além de terem profunda base religiosa cristã:

[...] as filhas são resguardadas e os pais desenvolvem um esforço sistemático para retê-las no universo familiar. A vida profissional e sua preparação (os estudos) constituem a principal preocupação e objeto de vigilância dos pais em relação aos filhos, enquanto que para as filhas a principal preocupação refere-se à vida afetivo-sexual (REIS, 2012, p. 120).

Isso tudo somado às violências exercidas pelo marido, que se apresentavam em um conjunto que combinava machismo, comportamento paranoico e agressividade. Carlos fazia questão de excluir a esposa e os filhos de quaisquer assuntos que se referissem à vida financeira e comercial da família, algo que, no entendimento de Val, deveria ser compartilhado por todos. Porém, a família tinha pouca ou nenhuma influência sobre tais assuntos:

Quer dizer, era uma empresa que teve tudo pra crescer, porque foi a primeira dali daquela região do Cariri, e ele começou a crescer, a crescer e se achar, e se achar, o que eu digo, assim, o rei da cocada. E ele foi sempre uma pessoa assim, já que ele não tinha estudo, ele queria ficar com pessoas que ele se destacasse. Como ele não se destacava em se comunicar, na conversa de conhecimento, mas ele ia se destacar em quê? Na riqueza e na ostentação. Então aonde ele chegava, ele era respeitado. Pra eu falar com ele na sala dele, que ele ficava, tinha que passar a secretária, tinha que passar o interfone pra ele saber se achava se deveria conversar comigo (Val).

Quanto a isto, Carlos parecia levar ao extremo a divisão e diferenciação entre homens e mulheres que a família burguesa trazia:

O marido passou a ser o provedor material da casa e a autoridade dominante, considerada racional e capaz de resolver quaisquer situações. Antes de tudo, deveria ser um homem livre e autônomo, conforme o ideal burguês. A mulher burguesa ficou responsável pela vida doméstica, pela organização da casa e educação dos filhos. Considerada menos capaz e mais emotiva que o homem, tornou-se totalmente dependente do marido (REIS, 2012, p. 110).

Embora Reis (2012) chegue a nos afirmar que, nessa configuração de família burguesa, o sucesso do marido seria o sucesso da esposa, assim como a educação dos filhos deveria visar à transformação dos mesmos como indivíduos autônomos e de sucesso – o ideal do homem burguês – não era isso que acontecia com Val e seus filhos.

Val era simplesmente furtada da possibilidade de proveito de quaisquer conquistas realizadas pelo marido, assim como seus filhos, que excluía a família dos negócios, que perseguia a todos e tentava controlá-los de todas as formas.

[...] o que é que ele fazia? Arrodeava a casa todinha pra saber, eu acho que só pode ser psicopata... saber qual era o homem que tava comigo no quarto, acho que ele pensava isso, “já que ela não me quer com certeza deve ter um macho dentro de casa”. Meus filhos não podia trazer um filho, um filho, um amigo porque dizia que meus filho tava arranjando um macho pra mim. Um homem doente, se com tantas mulheres ainda não se satisfazia com essas mulheres, eu ainda incomodava, quer dizer, ele podia tudo, eu não podia nada eu não podia receber amigos, eu não podia ser alegre, eu não podia conversar [...].

[...] Um dia, um cara lá bateu na traseira da Saveiro, quando meu filho já veio todo se tremendo pruma fera daquela: “não, papai, foi ele que bateu na traseira!” “Você devia ter morrido lá, seu caba safado, seu filho de rapariga! Porque um caixão daqueles indigentes que fica lá naquele cemitério, que num presta mais, que fica fora, era o que eu ia lhe enterrar!”. Isso pra uma mãe, como é que eu ia ficar? [...].

[...] ele não podia comigo o que é que ele fazia? Atacava os filhos, porque ele sabia que me atingia! Quando ele começava a falar que os filhos eram burro que não tinha competência pra nada que não queria trabalhar... aí eu como mãe não aguentava, eu ia defender meus filhos. Aí um dia no carro, ele disse “eu vou abrir essa porta aqui, vou lhe jogar, vou lhe matar no asfalto!”. Eu disse “como é?”. Peguei aqui na gola da camisa dele puxei assim e disse “ó, eu posso ir, mas você vai comigo, caba safado!” (Val).

O machismo no marido era extremo, que parecendo se sentir completamente inseguro, precisava realizar tais violências com toda a família para se sentir no controle. Tal atitude era comungada por muitos dos atores sociais à época, que diziam, assim como o pai de Val, que deveria aceitar seu marido, do jeito que ele era. Além disso, dentro dos ideais de família burguesa, havia o desejo de fechar-se, isolar-se, por ver no outro que trazia a diferença uma ameaça à unidade familiar: “a família burguesa se definia pelo isolamento, privilegiando a privacidade, a domesticidade e supervalorizando suas relações emocionais internas [...]” (REIS, 2012, p. 113).

Val sofria bastante, e quando pensava em pedir ajuda ao pai, logo concluía que nunca deveria abrir ao seu conhecimento o que realmente acontecia:

[...] porque eu sabia do temperamento de papai, porque meu pai dizia “minha filha, você já sabe que seu marido é mulherengo. Então você aceitou. Então se você quer, fique com ele. Agora só quero uma coisa que você me diga, no dia que ele levantar um dedo pra você, eu vou arrancar a cabeça dele com um tiro” e meu pai fazia, ele tinha esse temperamento, mas eu nunca contei nada porque ia ser uma tragédia e guardei tudo isso (Val).

Em um determinado momento, o sofrimento chegava a níveis insuportáveis. Percebeu que não conseguiria manter mais o casamento e tentou se separar. Em um primeiro momento, tinha claro o que porquê da separação, e buscava uma vida melhor para si e para os filhos. Porém, Carlos não aceitava, e manipulava a situação como podia para Val manter o casamento.

Aí eu não fui aceitando o comportamento dele, a ausência como pai como marido. Eu queria um marido em casa, não tinha. Ele chegava, ficava num apartamento lá em cima. Quer dizer, ele não tinha coragem nem de me enfrentar, se ele dissesse assim, “Val, eu vivo com mulher a, b e c”, num tinha problema; eu dizia, “então, Carlos, então você procure seu caminho que eu fico no meu caminho”. Não tem problema nenhum, se já não há esse vínculo de amor, se você é um homem que você quer sempre viver da caça e vice-versa, porque hoje tá assim, “Se você quer ficar com muitas e muitas, é problema seu”. “Agora você siga seu caminho e eu sigo o meu”. Só que ele nunca tinha coragem, ele se ajoelhava, ele chorava, fraco! Um

homem sem personalidade, sem caráter. Mas eu fui, ali [bate na mesa]. O resultado, tentei mudar que ninguém muda ninguém, eu fui tão otária que absorvi todos os problemas. Me preocupava com o quê, Lima? Com o andamento da empresa, com a posição de meus filhos, com a minha situação, aí fiquei “meu Deus, e agora? Tanto que eu trabalhei, acreditei neste homem, trabalhei firme e forte!” (Val).

Em outro momento, cansada de toda a situação que vivia, é mais taxativa com o marido e sai de casa, tendo a consequência de:

Cortou tudo! Acho que ele pensou assim: “já que eu ela não me quer mais, então agora eu vou botar pra matar! Eu vou cortar energia, vou cortar telefone, vou tomar o carro dela, ela não vai...” [...]. Eu fui na casa de mamãe, eu disse “mamãe, agora chegou o final. Tô sem carro, sem telefone, sem nada” (Val).

Diante de suas experiências, fica-nos claro que as relações influenciam, intensamente, a vida e história dos sujeitos, de forma geral. A questão da família burguesa, com todas as suas características e ideais, acaba por se constituir em uma dimensão social complexa, promotora de hábitos e costumes que devem ser comungados por todos, a fim de manter a autonomia e ordem dos processos. Possuem, portanto, influências diretas na constituição psíquica dos sujeitos que dela fazem parte, os quais transmitirão por gerações suas marcas e ideologias.

Porém, isto dito, também se faz importante destacar que não podemos essencializar o sentido das famílias como ruins ou boas, em absoluto, pois o que Val nos mostrou foram justamente as contradições inerentes a estas mesmas relações: enquanto, por um lado, as relações com os familiares eram a principal causa de seu extremo sofrimento, por outro, tais relações possuíam inestimável valor para ela.

Como exemplo disto, enquanto o marido, principalmente, mas também o pai e outros atores sociais a faziam sofrer, era também nas relações familiares que encontrava um porto seguro: “[...] minha mãe tem 88 anos, vai fazer 89 anos agora, um anjo de luz que sustentou toda a família, porque se não fosse o equilíbrio da minha mãe eu não estaria hoje nem aqui conversando com você” (Val).

Assim como Val, Arthur também nos revelou as várias influências que as relações ao longo de sua vida exerceram sobre ele, mudando, em muitos momentos, o curso de sua história. Já no início de sua vida, suas relações se davam numa dinâmica familiar confusa, com um “pai alcoólatra e uma mãe dominadora” (Arthur). Os familiares destinavam pouco tempo aos filhos, o que fazia com que eles fizessem durante seus dias o que havia de mais acessível: “Minha mãe ia trabalhar, e aí a gente ficava em casa, assistindo televisão”

(Arthur). Não por acaso, Arthur logo cedo em sua vida desenvolve um grande amor pela Xuxa, uma personagem tão presente em sua vida, e quem o fazia companhia diariamente.

A questão do uso dos televisores, de tão natural que nos parece, pode parecer um mero detalhe na vida de alguém. Porém, Crary (2016) discute sobre a importante mudança que o surgimento da televisão causou em nossas vidas, o que também é reforçado por Reis (2012, p. 117), quando afirma que os televisores provocaram um “rompimento das distâncias culturais e oferece o risco da padronização dos valores e costumes, esmagando as culturas periféricas”. Tal fato é fundamental e não pode ser desconsiderado na história de Arthur. Porém, vamos fazer um pequeno parêntese sobre alguns elementos de sua infância, para depois retomarmos essa questão.

Arthur, dentro dessa dinâmica familiar confusa, não vivia somente os conflitos com os pais, mas também com outros familiares, como visitamos antes em sua história:

Aí, eu tinha um tio, também, que... essa história aí... que abusou de mim. E acho que ele tinha uns 17, 18 anos e eu tinha 7, 8 anos. Pois é. Idade bem diferente. Aí, assim, a gente ficava em uma brincadeira de eu estar descobrindo a minha... sexualidade. E ele era um frustrado, né? Ele sabia que eu era homossexual, comprava os discos da Xuxa, me levava pra casa dele, e lá ele tentava... me acariciar, né? Mas aí ele num teve coragem, não. Eu chorava tanto, fazia tanto escândalo, que aí ele não chegou a, a... - como é que se diz? Efetuar, né, o ato, foi só, só aquela lembrança. É. Isso. Mostrava revistas pornô, só que eu tinha 7 anos! Era pesado! E olha que dizem que tem muita gente que... que supera e... mas eu acho que até hoje não superei, ainda (Arthur).

Também vivia em condições precárias, não tendo conforto ou segurança nem com a família e nem com a estrutura física de sua casa.

Porque a gente foi mudar pra vários bairros e nunca dava certo, aí teve uma época que minha mãe, é, conseguiu com a minha madrinha o dinheiro, pra comprar um terreno e pra construir uma casa. Mas aí meu pai, cheio de trambiques, é, botou a gente numa favela, do lado do rio, atrás dum rio. Quer dizer que a casa era atrás do rio e a favela era de madeira, não era como aqui, que o pessoal diz que é favela, mas é tudo no tijolo (Arthur).

Somado a isto, não conseguia se relacionar bem no colégio, devido aos preconceitos tão presentes em nosso cotidiano e que promovem tantos prejuízos nos processos de construção da autoestima:

Aí, tinha muito carinho babaca. Que nesse negócio de ‘brincadeira’ acaba ofendendo as pessoas, né, e descobriram que eu morava na favela, aí me chamou de favelado, sabe? Aí, comecei a ficar com raiva... E... descobriram minha homossexualidade, que era aquela coisa reprimida, aí teve uma hora que eu... acho

que foi aí que eu num quis mais ir pro colégio. Que eu ficava [me] escondendo pra não ir pro colégio, ficava embaixo da cama [...] (Arthur).

Assim como vimos com Val, as relações foram cruciais em seus processos. Muitos não conseguem perceber quais são as necessidades do outro, em sua mais pura diferença, em suas características particulares, e, ao invés disso, lançamos universais, como se todas as pessoas fossem iguais, como se tivessem as mesmas necessidades, e quando as mesmas não conseguem responder a tais universais, conferimos às mesmas, individualmente, algum problema intrínseco, individual.

Diante de violências, abusos, preconceitos, Arthur tinha algo que não promovia julgamento e, poderíamos até dizer, que promovia acolhimento através do mundo da fantasia, onde tudo funcionava, onde todos demonstravam afeto: os programas televisivos da Xuxa. Numa casa precária, em um colégio no qual não conseguia fazer amigos e no qual vivia relações opressivas e desrespeitosas, e com uma família que, ora era abusiva, ora era ausente, a televisão parecia uma boa escolha.

Como afirma Crary:

Ao final dos anos 1970, talvez antes, a palavra “**televisão**” sugeria e recobria muito mais que os objetos e canais que denotava literalmente. A televisão se tornou uma figura nebulosa, mas carregada, usada para evocar a tessitura da modernidade e uma vida cotidiana transformada. A palavra tornava concretas, localizáveis, experiências mais amplas de **desrealização**. Aludia à deterioração de um mundo imediato mais palpável e à normalização de deslocamentos espectrais da modernização, transformados em presença familiar nos âmbitos mais íntimos de nossas vidas. A televisão encarnava a falsidade do mundo, mas também eliminava qualquer posição a partir da qual um mundo ‘verdadeiro’ pudesse ser imaginado (CRARY, 2016, p. 92, grifos meus).

A desrealização provocada pela relação que se estabelece com os aparelhos televisivos é, em grande parte, ocasionada por um impacto *físico* no próprio organismo do indivíduo, os quais podem gerar danos permanentes na aquisição da linguagem e na capacidade de interação social. Estudos recentes chegam a sugerir relações diretas entre superexposição de crianças à televisão e ao desenvolvimento de distúrbios do espectro autista (CRARY, 2016).

[...] televisores e telas de muitos tipos, em número crescente, estão integrando o ambiente de vigília de crianças cada vez mais jovens. Mais importante, afastou de vez a ideia de que *assistimos* atentamente: para efeitos de pesquisa, *somos expostos* a uma fonte de luz e som. Dadas a fragilidade e a vulnerabilidade de crianças muito pequenas [...] isso implica reconsiderar a exposição em termos de danos físicos permanentes ao sistema nervoso (CRARY, 2016, p. 96, grifos do autor).

Embora haja, como exposto acima, uma influência direta de forma física e objetiva nos organismos dos sujeitos, ressaltamos a importância de pensarmos que para além disso, há também um *isolamento* destas crianças, ao serem colocadas de forma inativa e passiva diante dos televisores, tirando-as de seu mundo social com suas múltiplas possibilidades de experiências e interação. Como vimos nas discussões anteriores, somos seres que precisamos de relações sociais, e que nos construímos a partir das mesmas.

Pensemos também em como Arthur, desde muito cedo, deve ter se sentido, em completo desamparo social e afetivo, e lançado a um mundo sedutor da fantasia, e ainda por cima oferecido por um aparelho eletrônico nada interativo, e sobre o qual ele tinha pouca ou nenhuma possibilidade de atividade.

Isto passa a construir, também, um sentimento de despolitização nos indivíduos:

À medida que perderam eficácia as normas disciplinares do local de trabalho e das escolas, a televisão se transformou em instrumento de regulação, introduzindo efeitos de sujeição e supervisão antes desconhecidos [...]. É possível argumentar que, nas décadas de 1950 e 1960, ela introduziu nos lares estratégias disciplinares moldadas em outros contextos. Apesar dos estilos de vida mais desenraizados e transitórios do pós-guerra, os efeitos da televisão foram sedentarizantes: os indivíduos, fixos em seus lugares, ficam apartados uns dos outros e esvaziados de eficácia política (CRARY, 2016, p. 91).

Em nosso momento histórico atual, onde temos uma civilização já um pouco mais madura, as formas de dominação, e uma conseqüente despolitização dos sujeitos, acaba permeando muitos dos nossos espaços de vida, o que nos faz naturalizar tais processos e promover uma submissão que, por vezes, nem mesmo conseguimos perceber.

Na civilização madura, “a dominação torna-se cada vez mais impessoal, objetiva, universal e também cada vez mais racional, eficaz e produtiva”. O que antes era função quase exclusiva da família é hoje disseminado por uma vasta gama de agentes sociais, que vão desde a pré-escola até os meios de comunicação de massa, que utilizam a persuasão na imposição de padrões de comportamento, veiculados como normais, dificultando a identificação do agente repressor (REIS, 2012, p. 103-4).

Tal despolitização se mostrava em alguns momentos da vida de Arthur, principalmente quando não conseguia se colocar de forma mais direta, questionando injustiças e violências, ou mesmo afirmando suas necessidades, assumindo movimentos de fuga das realidades que tanto causavam dor. Em uma situação com uma colega, retrata isto:

Aí, peguei, fui na casa dela, tal, e ela “Tá achando que vai conseguir, tu? Tu, desse jeito, gordo? Nem trabalha! Do jeito que tu tá? Com o que tu tem?”, que ela sabia que eu tenho [HIV] “Que tu tem? Tu acha que vai conseguir ficar com uma pessoa dessa? Nunca!” E não sei o quê. Sabe? Aí eu não... eu engoli. Eu sou de botar pra fora, e nessa hora não botei, em respeito a ela que tinha acabado de ter bebê, tava com uma criança, né? Aí eu peguei e pensei assim: “Ah, quer saber? Olha, acho que ela tá revoltada com a vida dela e tá jogando pra cima de mim”. Eu devia ter pensado mais assim... Mas aí eu fui... criando histórias, né, na minha cabeça. E, realmente, fiquei sem ninguém (Arthur).

Diante de tantas relações problemáticas que havia experienciado, sentia muita dificuldade em lidar com as pessoas. Sentia que um “complexo de inferioridade” sempre o acompanhava, e que tinha sempre que ter certo cuidado quando na relação com outras pessoas. Fechava-se, por tamanha que era sua dificuldade em confiar nas pessoas: “*Não, eu num tinha bastante amigo, nunca fui de ter muitos amigos, não. Mas... eu tinha um, dois, que valiam, valia a pena, sabe?*” (Arthur). Em sua realidade, acabava se sentindo mais passivo, sem grandes feitos por si mesmo. Porém, já na idade adulta, percebia que precisava de relações, e que se sentia melhor quando interagia com as pessoas. Quando conseguiu inserir-se de forma mais significativa no que denominou como o mundo *gay*, percebeu que conseguia fazer amigos e que se sentia muito bem no contato com outras pessoas, quando recebia atenção do outro.

Aí eu ia pra lá, aí eu achava massa passar a noite. Ia, ia 6 horas da noite e ia embora 6 horas da manhã. Achava tranquilo, achava seguro, né? Conversava com o DJ... Às vezes não fazia nada, só conversava com o DJ, de música e essas coisa. Falava com o rapaz do bar, sabe? Atenção! Buscando atenção (Arthur).

Encontrou em um de seus namorados um grande amigo, quem até hoje, mesmo que não estejam mais se relacionando, considera como um irmão: “*Mas namorar mesmo, só namorei uma vez. Quatro anos, mas até hoje a gente se fala, até como se tivesse não namorado. A gente se trata como irmão*” (Arthur).

Nele tem grande confiança, e sente que pode compartilhar o que há de mais profundo em si mesmo. Foi na relação com ele, também, que entrou em contato com aquilo que considerava contraditório no mundo, como por exemplo, ser evangélico e *gay* “*ao mesmo tempo, não cabia na minha cabeça*” (Arthur). Em uma sociedade marcadamente moralizante, não era possível ser homossexual e seguir uma religião evangélica, a qual criticava (ou até mesmo proibia) essa opção sexual. Arthur tinha discussões com o namorado acerca disso, mas percebia o quanto era importante, também, vivenciar tais contradições.

Porém, quando sentia que nada na sua vida estava funcionando, quando sentia que um profundo sofrimento ou estava por vir, ou já estava instalado em sua vida, a Xuxa era,

sempre, sua grande amiga, a parte nele mesmo repleta de fantasia, de puro acolhimento, o que não tinha em sua vida real, em tantos momentos. Seu amor por ela era tanto que chegava a incomodar sua mãe: Segundo Arthur, a mãe disse: “*Tu ama mais ela do que eu. Tu ama mais essa Xuxa ‘réa’ do que eu*”. *Foi! Mas, assim... minha mãe, ela... se sentiu mal, né? Pois é. Ou não! Ou quem sabe minha mãe faça de tudo pra eu conheça e... seja feliz, né?*”.

Arthur nos deixou um exemplo significativo do impacto das relações sociais em nossas vidas, que não somente falam de nossas histórias, mas influenciam diretamente nossos caminhos. Além disso, também nos fez refletir sobre que medidas tomamos, mesmo que de forma inconsciente, para sentirmos que há com quem contar nesse mundo, que há pessoas em quem eu posso me inspirar, ter referências e confiança. Nesse momento, parece que nosso organismo, como um todo, não parece fazer distinções entre se o que ele experiencia está dentro do real compartilhado pelos outros ou não; ele apenas busca, em suas vias possíveis, o caminho que nos leva a relações significativas e, principalmente, embasadas em afetos verdadeiros.

Assim como Val e Arthur, Dani tem uma experiência intensa no tocante às suas relações interpessoais. Desde muito jovem, o ambiente em que Dani estava imersa não era nada acolhedor de suas características, de seus modos de ser e de seus desejos. Pelo contrário:

[...] acho que na verdade o que vai muito valer nisso é o ambiente que eu fui criada, assim um ambiente muito... abusivo, digamos assim. Hum, tanto que eu e minha irmã a gente brinca muito que nossos pais não eram pra ser pais. As duas concordam com isso. É, minha mãe é uma pessoa que se preocupa muito com o que os outros pensam, muito! Então as filhas dela tinham que ser as pessoas mais inteligentes, tinham que andar muito bonitas, que tinham que andar muito certinhas, que não podiam falhar, que se acontecesse alguma coisa ruim, não podia, ninguém precisava saber [...]. Eu não tinha amigos, minha mãe, ela tinha uma teoria que você não podia contar nada pra ninguém porque se você contasse uma coisa boa, as pessoas iam ficar com inveja de você e se você contasse uma coisa ruim, na minha cabeça ela colocou que as pessoas praticamente iam fazer uma festa escondido comemorando o fato de eu ter... então, eu era muito reservada com relação à amizade, com relação a tudo. Pra mim, todo mundo ou tinha inveja ou tava com raiva o tempo todo, e isso colocava muito pra eu ter muita raiva das pessoas. Então eu tinha muito problema com as pessoas (Dani).

Assim como o marido de Val, a mãe de Dani, seguindo bases bem estáticas de um ideal de família burguesa, parecia ver nos outros uma ameaça, isolando as filhas do convívio social e ensinando-as, acima de tudo, a sempre desconfiar das pessoas. Além disso, possuía uma compreensão bem performática da realidade, a qual condicionava o reconhecimento das pessoas apenas mediante o seguimento de regras e padrões arbitrários. Tais marcas ficaram em Dani, profundamente, como vimos ao visitar sua história.

As influências da família, reforçamos aqui, nunca devem ser desconsideradas, pois não possuem efeitos apenas naqueles sujeitos com os quais se desenrola uma relação direta, imediata, mas estes também, ao se lançarem no mundo, transmitirão suas marcas, por vezes repletas de dor e sofrimento pela impossibilidade de serem aquilo que se sentiam convocados a ser, como no caso de Dani:

[...] famílias são o *locus* da estruturação da vida psíquica. É a maneira peculiar com que a família organiza a vida emocional de seus membros que lhe permite transformar a ideologia dominante em uma visão de mundo, em um código de condutas e de valores que serão assumidos mais tarde pelos indivíduos (REIS, 2012, 104).

Família, para Dani, nunca foi sinônimo de harmonia, ou mesmo de uma base na qual poderia buscar apoio. Com pouquíssima abertura às diferenças, seus familiares, em especial a mãe, tentavam enquadrá-la em padrões que acreditavam ser os melhores, ou pelo menos os mais bem aceitos em sociedade. Sofria com isso desde tenra infância, quando de forma espontânea, brincava:

Eu lembro que 4, 5 anos de idade, quando ela [mãe] ia trabalhar, que a gente tava sem secretária em casa, ela deixava a gente na casa das nossas avós e eu sempre fui uma criança muito ativa, do tipo que gostava de explorar, gostava de pegar em todas as flores e olhar pra cada uma, gostava de pegar os bichos, época de chuva eu ia caçar caracol pra ficar olhando dentro do caracol e todo mundo ficava dizendo que eu era muito danada. Então as palavras da minha mãe sempre eram: “o que é que eu faço contigo porque ninguém gosta de ti”, que eu era muito danada e que ninguém queria ficar comigo (Dani).

Reis (2012) faz uma discussão interessante sobre a questão dos afetos familiares. Embora, por vezes, entremos em contato com compreensões compartilhadas que essencializam os afetos dos pais por seus filhos como algo natural, como se nascêssemos programados para amar nossos filhos, isso não é o que acontece em nossas realidades. Para o autor, os afetos dados pelos familiares não são incondicionais, mas estão intimamente associados às condutas que os pais e familiares esperam de seus filhos.

Estava formada, pois a cadeia que une amor e autoridade: para ter o amor dos pais, o que era de importância vital para a criança burguesa, seria necessário que ela também os amasse;amá-los seria corresponder às expectativas com as quais os pais a cobriam. Portanto, amar é submeter-se e não amar seria uma alternativa insuportável. O poder parental é travestido de amor para submeter os filhos (REIS, 2012, p. 112).

Assim, como Dani, através de seu comportamento extrovertido e não submisso, não conseguia estar dentro das expectativas dos familiares, deveria pagar a consequência por isso. Um campo árido, em extremo, era o que havia disponível para Dani; isto quando algum campo era a ela fornecido, pois em muitos momentos, Dani era lançada a mais profunda indeterminação. As sementes que plantava de forma espontânea e afetuosa não conseguiam encontrar um terreno fértil para florescer, e isto era atribuído, pelos outros, a problemas inerentes a ela mesma, que causavam tal aridez. Isso se estendeu em toda sua vida, e Dani continuou a vivenciar relações nada acolhedoras com suas demandas:

E na minha adolescência [...] meu pai no caso era muito mais pro meu lado. Ele me protegia, eu era a caçula, ele me protegia, enquanto minha mãe puxava pro lado da minha irmã. Quando eles se separaram, ela continuou puxando pro lado dela, e meu pai, como foi a separação, não foi amigável, é, ele foi pro, ele foi, ele traiu minha mãe, ele continuou com a outra mulher e eu não me dava bem com ela então foi meio que um afastamento muito brusco e pra mim, na época, entrei em rebeldia, eu quebrava as coisas dentro de casa, eu queria fugir, eu arrumava as minhas coisas e é, e com 13 anos de idade [...] (Dani).

Não só os pais, mas outros familiares também não promoviam acolhimento. No episódio em que tentou tirar a própria vida, depois da separação dos pais, Dani teve que ouvir as seguintes palavras da tia:

[...] acho que eu tive assim minha primeira, entre aspas, tentativa de suicídio, que eu, minha tia tava dormindo na minha casa nesse dia, eu lembro que ela tava até na sala conversando com a minha mãe, ela tava na rede e eu tava trancada no quarto chorando e eu tava com uma faca. E eu comecei a brincar e eu não sabia como cortava, hoje eu até sei (risos), mas eu comecei a cortar o punho, o pulso e tomei alguns remédios e, eu tenho essa lembrança, eu acho engraçado na verdade as coisas que a mente, as memórias que a mente guarda, isso é uma coisa que eu acho superinteressante, porque eu tenho lembranças da minha tia dizendo “valha, se tu queria se matar por que tu tomou só isso de remédio?”, porque não foram muitos [...] Então assim, a minha família, ela é uma família muito estranha, é uma família cada um por si, não é uma família amorosa não é nada disso (Dani).

Essas experiências de Dani retratam bem o que explicita Reis (2012, p. 99):

[...] para alguns, família é a base da sociedade e garantia de uma vida equilibrada, célula sagrada, que deve ser mantida intocável a qualquer custo. Para outros a instituição familiar deve ser combatida, pois representa um entrave ao desenvolvimento social; é algo exclusivamente nocivo, é o local onde as neuroses são fabricadas e onde se exerce a mais implacável dominação sobre crianças e mulheres. No entanto, o que não pode ser negado é a importância da família, tanto ao nível das relações sociais, nas quais ela se inscreve, quanto ao nível da vida emocional de seus membros. É na família, mediadora entre o indivíduo e a sociedade, que aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. É a formadora de nossa primeira identidade social. Ela é o primeiro “nós” a quem aprendemos a nos referir.

De fato, é inviável que consigamos dar à instituição familiar uma única acepção, ou mesmo de atribuir-lhe valor, como sendo boa ou ruim. Porém, temos que levar sempre em consideração tais questões *relacionais*, pois o que estamos vendo, até aqui, é o incontestável impacto que nossas relações exercem em nossas formas de nos narrar, em nossas compreensões sobre quem somos e porque assumimos determinados movimentos e atitudes em nossas vidas.

Nossos sofrimentos, conseqüentemente, acabam, também, tomando suas primeiras feições nestas relações. Lane (2012, p. 85) faz um importante apontamento sobre isso, e que se encaixa bem nas relações interpessoais que estamos discutindo até aqui:

Há sempre dois níveis operando: o da vivência subjetiva, marcada pela ideologia, onde cada um se representa como indivíduo livre, capaz de se autodeterminar, ‘consciente’ de sua própria ação e representação; e a da realidade objetiva, onde as ações e interações estão sempre comprimidas e amalgamadas por papéis sociais que restringem essas interações ao nível do permitido e do desejado (em função da manutenção do *status quo*).

Com isto, acreditamos que vale discutir de uma forma um pouco mais extensa sobre nossas formas de interação. Em um momento passado, percebemos que Dani era lançada a um lugar de pura indeterminação. Mas o que significa falar de indeterminação? Para Hegel, identidade é a “passagem da indeterminação indiferenciada à diferenciação, à delimitação e à posição de determinação específica que passa a caracterizar um conteúdo e um objeto” (HEGEL, 1997, p. 14).

Complementando esta ideia, Lima (2010), sob a influência de autores como George Mead e Ciampa, discute sobre esse processo, afirmando que somos sujeitos que construímos o que chamamos de nossa identidade a partir dos discursos sociais nos quais estamos imersos.

Lima (2010) afirma que “A questão que se apresenta para entender a constituição do Eu é a da compreensão, do entendimento, do jogo linguístico responsável pela socialização e pela individualização do bicho humano” (LIMA, 2010, p. 146), entendendo, portanto, o jogo de aparências, preocupando-se com o desvelamento do que se mostra velado.

A unidade entre o ser e o nada desvanece na determinidade e também na sua contradição, a negatividade consigo mesmo, de forma que, como indica Hegel, “O indivíduo, nesse sentido, é um ser com uma determinidade que se articula com a indeterminação de forma dialética” (HEGEL, 1974, p. 14). Nesse jogo dialético, os discursos, ideias, conceitos e aparências estão presentes. O indivíduo, de forma contínua e não linear, vai se constituindo

como ser determinado e indeterminado, à medida que se apropria do discurso externo e se diferencia dele, buscando espaços de expressão e reconhecimento.

Porém, quando não conseguimos interagir propriamente com os jogos discursivos presentes e localizados em uma determinada sociedade da qual fazemos parte, podemos padecer do que chamamos de *sofrimento de indeterminação*. Para Honneth (2003, 2007), que toma Hegel como base para discutir este conceito, o sofrimento de indeterminação emerge da perda de sentido atribuído à vida por parte do sujeito, que sente um sofrimento difuso, constituído por uma dimensão que une impotência e certa desorientação ante às determinações normativas da sociedade em que se encontra imerso, não conseguindo configurar um quadro psicológico definido e delineado, no qual sinta mínima segurança e possibilidade afirmação.

Para Safatle (2018), o sofrimento de indeterminação advém de uma desagregação da força de reprodução das normas sociais já em operação, o que gera um sofrimento amplo que envolve múltiplas nuances da realidade de vida do sujeito. Porém, não precisamos entender o sofrimento de indeterminação como aquele processo que simplesmente encarcera os indivíduos e anula quaisquer possibilidades de criação e reinvenção de suas realidades.

O mundo, que já existe antes de adentrarmos em seu campo, tem suas nuances, jogos discursivos, possibilidades e impossibilidades, independente de nossas vontades. Estes elementos são-nos passados através de nossos grupos sociais, os quais terão sua interpretação própria destes elementos e, conseqüentemente, expectativas sobre os sujeitos que educam. Assim como indica Ciampa (2005, p. 159), “sempre há a pressuposição de uma identidade; sempre uma identidade é pressuposta. Podemos até desconhecê-la; mas, pressupomos sua existência”.

A questão, neste processo, não é estritamente sofrer por indeterminação, mas ser oprimido quanto à própria experiência da negatividade, própria a todo e qualquer ser humano que vivencia os impactos de uma realidade construída previamente, e impossibilitado de, criativamente, reinventar a realidade que o circunda:

[...] na modernidade, o sujeito é submetido a uma redução egológica: o Eu serve de parâmetro para a constituição das individualidades, e a categoria de sujeito é subordinada à determinação identitária – daí Honneth considerar que as experiências de indeterminação, falhas no processo de individuação ou socialização são a causa de sofrimento por excelência. Contudo, essa perspectiva não leva em conta que a negatividade é inerente a todo sujeito e que este só se constitui em confrontação com o indeterminado. Nesse sentido, o sofrimento decorre do bloqueio às experiências produtivas de indeterminação, da incapacidade que nossas instituições sociais, fortemente normativas e reprodutoras das formas hegemônicas de vida, têm de reconhecer a potência interna de indeterminação do sujeito. Safatle (2012),

sustentando-se em Hegel, Adorno e Lacan, propõe então uma reconfiguração da teoria do reconhecimento: para além da referência ao Eu, há que se reconhecer a-normatividade, o indeterminado, como índices do humano (CARRENHO *et al.*, 2018, p. 95).

Assim, concordamos com Safatle (2018, p. 23), quando discute que, para além da desagregação da reprodução das normas sociais, o sofrimento de indeterminação também revela os diversos déficits de reconhecimento da negatividade do sujeito no interior de uma ordem institucional pré-existente a ele. Com um entendimento semelhante, Rodrigues (2003, p. 16) afirma que “se antes as questões humanas eram centradas em uma salvação celeste, hoje a sua angústia surge diante do receio de não ter um lugar adequado na ordem humana”.

Vivemos, portanto, um mundo repleto (demais) de *positividade*, do mesmo, que gera poucas reações. Han (2017) chega a afirmar que vivemos uma era pós-moderna que não traz mais à tona a alteridade, mas a diferença de estranheza, e que acaba por produzir mais do mesmo. O negativo se torna para nós muito estranho, e por defesa, buscamos o afastamento: “O desaparecimento da alteridade significa que vivemos numa época pobre de negatividades” (HAN, 2017, p. 14), e nos protegemos do negativo por ver nele um risco iminente. Crary (2016, p. 65) ainda discute que “[...] a civilização tecnocrática levaria à eliminação de qualquer forma de vida indefinida ou não mensurável que se encontrasse no interior de suas esferas de operação”.

Agregado a isto, temos ainda a discussão de Habermas, filósofo conhecido por sua teoria da ação comunicativa, e que explana que os sujeitos acabam por tomar, em sua vida social, uma orientação para o entendimento. Este entendimento não indica algo positivo, na relação de concordância, mas a ação que nos impele a nos dirigir a outro para comunicar algo. Essa nossa competência comunicativa seria o que nos diferencia de outros animais na esfera da natureza, e criaria as possibilidades para a individuação, socialização e desenvolvimento cultural dos indivíduos (LIMA, 2015).

Para Lima (2010, p. 172-3), em Habermas importa demonstrar:

[...] que o emprego linguístico ‘estratégico’, ou seja, a comunicação que seguiria uma orientação não para o ‘entendimento’, mas para o ‘sucesso’, para o ‘conflito’, para a ‘competição’, está numa relação de dependência com o emprego linguístico de ‘orientação para o entendimento’. Em outras palavras, a Habermas importa demonstrar que, apesar de empregos linguísticos estratégicos, qualquer indivíduo que pretender participar num processo através do qual se procura chegar a um entendimento, não poderá evitar apresentar as seguintes (e, no fundo, precisamente as seguintes) pretensões de validade: a) enunciar de uma forma inteligível; b) dar (ao ouvinte) algo que compreenderá; c) fazer-se a si mesmo desta forma, entender; e d) atingir o seu objetivo de compreensão junto ao outro.

Portanto, nós seres humanos, que vivemos, sofremos, deparamo-nos com dificuldades, que temos nossas expectativas frustradas, e que, por tantas vezes, não conseguimos encontrar sentido na vida que nos é oferecida, precisamos aprender a *comunicar* nossos sofrimentos, comunicação que pressupõe não uma fala muda a uma escuta surda (LIMA, 2010), mas a expressão de nossa negatividade, que não somente será idealmente acolhida e valorizada, mas que terá espaço para revelar as contradições, os desencontros tão próprios das formas de vida que se impõe a nós. E isto pode ser feito em nossas *relações*. É na relação com o outro, com o diferente, com a alteridade que criamos, na medida em que esta esteja aberta à comunicação da negatividade.

A questão é que, assim como a mãe de Dani, estamos continuamente comparando tudo, e buscando nivelar todos ao igual, ao mesmo. Nossos sistemas atuais, ao lidarem com o sofrimento de indeterminação, propõem como principal saída a busca pelo igual, pela adaptação ao mesmo, ao qual todos devem se enquadrar. Não poderíamos dizer, com isso, que vivemos em pura prisão, o que nos provoca adoecimentos de vários tipos?

Han (2017), ainda quanto a isto, faz uma importante discussão ligando nossas formas de relação ao nosso sistema econômico capitalista:

A cultura atual da comparação constante não admite a negatividade do *atopos*. Estamos constantemente comparando tudo com tudo, e com isso nivelamos tudo ao *igual*, porque perdemos de vista justamente a experiência da *atopia* do outro. A negatividade do outro *atópico* se retrai frente ao consumismo. Assim, a tendência da sociedade de consumo é eliminar a alteridade atópica em prol de diferenças consumíveis, sim, *heterotópicas*. A diferença é uma positividade em contraposição à alteridade. Hoje, a negatividade está desaparecendo por todo lado. Tudo é nivelado e se transforma em objeto de consumo (HAN, 2017, p. 9, grifos do autor).

Quanto à pergunta que fizemos anteriormente, respondemos que sim, adoecemos diante destas contingências. Um pouco mais a frente, veremos as consequências disto, quando principalmente as pessoas que visitamos começam a entrar em quadros de profundo sofrimento, sendo para elas sempre oferecidos produtos (físicos e simbólicos) para nivelá-las ao igual, extraindo suas diferenças que acabavam por incomodar muitos de seus pares.

Bom, depois de realizada tal discussão, imagino que temos, agora, um outro local de observação dos fenômenos que abrangem as relações humanas, fomentando nosso olhar em paralaxe, prioritária nesta nossa jornada. Saindo de visões causalistas, entendemos, um pouco mais a cada passo, a complexidade que nos abrange e, neste momento, principalmente o peso de nossas relações em nossas vidas, como um todo.

Val, Arthur, Dani, que discutimos até aqui, sofreram, desde muito cedo, por não terem encontrado ao menos a possibilidade de comunicar suas diferenças, sua negatividade, sua alteridade com o outro e com o meio que os circundava. De forma autoritária, tiveram que lidar com os mandos e desmandos de um mundo que visava, prioritariamente, adaptá-los às normas vigentes. Não que não tenhamos, em vários momentos, que buscar adaptações. Temos clareza que o mundo não funciona mediante minhas vontades e desejos, assim como também lido com as diferenças do outro, que trará limites e possibilidades para meu existir. A questão é, como discutimos antes, a prisão no mundo do mesmo, do igual, e a imposição disto como verdade a ser seguida, inquestionavelmente.

Seguindo no fluxo das histórias, vemos ainda mais exemplos em Dani, assim como em Pat, Neto e Trevor. Com o passar do tempo, Dani teve clareza das heranças deixadas pela mãe, e os efeitos que a mesma exerceu em sua vida.

Eu tinha amigos, mas era exatamente isso, ela colocou na minha cabeça que você não podia confiar em ninguém, então na minha cabeça eu realmente não podia confiar em ninguém. Eu tinha amigos, mas era sempre com um pé atrás, eu precisava sempre que a pessoa dissesse que gostava de mim. Então até namoradozinho assim de colégio, eu inventava um motivo pra brigar pra pessoa poder vir atrás de mim porque eu precisava saber que aquela pessoa gostava de mim e queria ficar comigo (Dani).

Assim foi por muitos anos de sua vida, inclusive em seu primeiro casamento, relação que considera abusiva, principalmente por sua parte. Depois de separada do seu primeiro marido, tentou se aproximar das pessoas, mas sentia muitas dificuldades em se relacionar, principalmente sob tantos julgamentos que sofria sobre suas atitudes.

E... eu tive um problema com esses amigos exatamente porque eu tava bebendo muito aí começaram a me julgar. Na verdade, tinha uma delas que começou a me julgar, que ainda tava namorando, e que começou a me julgar e eu tive que dizer meio que 'olha, eu acabei de terminar um relacionamento longo, eu to ainda me recuperando, tô nessa sim!', mas não parou o julgamento aí mandei todo mundo se lascar, eu num tinha muito essa coisa de conversar, mandei todo mundo se lascar, me afastava e pronto. Então eu me vi sozinha, enfiada na casa da minha mãe, na época eu não tinha carro. É, então eu não tinha o que fazer, pra onde ir, com quem ir, com quem conversar, nada (Dani).

Ruim com as pessoas, pior sem ela. O conflito era muito grande em sua vida, e por vezes se sentia muito só. Assim como Val, Dani sofreu com os machismos, presentes principalmente na relação com o chefe, o que acabou provocando sua demissão.

[...] meu chefe direto, que não ficava aqui, ele ficava em Teresina, ele chegou e ele disse 'olha, ou você sai comigo, ou você é demitida' e eu disse 'pois pode demitir!' [...]. Ai, enfim, chegou um dia que ele, a gente realmente entrou num consenso que eu tinha que sair porque se o meu outro, esse meu chefe direto ele era casado mas ele tava, ele me perturbava horrores, ele chegava, me ligava cinco horas da manhã bêbado dizendo 'num sei onde é que eu tô!' e eu tinha que pegar ele onde ele tava porque ele não era daqui de Fortaleza. Eu tinha que pegar onde ele tava, levar ele pro hotel, ele 'você tem que descer aqui agora ou você nem vai trabalhar amanhã!', e eu 'pois pode deixar que eu fico em casa'. E ai, enfim, chegou um momento que eu não, ai fui demitida e eu lembro que eu cheguei em casa chorando e liguei pra minha mãe que tava no trabalho disse 'olha, aconteceu isso e isso e isso' e minha mãe sempre foi muito, ela não sabe muito lidar com as situações então você, eu liguei pra ela chorando porque eu gostava muito desse trabalho; aconteceu isso, meu chefe fez isso, eu sei que é o melhor eu sair, mas eu tô triste porque eu gostava de lá', 'ah, cê vai chorar por causa de um emprego? Pelo amor de Deus, menina, deixa de besteira". Era algo muito próximo disso sempre, e eu disse 'ó, mãe, amanhã eu penso em outra coisa, mas hoje eu vou chorar por isso sim!' ai desliguei o telefone (Dani).

Na sua vida adulta, ao passar a experienciar sofrimentos maiores, Dani percebia que junto às suas dores havia algo que se fazia sempre presente: a ausência das pessoas. Seu sofrimento não era algo somente ocasionado por questões suas, por problemas seus, como muitos queriam apontar, mas muito era vivido pelas próprias relações que eram estabelecidas em sua vida. Percebia que estava sempre com pessoas que não conseguiam estabelecer uma comunicação clara com ela, que ouvissem realmente o que expressava, compreendendo suas necessidades e comunicando possibilidades diante disto. Pelo contrário, Dani recebia, continuamente, críticas, julgamentos, ofensas, sendo que as pessoas que eram mais significativas em sua vida pareciam as que mais se omitiam quando expressava necessidade de cuidado.

Então nessa época eu fui muito... eu tava casada, a gente se separou uma época, foi exatamente por causa disso [crises de pânico, medo de doença cardíaca], porque ele não aguentava mais também, então separou. Eu, eu já tava na verdade meio que saindo disso, foi um ano e meio antes de eu me separar. É, mas nunca falam coisas do tipo, eu nunca tive uma pessoa do meu lado que dissesse 'vamo atrás de ajuda, que você tá precisando', foram sempre pessoas muito críticas que diziam 'ah, tu tá louca! Para com isso, é besteira!'. Mas eu acordava de madrugada com uma sensação de eu que tava tendo um infarto então eu não ir pro hospital pra mim era a coisa mais absurda do mundo e, mas pras pessoa... [...]. E eu lembro de ter implorado pra minha irmã cinco minutos e ela 'não, não posso não, tô indo colocar comida pros meus cachorros! (Dani)

Esse tipo de relação, sentia Dani, potencializava suas dores. Isto comunga com a colocação de Safatle (2018, p. 19), quando afirma que nossos sofrimentos tomam como base, de forma significativa, a impossibilidade de termos condições necessárias para nos desenvolver dentro daquilo que almejamos, além também de nos desenvolver considerando

nossos limites e nossas dores. Não são poucas as consequências que derivam dessa impossibilidade, como vimos tão claramente em todas as histórias visitadas.

Quanto a isto, Dani pôde experimentar outra vida quando conheceu outras formas de relação, que se mostravam extremamente respeitadas com seus limites, com suas dores e com sua própria forma de existir, sem críticas ou julgamentos. Abrindo um novo rumo em sua vida, Dani esquivou-se dos romantismos que as pessoas a impunham e percebeu que suas escolhas podiam tomar corpo por outras possibilidades:

Eu casei com ele porque, sinceramente, o pior de tudo é que eu digo até hoje, eu me digo isso até hoje, não foi por um amor assim que eu disse 'eu tenho que passar o resto da minha vida com ele', foi porque ele foi a única pessoa que apareceu na minha vida que disse 'eu tô aqui do teu lado' e eu, eu na verdade até me arrependo um pouco de ter casado com ele por esse motivo, porque eu sei que ele é altamente apaixonado por mim, isso eu sei. Mas a recíproca não é tão verdadeira. É, eu casei com ele por uma coisa que eu nunca tive que foi uma família [...]. A família dele, eu não sei nem como te explicar o que é que são os pais dele e a irmã dele. São, se você imaginar o que são anjos na terra, são eles (Dani).

Dani encontrou na família do marido os seus “salvadores”. Encontrou neles o acolhimento que nunca teve na vida, a compressão e a atitude carinhosa, principalmente quando experienciava crises de pânico – as quais tantos outros chamaram de “besteira”, de “frescura”. Na sogra, via “[...] *daquele tipo de pessoa que te aceita como você for*”, que a acolheu na própria casa, e disse que dali Dani somente sairia quando estivesse se sentindo melhor.

Como vimos antes com Val, Dani parece também ter encontrado suas dores e sua cura nas relações. Sua mãe trazia como uma base forte a atitude de comparação e uma consequente exigência de que Dani se encaixasse em modelos que considerava ideais, isolando-a do mundo circundante e criando uma percepção sobre ele que o entendia como fonte de ameaça constante. Somente quando Dani entrou em contato com os sogros, que a integraram a um meio afetivo, acolhedor com sua alteridade e suas necessidades e respeitoso com seus limites e sofrimentos, que ela aprendeu a ser *outra*, como que sai de si, e se exterioriza na realidade (CIAMPA, 2005). Como afirma Reis (2012, p. 123):

[...] uma estrutura familiar predominante, que promova incondicionalmente o bem-estar de seus membros, apenas será possível quando ela não mais se definir por um fechamento e uma oposição ao mundo extrafamiliar, ou seja, quando voltar a integrar seus membros na comunidade que a circunscreve, o que não significa voltar a modelos historicamente superados. E isso apenas será possível quando a competição deixar de ser o motor do relacionamento entre os homens.

O grande mal-estar sentindo por Dani era um mal-estar que se relacionava “às identidades produzidas pela cultura e seus modelos pressupostos de interação” (SAFATLE, 2018, p. 23), algo tão bem transmitido por sua mãe, a qual imaginamos que carregava, por sua vez, também um profundo sofrimento por esta percepção que tinha do mundo.

Este sofrimento também era vivenciado por Pat, que teve uma trajetória bem específica em sua vida quanto às suas relações, atravessadas não somente por sua família, mas pela sociedade de uma forma mais ampla. No episódio em que se sentiu profundamente deprimido, Pat sentia pesos advindos de muitas frentes. Uma, era sua relação ruim com o pai: *“Só que ao mesmo tempo em que eu tinha uma relação não muito boa com o meu pai, uma relação que não sustentava assim, era uma relação conturbada, a gente brigava, nunca foi de amizade como eu sempre tive com a minha mãe” (Pat).*

A relação melhor era com a mãe, mas que se afastou dos filhos devido ao ingresso no emprego. Para Reis (2012), o ingresso no campo de trabalho extra doméstico realizado pelas mulheres veio piorar ainda mais suas condições, pois além de acumular várias funções – pois continuaram com as obrigações domésticas e familiares, agora acrescidas de trabalho profissional fora do ambiente de suas casas – também deixaram de ter a intensa interação com os filhos, que sofreram os efeitos disto.

Além de ser ruim, a relação com o pai era repleta de expectativas, de que Pat conseguisse alcançar sucesso profissional – o ideal do homem burguês – para que ele pudesse se orgulhar do filho, exibindo seus resultados na cidade onde morava. Para Reis (2012, p. 120), “O diploma universitário, além de ser considerado um instrumento que facilita o acesso a uma melhor vida material, é também considerado como uma marca de distinção social”.

Quanto à cidade, Pat sofria muito ao ver os modos de funcionamento social pelos quais sua cidade natal era regida, e os relacionava com seus sofrimentos:

Só que as pessoas me julgam, mas elas não sabem... percebo um julgamento, principalmente em [cidade natal], que é uma cidade machista, racista, homofóbica e todas as coisas ruins que você pode imaginar é a sociedade do interior do [estado] com 40.000 habitantes, mas as pessoas não sabem que se eu tenho tudo isso é porque eu passei muito tempo como se, foram anos perdidos da minha vida. Perdidos no sentido que minha vida parou de caminhar nesses progressos que as pessoas esperam da vida de uma pessoa normal dentro dos padrões. Que é começar a estudar, começar a trabalhar e fazer uma especialização, alguma coisa (Pat).

Para Safatle (2018, p. 9), traçamos “horizontes de regulação da conduta. Nesses horizontes e valores expressam-se modalidades de reprodução da vida social imbuídas de julgamentos tácitos sobre ideais”. Pat sempre foi uma pessoa muito sensível às exigências e

regulações de condutas sociais. Não conseguia se adaptar bem às relações de competição, de exigência de sucesso profissional, com um consequente ganho material e aumento no poder de consumo. Buscava, na verdade, ter relações sinceras, e sentir que compartilhava com pessoas os vários elementos que faziam parte de sua vida. Isso ficou bem claro em sua história quando se mudou para uma cidade onde conseguia compartilhar sua vida com amigos, de forma mais próxima.

[...] foi um dos melhores anos da minha vida assim, é um dos anos que eu mais gosto e foi o ano que eu mais estudei na minha vida disparado, eu estudei mesmo porque eu acabei caindo num pensionato que tinha mais nove caras que nem eu, todos do interior, um de cada cidade, e a gente fez uma amizade muito forte, sabe. Era muito divertido, a gente se divertia muito e nessa época eu comecei a namorar uma menina de [cidade natal], então no final de semana eu ia pra lá e voltava e passava a semana estudando, ia pra lá no final de semana, voltava e ficava a semana estudando. Foi uma época muito tranquila, assim (Pat).

Reis (2012) afirma que:

[...] os grupos de pares que se formam a partir da adolescência são bases de apoio para a oposição dos filhos aos pais. Esses grupos providenciam importantes trocas afetivas entre seus componentes e por isso podem substituir (pelo menos parcialmente) o grupo familiar. Na realidade eles permitem que os filhos, se sintam mais independentes da família, à medida que esta deixa de ser a única fonte de afeto (REIS, 2012, p. 121-2).

Para Pat, era muito importante se sentir *em relação*. Sentia-se mais independente da família, confiante, motivado, chegando até a conseguir se adaptar às exigências de formação e produção, tão presentes em nossas sociedades, estudando e se preparando para ingressar na universidade. Isto, porém, não acontecia quando se sentia só, quando não tinha amizades e quando não conseguia se relacionar intimamente com mulheres:

Em 2006, foi um ano péssimo assim, na minha vida, foi um ano muito ruim. Eu fiz um cursinho no [colégio], eu não consegui fazer amizades, eu fiz pouquíssimas amizades e eu tive, eu sempre via, tava na época do Orkut né, no Orkut é, os meus amigos fazendo a festa no terceiro né, eu tava todo naquela vibe de, de festas, de sair no final de semana, de fazer formatura, tinha aquele negócio de fazer baile de formatura pra arrecadar dinheiro, fazer a viagem no fim do ano e no [colégio] não tinha nada disso né... Era vestibular, vestibular, aquele pré-vestibular assim que nem formatura tinha, não tinha amizade, eram setenta salas assim... A concorrência um com outro, então todo mundo muito preocupado ali com vestibular, coisa que não tinha, não existia na cidade do interior de onde eu vim né, não existia isso, tava todo mundo preocupado em arrecadar o máximo de dinheiro possível pra fazer uma festa massa no final do ano e, e eu acompanhei tudo isso de longe né, aqui e lá [...]. [...] Mas aí, sim, em 2006, teve essa quebra e eu vim pra cá, foi horrível, parei de ficar com as meninas e tava longe das pessoas que eu queria tá e vim duma experiência dos dois primeiros anos do ensino médio muito boas no sentido de relacionamentos [...] (Pat).

Em uma de suas falas, um pouco mais extensa, Pat nos deixou mais claro quais foram algumas das interferências da família em sua vida, e que o marcavam profundamente em sua vida cotidiana:

[...] o M. que morava comigo, estudante de medicina é, ele falava o tempo todo 'Pat, você tem que falar com teu pai, alguma coisa. Você tem que tomar alguma atitude pra você levantar, sair de casa, você tá piorando, você tá...', né e eu não queria falar com meu pai, porque meu relacionamento com meu pai era muito difícil, ainda é, mas ainda muito mais. É, a, e a minha mãe era um relacionamento que eu queria preservá-la, porque nessa época minha mãe descobriu o transtorno bipolar e ela teve crises muito fortes assim, sabe? Então ela tava passando muita dificuldade aqui, com os meus dois irmãos, que eu tenho um irmão que é também, assim, que... ele consegue tirar todo mundo do sério, ele hoje, ele tava internado num hospital psiquiátrico, agora ele saiu... A minha família é assim também, toda, meu avô tinha problema, minha mãe, eu, só tem um irmão que se salva ainda, eu não sei ainda, sabe. E então, a minha mãe sempre teve um humor frágil assim, acho que ela conseguiu manter essa força dela até ela conseguir chegar em Fortaleza. Quando ela chegou em Fortaleza, que ela trouxe todo mundo, a partir do momento que eu saí eu acho que ela meio que desmontou assim, o humor dela nunca mais voltou ao normal, era sempre depressão. É... E ela teve pouca euforia, no caso, mas, e aí quando ela tinha crises eufóricas assim, que ela ficava, ela engordava, ela emagrecia, uma sanfona né, eu não sei se o bipolar é uma sanfona né. É, e então eu sempre tinha esse sentimento de poupar a minha mãe né, 'não, não vou ligar porque se eu ficar começando a chorar pra ela, eu não sei o que vai acontecer lá' e o meu pai era um relacionamento horrível, assim (Pat).

Vivemos um mundo, o qual tem como base o sistema econômico capitalista, que acaba por negligenciar as relações e seus impactos significativos na vida e na saúde geral das pessoas. Em vez de traçarmos discussões que tragam à tona, também, a necessidade de repensarmos nossas relações, nossas percepções sobre contatos interpessoais e os efeitos do isolamento no qual tantos padecem atualmente, visamos horizontes outros, que geralmente se direcionam ao desenvolvimento e manutenção das formas de produção e consumo, por meio de padrões de conduta e performances que devem ser seguidas. Em uma importante passagem, Ciampa (2005, p. 171, grifos do autor) assinala que:

*[...] às vezes, mesmo com condições favoráveis, milhares, talvez milhões de pessoas são impedidas de se transformar, são forçadas a se reproduzir como réplicas de si, involuntariamente, a fim de preservar *interesses* estabelecidos, situações *convenientes*, interesses e conveniências que são, se radicalmente analisados, interesses e conveniências do capital (e não do ser humano, que assim permanece um ator preso à *mesmice* imposta).*

Porém, depois das reflexões que estamos desenvolvendo até aqui, reforçamos a importância de pensarmos sobre nossas relações, não somente como um elemento que impacta nossa vida, mas entendendo que isso pode, sem dúvida, ser um dos pontos mais importantes quando tratamos da saúde geral das pessoas. Val sofreu muito quando teve que

viver sob relações machistas, autoritárias e violentas, que como vimos, não eram direcionadas somente a ela. Arthur passava horas numa boate buscando atenção das pessoas, e quando isso não era possível, adentrava o mundo de fantasia do programa da Xuxa, para sentir o aconchego de uma relação próxima a alguém. Dani, tão criticada por todas, chegou a emagrecer mais de quinze quilos quando se sentia só, desamparada por todos e em profundo sofrimento. Não é diferente com Pat, que definhava e não conseguia ver sentido em sua vida quando não possuía relações verdadeiras, e também com Neto e Trevor, como veremos logo a seguir.

Rose (2019)⁴ faz, ainda, importantes discussões acerca disto, afirmando que nós, seres humanos, como nenhum outro ser, precisamos de conexões sociais, o que está imerso, inclusive, em nossos processos neurais. Para o autor, o meio em que vivemos afetará nossos sinais neuronais e hormonais, o que provocará comportamentos em nós que visam modificar o meio que antes nos afetou, em um ciclo importante de transformações.

Isso se trata, portanto, não do elemento crucial para alegarmos a importância de estudos cada vez mais aprofundados sobre as relações humanas, mas mais uma prova de que discutir e lançar novos olhares sobre essa dimensão se faz urgente como uma questão de saúde. Como vimos nas histórias destas pessoas, seus padecimentos e adoecimentos pareciam estar, em grande parte, estreitamente vinculados às suas relações. Ainda, reforçando esta ideia, e tratando sobre algo que discutimos tanto em nossa atualidade, Reis (2012, p.122) afirma que “[...] a felicidade poderia não estar relacionada a propriedade, aquisição de produtos ou status individual, e, em vez disso, surgiria diretamente da vida compartilhada e da ação de grupos”.

Neto também nos permitiu visitar suas percepções acerca das relações em sua vida. Para ele, se faz bem claro os impactos das relações, em suas palavras: *“os acontecimentos da minha infância e a história da minha família tem impacto muito forte ainda hoje, enfim...”*

Assim como Lane (2012), Neto parece entender bem, por experiência de vida, que um indivíduo é uma manifestação, direta ou indireta, de sua totalidade, vivida sempre socialmente. Episódios de perda, desamparo, violência estiveram presentes em sua vida. Marcas profundas foram deixadas nele, e as repercussões destas em sua vida foram diversas.

⁴ O original desta obra de Rose ainda não foi traduzido para o português. Quando citados trechos da mesma em citações diretas, estes aparecerão no texto com traduções feitas por mim, e nas notas de rodapé no texto original em inglês.

Morreu, e eu acho que esses dois acontecimentos [mortes dos pais] né, eles tiveram impacto muito forte principalmente quando eu comecei a minha vida adulta porque, durante toda a minha infância até chegar a vida adulta o impacto disso não, num, ficava muito evidente. Tinha problemas de estudo etc., mas não era uma coisa de... eu não tinha surtos, eu num... é... eu era um menino danado, mas não era assim nada... eu era um menino danado. E que não gostava de estudar, né. É, mas não tinha assim, eu não agredia, eu não era violento essas coisas assim mais graves eu acho que – eu acho não, não acontecia. Mas quando, é... eu comecei a me interessar por, por, por uma namorada, mulheres etc. e tal... e, e depois que eu conheci a primeira namorada que eu demorei pra, pros vinte e três anos que eu fui ter a primeira namorada, fui transar pela primeira vez aos vinte e três anos, com a minha primeira namorada né? (Neto).

Suas primeiras dores significativas se deram pelas relações, e nas relações continuou a senti-las. Outro ponto importante a se destacar era sua relação com os avós, que se dava de forma ambígua, onde por um lado era submetido a um “regime militar”, e por outro era mimado. Além disso, sua relação com os avós também o afetavam quanto à sua autoestima, pois os vários conflitos familiares se mantinham presentes:

E a outra questão também, porque a – eu até tinha contato com família por parte de pai, mas esse contato também foi gradativamente sendo minado pela família por parte de mãe, porque a parte de mãe... É. Então tudo que eu fazia de errado, tudo que alguma coisa, sei lá, que não se encaixava em determinado padrão de comportamento que eles achavam correto ‘oh, isso aí é [sobrenome paterno], não [sobrenome materno]’ Só que eu sou [sobrenome paterno]! Assim, eu olho no espelho é todo o biotipo do [sobrenome paterno], entendeu? Aí foi complicado com relação a minha autoestima isso aí (Neto).

Diante de tantos sofrimentos e relações conturbadas, era muito difícil falar de si mesmo, para Neto. Os contornos daquilo que buscava chamar de “eu” eram sempre muito difusos, complicados, pois sempre era permeado pelo medo de cometer os erros paternos, ou as próprias dinâmicas confusas da família. Talvez por isso, buscava nas relações a sua própria salvação, e desorganizava-se por completo quando estas não conseguiam ter base para se manterem:

Primeiro foi pra, foi pra psicologia não passei, aí eu meu tio que é juiz, é meu tio por parte – tio que era casado com a única irmã que minha mãe teve, ele me influenciou e eu aceitei a influência pra fazer direito. Aí fiquei tentando direito, uns três anos, e não passava. Passava muito perto e não passava, aqui na [universidade] né. E... Isso de alguma forma minava a paciência da M., enfim, as pessoas às vezes querem que a outra pessoa saia do lugar, acho que é isso né. E, ela teve uma hora que não aguentou e tal ‘não, oh. Não vai dar’ aí eu pirei. Pirei total; quando ela disse que não ia dar, que namoro não ia dar certo, eu pirei mesmo [...]. [...]. É, no final quando a Lia quis terminar, essa questão de ouvir um não pra mim sempre foi muito difícil, e ela era muito deslocada a Lia, e muito, assim, é... impulsiva também, então, ela disse que tinha terminado e eu fui lá na casa dela e ela já tava marcando de sair com um cara pelo-assim, querendo me humilhar mermo, ta ligado? Eu fiquei indignado, peguei o telefone dela, um Iphone, que na

época era muito caro, peguei, taquei no chão, quebrou o Iphone todim, e do jeito que ela tava com a chave ela bufo na minha cara, deu um murro assim, aí eu senti uma coisa que eu não tinha sentido na minha vida que foi a vontade de revidar e bater numa mulher assim né, só que eu, acho que eu lembrei do meu pai na época e não pera ainda, mas vou ter que fazer alguma coisa. Aí bati na perna dela assim, oh, dei um tapa na perna dela. Aí quando ela veio pra cima de mim eu segurei aqui, né. Que eu não tava tendo noção da minha força, mas ela disse que depois ficou marcado. Ela foi-, aí ela denunciou pra polícia, né, e me distanciei dela, fiquei tentando voltar e ela não queria obviamente né? (Neto).

Mesmo com dificuldades, tentava se adaptar ao mundo, ter uma profissão e, conseqüentemente, o reconhecimento de outrem. Essa busca pode nos constituir por muitos momentos de nossas vidas, até mesmo se naturalizar para nós mesmos; porém, nunca estamos isentos dos riscos de tentarmos nos adaptar em *determinidades*, sendo possível o sofrimento pela busca constante de se tornar um *outro* que não sou *eu*, exigido em muitas de nossas relações:

Interiorizamos aquilo que os outros nos atribuem de tal forma que se torna algo nosso. A tendência é nós nos predicarmos coisas que os outros nos atribuem. Até certa fase essa relação é transparente e muito efetiva; depois de algum tempo, torna-se menos direta e visível; torna-se mais seletiva, mais velada (e mais complicada) (CIAMPA, 2005, p. 136).

Assim como Val e Dani, Neto percebeu que nas relações poderia ser outro, ter outras formas de lidar com o mundo, isto principalmente quando decidiu cursar psicologia e encontrou amigos em quem conseguia confiar, além de professores que sentia como mais acolhedores com suas questões e que cultivavam relações mais próximas:

É, e os professores me marcaram muito, assim. Tive problemas com o pessoal do primeiro semestre com o pessoal da minha sala porque eu faço muitas perguntas, pessoal muito novo, as minhas perguntas não são de um cunho muito prático, são mais teóricas, é... aí uma parte da sala reagiu, e enfim, não foi muito legal, mas a [professora] teve um papel fundamental quando ela fez psicodrama lá e tal. Ela conseguiu-, ela pra mim foi fundamental, assim. E eu consegui lidar, e a turma toda conseguir lidar com essas questões, e hoje em dia, eu até admiro minha turma (Neto).

Para Trevor, as relações sempre consistiram como o ponto de maior inflexão em sua vida. Ao mesmo tempo em que se sentia bem ajudando quem considerava precisar, que gostava de escutar pessoas em sofrimento e se fazer presente em suas vidas, e que sentia ter amigos em quem confiava, revoltava-se de forma intensa com as situações que considera injustas, ou que revelam muita hipocrisia por parte das pessoas em seu convívio.

Com a família, encontrava o seu “céu”:

Eu cresci numa família muito massa, sabe? [...] Muito amada e tal... Apesar de que a família, eles entre si, meu vô (que eu chamo de pai né), a esposa dele, a filha que eles tinham, meus outros tios, viviam muitas intrigas e brigas o tempo todo, mas comigo muito ok. E eu cresci muito bem sabe? Muito bem amparado (Trevor).

E o seu inferno:

[...] eu lembro que com sete anos de idade – assim, nessa casa que eu morava, minha primeira casa, morava meu avô, a esposa dele, a filha deles (que é a minha tia), e a minha mãe morou por um tempo lá, até começar a viajar, quando eu tinha doze anos de idade. E com sete anos de idade, a minha tia me violentou sexualmente [...] Minha mãe não tava em casa, num sei por que caralho d'água, e eu sempre assistia televisão no quarto do meu avô. Sentava no chão, na cama e assistia TV Cultura. Passava a tarde lá. E aí eu tinha sete, seis anos, assim, minha tia é mais velha que eu oito anos. E aí ela começou a... assim, tenho flashes disso, sabe? A me pegar, começar a me masturbar, fazer eu penetrar ela e isso... umas coisas bizarras, e depois me culpar por isso, que foi horrível. Passei um tempo nessa 'bad'. Ficou, ficou muito tempo. Mandava eu não falar nada, que a culpa era minha, brigava comigo e tal, num sei quê, sabe?

[...] E aí eu já tinha falado pra um tio meu né, que se eu não fosse embora, ela iria né. Óbvio que ele não ia né, então eu tinha que sair mesmo. Fiz minhas malas e saí de casa, no meio do ano, fui morar com a vó (que é bipolar), e tem outros problemas de depressão também... e era insuportável morar com ela. Porque eu passava o dia fora de casa estudando no [colégio] né, chegava em casa pra comer pão com ovo e ela não deixava eu comer, tirava da minha mão a comida. “Não coma, não pode e tal”. E depois de meia hora vinha falar comigo: “meu amor, venha cá e tal num sei o quê”... Às vezes eu acordava cinco da manhã ela gritando: “tu não faz nada, filho da puta! Num trabalha, tá aqui só comendo e tal...” aí eu “porra, tu que me chamou pra morar aqui contigo!”.

[...] Porque eu queria ser tão diferente deles [familiares], sabe? Tão diferente... pelo mal que eles me fizeram. E... (risos) foda, se enxergar nesse lugar (Trevor).

Quanto a estas contradições, será que Trevor vivenciava o que é exposto na seguinte passagem de Reis (2012, p. 119)?

[...] a autorrepresentação da família, que se contradiz com as vivências concretas de seus membros. Quando se referem ao conceito de família, predomina a ideia de harmonia e de disponibilidade incondicional de amor e proteção entre seus membros. Quando se fala das relações concretas, faz-se referência a conflitos, dominação, sensação de sufoco e opressão. Isso provoca o que chamamos de tendência à dissimulação: toda vez que algum acontecimento é percebido como passível de colocar em risco a noção idealizada de família, tudo é feito para que ele não seja percebido. Em casos mais extremos os filhos reprimem qualquer sentimento de hostilidade dirigido aos pais ou irmãos. Tudo aquilo que difere da ideia que a família faz de si mesma deve ser negado.

As contradições fazem parte de nossas relações. Quando tratamos de famílias, essas contradições se intensificam, pois por um lado temos um ideal de relacionamento familiar, que serve muito como discurso de um determinado tipo de reconhecimento, e por

outros temos as tensões cotidianas, os conflitos, as violências, vivenciadas em tantas relações que estabelecemos. Trevor parece tentar equilibrar estes pontos, mas com muito sofrimento.

Além da família, Trevor também vivenciou relações conflituosas e violentas tanto em sua dimensão estudantil como afetivo-amorosa, o que parecia intensificar seu sofrimento:

Na escola, eu sempre fui aquele cara que se destacava da galera por tirar notas boas, mas não falava com ninguém, quer dizer, as pessoas não falavam comigo, porque a minha dicção era péssima, então eu era motivo de chacota, não lembro dessas coisas, mas na quarta série, quando eu tinha uns sete, oito anos, eu apanhava todo dia na escola, todo santo dia eu apanhava [...]. “Tira nota boa, não fala com ninguém, fala rápido, vamos bater nesse idiota aqui. Vai lá, bate nele”. E batiam com guarda-chuva, com tênis, com cadeira, com inferno. E eu lembro disso e só, pô! [...].

[...] E aí no carnaval a gente começou a namorar, e ela dizia que me amava e tal, e foi um namoro muito intenso. A gente quase morou junto por sete meses. E ela teve que ir embora, porque ela não era daqui, e aí acabou esse namoro. E aí eu tenho esse lance assim, de “porra, me dediquei tanto e tal e acabou”. E aí com a V., foi a mesma coisa. Porque ainda tava no meio do namoro, a gente brigava bicho, ela ficava mal, chorava, nem comia, se trancava no quarto... E eu: “V., para com isso. Vai viver minha filha, é só uma briga, a gente passa isso aqui”. E aí de eu não me afetar tanto quanto ela, ela começou a usar a minha história (que ela conhecia bem) pra me fazer mal, pra me deixar triste. E aí acabou o respeito, e acabou o namoro nisso (Trevor).

As marcas deixadas pelas relações, ao longo de sua vida, tinham profundo impacto, que transpareciam em forma de rancor, isolamento, intolerância a quaisquer atitudes que considerasse hipócritas, desconfiança, ou até em atitudes mais extremas, como tentativas de suicídio.

[...] peguei a porra da arma da minha mão, “ó, vou me matar nessa merda” [...] Eu só queria me matar. Eu só queria acabar, entendeu? Só queria acabar. Com a merda da minha vida, essa bosta aqui que é essa história de ter uma família putamente hipócrita que vive uma farsa de família feliz, mas que por dentro é uma merda, que ninguém se ama, ninguém se gosta, ninguém se fala, de, de não conseguir construir ciclos de amizade, num consegui em canto nenhum, pô, e isso é foda, até na [curso de] psicologia... Aí o N. falou que eu sou um peregrino, um estrangeiro, né? Tá sempre; é uma situação difícil essa (Trevor).

Com uma série de conflitos, contradições e hipocrisias que apareceram já muito em sua vida, Trevor tinha muitas dificuldades em lidar com as pessoas e com suas diferenças, com suas contradições, além de, claro, ter lidado com muitas situações de violência, preconceito e desamparo, que acabaram construindo percepções de mundo e de vida embasadas em muita dor, as quais pareciam fazê-lo se proteger, sempre. Como afirma Safatle

(2018), não são poucas as repercussões de uma vida vivida sem a possibilidade, mesmo que mínima, de autorrealização.

Meu pai passou vinte anos falando que eu era o filho que ele tinha, que me amava e tal daí me expulsa de casa né? Se ô, porra, se esse cara né, não dá pra confiar neles, aí fica difícil, entendeu? Porque a gente tem um referencial né, de em quem confiar. E quando eu confiei na V. ela me arrombou pra caralho, pô. Filha da puta. Ela me deixava mal, bicho, de ficar trancado, chorando, desesperado, de ficar batendo a cabeça na parede querendo vomitar. E eu, mermão, cara, esse negócio de confiar não é assim não, vamo com calma. Consigo confiar quando eu tô na rua com o meu cigarro e prato de comida, pra sentar com o cara, ouvir falar da vida do cara, e falar da minha vida, e da gente se abraçar e perguntar o nome, sabe? (Trevor).

Embora as relações muito o fizessem sofrer, de forma semelhante às outras pessoas que conhecemos, Trevor viu também nas relações a força e sentido que precisava para dar continuidade à sua vida. Encontrou isto, principalmente, com amigos da faculdade e com pessoas que considerava ter uma vida precária, cheias de fome e carência de afetos – assim como a dele.

Conheci uma galera aqui [faculdade], que me ajudou bastante nesse tempo, o N. e tal... e aí deu pra levar [...].Porque no intervalo, do show eu... entre o filme e o show tinha meia hora de intervalo. Eu saí na praça de noite, comprei um cigarro e uma cerveja, e passou um cara, morador de rua, e pediu um trago do cigarro. Aí mermão vamo sentar ali. A gente sentou e começou a conversar. O J. E foi foda, foda pra caralho, encontrar essas tangentes, sabe? O J. mora no oitão preto, usuário de crack... tava lá, passando fome também e, e a gente conversou (Trevor).

Dando destaque às implicações das relações em nossas vidas, Rose (2019, p. 43) discute, a partir de um relatório lançado pela *World Health Organization*⁵ (WHO) em 2014:

O relatório sugere que o estresse pode ser “minorado pelo suporte social provido por amor, por relações sensíveis e estáveis com um adulto afetuoso” (WHO, 2014: 18). Parece que as raízes das desordens mentais talvez comecem até antes do nascimento, com experiências pré-natais adversas com futuras mães forem jovens, em desvantagem social e econômica, experienciando um ambiente hostil e violento ou por elas próprias sofrerem problemas com saúde mental. E, se o apoio escolar e doméstico, ao longo da infância podem construir uma “resiliência emocional”, isso é menos provável que aconteça com crianças em família que vivem em circunstâncias estressantes e de pobreza: consequentemente, os autores do relatório argumentam que os esforços para dar suporte às famílias pobres, especialmente aquelas onde os adultos sofrem com uma saúde mental precária, irá “ajudar a quebrar a transferência intergeracional de desigualdades (WHO, 2014, p. 27 *apud* ROSE, 2019, p. 144).⁶

⁵ Organização Mundial da Saúde.

⁶ “The report suggests that such stress can be “buffered by social support provided by loving, responsive and stable relationship with a caring adult (WHO, 2014:18). It seems that the roots of mental disorder may begin

As relações que estabelecemos influenciam, assim, em vários e profundos pontos de nossas vidas, que vão desde questões concretas e objetivas às mais subjetivas, como nossa saúde mental. Deixaremos para discorrer mais devidamente sobre este assunto no próximo ponto sobre o qual refletiremos.

Bom, caro amigo de viagem. Considero que traçamos boas reflexões sobre este primeiro ponto. Como falamos ao longo de nossa discussão, é realmente, incontestável a importância das relações em nossas vidas. Olhamos para as histórias que visitamos, e junto com as teorias que chamamos para contribuir com nossas discussões, conseguimos ter real clareza desta importância. Convido que olhe, também, para sua própria história e perceba as articulações disto em sua vida; é sempre importante que nos deixemos afetar verdadeiramente pelos caminhos que trilhamos.

A seguir, temos um segundo ponto importante para refletirmos: as experiências de sofrimento relatadas por todos que visitamos. Foi muito importante passarmos por este primeiro ponto, pois a partir dele poderemos entender bem melhor os processos que provocaram tantos sofrimentos nestas pessoas. Claro que aqui não visamos desenvolver uma visão causal, ou nem mesmo entender que as pessoas são meras vítimas de acontecimentos adversos em suas vidas, cabendo apenas a nós identificar os pontos de origem de um sofrimento específico.

Entender as relações que estabeleceram, desde tenra idade, é fundamental para que desenvolvamos um olhar mais amplo sobre seus processos de vida, algo essencial na reflexão que desenvolvemos aqui. Assim como nos indica Safatle (2015), para entendermos o que chamamos de sofrimento psíquico, é imprescindível que partamos de uma reconstrução prévia dos vínculos com as experiências sociais. Adicionamos a isto a necessidade de reconstruir, também, as experiências relacionais, em suas várias acepções.

Sigamos para o próximo ponto, onde poderemos ver mais de perto as experiências de sofrimento experimentadas por estas pessoas, e sobre isto poderemos, também, desenvolver novas reflexões e novos olhares sobre os sofrimentos tão próprios às nossas vidas.

even before birth, with adverse prenatal experiences if mother-to-be are Young, socially or economically disadvantaged, experiencing a hostile or violent environment or themselves suffering from mental health problems. And while schooling and home support throughout childhood can build 'emotional resilience', this too is less likely for children in families living in poverty and stressful circumstances: hence, the report authors argue that efforts to support poorer families, especially those where adults themselves are suffering poor mental health, will "help disrupt the intergenerational transfer of inequities" (WHO, 2014:27)".

3.2 Experiências de sofrimento

Seguindo o curso de nossas reflexões, deparamo-nos, agora, com o ponto que traz mais a fundo as experiências de sofrimento vivenciadas pelas pessoas das quais as histórias pudemos visitar, com suas particularidades incomparáveis, mas também com suas semelhanças. Sofrer é algo inerente à vida e não temos como fugir desta possibilidade. E isto, quando pensamos junto ao que já tratamos anteriormente com as questões relacionais e suas diferenças, fica ainda mais próximo das nossas experiências mais cotidianas.

Val, diante de tantas situações que sofria com os maus-tratos do marido, assim como com o desamparo que sentia em tantos momentos, fala da seguinte forma do que viveu:

[...] aí quando ele chegava se eu tivesse escutando som, ele me desligava. Eu perguntava: “por que é que eu não posso escutar? “Porque num pode!”. Ele ia lá pro apartamento dele mas aí quando começou nessa situação eu digo agora não dá mais não, porque eu terminei em uma depressão grande, aí ficou, resultado: a violência comigo, com os filho, ele chegava cheio de whisky, eu não sei o que ele fazia lá, se misturava droga eu não sei, porque eu não tava vendo [...].

[...] quando chegou um ponto fiquei na casa de mamãe aí caiu a depressão, fiquei doente, fui me afastando das coisas, menino, fiquei cada dia mais dentro de um quarto, só que nunca deixei de cozinhar, de lavar a casa, mas era uma pessoa reservada, fechada, o meu silêncio dentro de mim... Eu mesmo gritei e gemi minha dor, eu mesma, mas eu sempre acreditando que um dia eu ia sair daquela, porque eu acreditava num Deus [...]. Aí ficou, ficou quando foi agora, sim, aí fiquei nessa depressão sabe por quantos anos? 10 anos (Val).

Val via a depressão não somente em si mesma, mas também em seus filhos, que padeciam diante das situações vivenciadas por todos na família, na maior parte do tempo, concernentes aos maus-tratos concedidos por Carlos:

E isso foi o que mais me magoou, o que fez com os meus filhos foi, os filho em depressão, os filho revoltado, os filho vivia bebendo cerveja, farrá e tudo isso pra aguentar, dois acidente, com o mais novo um acidente, com o do meio e tudo isso, eu sozinha! Quando os filhos tava no hospital que eu ia chamar, “quis é que se lasque! Eu não quero nem saber! Num saiu?”. Quer dizer, ele sempre só tinha alfinetada pra botar pra baixo, não adiantava dizer “não, Carlos, você tem que mudar!”, não adiantava. Eu fiz tudo isso e terminei entrando nessa depressão, entendeu? (Val).

Dani também descreve suas experiências, bem ligadas, como vimos no ponto anterior, às relações estabelecidas em sua vida:

E eu fui deixar ela no aeroporto com minha irmã e minha, e meu cunhado, meu ex-cunhado agora, que minha irmã separou, e eu lembro de deixar minha mãe no aeroporto, deixar minha irmã em casa e tá voltando pra casa e quando eu tava voltando pra casa, na verdade depois de ter deixado minha irmã, eu entrei numa crise de choro que eu não conseguia dirigir. Era aquele choro incontrolável, que eu

não conseguia ficar com olho aberto, que você não conseguia falar, que você não conseguia...acho que nem se expressar direito [...]. Isso aí eu acho que já era umas onze horas da noite e tava indo pra casa. Quando eu cheguei em casa, é, no meu bairro tava faltando luz, eu liguei pra minha irmã “posso dormir aí? ”, e fui dormir na casa, voltei pra dormir na casa da minha irmã. E lembro que no outro dia de manhã eu tive uma crise [de pânico], outra crise e tive que sair correndo pro hospital [...] e minha irmã não entendia também na época e eu voltei pra casa e desse voltar pra casa, foi a primeira vez que eu tive depressão grave mesmo. Minha mãe talvez tenha passado três semanas a um mês fora, eu passei esse tempo todo enfiada na cama, eu perdi 17 quilos na época. É, eu liguei pra minha mãe, eu ligava pra ela acho que dez vezes por dia na Suíça e dizia “mãe, eu vou me matar!”. E, acho que o que mais doía era ouvir ela dizer “ah, deixa de besteira! Tá falando besteira!” (Dani).

Arthur, de forma semelhante, fala de experiências de violência e sofrimento em diferentes momentos de sua vida:

Aí, tinha muito carinho babaca. Que nesse negócio de "brincadeira" acaba ofendendo as pessoas, né, e descobriram que eu morava na favela, aí me chamou de favelado, sabe? Aí, comecei a ficar com raiva... E... descobriram minha homossexualidade, que era aquela coisa reprimida, aí teve uma hora que eu... acho que foi aí que eu num quis mais ir pro colégio. Que eu ficava [me] escondendo pra não ir pro colégio, ficava embaixo da cama... Aí tive depressão. Aí foi a primeira depressão que eu tive [...].
[...] Falei coisas que... pra quem tá assistindo seriam um filme, esse cara quis morrer, porque sabia demais. Aí, eu comecei, eu quis procurar, fui observar, comecei a ter aquela paranoia, aquela agonia, né? O pessoal dizia que era mania, de eu achando que tava sendo perseguido. Aí meu amigo me despachou pra, pra cá [...] Aí eu cheguei aqui surtado e tal, aí fui pra casa surtado, aí fiquei conectando coisas e fios, achando que ia entrar dentro da televisão (Arthur).

Trevor, ao longo de sua vida, também muito sofreu com conflitos e dificuldades de se sintonizar com pessoas e atividades:

E aí eu larguei o – continuei, acabei largando o curso e conjeturando com ele. E isso foi em junho. E aí a gente [ele e um amigo] brigou [...] de trabalho mesmo, a gente se parece muito e acabou brigando. E aí eu tive uma das minhas piores crises depressivas, que eu passei julho inteiro trancado no meu quarto sem comer, sem tomar banho, sem fazer nada, e minha mãe desesperada né, não sabia o que fazer (Trevor).

Pat sentia, também, uma sensação próxima à que os outros sentiam:

Então, foi o primeiro ano que eu comecei a ter os primeiros sintomas assim de depressão, eu... Teve um episódio que eu destruí o meu quarto, comecei a ficar irritado e aí, é, foi a primeira vez que eu tomei remédio também [...]. Eu ficava, eu comecei a faltar aula, parei um pouco de beber, bebia menos, mas eu faltava aula e ficava só em casa no computador, jogando, assistindo alguma coisa e nesse momento tive um problema, daí que eu vejo que foi que começou mesmo um sofrimento mesmo né, comecei a ficar só preso dentro de casa. Só preso dentro no

quarto, não queria sair, eu deixei a faculdade, parei de ir pra faculdade e não contei pro meu pai e eu levei todo 2010 assim. Então 2010 foi um ano que eu saía do quarto só pra tomar banho, quando eu tomava, e ia pra aula quando ia uma amiga minha me tirar do quarto pra me levar, me arrastar pra aula. Então 2010 foi assim o auge do meu estado depressivo, eu acho (Pat).

Algo nestas falas, contudo, chama nossa atenção. Experienciando um cotidiano difícil, violento em tantos momentos e profundamente cerceador de suas possibilidades, Val, Dani, Arthur, Trevor e Pat experimentaram estados de desânimo e desmotivação profundos, assim como um humor entristecido e sensação de desespero e desesperança. Contudo, como eles mesmos nos indicaram, seus estados de sofrimento possuíam nomes específicos: depressão, crises de pânico, paranoia, mania. O que os levou a nomear assim seus sofrimentos? Essa questão, portanto, merece uma discussão um pouco mais extensa, que nos levará a contar de forma bem breve um pouco de outra história: a da psiquiatria. Ao visitarmos as histórias das pessoas, assim como estas suas falas específicas, percebemos que muito do que era trazido no cerne das discussões diziam respeito aos desdobramentos da ciência psiquiátrica e sua repercussão na vida de todos.

Das discussões filosóficas mais antigas, às teorias atuais sobre a existência humana, a questão do sofrimento é presente, de forma que lançamos muitas reflexões, teorias, métodos e práticas na busca de ampliar nosso olhar sobre tal questão. Porém, com o avanço do tempo e com as novas teorias e, conseqüentemente, novos métodos e formas de entender o mundo, surgem modelos que se pretendem como referências importantes na lida com as questões que geram o sofrimento humano, que embora não fossem os únicos, ao longo da história conquistaram um lugar de hegemonia. Estes modelos se encontravam dentro do campo das ciências médicas emergentes.

A medicina, como uma disciplina que se propunha a cuidar das mazelas humanas, passa a olhar mais de perto os fenômenos de sofrimento, buscando lançar possibilidades de cuidado para com os sujeitos que os experimentavam. Inicialmente, propunha o que se chamava tratamento moral⁷, que tinha como um de seus principais expoentes Pinel (1745-1826). Com ele, passou-se a entender que os sofrimentos humanos, revelados por comportamentos considerados anormais, fora dos padrões, e nomeados como loucura, tratavam-se de uma alienação mental, que se constituía como qualquer outra doença orgânica. O saber psiquiátrico deveria, portanto, observar e analisar sistematicamente os fenômenos

⁷ Àqueles que têm interesse em aprofundar os estudos sobre a histórias da psiquiatria e suas diversas nuances, indicamos autores como Foucault (1972) e Szasz (1971).

perceptíveis do adoecimento. Pinel apontava como possíveis influências para tal adoecimento a hereditariedade, assim como causas morais (WHITAKER, 2017).

Dando continuidade aos feitos de Pinel, Esquirol (1772-1840) teve uma atuação ostensiva e que embasou muitas das lógicas de pensamento que tratavam dos loucos, defendendo a necessidade de colocar os sujeitos em confinamento, encarcerados, pois somente mediante a perda da liberdade estes desenvolveriam o desejo de serem livres e, assim, poderiam lutar por isto. Reconhece o asilo não como sendo um espaço de tratamento terapêutico que trata o sofrimento expresso pelo outro, mas como um local que deveria levar as pessoas ao extremo da miséria humana para, somente a partir disto, lutarem para dali sair, o que parecia entender como a concepção de cura.

Com Emil Kraepelin (1856-1926) houve certa guinada na história do campo de cuidado com os distúrbios mentais, tendo com ele um maior peso as pesquisas de bases cognitivas e biológicas. Os discursos, assim, passavam por um processo gradativo de transformação, tomando como base o conhecimento empírico e as testagens, em voga pela ascensão e estabelecimento dos métodos científicos, para tratar dos ditos comportamentos anormais.

Quanto a estes precursores do campo, é importante destacar o fato de que a caracterização por eles realizadas das formas de sofrimento, alienação ou patologia mental era acompanhada pela fundamentação ou crítica filosóficas. Segundo Dunker (2018, p. 318),

Isso se mostra na influência que Pinel sofrera do pensamento hegeliano, na importância de Kant para a formação da psiquiatria clássica alemã (Emil Kraepelin), do associacionismo inglês para a psiquiatria de Wilhelm Griesinger e do positivismo comteano para a psiquiatria clássica francesa (Jean-Étienne Esquirol, Bénédict Morel), ou ainda na presença de Edmund Husserl na psiquiatria de Karl Jaspers [...].

Isto, contudo, não se manteve por longas datas à frente, tendo estas caracterizações e formulações sofrido modificações significativas ao longo do tempo, o que mudaria todo uma cadeia de sentidos da área que tratava as afecções mentais. Segundo Whitaker (2017), a psiquiatria como especialidade médica, em sua face mais presente na nossa sociedade ocidental⁸ e da forma como mais comumente a conhecemos, tivera como

⁸ Destacamos isto aqui por entender que a psiquiatria não se trata de um campo de saber uno, com compreensões e formas de atuação idênticas em todas as suas faces e práticas. Entendemos a complexidade de quaisquer áreas de conhecimento, e corroborando com Rose (2019), defendemos que tratar da crítica à psiquiatria como uma única manifestação nos levaria, inevitavelmente, a uma série de equívocos. Portanto, ao fazermos uma crítica à psiquiatria, referimo-nos à uma das faces deste campo, que como discorreremos ao longo das discussões e

momento fundador o ano de 1844, quando treze médicos que dirigiam pequenos manicômios reuniram-se na cidade de Filadélfia (EUA) para criar a Associação de Superintendentes Médicos de Instituições Norte-Americanas para Doentes Mentais.

Na época, os hospícios ofereciam uma forma de atendimento ambiental que hoje se conhece como terapia moral, que fora introduzida nos Estados Unidos pelos quacres e, durante um período, produziu bons resultados. Na maioria dos hospícios, mais de 50% dos pacientes recém-internados recebiam alta em menos de um ano, e uma percentagem significativa dos que saíam nunca retornava. Um estudo dos resultados a longo prazo, feito no século XIX no Manicômio Estadual de Worcester, em Massachussets, constatou que 58% dos 984 pacientes que receberam alta da instituição permaneceram bem pelo resto da vida. Entretanto, os manicômios tiveram um grande aumento de tamanho na última parte da década de 1800, à medida que as populações foram largando idosos senis e pacientes com sífilis e outras doenças neurológicas nas instituições; como tais pacientes não tinham chance de recuperação, a terapia moral passou a ser vista como uma forma falha no tratamento. Em sua reunião de 1892, os superintendentes dos manicômios juraram deixar de lado a terapia moral e, em vez dela, utilizar tratamentos físicos. Era o alvorecer de uma nova era na psiquiatria, e em pouquíssimo tempo eles começaram a propalar os benefícios de numerosos tratamentos dessa natureza (WHITAKER, 2017, p. 58-9).

Com o passar dos anos, o que se conhecia como tratamento moral sofria em gradativa, e outros saberes concorrentes, que se pretendiam mais concretos, menos abstratos e, por isso, mais eficazes em seus resultados do que os promovidos pelo tratamento moral, tomavam a frente. Isto provocou mudanças históricas nas formas de se olhar o outro e suas manifestações de sofrimento, que reverberam até nossos dias atuais.

A psiquiatria, que, como antes citamos, trazia reflexões crítico-filosóficas e análises quanto às questões da vida da pessoa em sofrimento e as possíveis influências disto em suas manifestações comportamentais, afastava-se cada vez mais dessas formas de compreensão, pressionada que se sentia pelas novas exigências do pensamento moderno, que como indica Crary (2016), tem como principal característica definidora a padronização das experiências. Sobre isto, Didi-Huberman (2015, p. 42) discute:

[...] era sob a forma de uma “patologia das regulações funcionais”, acima de tudo, que o estudo das doenças do sistema nervoso deveria ser conduzido. Não que conviesse subordinar toda patologia à investigação fisiológica, mas, ainda assim, “a observação clínica deve aliar-se às ciências gerais e se aproximar cada vez mais da fisiologia, para dar origem a uma medicina realmente racional”. E era no prolongamento do ponto de vista funcional, de seus esquemas neuromotores e de suas regulações fisiológicas, que a região psicopatológica se abria para a própria possibilidade de uma representação: [...] em matéria de doenças nervosas, existe a psicologia, e o que chamo de psicologia é a fisiologia racional do córtex cerebral [citação de Charcot].

reflexões, acabou por ser a tomada como referência por nossas sociedades, em especial em nossa sociedade ocidental regulada por práticas científicas e pela lógica biomédica.

O objetivo principal passa a ser, então, circunscrever os corpos a partir do que estava posto, e não mais escrever sobre os organismos em sua existência, por vezes contraditória, ilógica. A questão não era mais filosófica, não era mais refletir sobre o ser e sua existência ou sobre os processos vários que poderiam influenciar na formação humana. A regra, agora, era matemática, objetiva, e deveria ser empiricamente demonstrada. Didi-Huberman (2015) discute sobre as formas de se entender e expor a loucura para estudo e apreensão, devendo ocorrer um fenômeno *visível* que comprovasse sua existência, pois “o visível tem uma forma bem própria de entrelaçar o indelével das angústias com a própria dominação delas” (DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 27). Em seus estudos, que tratam mais especificamente da histeria, percebe que esta surge na história da humanidade como uma invenção, que partiu de demandas específicas do sistema de um modo de pensamento moderno:

[...] a histeria, em todos os momentos de sua história, foi uma dor forçada a ser inventada, como espetáculo e como imagem; chegou até a inventar a si mesma (sua imposição era sua essência), quando fraquejou o talento dos fabricantes patenteados da Histeria. Uma invenção: um *evento* dos significantes (DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 21, grifo do autor).

Charcot, por exemplo, utilizava-se do método experimental para discutir sobre a histeria. Mas o que ele queria, com esse método? “Querida *que nascesse nele uma ideia*: um conceito exato da ‘vida patológica’, a do sistema nervoso, no caso [...]. E como esperava fazer nascer essa ideia? – *Provocando sua observação*, sua visibilidade regulada” (DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 40, grifos do autor).

Esta forma de se produzir saber passou, por conseguinte, a construir olhares, formas de percepção diante do fenômeno da loucura, de forma a educar o olhar de quem capta as imagens provocadas para compreendê-las como uma prova concreta da existência de uma patologia, algo reforçado pelo saber médico. Às pessoas, tanto as que apresentavam uma patologia específica, como aquelas que buscavam conhecimento sobre o fenômeno da loucura, não eram disponibilizando espaços para questionamentos, devendo estas assimilar os conhecimentos expostos e entender que não se tratavam de abstrações produzidas pelos profissionais, mas de fatos comprovados por experiências empíricas, através de suas técnicas, experimentações e quantificações.

Com isso, toda uma ordem de desarranjos surgiu. Em primeiro lugar, o que antes era um acordo mútuo entre a histérica e o médico, tornou-se um desafeto. Para Didi-

Huberman (2015), as quatro ou cinco mil mulheres de Salpêtrière serviam, para Charcot, como material de estudo científico, assim como quem entra em um museu patológico vivo com todo seu acervo; contudo, depois de certo tempo estas mulheres não se viam mais disponíveis como objeto de observação e estudo.

Mas o movimento sempre exagerado de encantamento produziu uma situação paradoxal: na medida em que a histórica se deixava livremente reinventar e ser cada vez mais colocada em imagens, uma dor como que ia se agravando. Num dado momento, o encanto se rompeu e o consentimento transformou-se em ódio (DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 15-6).

Em segundo, havia o fato de que não existia absolutamente nada em que o médico pudesse sustentar suas afirmações e teorias acerca da loucura, com o aparato de verdade que buscava, devido ao fato de que os contornos das doenças mentais que pretendia, a todo custo, capturar, estavam continuamente se modificando. Para terem resultados mais exatos, os médicos faziam uso de um método experimental, o que exigia que o objeto no qual buscavam intervir e formular saberes, ou seja, a loucura, tivesse que ser observado e trabalhado mediante este método. Assim como já destacava Claude Bernard, tratava-se de um exercício de observação provocada, como uma tentativa de obtenção de fatos, constituindo como uma ética e estética dos fatos (DIDI-HUBERMAN, 2015).

A impossibilidade de provocar tais fatos e, conseqüentemente, suas formulações, causava sofrimento tanto ao paciente como ao próprio médico; mesmo assim, a busca era infinda, de forma que toda uma classe de profissionais mantinha seus esforços para responder a quaisquer adversidades, mesmo que isto significasse a submissão do outro a maior angústia e sofrimento.

O fracasso consistia nisso: a loucura mudava de forma, até em 93% dos casos, mas nunca era inteiramente curada, na Salpêtrière nem em outros locais. Ora, acaso uma ciência que fracassa na prática não tem todas as razões para gerar seus cientistas como *angustados*, principalmente se seu objeto for a loucura, que, seja qual for o conceito que buscamos dela, não para de se *manifestar*, e se manifesta como efeitos de fala, isto é, como uma coisa incoercível? Por outro lado, não dizem que o louco é meio parecido conosco? Pode um médico da loucura se recusar a ver nela a derrelição da própria imagem e semelhança? Essa recusa certamente se dá. É vital, em termos existenciais e epistemológicos. A “consciência psiquiátrica” só podia recusar-se a ser uma consciência dilacerada, ou, no mínimo, uma consciência infeliz. Terá feito questão de preservar sua certeza como universalidade, terá até preferido recusar a ação, ou inventar ações adequadas à sua certeza; nesse risco de angústia, há de ter recusado conspurcar o esplendor de sua certeza, de sua genialidade (DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 25).

Diante da impossibilidade de formular assertivas exatas, os produtores do saber psiquiátrico se viram em risco quanto à sua validade e continuidade. Porém, a questão não era

entregar-se ao problema e reconhecer os limites deste saber, mas saber como criar fatos sobre este, para validá-lo, e provocar seu acontecimento, dentro dos termos previstos, apelando-o. Caso tais fatos não se fizessem acessíveis facilmente, buscavam-no, inventavam-no se fosse preciso, e às vezes chegavam até a aproveitar-se daquilo que ainda não tinha nome como um possível campo a ser obtido e que poderia trabalhar a favor daquilo que se visavam construir. Sobre isto, Whitaker (2017, p. 102) afirma:

[...] para a historiadora britânica Mary Boyle, num artigo de 1990 intitulado “A esquizofrenia é o que era? Uma reanálise da população de Kraepelin e de Bleuler”, muitos dos pacientes de Kraepelin com demência precoce sofriram, sem dúvida, de uma doença viral, a *encephalitis letárgica* [encefalite letárgica], que, no fim da década de 1800, ainda estava por ser identificada.

Com suas diversas criações, novas formulações e assertivas que se pretendiam fidedignas quanto às realidades de todos, a psiquiatria conseguia conquistar espaço, traçando discussões sobre a vida e sobre as formas de tratamento dos loucos. Segundo Safatle (2018), que toma como base os estudos foucaultianos, defende que a medicina, longe de ser uma ciência exclusivamente biológica, tem grande impacto social, sendo fruto de uma guinada nas práticas de governo do século XVIII, que tinha a saúde e o bem-estar físico da população, de forma geral, como um dos objetivos essenciais do poder político. Assim, visava não apenas

[...] o combate à doença e a arte da cura, mas também a gestão da saúde visando o fortalecimento da população como condição para o enriquecimento nacional. De fato, o aumento vertiginoso das populações no século XVIII teria criado uma nova escala de técnicas de governo, permitindo que os traços biológicos de populações específicas se transformassem em elementos pertinentes à gestão econômica. A medicina pode aparecer, assim, na sua forma mais acabada de tecnologia de governo, como instância de controle social, seja através de políticas higienistas, seja através da transferência de tarefas administrativas e gerais para as mãos de médicos (SAFATLE, 2018, p. 13).

Havia, portanto, um tom administrativo na medicina, que geria as vidas e as formas de viver, de ser e de se comportar em sociedade. Por mais que houvesse saberes concorrentes, trazendo outras formas de olhar os processos de sofrimento e adoecimento da população, os saberes médicos pareciam ser, à época, os mais efetivos quanto a esta necessidade de governo, enfraquecendo estes primeiros e possibilitando à medicina, dentro destes moldes, um lugar hegemônico. A população, em consequência, sentia fortemente os impactos destes saberes em suas vidas, que passava a regulá-los em sua vida cotidiana. A psiquiatria, por sua vez, também produzia suas formas de saber e os métodos de tratamento

dos sujeitos com distúrbios mentais, tomando resultados de suas intervenções arbitrárias como provas da veracidade de seus saberes.

Os eugenistas afirmavam que os doentes mentais precisavam ser isolados em hospitais, a fim de serem impedidos de ter filhos e de espalhar seus “genes ruins”. O objetivo era mantê-los confinados em manicômios, e em 1923 um editorial do *Journal of Heredity* concluiu que, com ar de satisfação, que “a segregação dos loucos está praticamente concluída”. Em consequência disso, muitas pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas, na primeira metade do século XX, foram internadas e nunca mais tiveram alta, e essa política social foi erroneamente percebida como um dado sobre os resultados. O fato de os esquizofrênicos nunca deixarem os hospitais foi visto como prova de que a doença era crônica e irremediável (WHITAKER, 2017, p. 103).

Mudemos um pouco nosso foco, neste momento, e olhemos um pouco mais atentamente para as realidades específicas do Brasil, que não deixou (e não deixa) de sofrer com as influências destes processos. No Brasil Colônia, a loucura era livre, visto o pouco intercâmbio com outras culturas e com outras produções de saberes que trouxessem à tona a necessidade de cuidados médicos com os loucos. Porém, à medida que as distâncias se estreitavam, novos olhares adentravam os territórios brasileiros e passavam a influenciar nossa cultura diretamente, modificando as atitudes quanto às pessoas com algum tipo de distúrbio mental.

Em sua fase de império, várias transformações já haviam se dado, e outros entendimentos sobre o louco e sobre a loucura tomavam corpo. Buscava-se, à época, uma ideia de equilíbrio físico e psíquico, pauta de uma idealização do conjunto social harmônico e bem integrado que construiria um Brasil civilizado: “Nesse sentido, a questão da prevenção de doenças mentais inseriu-se no contexto de pesquisas e debates que visavam alcançar o modelo desejado e propalado pela comunidade médica, acadêmica e intelectual, na busca de sujeitos saudáveis” (FACCHINETTI, 2004. p. 300).

Os brasileiros, portanto, estavam em fase de construção como homens modernos, e a psiquiatria teve importante contribuição neste processo:

Ela [a psiquiatria] ajudou a construir formas de descrição que foram elas mesmas forjadas pela longa construção da história ocidental das descobertas de outras culturas e de sua própria. A ciência construía assim o *outro*, o avesso da civilização, como forma de delimitar o que era humano e, especialmente, como devia ser esse *humano brasileiro* (FACCHINETTI, 2004. p. 302).

Para Facchinetti (2004, p. 296), “a psiquiatria foi mesmo criada com função de controle de comportamentos e emoções consideradas anômalas; ainda hoje, ela se apresenta

com este objetivo”. No Brasil, a psiquiatria atuou não diferentemente: chegada à “terra primitiva” com todo um aparato de saber e de poder, ditava as regras sobre a loucura e a ela os indivíduos deveriam se remeter. Porém, a posição social de distância em relação à população, de forma geral, trouxe sérias repercussões à organização social:

[...] quanto maior a distância cultural e social entre o desviante e o normalizador, mais coercitiva tende a ser a resposta. Certamente esse parece ser o caso do Brasil, onde o *status* social e as diferenças culturais das pessoas internadas como loucas os afastava da elite médica que as tratava [...] a psiquiatria surge no Brasil como disciplina que visava o controle do comportamento e das emoções não apenas dos indivíduos, mas estava unindo-se aos esforços das elites e do Estado para criar a nação moderna imaginária que uniria os indivíduos em torno de sua totalidade, homogeneizando uma população marcada pela diferença diante do modelo proposto pelas elites intelectualizadas e pela medicina local (FACCHINETI, 2004, p. 296).

Logicamente, a população brasileira não era absolutamente submissa a tais modelos, introjetando saberes acriticamente. A herança cultural e religiosa diversa, com a força religiosa do espiritismo e da medicina popular, muito colaborou para manutenção da resistência a tais saberes que se impunham, em muitos momentos, de forma opressiva. Mesmo assim, muito era absorvido, de forma totalizante, como poderiam ser observados nos debates intelectuais da época e nas produções culturais, através do teatro, dos jornais e na própria criação de um estilo de vida.

Em consequência, assim como aconteceu em terras europeias ou mesmo norte-americanas, a lógica de pensamento científico psiquiátrico passou a influenciar fortemente nossas formas de vida, essencializando, organicamente, esta compreensão. Assim, os acontecimentos foram sendo mais e mais racionalizados pelo saber científico, de forma que a “psique brasileira foi ganhando estatuto de reflexo do corpo brasileiro, em particular, de seu cérebro” (FACCHINETI, 2004, p. 300).

Com isso, tomou-se cada vez mais força e velocidade o projeto de “civilizar” os brasileiros, que em grande número ainda se comportavam como seres primitivos. Esses deveriam, portanto, passar por um processo de educação e readequação de hábitos e costumes, o que possibilitaria a obtenção de um comportamento “verdadeiramente” (entre aspas, pois não possuía nada de verdadeiro, mas sim dos moldes europeus) civilizado. Isto, porém, não viria sem consequências, o que concatenou com a psiquiatria já previa: há uma forte relação entre os processos civilizatórios e loucura.

[...] o choque cultural causado pelo impacto frente ao Ocidente era passível de aumentar os transtornos mentais entre os povos não-civilizados, que tinham agora de se adequar aos supostos esforços que lhe impunham. A leitura, a escrita, a educação e a disciplina como fatores de risco para a insanidade foram constantes. As

mudanças do último quartel do século XIX justificavam a ideia de que se estava experimentando uma epidemia de doenças mentais causada pela modernização e pela civilização, o que no caso do Brasil adquiria importância devido aos grandes passos que se desejava dar em tão pouco tempo (FACCHINETTI, 2004, p. 301-302).

Aumentou-se o número de pessoas com distúrbios mentais. Dentro dos modelos psiquiátricos, o que deve ser feito com estas pessoas? Confiná-las, controlá-las e tratá-las, assim como já era feito em outras localidades. Nesse momento, fica ainda mais claro que, para a ciência psiquiátrica, terapêutica e controle não era excludentes, o que permite o nascimento dos asilos com esses objetivos específicos, sendo “um exemplo palpável de como a psiquiatria e as instituições que a apoiaram serviram para reforçar a ordem social” (FACCHINETTI, 2004, p. 296).

Para dirigir tais instituições, eram necessários, agora, especialistas. Há de se destacar as normativas lançadas à época, como por exemplo, o Decreto 1.132, de 22 dezembro de 1903 (BRASIL, 1903), que reorganiza a assistência aos alienados. Tal decreto, dentre seus artigos, determinava o recolhimento de pessoas com transtorno mental a um estabelecimento para alienados, o qual deveria ter, por exigência, alienistas formados em medicina em sua direção.

Adentrando, portanto, o século XX, a figura dos alienistas ganhou força, como aqueles responsáveis pelos processos de higiene e educação dos comportamentos expressos pela população, de forma geral. Nomes como os de Juliano Moreira e Afrânio Peixoto se destacaram, alienistas responsáveis pela fundação do Hospital Nacional de Alienados, em 1905. Para Juliano Moreira, o modelo asilar sob padrões europeus se tornava obsoleto, o que o fazia defender o abandono das práticas do século XIX e a maior absorção das práticas alemãs, as quais estavam mais de acordo com os ideais de cientificidade da época.

Dando continuidade a estes avanços, outro fator que demarcou o campo da psiquiatria no Brasil foi a fundação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, em novembro de 1907. Segundo Facchinetti (2004, p. 304),

Esta sociedade foi grande difusora dos pensamentos e discursos psiquiátricos através de seu periódico *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, fundado em 1905, por Juliano Moreira – diretor alienista do Hospital Nacional de Alienados – e Afrânio Peixoto – alienista do mesmo hospital. Os periódicos são testemunhos dos esforços para ampliar a autonomia da psiquiatria e assumir para si os novos conceitos advindos da psiquiatria alemã. Aliada a ela, a teoria francesa da degeneração do sistema nervoso, causada por comportamentos inadequados de gerações anteriores, ganhava força, só que agora, movida pelas reformas sanitárias era possível pensar a degeneração não mais como advinda da mestiçagem, mas da falta de saúde. Haveria, portanto, uma causa física e hereditária.

O alienismo, cada vez mais, esforçava-se para promover ações preventivistas de higiene, utilizando novos instrumentos e entendimentos para ampliar suas possibilidades.

Para a prevenção e as terapêuticas, foram utilizados instrumentos advindos da psicanálise e da higiene mental, referendando a psiquiatria com argumentações que justificavam a ampliação de suas ações para fora do espaço asilar. É possível entrever, portanto, as opiniões dos alienistas do Hospital Nacional sobre a questão da degeneração do povo brasileiro: porém, agora os obstáculos ao progresso da nação seriam o alcoolismo, a sífilis, entre outros, produtores da fraqueza e degeneração, mas também produto de condições sanitárias e educacionais adversas. O saber psiquiátrico se expandiu então como uma nova modalidade de *limpeza*: uma prevenção que se passava pelo viés da educação ao nível das emoções e das paixões. A participação de alguns psiquiatras na política é também um índice do desejo de ampliar o poder da profissão e da vontade de vincular-se ao Estado para trazer salubridade psíquica à população. Certamente, a psiquiatria passara a ter seu papel na sociedade e seu lugar de representante do Estado no tratamento dos desviantes (FACCHINETI, 2004. p. 304-305, grifo do autor).

Dois pontos são marcantes nestas passagens: um, a forte higienização social da população, regulada pelo saber médico, com grande participação da psiquiatria quando se tratava dos adoecimentos mentais; o segundo, um processo semelhante ao de outros países, que saíram de um tratamento moral para responsabilizar processos biológicos e hereditários pelas afecções mentais.

Em um determinado momento, esse fenômeno já atingia escalas maiores, sendo desdobrado em vários países. Mas havia, ainda, alguns problemas com os quais a psiquiatria ainda não tinha conseguido lidar para se consolidar, de uma vez por todas, dentre as ciências médicas: não havia conseguido localizar no corpo a estrutura responsável pela loucura, o que inviabilizava intervenções diretas no organismo; assim como também não conseguiam desenvolver formas de intervir quimicamente no organismo para tratar das afecções que eram de sua responsabilidade. Isto concedia à psiquiatria um lugar sempre à margem das práticas médicas outras, que em sua grande parte já haviam conquistado estes pontos e se estabelecidos como ciências passíveis de experimentação e comprovação científicas.

Assim, segundo Whitaker (2017), foi no fim da década de 1930 e começo de 1940 que os psiquiatras manicomiais, em busca de tais procedimentos, abraçaram um trio de terapias que tinham ação direta no cérebro – e que os meios de comunicação populares, ao menos no início, descreveram como possibilitadoras de curas milagrosas: terapia por coma insulínico, terapias convulsivas e a lobotomia frontal. “Assim, estava preparado o cenário para uma transformação da psiquiatria e de sua terapêutica. O público acreditava nas maravilhas da ciência, a nação via uma necessidade premente de melhorar o atendimento prestado aos doentes mentais [...]” (WHITAKER, 2017, p. 61).

Percebendo as transformações do campo, a indústria farmacêutica em ascensão ficou a postos para capitalizar as expectativas dos sujeitos, que esperavam grandes feitos por parte da psiquiatria. Além disso, um evento mundial marcou de forma intensa este período: a Segunda Guerra Mundial. Segundo Crary (2016, p. 77, grifo do autor),

[...] a Segunda Guerra Mundial, em seu caráter destrutivo e impacto global, constituiu um evento inédito de homogeneização, no qual foram destruídos por completo territórios, identidades e tecidos sociais ultrapassados. Ela criou, na medida do possível, uma *tabula rasa* que seria a plataforma da atual fase da globalização do capitalismo. A Segunda Guerra Mundial foi o cadinho no qual se forjaram novos paradigmas de comunicação, informação e controle, e no qual se consolidaram as conexões entre pesquisa científica, corporações transnacionais e poder militar.

Muitas forças já estavam alinhadas, que uniam avanços científicos, novas culturas em um mundo globalizado e um sistema econômico capitalista em versões mais sofisticadas quanto ao consumo e às formas de marketing que atingiam as populações em escala global. O elemento que faltava, portanto, logo foi criado: surgem drogas “maravilhosas” para doenças mentais graves e não tão graves – esquizofrenia, depressão e ansiedade (WHITAKER, 2017, p. 61).

Thorazine (torazina), Miltown (meprobamato), Librium (clordiazepóxido), Marsilid (iproniazida): foram essas drogas que promoveram a revolução psicofarmacológica, a primeira revolução no campo da psiquiatria (RODRIGUES, 2003). Em um curto espaço de tempo, aproximadamente três anos (1954-1957), a psiquiatria ganhou novos medicamentos para acalmar os pacientes agitados e maníacos nos manicômios, para a ansiedade e para a depressão. Porém, o mais importante a se destacar é que nenhuma dessas drogas foi desenvolvida depois de os cientistas identificarem algum processo patológico ou anormalidade cerebral que pudesse causar esses sintomas. Na verdade,

Elas provieram das pesquisas pós-Segunda Guerra Mundial para encontrar pílulas mágicas contra doenças infecciosas, quando os pesquisadores, durante esse processo, tropeçaram em compostos que afetavam o sistema nervoso central de maneiras desconhecidas. Os testes de clorpromazina, do meprobamato e do clordiazepóxido com animais revelaram que esses agentes cerceavam acentuadamente as respostas físicas e afetivas normais, porém o faziam sem causar perda de consciência. Foi isso que houve de tão inédito nos tranquilizantes potentes e leves. Eles cerceavam o funcionamento cerebral de modo seletivo. Não se sabia ao certo como funcionava a iproniazida – ela parecia acelerar o cérebro, de algum modo –, mas, como assinalou o *New York Times*, suas propriedades de melhoria do humor foram adequadamente vistas como um “efeito colateral” de um agente antituberculose (WHITAKER, 2017, p. 69).

Segundo pesquisas de Whitaker (2017, p. 22), a torazina iniciou na psiquiatria uma revolução que chegou a ser comparada com a introdução da penicilina na medicina. Segundo Rodrigues (2003), a descoberta destas primeiras substâncias farmacologicamente ativas, os neurolépticos e os antidepressivos, ainda não possuía força para eliminar a importância da realização de uma psicoterapia, que tinha tanta importância quanto uma quimioterapia. Tal pensamento ainda perdurou até a década de 1960, aproximadamente. Porém, após este período, os acordos foram se desfazendo, e as promessas de novas medicações se tornavam cada vez mais sedutoras, pois garantiam a abolição dos sintomas, tão aversivos a tantos que os sentiam, em poucas semanas; isto em contraposição à exigência de meses, quem sabe até anos de tratamento psicoterapêutico para se ter o esperado alívio de sintomas.

Este panorama fica evidente, no final de década de 80, com o lançamento da fluoxetina, a primeira das substâncias do novo grupo de antidepressivos, os chamados ISRS – inibidores seletivos da recaptção da serotonina – teoricamente tão eficazes como os anteriores tricíclicos, os quais, no entanto, exatamente por seu caráter de seletividade no sistema de neurotransmissão serotoninérgico, demonstraram apresentar um número de efeitos colaterais e potencial de toxicidade significativamente menores. A fluoxetina vulgariza o uso de antidepressivos – a sua utilização passa a ser em tão larga escala e os seus efeitos são tão mitificados e propalados pela mídia, que ela se converte, nos Estados Unidos, na chamada “pílula da felicidade”. À medida que os recursos farmacológicos se mostram mais eficazes, as interpretações psicanalíticas vão perdendo terreno, e, muito embora ainda sejam consideradas importantes como elemento de compreensão do adoecimento psíquico, quando se trata de uma busca de resultados efetivos, a medicação não encontra nenhum rival à altura (ao menos este é o credo que se faz presente no pensamento hegemônico na Psiquiatria contemporânea) (RODRIGUES, 2003, p.14).

No desenrolar da história, outro fator importante surgiu: a criação dos manuais diagnósticos. Segundo Dunker (2018), a primeira versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*⁹, formulado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), foi lançada em 1952, tendo ampliado a classificação utilizada pelo Exército, desde 1918, e uniformizando os critérios semiológicos da prática diagnóstica em torno de 182 distúrbios. As categorias eram de extração psicodinâmica, ressaltando-se a oposição entre neurose e psicose; além disso, o conjunto não refletia uma clara separação entre normal e patológico, e a intenção era principalmente estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos.

Em 1974, sob a coordenação de Robert Spitzer, a segunda versão do manual foi lançada, tendo como principal intenção a de ajustar a classificação estadunidense ao

⁹ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

instrumento correlato proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID); além disso, abandona o critério etiológico e a referência à teoria psicodinâmica, visando uniformizar a pesquisa em psicopatologia com a base médica (DUNKER, 2018).

Mas foi somente o lançamento do manual em sua terceira versão que marcou o evento da segunda revolução psiquiátrica, no ano de 1980. A grande novidade do DSM-III foi sua pretensão como um instrumento ateuórico, trazendo entidades nosológicas que deveriam ser corretamente descritas, retirando-se todos os termos que se aproximassem das teorias psicanalíticas, para que pudessem ser devidamente tratadas. Este modelo classificatório, que agora defendia não mais partir de reflexões filosóficas ou existenciais, promovendo esforços para se afastar também de formulações teóricas ou hipóteses etiológicas, afirmava descrever os fenômenos do adoecimento mental de forma neutra e fidedigna (WHITAKER, 2017).

Tal postura mostrava as tentativas de oferecer uma solução a um desafio constante no campo da psiquiatria: o da dificuldade de se chegar a um diagnóstico, tendo em vista a grande diversidade de correntes imperantes nessa área de saber. Assim, o DSM-III se propôs a não colocar a questão etiológica em pauta, o que dificultava os consensos. Previa, portanto, restringir-se “a fazer uma descrição ateuórica do fenômeno. Sua proposta é tornar-se um sistema de referência, norteador do pensamento nosológico em Psiquiatria, tendo como princípio básico a fidelidade diagnóstica” (RODRIGUES, 2003, p. 14). Esta tendência é também incorporada na décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (RODRIGUES, 2003).

Mesmo que muitas críticas tenham sido realizadas com o lançamento desta versão do manual, questionando a sobreposição de materiais teóricos às experiências humanas particulares que não deveriam ser submetidas às generalizações, tal manobra não é acidental, e possui um objetivo muito específico:

Abandonar a singularidade humana em benefício da generalização não é, entretanto, um descuido do DSM-III, mas, ao contrário, o seu próprio objetivo. Na verdade, o DSM-III tem a sua força, exatamente, em função de abolir qualquer perspectiva singular a favor do genérico, daquilo que não pode ser visto em uma determinada pessoa em particular, mas, por ser geral, pode caracterizar-se como sintoma de “algo”, fazendo assim parte de uma síndrome (RODRIGUES, 2003, p. 15).

Percebemos que as propostas que se desenvolviam seguiam rumo à simplificação e ao menor esforço. Com isso, a época dos grandes pensadores na psiquiatria via seu fim cada vez mais próximo, pois o saber passava a ter sentido e valor apenas se conseguisse se adaptar

ao rigor da metodologia cientificista-biologicista-farmacológica. Para os psiquiatras, esta mudança não deixou de ser extremamente vantajosa, pois à medida que conseguiam sair do campo das abstrações e imprecisões, viam garantida sua entrada na medicina propriamente dita, pois a eles tornou-se possível utilizar “dos mesmos elementos interventores de outras especialidades, podendo finalmente prometer rapidez e eficácia. A psiquiatria consegue finalmente a tão sonhada adequação a um ‘modelo científico rigoroso’, nos moldes positivistas” (RODRIGUES, 2003, p. 15).

Tal reorientação epistemológica, que exige da psiquiatria seu distanciamento de uma nosologia crítica e reflexiva em nome de uma nosografia purificada de quaisquer hipóteses, busca oferecer critérios exclusivamente empíricos para o diagnóstico das doenças, apontando não apenas quais sintomas, como também a quantidade e a duração necessárias para a atribuição de um certo diagnóstico. Uma reorientação convencionalista da divisão entre o normal e o patológico completa as condições de base que permitirão à psiquiatria um salto para além das fronteiras da medicina, a saber, para a *indústria do bem-estar*, numa bem-sucedida *joint venture* acadêmico-empresarial (SILVA JÚNIOR, 2018, p. 41, grifo do autor).

A direção assumida também sofreu modificações, de forma que os psiquiatras passaram a produzir seu conhecimento indo “de fora para dentro”. Freitas e Amarante (2015) discutem sobre isto, quando afirmam que o que se propunha a fazer, a partir destas construções, era primeiro nomear transtornos para depois buscar causas biológicas, estabelecendo uma lógica que fundamenta a construção de manuais diagnósticos. Ou seja, se um número importante de clínicos sente que determinada categoria de diagnóstico é importante em seu trabalho, então essa categoria merece estar no manual e fazer parte da vida das pessoas. Tais acordos médicos, contudo, partem de suas próprias necessidades, e não necessariamente significam a verdade sobre o que vivenciam os sujeitos (FREITAS, AMARANTE, 2015).

Silva Júnior (2018, p. 41) reforça essa discussão, quando afirma:

[...] a psiquiatria inverteu a ordem entre o processo de produção de conhecimento e aquele de ação terapêutica vigente até então: em vez de esperar passivamente as doenças surgirem e serem descritas, isoladas e submetidas a sucessivas tentativas terapêuticas, ela passa a definir de antemão e criar ativamente as patologias de sua competência, organizando-as em torno dos agrupamentos de sintomas que desaparecem sob a ação de drogas com ação neuroquímica.

Outro elemento fundamental que citamos brevemente antes, mas que merece destaque, é o impacto de nosso sistema econômico nesse processo de empreendimento psiquiátrico. Os saberes que passaram a se afirmar como calcados em modelos científicos

conseguiram um lugar social de privilégio não somente por seus avanços, através de métodos e técnicas aprimorados e bem articulados, mas também por uma recentralização de nossas culturas em torno da economia (SILVA JÚNIOR, 2018, p. 35). Neste cenário, portanto, a indústria farmacêutica vê sua grande chance de crescer lucrativamente. Bilhões de dólares passaram a ser investidos em pesquisas, que deveriam se dedicar a reduzir o tempo de tomada de decisões, eliminando o “tempo inútil de reflexão e contemplação. Essa é a forma do progresso contemporâneo – o encarceramento e o controle implacáveis do tempo da experiência” (CRARY, 2016, p. 49).

[...] os padrões de consumo gerados por mídias e produtos de comunicação atuais estão igualmente presentes em outros mercados globais em expansão – por exemplo, naqueles encontrados pelas grandes empresas farmacêuticas. Aqui, também é acelerado o ritmo com que se introduzem produtos novos e supostamente aprimorados. Ao mesmo tempo, multiplicam-se os estados físicos ou psicológicos para os quais cada droga nova é produzida e comercializada como tratamento eficiente e obrigatório. Assim como no caso de dispositivos e serviços digitais, há uma invenção de pseudonecessidades ou deficiências para as quais novas mercadorias se apresentam como soluções essenciais. Some-se a isso o fato de que a indústria farmacêutica, em parceria com as neurociências, é um exemplo impressionante da financeirização e terceirização do que costumávamos chamar de ‘vida interior’. Nas últimas duas décadas, um número cada vez maior de estados emocionais tem sido caracterizado como patologia, com o objetivo de criar novos e amplos mercados para produtos até então desnecessários. As tessituras maleáveis dos afetos e emoções humanos, que são apenas sugeridas imprecisamente por noções de timidez, ansiedade, desejo sexual instável, distração ou tristeza, foram inevitavelmente convertidas em distúrbios e colocadas na mira de remédios extremamente lucrativos (CRARY, 2016, p. 63-64).

A receita estava completa em seus ingredientes: manuais diagnósticos extensamente desenvolvidos, medicações específicas para alívio dos sintomas, um sistema econômico que visava lucros a todo custo, uma poderosa indústria farmacológica na retaguarda, processos de marketing bem articulados para atingirem seus consumidores e uma cultura globalizada, ao mesmo tempo individualista, que promovia uma sociedade em profundo mal-estar e sofrimento. Notou-se, portanto, que “[...] qualquer processo psíquico pode tornar-se uma ferramenta eficaz da produção de consumo” (SILVA JÚNIOR, 2018, p. 43), o que foi claramente trabalhado pelo saber psiquiátrico que se construía nesse momento. Não havia mais a necessidade de comprovar sua identidade e validade, e a psiquiatria viu-se livre para dominar os fenômenos que denominou de doença mental, os quais poderiam, agora, ser isolados para seu estudo e tratamento como quaisquer outros adoecimentos orgânicos, assim como tratado com as pílulas que estavam sob seu controle.

A doença então não é mais compreendida como uma experiência subjetiva de um determinado indivíduo, mas sim, como uma entidade nosológica que o acomete. A experiência subjetiva, enquanto experiência singular, não pode ser mensurada ou quantificada; ela escapa a toda possibilidade de ser trazida para o território da precisão e, por isso, é desconsiderada em favor de um conjunto de sinais e sintomas que se pretendem imutáveis e passíveis de rigorosa avaliação[...]. Dentro deste constructo, a medicação, que tivera até então um papel de certa forma coadjuvante, sendo entendida como um potencializador do tratamento considerado principal – a psicoterapia –, é colocada em primeiro plano, sendo, em muitos casos, o único tratamento proposto (RODRIGUES, 2003, p. 15).

Dunker (2015, p. 20, grifo do autor) entende que “*Diagnosticar* tornou-se uma das atividades mais especificamente valorizadas em nossa atual forma de vida”, de forma que não sofremos mais difusamente, indeterminadamente. Ousaríamos dizer que já nem mais podemos sofrer indeterminadamente, pois no menor indício de expressão de algum sofrimento, muito rapidamente algo nos é oferecido como nome, como explicação daquilo que padecemos, e com um conjunto de práticas, instrumentos e técnicas necessárias para nossa melhora.

Isso adentra nosso vocabulário mais cotidiano, e nomeamos as várias sensações que temos ao longo da vida, em nós mesmos e nos outros que compõem nosso cotidiano. Este saber passou, assim, a moldar “a própria experiência de viver, com sua linguagem e os diagnósticos que permeiam a maneira como entendemos e respondemos aos nossos problemas, e pensamos naqueles de nossos filhos, parentes e o curso de nossas próprias vidas”¹⁰ (ROSE, 2019, p. 3).

Retomando o que configurou o início desta reflexão, percebemos que não é por acaso que Val, Arthur, Pat, Dani e Trevor nomeiam de depressão a tristeza, o desânimo, o sofrimento que viveram. Sofrendo a influência destes processos, aprendemos a identificar, quantificar e nomear não só aquilo do que padecemos, mas o mundo e suas diversas manifestações. Portanto, se entendemos que algo vem em excesso (sendo o que identifica algo como excesso um campo arbitrário e alheio, por vezes, ao que vivemos), entendemos que há ali uma patologia, e sobre se faz necessária intervenções.

Junto a isto, vivemos uma sociedade que já não tem mais grande aceitação à angústia constitutiva da vida humana, como indica Canguilhem (1943), o *pathos* que constitui a vida humana, o sofrimento de uma vida contrariada. Assim, nossa avaliação se torna cada vez mais propícia a entender e nomear quaisquer sofrimentos como excessivos, patológicos, promovendo, também, um processo que descontextualiza nossas sensações e emoções de um todo complexo que funciona de forma integrada.

¹⁰ “[...] is shaping the very experience of living as its languages and diagnoses pervades the ways we understand and respond to our problems and think of those of our children, our relatives and our own life course”.

Portanto, por mais que os sujeitos que visitamos tenham nos relatado situações de sofrimento intenso, ao longo de uma vida, faz-se presente em suas falas a assertiva de que padeceram ou padecem de depressão, de manias, paranoias e crises de pânico. Porém, ao assim se remeterem aos seus sofrimentos, há todo um circuito linguístico que determina que eles possuem *doenças*, e ao falarmos de doenças, referimo-nos a algo que está localizado no organismo biológico, passível de identificação e explicação anatomo-fisiológica:

Quer dizer, tanta bondade que eu fiz o que foi que eu ganhei? Nada, eu tinha me matado, porque meu próprio oxigênio eu fiquei! Eu tive crise de nervo, o sistema nervoso tomou conta, porque eu sem me alimentar, emoções, conflitos, brigas, brigas ele desse tamaim e eu baixinha, num tem condições né? Eu ficava sem oxigênio, travava a comida que era pra descer, travava, eu precisava, babando, precisava beber água, não conseguia descer, parece que era a traqueia, sei lá, tudo do corpo, tudo teu despenca (Val).

[...] eu lembro, a primeira crise de pânico que eu lembro, acredite ou não, eu tinha uns 5 anos de idade. Eu tava num aniversário de uns amigos dos meus pais, eu sei que você já vem com uma tendência que é um pouco genética de ter crise de ansiedade, então eu tava na casa de uns amigos dos meus pais, era aniversário de um deles e tinha uma irmã da amiga da minha mãe, ele era alcoólatra, o irmão, ele era alcoólatra e ele bebeu demais e ele começou a ter uma crise convulsiva lá na hora e eu olhando aquilo tudo criança, eu comecei a passar muito mal e meu pai precisou me levar pra casa porque eu precisava, comecei a ter todos os sintomas de passar mal, de desmaiar, de ficar suada, de precisar correr pra ir ao banheiro, de me enfiar debaixo do chuveiro. Só passava quando eu me enfiava debaixo do chuveiro (Dani).

Val entendia que suas experiências de sofrimento estavam ligadas ao seu sistema nervoso, e Dani como algo que se ligava à herança genética. Isso relaciona, diretamente, nossos sofrimentos às áreas médicas, algo que, pelo o que discutimos anteriormente, tem todo um processo histórico que influencia nossas formas de vida atuais:

Para Safatle (2018, p. 9):

Um sofrimento patológico é um sofrimento socialmente compreendido como excessivo e, por isso, objeto de tratamento por modalidades de intervenção médica que visam permitir a adequação da vida a valores socialmente estabelecidos com forte carga disciplinar.

O mesmo autor ainda explicita tal ideia mais especificamente:

[...] ao ser traduzido em patologia, o sofrimento transforma-se em modo de partilha de identidades que trazem em seu bojo regimes definidos de compreensão dos afetos e de expectativas de efeitos. Nesse sentido, podemos dizer que as patologias são setores fundamentais de processos de socialização. Socializamos sujeitos, entre outras coisas, ao fazer com que eles internalizem modos de inscrever seus

sofrimentos, seus “desvios” e descontentamentos em quadros clínicos socialmente reconhecidos. Não se socializa apenas levando sujeitos a internalizarem disposições normativas positivas, mas principalmente ao lhes fornecer uma *gramática social do sofrimento*, ou seja, quadros patológicos oferecidos pelo saber médico de uma época (SAFATLE, 2018, p. 9, grifo do autor).

Aprendemos, portanto, a língua que nossas sociedades nos indicam como válida para comunicar ao outro os meus sofrimentos. Esta é carregada de sentido, de símbolos que se inscrevem no corpo do sujeito e que regula suas formas de vida. Caso alguém decida falar mediante outra linguagem, ou outra forma qualquer de expressão, corre o risco da incompreensão e da conseqüente exclusão, o que pode vir a potencializar, ainda mais, o sofrimento vivido pelo sujeito.

Outro ponto importante nesta forma de compreensão é a verdade fatídica de que, se tenho uma doença em meu organismo, preciso me submeter, inquestionavelmente, a cuidados médicos. Vemos bons exemplos disto no relato de Arthur, quando as pessoas acreditaram que ele estava em depressão; de Dani, quando via no atendimento hospitalar a salvação para suas maiores dores; de Neto, que foi solicitado desde muito cedo a frequentar psiquiatras, primeiro com a morte de seus pais, depois com as namoradas; em Trevor, que precisou ser medicado por não conseguir acompanhar o ritmo de estudo de outras pessoas; e em Pat, em situações de extremo sofrimento, em que são indicadas medicações e profissionais para seu cuidado:

Aí falavam "Vamo? Vamo pro médico, vamo pro doutor, psicólogo, eu vou com você", e eu "Não!" Fiquei aguentando essa depressão [19]94, 95, aí em 96 eu fui, viajei, ia voltar prum outro colégio (Arthur).

[...] eu tive uma crise de pânico, tava em frente ao computador e do nada comecei a me sentir muito mal, muito mal. Uma sensação que você tava morrendo, que você tava tendo um enfarto, que você tava tendo qualquer coisa que fosse. Eu liguei pra ela desesperada, ela morava, ela trabalha bem perto de casa. “Vem pra cá que eu preciso ir pro hospital” [...]. Eu já tava com o portão da garagem aberta, pra ela tirar o carro, e ela “calma, menina, também não é assim não!”, e eu disse “eu tô passando mal, eu preciso ir pro hospital! Vamo, vamo, vamo!”, e ela lá na maior calma do mundo. E chegando lá, demorou, no hospital da [nome do hospital], demorava horrores pra você ser atendida, enfim. E eu naquela coisa “eu tô morrendo aqui, e esse pessoal não tá vendo isso” (Dani).

É. Tá tudo bem com ele (risos) [fala do psiquiatra que o consultou depois da morte dos pais]. E aí, foi o primeiro contato com o psiquiatra foi esse, foi com ele. É... eu era muito novo tinha uns seis, seis sete anos, oito. E eu não lembro de um diagnóstico nessa época. Mas foi o primeiro contato com um psiquiatra foi aí. Depois, mais ou menos quando eu comecei a ter contato com mulheres e a primeira o negócio começou a ficar complicado, eu comecei a ir num psicólogo aqui, outro ali, mas num gostava muito, num ficava, etc. e tal. E comecei, assim que eu comecei a namorar com a [nome da namorada], que foi a primeira namorada, ela viu que tinha alguma coisa (pausa). Tem alguma coisa aí que num tá legal. Aí ela disse:

“Neto, a gente vai começar a namorar, mas eu gostaria muito de pedir pra você começar um processo de psicoterapia [...]” (Neto).

Teve um problema porque eu não tava acompanhando a turma, porque era muito exaustivo, e aí eu fui para um neurologista, filho da puta também, porque me deram a receita, uma merda, tomei por seis meses e acabou que a ritalina é uma anfetamina, né? (Trevor).

Só um parêntesis, eu, meu vôdrasto, né? Ele é segundo marido da minha avó, ele é psiquiatra e ele pediu pra minha mãe me passar fluoxetina, e eu tomei fluoxetina nesse período [...]. Não, eu não tomava há muito tempo assim. Eu lembro da fluoxetina pela percepção que a minha mãe e meu avô tiveram que eu tava com algum problema que eu precisava de medicação, então.. Tomei um tempo, mas eu não lembro assim, vagamente [...].

[...] tomei um monte de remédios. Eu liguei para minha mãe, falei: “Mãe, eu estou ficando sem ar”, tava falando da falta de ar. Aí minha mãe ligou pro meu pai... [...]. Meu pai me ligou, ligou pra ela [namorada] e ela veio. Eu fui pro hospital, fiz lavagem estomacal, lavagem gástrica, tal e... no hospital sobe uma enfermeira falando assim, que era um absurdo o que eu tinha feito, que não sei o que, porque... eu lembro claramente, não sei se era a enfermeira ou auxiliar de enfermagem, mas eu lembro que essa mulher me ench... tava me incomodando, eu vomitando o soro da lavagem, porque entupiu o cano e a mulher me atormentando as ideias assim, é uma falta de noção das pessoas que vou te contar. E aí, sei que eu vim, 2012 eu vim pra cá, comecei o tratamento aqui com o psiquiatra, com o neurologista particular e com o neurologista do [nome do hospital] (Pat).

Ao sermos consultados com profissionais das áreas médicas, as palavras deles, mesmo que minimamente, produzem efeitos em nós. Por mais que tenhamos acesso a muitas informações na atualidade, com um alto avanço tecnológico e meios diversos de comunicação, a fala médica possui grande poder, e não deixa de regular nossas formas de vida. Vejamos um exemplo das possibilidades de impacto disto, no evento em que Dani relata que foi procurar ajuda para os sofrimentos que a acometiam em um dado momento de sua vida:

Aí nessa época com a minha mãe eu voltei a ter crise, na verdade quando eu era casada ainda, eu fui numa médica que era clínica geral segundo o livrinho da [plano de saúde]. Quando cheguei lá ela era também cardiologista, tanto que eu tenho um amigo médico que até hoje ele brinca: “para você ser clínico já é uma coisa difícil pra caramba, e você ser cardiologista ainda, essa daí, ela era das boas!”. Eu sei que eu tava com aquela sensação que você não consegue respirar, que dizem que é estresse, que quando você tá muito estressado, que você fica meio que puxando ar e você fica naquela tensão o tempo todo. E eu, na verdade, eu só queria ter certeza o que era isso. Quando ela me auscultou, ela me fez um terror de dizer: “você tem um problema cardíaco! Você precisa fazer exames urgentemente!”, não sei o quê. Ela me deixou num pavor tão grande que eu saí do consultório dela aos prantos [...] e eu aos prantos, aos prantos e eu me considero uma pessoa bem esclarecida sobre muita coisa, mas nessa época eu fiquei irracional a um ponto que eu achava que se eu mexesse meu braço esquerdo, eu ia ter um infarto. Eu demorei talvez uns três ou quatro meses pra conseguir ir na, fazer os exame e todos os médicos dizendo: “você não tem nada no coração, nada”. Infelizmente, ela marcou mais do que os outros, é por isso que eu digo que a memória tem seus truquezinhos de guardar o que ela quer guardar. Até hoje, eu ainda tenho alguma coisa; coração bateu diferente, eu já tô em alerta (Dani).

Em nossas sociedades atuais, em especial nas sociedades ocidentais, isto parece ser algo inevitável: se sofremos, recorremos às intervenções médicas para alívio das nossas dores. Como a psiquiatria, como vimos em sua história, conquistou seu lugar na grande área médica, também nos serve de referência quando nos encontramos em sofrimento que não tem uma clara base biológica. Como afirma Rose (2019, p. 15),

Em qualquer lugar onde os problemas surjam – em nossas casas, nas ruas, nas fábricas, escolas, hospitais, nas forças armadas, nos tribunais ou prisões – especialistas com saberes específicos sobre a natureza, causas e remédios para os distúrbios mentais estarão a postos para oferecer os diagnósticos e propostas de ação corretivas¹¹ (ROSE, 2019, p. 15).

Consequentemente, nosso autocuidado também passou a ser regulado por tais áreas. Porém, em mundo de insatisfação generalizada, as demandas por cuidado não são poucas, o que acaba gerando uma procura por profissionais e por instituições de saúde inviável de ser devidamente acolhida. Tal ideia de que apenas certas instituições de saúde darão conta dos sofrimentos vivenciados pelas pessoas, como muito é reforçado e compartilhado em nossas sociedades, acaba por gerar uma superlotação de instituições da saúde, que não se articulam com outras redes que prestam serviços diversos (não somente ligados à área estrita da saúde), mas que muito poderiam contribuir para o resgate do bem-estar dos indivíduos. Além disto, outros resultados também aparecem, como o esgotamento e cansaço dos profissionais, atendimento ruim e desrespeitoso, assim como a velocidade dos atendimentos, que devem se dar da forma mais rápida e sucinta possível, para dar conta de todos que estão à espera da ajuda médica. Vimos isto no relato de Dani, quando disse que sentia que estava morrendo, mas que ninguém vinha em seu socorro.

Safatle (2015) faz uma importante discussão sobre o assunto. Para o autor, estas práticas de cuidado têm se tornado "o balcão universal das reparações por danos sofridos" (p. 72), sem conseguir fazer com que os sujeitos, na lida com a situação de desamparo, tomem-no como condição "para o desenvolvimento de certa forma de coragem afirmativa diante da violência provocada pela natureza despossessiva das relações intersubjetivas e pela irreduzibilidade da contingência como forma fundamental do acontecimento" (SAFATLE, 2015, p. 74).

Estas práticas de cuidado reguladas em larga escala pela área médica acabam por promover limitações na amplitude das formas de cuidado, que além de não conseguir

¹¹ "Wherever problems arise – in our homes, on the streets, in factories, schools, hospitals, the army, courtroom or prison – experts with specialist knowledge of the nature, causes and remedies for mental distress are on hand to provide its diagnoses and propose remedial action".

considerar esta lida com as situações de sofrimento e desamparo, promove atitudes advindas dos profissionais que revelam maior preocupação com os métodos e técnicas a serem empregadas do que com intervenções que promovam autonomia e emancipação dos sujeitos em suas várias formas de sofrimento, politizando suas formas de cuidado (LIMA, 2010). Em estudo anterior (HOLANDA, 2016), discutimos sobre a necessidade de um cuidado político, o qual traria possibilidades outras de amparo, para além das práticas normativas e padronizadas, possibilitando autonomia e criticidade quanto às realidades que nos envolvem.

A partir disto, talvez fosse mais possível ampliar olhares e buscar cuidado nas múltiplas esferas que envolvem nossa vida pessoal, familiar, profissional, social, dentre tantas outras dimensões. Porém, como ainda existem muitas tensões e disputas nos campos concorrentes quanto a estas práticas de cuidado, acabamos por notar que opera, ainda, a hegemonia dos olhares biomédicos, que se afirmam em seu método científico como o único capaz de comprovar sua fidedignidade, validade e efetividade de práticas. Somos, portanto, continuamente lançados de volta ao campo médico do cuidado em saúde, por mais que, em tantos momentos, recorramos a outros campos de saber, que propõem outras práticas e outros olhares quanto aos processos de saúde/adoecimento. Contudo, quando fazemos tal busca, não é raro ouvirmos críticas que os cuidados alternativos que buscamos às ciências médicas ou são pouco efetivos, ou com duração de tratamento muito prolongada, ou puro charlatanismo.

Assim, é possível conceber que não reconhecendo as especificidades do grupo a ser atendido pode ter havido uma patologização das singularidades e mesmo – ou mais ainda – da resistência ao tratamento. Nesse sentido, é necessário pensar que as revoltas populares, a insistência na crença em curas alternativas, a presença do espiritismo, um modo de viver distinto acabavam vistos como irracionais e resultado de mentes desordenadas, marcando um povo com dificuldades de se adaptar ao mundo moderno (FACCHINETTI, 2004, p. 306).

Algo, porém, faz-se importante de destacar. Mesmo que os sofrimentos – os quais, por vezes indicam mais uma necessidade de atenção, amparo e cuidado através da escuta das dores do outro do que de um olhar anatomo-fisio-patológico – sejam direcionados às áreas médicas, estas possuem seus limites específicos, assim como quaisquer outras áreas de saber e intervenção prática. Contudo, isto não se faz claro em muitos momentos, tendo na retaguarda um discurso que reforça a compreensão de que, através de suas intervenções técnicas e métodos específicos, é a área médica que será a maior responsável por um resgate válido e eficaz do bem-estar do indivíduo.

A esta altura, fazemos questão de destacar que não visamos, nestas nossas reflexões, desmerecer as ações e a importância das intervenções médicas em nossa vida. Com

toda certeza, muitos dos avanços em nosso bem-estar, em nossas formas de cuidado, nossa qualidade de vida e longevidade, assim como nossas atitudes de promoção de saúde e prevenção de doenças são contribuições diretas do saber médico. Anular sua validade e impacto não é nossa questão. Porém, o que queremos destacar com veemência, aqui, é que o resgate do bem-estar de qualquer indivíduo não se trata de uma questão *exclusiva* de saúde, e muito menos de uma saúde entendida pelos parâmetros biomédicos que se fazem presentes em nossa sociedade atual.

Além disso, sabemos que as áreas de saber têm, todas, seus interesses, algo que encontra campo fértil, principalmente, dentro do sistema econômico que vivemos. Como afirma Facchinetti (2004, p. 295), “[...] a partir do último quartel do século XX, foi se tornando cada vez menos possível considerar a historiografia psiquiátrica como a simples história de um progresso feito através de reformas benevolentes rumo ao ápice do desenvolvimento científico”. Caminhando próximo ao que indica Safatle (2018), visamos desenvolver uma perspectiva crítica que não se refere a um caráter destrutivo, mas àquela perspectiva capaz de

[...] explorar as contradições no interior do próprio sistema de normas através da explicitação do que precisa continuar implícito para poder funcionar. Explicitar o que deve permanecer implícito, o que tem consistência fantasmática, o que deve ficar pressuposto, mostrar como nossas sociedades têm, necessariamente, uma estrutura dual e contraditória foram estratégias compreendidas, em várias circunstâncias, como fundamento para a crítica social (SAFATLE, 2018, p. 8).

Assim, nosso olhar se dirige ao que está implícito, que para nós parece ser os *limites das ciências psiquiátricas*, assim como um questionamento de sua pretensa cientificidade, o que parece precisar se manter escondido manutenção da continuidade de formas de existir que garantam seu poder e hegemonia. O que discutimos aqui é que tal cientificidade não partiu de estudos da patologia, dos organismos, para se falar de sofrimento mental. Pelo contrário, os estudos na área da ciência psiquiátrica eram embasados em resultados que, principalmente, visavam à interrupção de determinados comportamentos, resultados este, em diversos momentos, conseguidos de forma eminentemente acidental.

Whitaker (2017) nos coloca isso de forma expressiva, quando nos indica diversas situações em que um medicamento com determinado objetivo acabava produzindo a aniquilação de determinados comportamentos, e isso fazia com que fossem correlacionados o medicamento ao tratamento de um adoecimento, mas sem bases concretas para tal afirmação. O foco era, então, o *comportamento*. Uma real ação nas causas de um determinado problema,

em suas reais bases provocadoras de extremo sofrimento, com um tratamento profundo e apropriado dos elementos presentes em um adoecimento apresentado por um sujeito, parecia não existir de fato.

Autores como Banzato e Pereira (2014), porém, parecem conseguir vislumbrar tais limites de uma forma que se torna possível manter a própria existência do campo das ciências psiquiátricas sem entender que tal reconhecimento significa pô-lo em risco.

Por isso, em psiquiatria, o peso relativo das normas biológicas para a definição das doenças é menor, pois a integridade do organismo, embora necessária para o adequado funcionamento mental, não é suficiente para assegurar a exclusão das afecções mentais. Em outros termos, na psiquiatria, mais claramente, que em outros campos da medicina, a mera restituição de uma suposta normalidade biológica não é suficiente para orientar e justificar eticamente a intervenção a ser realizada (BANZATO; PEREIRA, 2014, p. 39).

Porém, como esta postura ainda não se trata da mais presente em nossa realidade, muitos mantêm a certeza de seus diagnósticos, da eficácia das medicações, a qualquer custo, inclusive ao custo da saúde de sujeitos em sofrimento. Dani relata uma situação que retrata bem isto:

Quando eu cheguei na décima, talvez, eu aumentava uma por dia, eu comecei a sentir raiva dele [psiquiatra], comecei a mandar e-mails que, meu Deus, coitado, xingando horrores que ele não considerava o que eu tava passando, que ele continuava mandando eu tomar esse treco [medicação] e ele num considerava que eu tava passando muito mal com o remédio, meio que perdi a confiança nele por conta disso, porque ele dizia “ah, não, isso é por causa da sua fobia, continue”, “não, é sua fobia falando, continue tomando” [...] e ele me passou pra essa amiga dele, que é a [nome da psiquiatra]. Ela também cognitivo-comportamental, pegou minha coisa [prontuário] com ele, ela conseguiu que eu começasse a tomar o Lexapro [...]. Consegui tomar um bom tempo com ela e chegava pra ela e dizia pra ela e dizia: “olha, eu tô na dose máxima, ele não vai 100%”, “não, isso aí é só sua ansiedade falando”, “olha, eu tô na dose máxima e ele ainda não está 100%, eu ainda tô tendo crise”, “isso é só sua ansiedade falando”. “Olha, eu estou na dose máxima e ele não está indo 100%”, “ah, não, eu vou passar lithium pra você porque aí aumenta a sua...”. Eu disse assim: “vá se lascar! Não! Não vou!” (Dani).

A questão, portanto, não era o diagnóstico que define os sofrimentos do outro, não são as medicações que são limitadas em sua ação, além de trazerem inúmeros efeitos colaterais. O problema estava *em Dani*, em sua ansiedade, como uma patologia que acomete seu organismo e a faz ter comportamentos indesejados. Ao falar, fala com a voz da desrazão, que deve ser automaticamente desconsiderada. A voz médica será, então, a voz da razão, a única capaz de analisar e avaliar a situação devidamente e sobre ela lançar intervenções com o objetivo de trazer o sujeito de volta a um bom funcionamento.

Sobre isto, Silva Júnior (2018, p. 43-44) discute:

Essa *Weltanschauung* [visão de mundo], em sua ressignificação do sofrimento enquanto disfunção meramente orgânica, priva, contudo, o sujeito do sentido do sofrimento como forma de reação aos acontecimentos, invalidando-os, *a priori*, com a marca da desrazão e da ausência de sentido, privando-o assim de sua potencialidade crítica na esfera da vida social (SILVA JÚNIOR, 2018, p. 43-44).

O que Dani viveu, as opressões em suas relações, a impossibilidade de se auto realizar, as violências cometidas parecem não importar em seu processo de tratamento. Assim como afirma Whitaker (2017), a prioridade é o conhecimento da doença, e esse seria o caminho por excelência para alcance do sucesso no tratamento. Para o autor, a revolução diagnóstica e psicofarmacológica nasceu com uma pequena parte da ciência, pois a outra parte mais significativa ligava-se à racionalização do desejo de controle que se tinha à época, confundido com a realidade (WHITAKER, 2017).

Com Neto aconteceu algo semelhante, onde o médico revela claramente a lógica seguida por muitos:

Aí o [psiquiatra] tava, ele é muito bom eu num consegui convencer. “Não cara, é complicado, num sei o quê, cê tem tendência a abuso e tal mas vamo fazer o seguinte, vamo fazer um teste: cê toma [metilfenidato] e vamo ver o que acontece”. Aí eu não sei por que cargas d’água na época funcionou, né? Porque (risos) funcionou. Consegui me concentrar, estudei, aquele negócio todo, mas não passei em nada [vestibular] porque foi um período curto... aí ele “é, pela maneira como você reagiu parece que você tem” [TDAH] (risos) né? A lógica é essa (Neto).

Como vimos ao longo da história da psiquiatria, a mesma sofreu um processo de transformação no qual, aos poucos, foi se extirpando de análises e reflexões filosóficas para se alinhar cada vez mais aos métodos empíricos. Isso não significou necessariamente, como assinala Lima (2020), que tenha ocorrido uma guinada radical na forma de compreensão do sofrimento. Conforme esse autor observa,

[...] há uma certa continuidade no modo clínico-experimental inaugurado por Jean-Marie Charcot (sem os protocolos clínicos e rigor metodológico dele)¹². Isso significa que ocorre uma escuta “surda” especializada que adianta os fins de uma narração, invariavelmente traduzida como expressão de uma psicopatologia. Ou seja, há o exercício de uma escuta e um olhar que fingem ser puros, “clínicos” ideais, imparciais, capacitados para a compreensão de linguagem e performance típicas de um espetáculo da vida patológica cotidiana (LIMA, 2020, p. 8).

¹² Para maiores esclarecimentos sobre essa questão sugiro a leitura de Georges Didi-Huberman. **Invenção da histeria**: Charcot e a iconografia fotográfica de Salpêtrière (2015).

No caso de Neto, não importava sua história de sofrimento, mas, sim, sua resposta às intervenções químicas. Segundo Rodrigues (2003), para a determinação dos quadros nosológicos em psiquiatria, o mais importante passou a ser a resposta clínica às substâncias farmacológicas. O que deixa evidente como a fisiologia, a anatomia, a farmacologia e, mais recentemente, as neurociências passaram a ser as principais aliadas da psiquiatria na identificação e controle dos adoecimentos mentais. Porém, nada conseguiram em termos de resultados concretos e irrefutáveis. Antes disso,

Então, o que de fato descobrimos? Simplesmente que há muitas centenas de pequenas variações nos processos neuronais básicos, que em várias combinações, talvez levem a um ligeiro aumento ou diminuição no risco de ser diagnosticado com algum de uma extensa variedade de desordens mentais¹³ (ROSE, 2019, p. 107).

Nada que seja realmente concreto e objetivo, como propõem as neurociências, contudo. Assim como o psiquiatra de Neto, o que mais comumente acontece são as tentativas de ligar a interação medicamentosa, imagens das estruturas cerebrais e as respostas comportamentais dos sujeitos para se atestarem resultados. Contudo, ao contrário do que se pretende, o que os resultados têm mostrado são as impossibilidades de se ligarem as descobertas neurocientíficas e as reações químicas geradas pelas medicações com uma real interferência no que causou o sofrimento de um indivíduo.

Não podemos, pois, afirmar que as imagens cerebrais estruturais demonstram que as desordens psiquiátricas são desordens cerebrais. Pelo contrário, as evidências parecem sugerir que as experiências daqueles que tem um diagnóstico psiquiátrico, junto ao tratamento com drogas, são no mínimo uma causa bastante significativa nas mudanças ocorridas nos cérebros dos pacientes psiquiátricos tratados e diagnosticados quando comparados com aqueles que não foram tratados ou diagnosticados¹⁴ (ROSE, 2019, p. 109).

Os relatos sobre os encontros com os médicos psiquiatras foram bem presentes nas histórias que visitamos, algo que pareceu ter uma importância significativa na vida dos sujeitos:

¹³ “So what, in fact, have we discovered? Simply, that there are many hundreds of small variations in basic neural processes, each of which, in various combinations, may lead to a slight increase or decrease in the risk of being diagnosed with any one of a whole variety of mental disorders”.

¹⁴ “We cannot, then, conclude, that structural brain imaging demonstrates that psychiatric disorders are brain disorders. On the contrary, evidence seems to suggest that the experiences of those who have a psychiatric diagnosis, together with the drugs regimes utilized, are at the least a very significant cause of any changes found in the brains of diagnosed and treated psychiatric patients when compared to those who have not been so diagnosed and treated”.

E eu digo isso, na verdade, porque eu acho que psiquiatra precisa ter coração, esse não tem. Então assim, eu olhava pra cara dele, ele não olhava pra minha cara. Ele era aquela pessoa que ficava olhando pro caderno dele o tempo todo e eu não tinha é, é, um escape. Eu cheguei lá, eu me acabei de chorar, eu chorava até pra dizer assim “olha, eu não tô conseguindo passar um dia, eu não tô porque eu vou, meu pensamento 90% do dia é suicídio, 10% do dia acho que é só porque eu tô com um pouco de fome e como alguma besteira”. E ele “ah, mas um remediozinho você resolve isso aí, isso é besteira”. E eu lembro que ele diminuiu tudo, tudo que eu tinha ele diminuiu a um ponto que eu fiquei me sentindo nada no universo, nada. Porque ele diminuiu, tudo ele fez com que fosse nada [...]. Filho da puta! Vem um cara desse, eu passando mal do jeito que eu tô, todo santo dia dizendo que eu vou me matar, eu falo isso pra ele e ele diz que isso é besteira? Filho duma égua!. Aí eu cheguei em casa dizendo “vá se lascar!”, com ódio dele (Dani).

Porque a primeira vez que eu encontrei ela foi num apartamento e tudo e tudo. Só que tinha coisa que ela perguntava que eu num sei não, eu não achava que ela tava me entendendo tão bem, por ser uma psiquiatra, mas talvez ela tivesse despreparada pra falar comigo, entendeu? Porque ela ficava com uma prancheta, perguntava: “como é que você tá se sentindo? Tá triste, tá alegre, tá num sei o quê, o que tá acontecendo?”. E tem muitas coisas que eu não contei pra ela porque se eu fosse contar aí seria dias, meses eu ficar aqui com ela que ela já tinha paciente lá esperando, ela apressada... (Val).

Ali, no CAPS, o atendimento é péssimo, as pessoas num olham nem na sua cara [...] A gente fala, assim, mas ele não olha nem pra sua cara, te, te dá o remédio, que me fez foi mal, num sei... Não, minto, era um outro remédio que eu tomava, mas era um que me deixou... Era um antidepressivo... eu esqueci o nome... Mas não me deixou bem! Ele, ele [psiquiatra] falou: “Ele é F-não-sei-quanto”. Acho que era F.5-32. Ele não me explicou! (Arthur).

Beleza, então vamo procurar os melhores [psiquiatras]. Aí o primeiro nome que veio que era o melhor dos melhores que diziam foi o Dr. [nome do psiquiatra], que inclusive tinha sido amigo do meu pai, fez até um preço bom na época. Mas era caro, ainda é caro né. É, fiquei com ele lá, aí ele lá - rapaz num foi nem, num sei se foi na primeira ou na segunda consulta ele já disse: é TDAH. Aí eu “rapaz eu num... por quê? Eu num concordo não”. Eu: “rapaz eu acho que num é isso não, num pode ser que já foi, tomei, num deu certo. Como é que é?”. Aí passei umas cinco, seis consultas só nesta história de discordar dele. Até que ele disse que se num fosse rasgava o diploma dele. Aí é, se o homem vai rasgar o diploma então... (risos). Vou tomar esse negócio. Aí comecei a tomar os vários tipos de metilfenidato né, concerta, ritalina, enfim. É, não deu muito certo (risos) (Neto).

Nestas falas, o que vemos acontecer é o fato de os psiquiatras caírem em suas próprias armadilhas: priorizando seus saberes anatomo-fisio-químico-patológicos, e desconsiderando os elementos da história dos sujeitos com quem, no momento do atendimento, estabelecem uma relação que deveria ser mais próxima e acolhedora, tensionam esse processo e geram uma sensação de incômodo, de mal-estar. Acontecem, conseqüentemente, uma quebra de confiança e o questionamento de suas práticas, o que toma proporções maiores à medida que essas atitudes se repetem na rotina de atendimentos psiquiátricos. Com este tipo de relação, muitos não conferem sentido às falas dos profissionais e buscam delas se afastar: “É claro, às vezes aqueles diagnosticados não

entendem ser o seu diagnóstico um alívio, e não desejam alinhar sua compreensão de si e de sua condição com aquela fornecida pela autoridade médica”¹⁵ (ROSE, 2019, p. 75).

Porém, mesmo que os diagnósticos sejam apenas hipóteses médicas e por vezes as pessoas não confirmam sentido aos mesmos, não deixam de ter uma força psicológica, social, cultural, econômica e política para nossas comunidades, de forma geral. Assim, muito do que é dito é cravado profundamente nos sujeitos, que imersos em sofrimentos que, por vezes, tomam sua vida como um todo, aderem às práticas como tentativa de alívio de suas dores:

E aí o R., que eu falei pra ele isso, me arrumou um neurologista amigo dele, que me encaminhou pro hospital mental [nome da instituição], prum outro neurologista, que é a [nome da profissional], que é amiga dele, e tal. Fui pra lá, teve anamnese e tal, num sei o quê, e aí ela falou: “bem, você não tem nenhum problema neurológico, isso aí é psicológico, mas vá lá num psiquiatra, conversar com ele”, que é o [nome]. E aí eu fui pra algumas sessões com ele, e durante a anamnese apareceu um, uma coisa que eu não tinha percebido, mas que fez muito sentido quando ele me mostrou, que são esses momentos de oscilação, né, de humor, de ficar muito triste, muito triste, muitos pensamentos suicidas, de tentar me matar e tal, e momentos de euforia extrema. Aí ele falou: “cara, o diagnóstico que a gente tem é esse aqui, ó: transtorno bipolar. Tu vai pra casa, lê sobre isso, quando tu tiver a fim de voltar, tu volta. A gente conversa”. “Então tá certo”. Eu li pra caralho sobre isso, e eu “porra, faz sentido!”. E aí eu pensei “eu não quero largar esse curso, eu tenho que acabar, tenho que fazer alguma coisa da vida”, e comecei o diagnóstico, comecei o tratamento (Trevor).

Aí voltamos pro Doutor [nome do psiquiatra] (...). Ele: “isso aí já não é mais comigo, isso aí já não é mais comigo, você aí já tá, você... o diagnóstico já foi pra psicopatia” (risos). E aí, disse ele não era – assim, não era algo que ele tratava. Ele disse que tinha que ser com um psiquiatra forense que ele não indicava. Ou seja, lavou as mãos total, me deixou... Deixou... rapaz deixou na merda, eu fiquei assim, a minha irmã também que a gente ficou – a minha família ficou também sem saber o que fazer [...]. [Fala do psiquiatra]: “Neto, tu é a exceção, da exceção, da exceção, da exceção... porque tu tem um quadro que é grave, que tem comorbidades, mas teve uma história de vida que complica mais ainda, normalmente tu ia tá ou preso ou viciado. Aí enfim, aí fiquei com aquilo na cabeça aí, acho que piorou ainda mais a situação né. Acho que eu fui quase que é, numa quase numa fé mesmo no [outro psiquiatra], né. Aí, tomei o medicam-religiosamente, comecei a tomar [...]. Aí cheguei no Dr. [outro psiquiatra] e tal, num sei o que falei... acho que foi na, de novo, na primeira ou na segunda consulta, “rapaz você tem TDAH, é Boderline que cê tem. Boder-Boderline, e talvez Bipolar”. “Rapaz, mas, o Dr. [primeiro psiquiatra] disse que era TDAH, que rasgava o diploma”. “Pois eu rasgo o meu” (risos). É, se um vai rasgar o diploma pois então vamo lá (Neto).

Desta última narrativa de Neto, surgem questões quanto à prática diagnóstica, algo que consiste como o alvo principal dos profissionais da psiquiatria. A busca pelo diagnóstico correto parece ser elemento condicional para o sucesso do tratamento, algo que

¹⁵ “Of course, sometimes those diagnosed do not find their diagnosis a relief, and do not wish to align their own understanding of their condition with that provided by medical authority”.

regula e direciona o manejo do processo diante do outro em sofrimento. Quanto aos diagnósticos, assim como Dunker (2018, p. 318), entendemos que:

Não que o programa contido no DSM, ou em sua versão análoga da CID, proposta pela OMS, estejam isentos de implicações filosóficas, éticas e epistemológicas, mas estas jamais são assumidas explicitamente, e o centro dessa problemática é deslocado para o campo genérico da fundamentação das ciências biológicas. O fato que nos interessa é esse rompimento do nexos com os discursos psicanalítico e social que faziam a patologia mental depender dos modos de subjetivação e socialização em curso em um dado regime de racionalidade. Dessa maneira, é bastante plausível que tais modos de subjetivação e socialização encontrem-se ainda presentes nas categorias psiquiátricas, visto que sua formação histórica acusa esse regime de dependência. Ocorre que tal fato tornou-se invisível e apagado da prática diagnóstica corrente e das razões que a justificam.

Talvez seja justamente a posição epistemológica seguida pelos manuais diagnósticos (TURRIANI *et al*, 2018) que promova a invisibilidade da história pessoal e social do sujeito, o que pode trazer severas consequências no que tange às práticas dos profissionais na área da saúde. Para Dunker (2018, p. 319),

A adoção de critérios estatísticos e de mera convencionalidade [...] assume que a racionalidade clínica do diagnóstico pode ser estabelecida sem consideração etiológica ou teórica e com uma semiologia exclusivamente descritiva, sem qualquer ligação de ordem ou classe entre os signos, sintomas e traços que definem um transtorno.

Segundo Banzato e Pereira (2014), diz um provérbio psiquiátrico que quanto melhor o clínico conhece um paciente, mais difícil é fazer um diagnóstico. O primeiro psiquiatra de Neto, portanto, mostrou o quanto escassamente o conhecia, diagnosticando-o com insistência a partir de elementos superficiais e considerando sua história apenas para comprovar a gravidade do “quadro” e seu diagnóstico. Prioriza sua técnica, os conhecimentos teóricos e as descrições diagnósticas, elementos responsáveis pela concessão de seu poder e autoridade médica. Porém, ao chegar numa avaliação que indicou um diagnóstico que estava fora de sua área de expertise, abandona-o, como Neto relatou, lavando as mãos e se isentando de quaisquer possibilidades de cuidado com seu sofrimento.

Tais posturas, ações e intervenções dos profissionais ocasionam consequências negativas, por vezes em extremos, na vida dos sujeitos. Além disto, assim como vemos em Neto, os indivíduos podem acabar por serem colocados em uma posição passiva, como aqueles que devem apenas esperar a avaliação médica com a consequente determinação de um diagnóstico e as orientações de tratamento. Questionamentos são tomados como ofensas à autoridade do médico, que tão absorto pelas próprias certezas, ameaça “rasgar o diploma”,

caso estivesse errado. Com isso, dá pouca (ou nenhuma) escuta ao que Neto realmente queria comunicar, tão preocupado que estava em, prioritariamente, indicar o diagnóstico correto.

Considerar a saúde e a doença como realidades orgânicas independentes tanto do espaço e do tempo, quanto das características dos indivíduos e dos grupos atingidos por uma doença, é restringi-las à leitura exclusiva do saber médico e não percebê-las como realidades que têm dimensões sociais [...] seja qual for a importância da medicina moderna, a doença é um fenômeno que a ultrapassa e a representação não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também interpretação e questão de sentido (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 29).

Esta atitude do médico revela uma dimensão muito importante em nossa atualidade e que é fruto de um processo histórico: a utilização prioritária de uma racionalidade instrumental. Sobre isto, Silva Júnior (2018, p. 39) diz que

Uma nova linguagem havia se apropriado da relação entre os sujeitos e o mundo, uma linguagem instrumental. Nesse sentido, o termo que melhor expressa essa nova gramática de extração e acúmulo, gramática na qual a existência passa a ser dita, seria “técnica”. Com efeito, todos os entes, toda experiência, valem nessa gramática apenas como instrumento, ferramenta.

Neto, nas mãos do psiquiatra, parece algo próximo às históricas de Charcot, como vimos no começo destas discussões com Didi-Huberman (2015): é um material empírico de estudo, e sobre o qual será depositada uma série de técnicas e saberes que revelarão suas patologias. Sua história, suas próprias percepções, seus sentimentos e compreensões daquilo que vivencia importa ou muito pouco ou nada dentro do processo diagnóstico, pois, por certo, estes elementos só tornarão confusa e abstrata uma avaliação que precisa ser empírica, exata.

Para Dunker (2015), essa racionalidade instrumental tornou possível uma compreensão mediante diagnósticos, a partir dos seguintes momentos históricos: 1) quando a psicopatologia como campo de confluência das diferentes narrativas sobre o sofrimento é substituída pela racionalidade classificatória e segmentar, sendo o DSM seu maior exemplo; 2) com a ampliação do espectro diagnóstico da doença mental, com um número de categorias clínicas crescentes e um decréscimo de sua unidade; 3) a expansão do modelo conhecido como medicina baseada em evidências, assim como também, conseqüentemente, a psiquiatria baseada em evidências, que envolve a integração das diferentes formas de pesquisas e da produção de conhecimento com uma consideração clínica de custos, gastos, vantagens operacionais, tudo epidemiologicamente calculado para escolha e indicação do tratamento; e, por fim, 4) crescimento generalizado das medicações e das intervenções farmacológicas no campo da saúde mental, principalmente a partir dos anos 2000.

Ainda assim, com o psiquiatra com quem se consultou em seguida, os diagnósticos continuaram vindo com grande profusão, agora numa maior flexibilidade, pois poderiam ser combinados, terem traços em cruzamento e novas interpretações. E isso tudo, claro, com pouco espaço para questionamentos e com a mesma autoridade médica, seguindo os episódios de “rasgação” de diplomas. Sobre essa maior flexibilização e produção de novas interpretações, Dunker (2015, p. 22-23) afirma:

A decomposição e multiplicação de entidades diagnósticas seguem os critérios de flexibilização, segmentação e uso “administrado” que regulam em termos genéricos o “negócio” da saúde, apresentando-se ainda em afinidade com os processos de individualização, que historicamente acompanham as transformações no âmbito da psicopatologia. Ademais, a flutuação de metáforas neuroquímicas e farmacológicas exige unidades conceituais e descritivas cada vez mais flexíveis e indeterminadas clinicamente e cada vez mais hipotéticas do ponto de vista etiológico para justificar a produção repetida de novas medicações (com mais eficácia, menores efeitos colaterais, maior poder de combinação com outras medicações) (DUNKER, 2015, p. 22-3).

Outra questão que, talvez, você também tenha notado, companheiro de viagem, é a relativa ao nosso modo econômico de viver. Não por acaso, nas várias narrativas, a questão financeira é sempre muito presente. Profissionais cobrando altas quantias por suas consultas, medicações caras, internações com alto valor de investimento, tudo isto provocando efeitos decisivos no encontro das pessoas com os profissionais.

Toda vida eu chegava lá no ponto, na hora, e às vezes esperava meia hora, uma hora, mesmo sendo particular e a consulta tanto dele como do Dr. [psiquiatra] na casa de seiscentos reais, entendeu? O Dr. [psiquiatra] dava desconto, ele não... então era muita grana. Aí num certo dia cheguei atrasado onze minutos, onze minutos. Ele disse que não iria me atender, que eu tinha que pagar e ele não iria atender os outros cinquenta minutos que sobravam desses quarenta e nove ele não... rapaz. O dinheiro não é meu, mas é da minha família. Tipo assim, “rapaz, isso aqui não dá não” (risos) (Neto).

O exame é caro e você tem que mandar sangue pra Espanha, e ele custa cinco mil reais”. Aí eu, eu parei pra pensar: “Meu Jesus Cristo, eu já gastei um carro lá no outro [psiquiatra]! Se é pra resolver, vamo!”. Aí ela: “tudo bem, você vai fazer?”. “Faço!”(Dani).

Quanto maior a autoridade do médico e o reconhecimento atrelado ao mesmo, quanto mais avançados tecnologicamente os tratamentos, maior é o investimento financeiro. Porém, quando alguém não tem condições financeiras para custear um tratamento com alto custo, como Arthur, também paga as consequências por isto.

E aí, tinha faltado o remédio, lá no hospital, nem no CAPS, que quando eu não ia no hospital, ainda era no CAPS, né? Eita, aí tinha que comprar, e não tinha dinheiro. Sei lá, eu fui empurrando com a barriga, aí fui ficando sem tomar remédio

pra cabeça, sem dormir [...]. Eu pedi perdão a ela, e disse que o tapa que eu dei nela, ganhei 10 no Hospital [psiquiátrico]. É. Ela falou "Dez? Tá bom" mas foi! O tapa que eu dei nela, deram 10 na minha cara (Arthur).

Aos que têm condições financeiras, tratamentos especializados, consultas com os melhores profissionais da cidade (como buscava Neto), exames feitos fora do país, medicações com maior tecnologia em seu processo de produção. Aos que não têm as mesmas condições, tratamentos feitos à base de medicamentos – que nem sempre são disponibilizados –, assistência precária, tratamento violento e desrespeitoso. Porém, mesmo com essas diferenças, o objetivo maior é o *lucro*. Portanto, a todos devem ser disponibilizados mais diagnósticos, mais categorias de doenças cada vez mais específicas, mais medicações, mais formas especializadas de tratamento das chamadas doenças mentais.

Segundo Lane (2012, p. 45),

A ciência vista como produto histórico também se relativiza como produção humana e, portanto, perde sua condição de “neutra”, pois é sempre fruto de homens situados social e historicamente que determinam o prisma pelo qual os fatos são enfocados, ou seja, as necessidades e valores privilegiados por um grupo social naquele momento.

Os diagnósticos psiquiátricos, hoje vistos como produtos do pensamento científico, da mesma forma, não surgem sob base neutra, mas com um forte alicerce no interesse financeiro. Invadem nossas vidas, nossas relações com o outro, nossos entendimentos sobre nossos sofrimentos. E isto sempre vinculado às nossas questões financeiras, às nossas possibilidades de estar e ser no mundo.

Mas ressaltamos, ainda, outra consequência desta atitude em nossas vidas. Um diagnóstico nos serve não somente para explicar um sofrimento difuso, para nos lançar às áreas de cuidado em saúde e a elas gerar lucros e privilégios. Promovem, ainda, possibilidades outras que, até o momento, nenhuma outra dimensão do nosso mundo social parece ter conseguido nos proporcionar. Sobre isso, vamos dar uma olhada, antes, no relato de Pat:

Dois dias antes, voltando um pouquinho, começou a me amortecer. Comecei a ter um amortecimento na perna e no braço, um formigamento, uma coisa persistente, assim, que não parava. Aí eu fui pra [cidade do pai], tava dormindo na casa dela, eu acordo de madrugada com uma dor na minha cabeça assim que parecia que a minha cabeça ia explodir, uma dor só do lado esquerdo da cabeça, bem certinho assim, dividido né. E meu lado direito do corpo todo formigando [...]. Liguei pra ele e falei “pai, desce, me leva pro hospital porque aconteceu alguma coisa”. Cheguei no hospital e o médico me deu remédio e tal, me mandou ... procurar um neurologista. Tá, no outro dia eu amanheci sem a dor, mas continuava formigando, mas não era uma coisa que me incapacitasse [...]. Cheguei no neurologista, ele falou assim “olha, vou te pedir uma ressonância aqui, vá ali e já faça”, Quando eu tava saindo, o médico me ligou “volte aqui!” porque o radiologista deve ter ligado pra ele né, e aí eu cheguei no consultório e ele falou assim, é, “como é que eu faço

pra falar com seu pai e com a sua mãe?” aí eu falei assim “alguma coisa aconteceu né”. Aí, eu falei assim “não, vai falar comigo!” [...]. “Olha, você tá com lesões desmielinizantes, a gente tem que fazer uma investigação porque é muito provável que você esteja com esclerose múltipla”. Tá, sai do consultório, liguei pra minha mãe e falei, minha mãe tava em Brasília, “mãe, o médico acha que eu tô com esclerose múltipla”. E aí, tá. Obviamente fomos, fui pra casa de uma amiga da R. [namorada] em [cidade], botamos no Google “esclerose múltipla” e aí fodeu né. Fodeu, porque, mas aí foi a parte mais interessante do que eu lembro assim claramente, eu queria que fosse muito grave. Eu tava torcendo pra ser muito grave (Pat).

Pat, que vivia sob intensa pressão do pai, que queria que o filho trabalhasse, tivesse uma graduação concluída e fosse um homem produtivo, sofria enormemente ao perceber que não conseguia se adaptar a tais termos e acompanhar o ritmo que, pelo menos ao que parecia, todos seguiam naturalmente. Essa dinâmica da produção/consumo é tão presente em nossas vidas que já se tornou algo “natural”, como se fosse algo que nos é inerente, desde nosso nascimento. Por isso, ao vermos alguém que não consegue se adaptar a esta dinâmica, logo pensamos que deve haver algo errado com esta pessoa.

[...] psiquiatria era uma disciplina altamente normativa, e seu papel era o de proteção social: controlar aqueles que desviam ou que transgredem as normas sociais, em particular recusando as obrigações gêmeas de produção e consumo, simultaneamente deslegitimando suas crenças ou ações, colocando-as como sintomas de doenças, e as normalizando, ou ao menos silenciando suas resistências, pelo encarceramento e/ou por tratamentos com poderosos químicos – drogas usadas prioritariamente com a proposta de controle dentro das instituições e gestão das condutas quando fora das mesmas¹⁶ (ROSE, 2019, p. 17).

A lógica é clara: precisamos produzir, precisamos consumir, precisamos estar dentro dos circuitos “naturais” produzidos por nossas sociedades capitalistas.

O tempo 24/7 é um tempo de indiferença, ao qual a fragilidade da vida humana é cada vez mais inadequada, e onde o sono não é necessário nem inevitável. Em relação ao trabalho, torna plausível, até normal, a ideia do trabalho sem pausa, sem limites. É um tempo alinhado com as coisas inanimadas, inertes ou atemporais. Como slogan publicitário, institui a disponibilidade absoluta – e, portanto, um estado de necessidade ininterruptas, sempre encorajadas e nunca aplacadas. A ausência de restrições ao consumo não é simplesmente temporal. Foi-se a época em que a acumulação era, acima de tudo, de coisas. Agora nossos corpos e identidades assimilam uma superabundância de serviços, imagens, procedimentos e produtos químicos em nível tóxico e muitas vezes fatal. A sobrevivência do indivíduo, a longo prazo, é sempre dispensável, se para tanto seja preciso contar, mesmo que indiretamente, com a possibilidade de interregnos sem compras ou sem fomento delas (CRARY, 2016, p. 19).

¹⁶ “[...] psychiatry was a highly normative discipline, and its role was one of social protection: to control those who deviated from or transgressed social norms, in particular refusing the twin obligations of production and consumption, simultaneously delegitimizing their beliefs or actions as symptoms of illness, and normalizing them, or at least muting their resistance, by incarceration and/or treatment with powerful ‘chemical coshes’ – drugs used primarily for the purposes of control within institutions and management of conduct outside it”.

Porém, por mais que reproduzamos com certa “naturalidade” estes processos, sofremos, sentimo-nos continuamente cansados, e ao procurarmos formas outras de viver, muito dificilmente as encontramos. É como se, continuamente, deparássemo-nos com uma condenação a viver sob termos que não pedimos, que não desejamos, nos quais em muitos momentos não vemos sentido, mas que sobre eles não temos grandes possibilidades de questionamento ou transformação. Depois de anos de vida nesse caminhar, não é incomum que adoecemos, que não consigamos dar continuidade às nossas vidas de uma forma feliz e satisfeita com nossos feitos. Pat, vivenciando algo próximo a isto, teve que lidar com duas frentes: uma com sua família materna, que ao ver que ele não estava bem, acreditou que ele estava em um quadro depressivo e precisava ser medicado; a outra com seu pai, que não acreditava no diagnóstico de depressão, mas defendia que o filho estava se sentindo culpado por não ser produtivo como ele esperava:

É, ele brigou muito comigo na época, na verdade eu lembro que ele nunca aceitou essa ideia de depressão, sabe? De que eu tava mal. É, ele falava pra mim que era culpa, que eu tava só ficando dentro do quarto porque eu estava culpado porque eu estava reprovando na faculdade, a ideia era essa né? E talvez, é, eu não tinha força ou noção do que era, do que podia ser, então eu acabava sempre achando que eu tinha aquela sensação de “não, semestre que vem, vai!”, aí em 2010 eu pensei: “não, agora que meu pai sabe, eu não tenho mais esse peso, 2011 vai!”. E aí eu voltei pra [cidade natal do pai], fiquei esse final do ano de 2010 e até o começo das aulas de 2011 trabalhando com ele na loja e aí, é engraçado que ele, ele deve ter percebido que é... não é porque eu não queria fazer nada, porque eu estava indo trabalhar na loja todo dia. Era... e foi um período de novo que eu me senti bem, saindo da faculdade, eu me senti bem não, mas eu me senti um pouco melhor (Pat).

Crary (2016), em reflexão próxima a desenvolvida por Agamben, afirma que não haveria algo em nossas vidas que não seja modelado, contaminado ou controlado por algum dispositivo. Família, medicina, instituições são todos dispositivos que acabam direcionando nossa vida, assim como Pat experimenta. Estas produzem formas de reconhecimento do outro, mediante formas de vida específicas, e não por acaso, Pat se sentiu melhor quando conseguiu se ver como alguém capaz de adentrar os circuitos de reconhecimento do pai, que via de forma positiva somente uma vida que consegue ser “capitalisticamente” produtiva.

Porém, depois que Pat voltou a se sentir mal e não conseguia dar continuidade à dita vida produtiva, adentrou em um novo quadro de sofrimento profundo. Como afirma Crary (2016, p. 24), “O tempo para descanso e regeneração dos seres humanos é caro demais, não é estruturalmente possível no capitalismo contemporâneo”, e para que o mesmo aconteça, precisamos de uma justificativa de peso. Qual seria, então, melhor justificativa que um adoecimento? Pat, agora, possuía tal justificativa, e poderia dela fazer uso tanto para explicar

sua dificuldade de adentrar os circuitos de produção como para, descansar, pois saiu da faculdade e ficava mais no apoio ao avô doente. Além disso, percebia, também, que depois do diagnóstico de esclerose múltipla passou a receber mais atenção e cuidado das pessoas à sua volta.

Eu queria que fosse muito grave. Quando o médico disse que era esclerose múltipla, que eu saí e vi na internet, eu tava sempre procurando que fosse mais grave. Eu queria tá muito doente. Eu queria tá muito doente e eu tive uma vontade muito grande de pegar o, “olha aqui, você tem esclerose múltipla” e esfregar na cara do meu pai, porque eu tinha uma justificativa. Eu tinha uma justificativa pra tá daquele jeito. Aí a gente fez todos os exames, meu pai me levou, a gente foi pra [capital do estado], aí consultamos o melhor médico, porque tinha que ser porque a gente achava que era assim uma coisa assim do outro mundo né? Fomos pra [capital do estado], fizemos tudo, os diagnósticos de exclusão, aí excluiu tudo. Tal e tal e tal. Tá, “isso que tava acontecendo há anos já, era esclerose?” O médico: “você tava com depressão, essa depressão pode ou não estar relacionada com esclerose múltipla” e até hoje eu não sei. Se era ou não era, mas por via das dúvidas, era. Porque a ideia da depressão era sempre, principalmente pro meu pai, falta de Deus, meu pai é religioso, culpa. Então eu tava me sentindo mal porque eu era um vagabundo e era por isso que eu ficava só em casa dormindo, porque eu me sentia culpado. E agora eu tinha um motivo, e era um motivo muito grande, porque esclerose múltipla é algo que apavora as pessoas, é um nome que apavora as pessoas, então eu queria que fosse muito grave. Eu queria assim tá definhando (Pat).

Se existia uma doença em Pat ou não, isto ficou confuso. Mas algo era muito claro: existia nele muito sofrimento. Sofrimento que ele trazia desde muito cedo, de suas relações, de sua autoimagem, de sua dificuldade em adentrar circuitos sociais normativos, do sofrimento em se sentir excluído de tais circuitos, de ter seu próprio chamando-o de “vagabundo” por ele não conseguir se adaptar aos mesmos circuitos. Com um diagnóstico de algo grave, Pat teve um olhar compreensivo, atenção, e menores exigências sobre quem ele deveria ser.

Rose (2019) faz uma discussão muito próxima da experiência de Pat, onde afirma:

Às vezes, mesmo os mais aparentemente devastadores diagnósticos [...] podem fornecer um certo tipo de alívio. Em casos não-psiquiátricos, o diagnóstico de uma doença geralmente – mas nem sempre – leva a uma redução da responsabilidade pessoal, na mudança de uma culpabilidade implícita para uma empatia e compaixão, e a redução estigma, embora saibamos que nem sempre esse é o caso na psiquiatria. Talvez seja aberto um caminho para um tratamento efetivo – embora, infelizmente, saibamos que esse também não é o caso da psiquiatria¹⁷ (ROSE, 2019, p. 74-75).

¹⁷ “Sometimes, even the most apparently devastating diagnoses [...] can provide a certain kind of relief. In non-psychiatric cases, a diagnosis of a medical condition usually – though not always – leads to a reduction in personal responsibility, the mutation of implied culpability into sympathy and compassion, and a reduction in stigma, although we know that this is not the case in psychiatry. It may open a pathway to effective treatment – although sadly, once again, this is not Always the case of psychiatry”.

Desde a infância, Pat já sofria com as múltiplas mudanças, com a separação dos pais, com o distanciamento dos amigos, mas em nenhum momento seu sofrimento era acolhido, verdadeiramente escutado, de forma a entender como Pat *percebia* sua realidade. Na sucessão de eventos de sua vida, viveu como pôde, mas não sem sofrimento. Ao sentir que sofria de forma mais intensa, prontamente viu-se nele uma doença, pois, como já discutimos, se uma pessoa não consegue se adaptar aos sistemas de vida que temos, deve haver algum problema *com ela*. Não aconteceu diferente com Val, com Dani, com Neto, com Trevor ou com Arthur. Todos tendo experiências de intenso sofrimento, violências, relações opressivas, desamparo, foram compreendidos como pessoas adoecidas quando demonstraram seus sofrimentos “em demasia”.

Porém, ao mesmo tempo em que a doença confere o problema ao organismo do indivíduo, como afirmou Rose (2019), há também uma diminuição da responsabilidade pessoal nisso, pois, supostamente, não temos controle sobre as doenças que nos acometem. Assim, também podemos receber maior afeto e cuidado do outro, abalados que estamos com algo que nos acometeu para além de nosso desejo. Uma discussão sobre isso é necessária, como faremos um pouco mais à frente.

Assim, embora Whitaker (2017) se refira ao aumento vertiginoso dos diagnósticos psiquiátricos e de receitas de medicações como uma contradição dos nossos tempos – já que fica cada vez mais claro que os processos diagnósticos não conseguem dar conta da história global da pessoa, realizando, em boa parte dos casos, enquadramentos reducionistas dos sintomas e uma conseqüente medicalização – com esta reflexão podemos perceber que não se trata de um paradoxo da realidade, mas dos efeitos que ela mesma tem produzido quando se cruzam nosso mal-estar e os circuitos de reconhecimento que regem nosso mundo social.

Como assinala Crary (2016), muito do mal-estar que vivemos não são subprodutos de nossa economia financeira global, mas estão, na verdade, entre seus principais objetivos. Isto gera, por sua vez, uma série de lucros, pois dados afirmam que em 2007, por exemplo, os Estados Unidos gastaram “25 bilhões de dólares em antidepressivos e antipsicóticos e, para situar essa cifra no panorama geral, ela foi superior ao produto interno bruto de Camarões, uma nação de 18 milhões de pessoas” (WHITAKER, 2017, p. 21).

Aceleração, performances, exigências de produção, pouco contato interpessoal, intolerância com alteridades, estresse, isolamento: tudo isto faz parte, mesmo que de forma branda em alguns casos, de nossas vivências cotidianas. Como discute Han (2017a, p. 71) “o cansaço da sociedade do desempenho é um canso solitário, que atua individualizando e isolando”.

Companheiro de viagem, neste momento preciso compartilhar com você uma lembrança que me atravessou, que ao mesmo tempo em que esclarece ainda mais estes processos, também me entristece. Lembrei de uma pessoa, com a qual um dia teve seu caminho cruzado com o meu, que me relatou, com os olhos marejados, que sentia falta do tempo em que estava em tratamento para um câncer agressivo que a havia acometido. Naquele momento, ela pôde experimentar uma desaceleração como nunca havia antes vivenciado: embora tivesse que lidar com os efeitos colaterais intensos dos quimioterápicos, ela sentia paz, pois podia sentir os minutos do seu dia passarem sem pressa, e os quais podiam ser preenchidos com atividades que adorava, mas que não conseguia mais encontrar tempo para realizar, como ler, assistir a filmes, dormir, meditar, devanear em seus pensamentos. Além disso, disse-me que nunca se sentiu tão amada e tão bem assistida por todos, o que contrastava com a solidão que corria ao longo de todos os seus dias.

Lembro ainda de outras pessoas, que diante de seu extremo cansaço, relatavam a mim que desejavam intensamente adoecerem, pois poderiam descansar ao precisarem tomar soro e outras medicações no ambiente seguro do hospital. O que estamos fazendo? Com nós mesmos, e com os outros que compartilham do mundo conosco?

Sobre isto, é importante a passagem de Crary (2016, p. 68-69), quando afirma:

Mesmo na ausência de qualquer obrigação, escolhemos fazer o que nos mandam fazer; permitimos que nossos corpos sejam administrados, que nossas ideias, nosso entretenimento e todas as nossas necessidades imaginárias sejam impostos de fora. Compramos produtos que nos foram recomendados pelo monitoramento de nossas vidas eletrônicas, e voluntariamente oferecemos feedback a respeito do que compramos. Somos o sujeito obediente que se submete a todas as formas de invasão biométrica e de vigilância. E que ingere comida e água tóxicas. E vive, sem reclamar, na vizinhança de reatores nucleares. Um bom indicador dessa abdicação completa da responsabilidade pela própria vida são os títulos dos best-sellers que nos dizem, com uma fatalidade sombria. Quais os filmes que devemos ver antes de morrer, os cem destinos turísticos que devemos visitar antes de morrer, os quinhentos livros que devemos ler antes de morrer.

Embora seja de grande importância a discussão proposta, o próprio autor traz outra questão que consideramos ser muito importante para ampliarmos essa reflexão. A questão não parece ser exclusivamente a obediência. Diante da exclusão da alteridade, da diminuição da possibilidade de fala e de expressão, diante de tantas exigências que só crescem a cada dia, condicionando nosso reconhecimento às positivities do mesmo, podemos acabar buscando por aquilo que é mais comumente veiculado, em busca de um lugar onde sejamos reconhecidos, ou seja, onde *existamos*.

Como o próprio Crary (2016, p. 54) indica,

Submeter-se a esse arranjo se torna quase irresistível devido ao temor do fracasso social e econômico – medo de ficar para trás, de ser considerado antiquado. Os ritmos do consumo tecnológico são inseparáveis da autoadministração contínua. Todo produto ou serviço novo se apresenta como essencial para a organização burocrática de nossas vidas, repletas de um número crescente de rotinas e necessidades que não escolhemos de fato.

Para nós, seres humanos, a morte não é somente física, concreta, mas também simbólica. Para não morrermos, lançados a um lugar de total exclusão, da mais pura indiferença como aquele sobre o qual sua morte nem mesmo é pauta de discussão, o matável (AGAMBEN, 2002), lutamos por sobrevivência. Segundo Han (2017), é o medo da morte que leva o futuro escravo a submeter-se ao outro. Ele prefere a escravidão à ameaça da morte. Ele se apega ao *mero viver*. “Quem não tem a liberdade frente à morte não ousa viver. Em vez de ‘caminhar consigo mesmo até a morte’, ele permanece ‘parado em si mesmo dentro da morte’. Ele não ousa caminhar rumo à morte, e assim torna-se *escravo e trabalha*” (HAN, 2017, p. 41).

Por isso, por tantos momentos nos submetemos a ideais impostos, a conhecimentos arbitrários, às técnicas que nos trazem mais prejuízos que benefícios.

A declaração de Clara, “sou bipolar”, vale, nesse sentido, como um precipitado particularmente exemplar desse modo de subjetivação fundado sobre a estrutura metafísica, em que o sujeito se filia a uma categoria diagnóstica como quem pede abrigo para a própria verdade (SILVA JÚNIOR, 2018, p. 47).

E como seres que lutam por sua sobrevivência, tentamos encontrar saídas, que se configuram mais como fugas de uma realidade opressiva em tantos momentos vivemos. As práticas de saúde têm nos oferecido, sem dúvidas, um destes pontos de fuga, e buscamos seus discursos nos momentos de maior sofrimento. Assim, quando visitamos um médico:

Nós temos uma expectativa de que a visita a um médico irá resultar num diagnóstico que, dentre outras consequências, legitime a doença [...]. Quando um diagnóstico é dado, ele reenquadra sintomas em um padrão que será reconhecível para o médico e o paciente. Para o médico, isto permite que a história do paciente seja organizada numa narrativa, que oferece uma forma para o passado e uma orientação para o futuro – é performativo. Para o paciente, quem talvez esteja experimentando sintomas que são por vezes difusos e transitórios, quem talvez esteja lutando com comportamentos que podem ser vistos como meras inadequações, o diagnóstico irá reformular esses problemas em uma doença¹⁸ (ROSE, 2019, p. 74).

¹⁸ “We have an expectation that a visit to the doctor will result in a diagnosis that, among other consequences, legitimates the ailment [...]. When a diagnosis is given, it refames symptoms into a pattern that appears recognizable to both doctor and patient. For the doctor, this enables the patient’s history to be organized into a narrative, which provides a shape for the past and orientation to the future – it is performative. For the patient,

Como apontamos anteriormente, precisamos realizar uma discussão sobre o alinhamento com estas práticas e discursos, pois este exige um preço a ser pago. Ao mesmo tempo em que encontrar um diagnóstico, construir uma nova narrativa e receber mais atenção e cuidado do outro pode ser um alívio, também pode ser nossa prisão. Como discutimos antes com Dunker (2015; 2018), recebemos tais cuidados, atenção e um olhar mais compreensivo acerca de nossos limites, mas ao mesmo tempo, devemos nos submeter aos termos daquele que dita que em eu sou. Assim, em primeiro lugar, se somos diagnosticados, é esperado que cumpriremos o papel de pessoas que carregam consigo um adoecimento, e a ele nos remeter sempre que possível e necessário. Nossa vida passa a ser mediada pelos mesmos, e pelos limites que os mesmos impõem. Assim como afirma Turriani (2018, p. 67), à medida em que encarnamos os modelos diagnósticos, nossos trabalhos, linguagens, desejos e projetos passam a ser mediados através de nossas doenças.

Um segundo ponto seria a atitude constante de medicalização, arma poderosa da medicina, à qual, inevitavelmente, aparece como um dos principais termos destes discursos. Porém, vale ressaltar que, quanto ao uso das medicações, as experiências são diversas tanto em sua qualidade quanto aos seus impactos:

Não, não sentia necessidade de tomar remédio de nada [...]. Não, não senti não [melhoras com os remédios]. Eu não dormia não com eles. Com eles, eu não dormia, eu não conseguia comer, assim, eu comia muito pouco e eu me via nos espelhos do apartamento da minha irmã, bem grandes, e eu dizia “nossa Senhora, eu tô horrorosa!”. Eu não me sentia mais aquela Val, eu tava, eu acho que eu fiquei, meu peso sempre foi 48,50, 51 eu acho que eu fiquei com uns 38, 39, eu fiquei magrinha, as roupas, as calças... descia. Eu ficava “nossa!”, mas eu ia, levava ela pra praia, eu ia pra aniversário, eu ficava lá mas eu não ia dançar, eu ficava só lá olhando o povo, distante. Você tá no meio da multidão e você se sentindo só? Pois era eu. Eu achava que as pessoas tavam me olhando tudo assim “não, essa aí tá doida”, entendeu? O que passava era isso. Acho que... um tipo de psicose (Val).

Então assim, eu sempre perguntava, “não tem nenhum exame que eu possa fazer aí pra eu saber qual é o remédio que eu tenho que tomar? Isso aí na minha crise de fobia de remédio né, porque, Deus me livre tomar um remédio e, que ia me fazer mal. Até que, de algum, depois de um bom tempo tomando Rivotril [...] ele me convenceu a começar a tomar a Fluoxetina. Eu não tava pronta na época, sinceramente não tava porque eu ainda tava com fobia de remédio, eu ainda tava com todos os problemas, eu ainda tava, eu ainda não tava bem. Então o remédio, ele serviu muito pra me deixar mais mal ainda, então desde o primeiro dia que eu tomei, eu comecei a me sentir mal, e olha que eu começava com uma gota, entendeu? E tinha que chegar às 20 (Dani).

Foi como uma receita qualquer, com letra de doutor. Eu não sou doutor! Não explicou nada, eu olhei, perguntei e tal.... Não é? Aí, pronto, foi a mesma: “Ah, é

depressão. Tome isso aqui, é antidepressivo." Era... fluoxetina. Acabou comigo, essa fluoxetina. Me deixou, sei lá, estranho (Arthur).

Aí com o [psiquiatra] eu fiquei realmente disciplinado a tomar os medicamentos, e eu não posso negar que houve um certo equilíbrio na minha vida com os medicamentos num sei se foram, num sei se foram os medicamentos, mas algo aconteceu (Neto).

Porra eu tava tomando esse lítio né, tô tomando essa merda, e tem um mês e meio já. Nas primeiras duas semanas, foi massa porque eu tava dormindo – pra quem dormia quatro horas por dia, três horas por dia (quando dormia), eu tava dormindo nove horas da noite e acordando cinco da manhã, me sentindo muito bem porque fazia anos que eu não sabia o que era esse descanso, né? Pô, por um lado, muito bom. Depois desse final de semana, senti nada. E aí eu ficava muito muito triste, ainda. Porque o sentimento de melancolia né? Depressão maior, num olhar psiquiátrico, e ficava muito ansioso, sem ar e tal porque a porra do lítio me deixava bem né fisicamente, “ô, velho, tá acontecendo isso aqui”. Aí ele disse: “tudo bem, tá aqui Diazepam”. E aí você toma quando tiver em extrema necessidade. E aí isso é uma merda, velho, porque eu tenho uma história com abuso de drogas fodida. Comecei a fumar maconha com 14 anos de idade, com 19 comecei a fumar, já cheirei pó, já tomei doce, enfim, Ayhuasca, o inferno. E durante a turma ITA eu tomava ritalina (Trevor).

Eu fui num outro neurologista, novo [...]. E eu falei pra ele que eu tava dormindo, eu dormia muito, dormia 15/16 horas por dia. Ficava só deitado, eu tava com 150 quilos, não conseguia mais amarrar meu tênis, tava bem complicado já [...]. Aí ele falou assim: “a gente tá com uma medicação que tá sendo experimentada para pacientes com esclerose múltipla, que é para fadiga, que é para esclerose múltipla, que esse negócio de você estar dormindo muito é por conta do peso, mas pode ser por conta da esclerose. Então eu vou te dar esse remédio”, ele deu estravirgílio, aldafilia, que é um remédio para narcolepsia. E eu simplesmente do dia para noite, a primeira vez que eu tomei eu passei mais de 24 horas acordado limpando meu quarto. Foi como tirar a pessoa de dentro do buraco e jogar, assim. Foi da noite pro dia, com uma resposta imediata a medicação, eu comecei a fazer as coisas, eu comecei a ter energia para fazer as coisas. Era como se eu tivesse tomado, usado cocaína, usado... eu nunca usei a cocaína, mas enfim [...]. E aí eu nessa animação a minha mãe falou assim: “Vamos viajar?”, “Vamos, vamos pra onde?”, “Para Belém”, “Vamos”. Pois entramos no carro e fomos para Belém, nessa viagem.... De carro. Fomos para Belém e de Belém fomos para Marajó. Eu queria ter ficado lá, eu queria ter ficado lá. Foi uma... é, eu sou ateu, mas foi uma sensação a mais espiritual que eu tive, sabe? Eu tava nos primeiros meses da medicação, a gente foi passar o réveillon em Belém. Eu comecei a tomar a medicação um pouquinho antes do natal, aí eu fui fazer essa viagem (Pat).

Para Whitaker (2017), as drogas não têm, de fato, nenhuma pretensão de ser um tratamento etiológico das condições de sofrimento mental dos sujeitos. Na verdade, a teoria dos transtornos mentais calcada no desequilíbrio químico foi abraçada pelos psiquiatras por ter “preparado o terreno” para que eles se tornassem “médicos de verdade”. “Na medicina interna, os médicos dispunham de seus antibióticos, e agora os psiquiatras também poderiam ter suas pílulas ‘antidoença’” (WHITAKER, 2017, p. 91).

Este autor relata, ainda, que a Sociedade Norte-Americana de Medicina (AMA), ansiosa para estabelecer um lugar seguro para os médicos psiquiatras no mercado livre de

restrições, instituiu-os como os únicos profissionais capazes de realizar avaliações tanto a nível diagnóstico como a nível farmacológico quando em pauta a questão do adoecimento mental. Acreditavam que assim, estavam prestando um valioso serviço à população, ao mesmo em tempo que atendiam aos interesses financeiros de seus membros:

[...] porque suas avaliações dos medicamentos davam aos pacientes uma boa razão para consultar o médico. Munido de seu livro sobre medicamentos úteis, o médico podia receitar o que fosse apropriado. E foi esse *conhecimento*, em contraste com qualquer poder normativo autorizado pelo governo, que conferiu aos médicos o seu valor no mercado (em termos de darem acesso aos medicamentos) (WHITAKER, 2017, p. 70, grifo do autor).

Em um caminho próximo, Crary (2016, p. 64, grifo do autor) também discute sobre os efeitos das medicações e o interesse que subjaz a atividade contínua de prescrição das mesmas:

Uma das muitas associações entre uso de drogas psicotrópicas e instrumentos de comunicação está na produção de conformidade social. Enfatizar exclusivamente a docilidade e o apaziguamento, porém, seria ignorar as fantasias de ação e iniciativa que subjazem a ambos os mercados, ainda que centrados em diferentes categorias de produtos [...]. Da escala global dos mercados em questão e sua dependência nas ações coerentes ou previsíveis de grandes populações, só pode resultar uma uniformidade generalizada. Ela é obtida *não* pela criação de indivíduos semelhantes, como costumavam afirmar as teorias sobre a sociedade de massas, mas pela redução ou eliminação de diferenças, pelo estreitamento do espectro de comportamentos que pode funcionar de maneira eficiente ou bem-sucedida em grande parte dos contextos das instituições contemporâneas.

Fica-nos bem claro que as medicações não curam os sofrimentos das pessoas, pois não agem no elemento causador de toda a afecção. Tal elemento, na verdade, nunca foi encontrado, e o que mais comumente se defende é que não se trata de um elemento causador de todo um sofrimento, mas um conjunto dos mesmos numa conjuntura que combina aspectos pessoas e sociais, em contínuo processo inter-relacional.

Porém, não temos como negar que o uso das medicações pode, sim, ser *um* método de alívio para alguém que se encontra em um momento de sofrimento extremo. A questão se dá quando este vem como *o* método, único capaz de promover o devido manejo de uma condição de sofrimento. O que vimos, na verdade, foi a impossibilidade de lançarmos uma única avaliação, como um universal, quanto ao uso de medicamentos para todas as pessoas que delas, em algum momento de suas vidas e sob variadas circunstâncias, podem vir a fazer uso.

Como afirma Rose (2019, p. 4),

Embora ainda seja o caso de algumas pessoas, não apenas aquelas em hospitais psiquiátricos, mas também algumas que vivem na comunidade, serem compelidas ou obrigadas a tomar esses medicamentos, a maior parte não o faz apenas sob compulsão, mas porque acreditam que os medicamentos, de alguma forma, as ajudarão¹⁹.

Ainda segundo Rose (2019), vemos que muitas pessoas procuram um médico na expectativa de que, através de sua avaliação e a prescrição de medicamentos, obterão alívio e ajuda, o que pode até possibilitar a restauração de uma sensação de “normalidade”, para que possam, pelo menos por alguns momentos, se sentir como eles próprios novamente. Porém, é importante destacar que, mesmo diante disto, é fato que “[...] as drogas que temos hoje são, em quase todos os casos, não mais eficazes que aquelas de 40 anos atrás²⁰” (ROSE, 2019, p. 118), o que nos faz reforçar a ideia de que vejamos no mundo possibilidades, e não correntes que nos aprisionam por se pretender serem as únicas capazes de nos “salvar”.

De forma marcante, Rose (2019, p. 125-6) assinala:

Como estudos antropológicos demonstraram, a crença na eficácia da medicação como uma cura para a doença de um sujeito não é, de nenhuma forma, novidade: medicações são repletas de sentido para aqueles que as buscam e para aqueles que fazem uso delas (assim como para aqueles que as prescrevem); crenças culturais na eficácia dos remédios são generalizadas, tem uma longa história, e estão profundamente imersas nos modelos explanatórios de doença e cura mantidos pelos indivíduos (Sjaak van der Geest et al., 1996). Enquanto o argumento de que as drogas psiquiátricas funcionam, pelo menos em parte, através de um efeito placebo é usado corretamente na crítica de ensaios clínicos, o efeito placebo é real, e os efeitos de consumir qualquer droga – assim como qualquer comida ou bebida – envolvem inescapavelmente o fisiológico e o simbólico[...] Suas crenças e expectativas acerca das drogas que estão usando não podem ser simplesmente subtraídas para mostrar os “reais” efeitos da medicação; nem suas esperanças pelas drogas que os irão tratar, que aliviam o que os aflige, ou até curá-los, ser ridicularizadas como rasas ou como um desejo ideologicamente moldado por uma “solução rápida”. É claro, essas crenças, esperanças e expectativas são moldadas pela cultura – ou para ser mais preciso, pelas crenças em famílias e comunidades, pelas histórias que eles e outros contam de suas doenças e tratamento, por suas relações com a linguagem e explicações médicas e de outros especialistas, assim como de imagens e narrativas nas mídias de massa.²¹

¹⁹ “For while it is still the case of some people, not just this in psychiatric hospital but also some living in the community, are compelled or obliged to take such drugs, most do not do so under compulsion, but because they believe that they will, in some way, help”.

²⁰ (...) “the drugs we have today are, in most all cases, no more effective that those we had 40 years ago”.

²¹ “As anthropological studies have demonstrated, the believe in the efficacy of medication as a cure for one’s ills is by no means novel: medicines are full of meaning for those who seek them and those who take them (as well for those who prescribe them); cultural beliefs in the efficacy of medicine are widespread, have long history, and are deeply embedded in the explanatory models of illness and cure held by individuals (Sjaak van der Geest et al., 1996). While the argument that psychiatric drugs work, at least in part, through a ‘placebo’ effect is rightly used in the critique of clinical trials, the placebo effect is real, and the effects of consuming any drug – as with any food or drink – inescapably entangle the physiological and symbolic [...]. Their beliefs and their expectations about the drugs they are taking cannot simply be ‘subtracted’ from the Picture to show the ‘real’

Whitaker (2017) contribui para esta discussão ao questionar quando e como os medicamentos devem ser usados. Com isto, discute algo que citamos antes, quando afirmamos a necessidade de tornar explícitos os limites do campo psiquiátrico, como uma forma de empregar um trabalho mais honesto e cuidadoso com a população:

Os remédios podem aliviar sintomas a longo prazo e há pessoas que talvez se estabilizem bem com eles a longo prazo, de modo que, claramente, há um lugar para a medicação na caixa de ferramentas da psiquiatria. Entretanto, um paradigma de atendimento com o “melhor” uso requereria que a psiquiatria, a NAMI e o restante da ordem psiquiátrica estabelecida pensassem nos medicamentos de maneira cientificamente honesta e falassem francamente sobre eles com o público. A psiquiatria teria de reconhecer que as causas biológicas das doenças mentais continuam desconhecidas. Teria de admitir que os remédios, em vez de corrigirem desequilíbrios químicos no cérebro, perturbam o funcionamento normal das vias neurotransmissoras. Teria que parar de esconder os resultados a longo prazo. Se a psiquiatria o fizesse, poderia descobrir como usar os medicamentos de forma judiciosa e sensata, e todos na sociedade compreenderiam a necessidade de terapias alternativas, que não dependessem de remédios ou, pelo menos, minimizassem seu uso (WHITAKER, 2017, p. 341).

Há muito mais, ainda, a se entender em todas as relações que as pessoas estabelecem entre si, seus médicos, seus diagnósticos e as medicações envolvidas neste mesmo processo. Rose (2019) chega a fazer uma discussão também sobre um assunto polêmico, que diz respeito às internações de pessoas que se encontram em situação de sofrimento extremo e acabam por se tornar incapazes de vivenciar um cotidiano tranquilo:

Às vezes, uma admissão compulsória em um local seguro, por um curto período, para descanso e cuidado, mesmo quando as condições sejam distantes das ideais, junto a um curto prazo, até involuntário, de administração de medicações sedativas, pode ser uma forma de sair de uma condição individual de extrema angústia para retornar onde se possa fazer decisões ponderadas sobre a própria vida²² (ROSE, 2019, p. 175).

Embora saibamos o quão delicado é tratar deste ponto – pois em nossa realidade brasileira, é bem complicado falarmos de internações em instituições psiquiátricas, devido ao nosso próprio histórico de internações compulsórias e violentas – tal colocação nos faz lembrar da fala de Neto, que mesmo que tenha se sentido revoltado com a internação e,

effects of the medication; nor can their hopes for drugs that will treat them, ease what ails them, even cure them be derided as a shallow or ideologically moulded wish for a ‘quick fix’. Of course, these beliefs, hopes and expectations are shaped by the ‘culture’ – or to be more precise, by beliefs in families and communities, by the story they and others tell of their illness and treatments, by their relations with the language and explanations of medics and other experts, as well as by images and narratives in the mass media”.

²² “Sometimes, compulsory admission to a place of safety for a short period of respite and care, even where conditions are far from ideal, together with the short-term, even involuntary, administration of some sedative medication, can be a way of returning as an individual in such a state of extreme distress to a condition where they can make a thoughtful decisions about their own lives”.

principalmente, com o impedimento de ver a própria família, hoje, ao olhar para trás, reflete que a mesma talvez tenha “salvado sua vida”.

[...] eu já tava internado porque na época dava pra internar, é... hoje em dia dá, mas é mais difícil mas na época tinha clínica [nome da instituição]. Que era muito caro, mas felizmente minha família tinha/ainda tem um certo poder aquisitivo, é... e aí enfim. Me colocaram lá. É... na, eu lembro que eu fiquei indignado na época, eu fiquei assim com muita raiva, chutando parede, porque lá eu não podia ver a minha família, eu ficava só falando da [primeira namorada], tomava remédio o dia inteiro e uma ou duas vezes por, por dia o Dr. [psiquiatra responsável] ia lá conversar comigo e... enfim... Mas é porque fazia parte do tipo de protocolo que eles é... acreditam e tavam colocando em prática né [o fato de os pacientes não poderem ver a família] [...]. Na época eu fiquei com muita raiva, mas hoje pensando um pouco talvez tenha salvada a minha vida, não sei (Neto).

Por fim, um último elemento, neste ponto de reflexão, teve destaque. A grande diferença sentida pelas pessoas quando estas tiveram a oportunidade de receber um atendimento acolhedor, atencioso, para além de diagnósticos e medicações. Vejamos um pouco o que elas relatam:

Ela era daquelas que ela te escuta e ela, sério, e conversa com você, e [pergunta] o que é que você tá sentindo, o que é que você tá passando e eu disse pra ela: “olha eu tô na dose máxima do Lexapro e ele não vai 100%, e ela disse: “ó, Dani”. E foi a única que falou, que me falou, disse: “tenho o exame já, que você faz, que diz qual é o melhor remédio pra você [...] “Tudo bem, você vai fazer?” “Faço!” “Pois eu vou começar a pesquisar aqui!”. Aí ela, eu lembro dela me ligando no domingo: “Dani, desculpa tá te incomodando”, e eu disse: “Meu Deus do céu, achei minha...achei minha psiquiatra, achei! Achei! Achei!”. Ela disse: “eu achei! Esse exame tá sendo feito pela USP aqui, e aí agora é só 1300 reais”. Aí eu disse: “pode mandar tudo! Mande aí todas as informações” [...]. Eles mandam uma lista de todos os remédios, assim, uma tabela: os remédios 100% eficazes, os que têm efeito colateral e os que não são 100% eficazes, que não são metabolizados 100%. E lá tava o Lexapro na lista dos que não são metabolizados totalmente. E aquilo me dá um alívio que, eu não tava errada, que eu não tava errada que, na verdade, eu estava julgando de forma correta. Que a médica que não parou pra pensar que eu talvez estivesse falando a verdade, que não era a ansiedade falando. Aí a psiquiatra olhou assim: “é, você tá totalmente certa. O remédio tá aqui ó, o que você tá tomando, ele não funciona pro seu corpo [...] .[Médica psiquiatra]: “olha, vamos começar a baixar o Rivotril. Você tem que começar a perceber que você consegue fazer as coisas sozinha” (Dani).

Foi muito importante! [a terapia ocupacional] Porque eu voltei a... a misturar tinta tal, comecei a raciocinar e comecei a... Comecei a ficar mais, assim, sóbrio. “Ah, eu sei fazer isso!” e eu conseguia fazer (Arthur).

E assim, ele não mexeu no ensaio psicofarmacológico porque viu que tava estável, mas mudou algumas coisas, enfim...e o papo com ele é bem diferente é mais de igual pra igual, assim, ele fala comigo pelo whatsapp, é tranquilo e... ele não parece ter uma fé naquilo que ele tá, uma fé assim uma fé cega, pelo contrário, ele parece que tá me ouvindo, o que eu tô falando uma coisa que eu li etc. e tal, e tem uma vontade gradativa de tirar os medicamentos, tá tentando tirar, fazer os desmame mesmo e deixa muito claro em toda consulta a importância da análise, né. E outras coisas, do tipo física etc. e tal. Enfim, tô nele, tô tomando medicamento até hoje, todo dia, a

minha família fica muito querendo diagnóstico então as vezes vou lá e pergunto “e aí cara qual a tua suspeita não cara, talvez TDAH e talvez Boderline e tal” (risos), enfim. Ele não gosta realmente de dar um diagnóstico (Neto).

Falamos nesse ponto, e novamente, de *relação*. A grande diferença causada não foi somente pela expertise dos profissionais, pela busca do diagnóstico correto e pela receita do medicamento mais efetivo. Para além disso, havia uma relação interpessoal respeitosa, acolhedora e cuidadosa com as diferenças do outro, outro este que era visto como uma pessoa, e não como material de estudo. Como discutimos no ponto anterior, as relações podem nos adoecer, mas também nos *curam* de nossos maiores sofrimentos.

Portanto, vamos fechando as discussões deste ponto, mas destacando alguns entendimentos importantes que construímos ao longo de todas estas reflexões. Ficou-nos claro que o que chamamos de adoecimento mental é formado por um complexo conjunto de variáveis sociais, pessoais, culturais, econômicas etc. e os inúmeros efeitos que podem surgir a partir do momento em que todos estes elementos se cruzam, de diversas formas.

Rose (2019, p. 148) nos mostrou bem que “O diagnóstico categórico é inútil e epistemologicamente enganoso em sua crença em uma universalidade biológica subjacente, meramente dada em diferentes formas de expressão culturalmente moldadas”²³.

As condições sociais, em suas várias nuances, são, sim, pontos cruciais para se entender uma condição de dor, de sofrimento de uma pessoa, em seus vários sintomas. Contudo, não somente as condições sociais são importantes, mas também as várias formas como um sujeito percebe sua realidade, como a sente, como essa o afeta e como se relaciona com seus vários elementos. Diferente do que propõem, olhar para o sujeito não é apenas entender o que se passa com seu cérebro e nele intervir. Devemos, assim como discorre Rose (2019), criar abordagens colaborativas que coloquem

[...] cérebro de volta no organismo e o organismo – o humano – de volta no ambiente interpessoal, cultural e físico pelo qual ele é envolvido, no qual ele se desenvolve desde o momento de sua concepção, e não antes, e sem o qual não seria possível desenvolver suas funções mais básicas²⁴ (ROSE, 2019, p. 115).

²³ “Categorical diagnosis is unhelpful and epistemologically misleading in its belief in na underlying biological universality merely given diferente culturally shaped forms of expression”.

²⁴ “[...] top ut the brain back into the organism and the organism – the human – back into the personal, cultural and physical milieu for which it has envolved, in which it develops from the moment of conception, if not before, and without which it would be unable to perform the most basic of its functions”.

O que também apreendemos se trata da compreensão de que doenças são manifestações da vida, das relações entre múltiplos e diversos seres, e não entidades maiores que os seres humanos e que de nós se apossam à revelia de seu desejo. Assim como indicam Nascimento e Carvalho (2004, p. 13), “[...] a doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais que uma ideia, certo abstrato numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais”.

Consequentemente, manuais diagnósticos não são livros sagrados que contêm verdade indiscutíveis, mas apenas um “mapa provisório” (ROSE, 2019) de um território que revela os tipos de problemas com os quais os psiquiatras trabalham em seu dia-a-dia. “É um tipo de ‘guia rude’ que ajudará o médico a se orientar, talvez para ler no avião como aqueles outros ‘guias rudes’ tão adorados pelos turistas, mas melhor deixados de lado quando o sujeito está verdadeiramente no chão, ou seja, na clínica”²⁵ (ROSE, 2019, p. 70).

Isto orienta outras práticas, mais plurais, menos autoritárias e mais abertas à alteridade. Práticas que entendam que não se trata de fornecer às “[...] questões clínicas o estatuto de problemas autônomos, mas de reinscrevê-las no interior do sistema de circulação de valores que compõem as várias esferas da vida social como um sistema de implicação constante” (SAFATLE, 2018, p. 11).

Entendemos, ainda, que ao refletirmos sobre essas questões, não falamos de doenças mentais como se existissem por si. Compreendemos que

As doenças mentais não são nem *doenças*, no sentido de um processo mórbido natural, que se infiltra no cérebro dos indivíduos seguindo um curso inexorável e previsível; nem *mentais*, no sentido de uma deformação da personalidade adequada. As doenças mentais, ou melhor, seus sintomas, realizam possibilidades universais do sujeito, que se tornam coercitivamente particulares ou privativamente necessárias (DUNKER, 2018, p. 323, grifo do autor).

São, portanto, possibilidades e possibilidades vêm com experiências. Nossas experiências podem ser boas, agradáveis, como também podem ser difíceis de serem vividas. Por isso entendemos, acompanhando as discussões de Lima (2020), que essas pessoas não passaram por processos de doenças mentais, mas por *experiências de sofrimento*, que são reveladas ao serem traduzidas, reconhecidas e reduzidas a uma patologia de ordem individual, tornando-se “parte de um enquadramento (re)produtor de uma política de identidade [...] que atualiza e legitima a existência de um déficit do sujeito e o coloca frente à obrigação da

²⁵ “It is a kind of ‘rough guide’ that will help the practitioner get oriented, maybe to read on the plane like those other ‘rough guides’ so beloved of tourists, but best put to one side when one is actually on the ground, that is to say, in the clinic”.

autoadministração de sua “doença” por meio do consumo de terapias e medicamentos” (LIMA, 2020, p. 8).

E para fechar este ponto, terminamos com a discussão de Banzato e Pereira (2014, p. 42), que muito bem indicam que:

As ilusões sobre o triunfo das posições pluralistas, contudo, devem ser dissipadas, pois tudo parece indicar que o combate aos reducionismos ontológicos em psiquiatria seja uma tarefa interminável e que o exercício da clínica enquanto tal, com todas as vicissitudes e riscos que esta comporta, seja provavelmente a única abordagem de fato coerente com a complexidade do adoecer humano.

3.3 Diagnósticas de si

Neste momento, veremos como é possível desenvolver uma postura outra quanto às nossas experiências de sofrimento, para além do que foi discutido no ponto passado com os diagnósticos como uma forma de compreensão hegemônica. Junto com as pessoas as quais pudemos conhecer, buscaremos construir uma nova forma de olhar suas experiências, que será embasada em suas falas, em suas percepções, e não exclusivamente nas indicações repassadas por seus diagnósticos.

Entendemos que se autoneamar a partir de um quadro psiquiátrico indica uma disfunção na pessoa, enfraquecendo o processo de responsabilidade desta e o olhar mais amplo sobre os vários elementos que podem ter construído seu sofrimento (SILVA JÚNIOR, 2018). Portanto, ao considerarmos os diagnósticos que um dia receberam, lançaremos aos mesmos um olhar que os percebe dentro de seu contexto, buscando entendê-los não somente a partir das falas médicas, mas também das narrativas daqueles que os carregam em sua história e que revelam significados essenciais para o desenvolvimento de uma compreensão mais ampla. São estas narrativas, pois, que trazem “para a superfície do discurso o que está condensado em suas próprias categorias” (FACCHINETI, 2004, p. 298).

Não se trata aqui de dar voz às pessoas. Elas possuem condições de falar por si mesmas, suas narrativas são repletas de conteúdo a serem expressados, de conhecimento, sedentas por refletirem junto com outra pessoa que as vejam também como pessoas, e não como fontes de um material de estudo. Foi por isso que viajamos por suas histórias, em uma maior totalidade, e não somente por pontos específicos que revelariam uma relação interessada especificamente em objetivos que embasariam uma produção de conhecimentos. Assim como afirma Rose (2019, p. 152),

Pacientes tem que falar, tem que ser envolvidos, devem dar voz às suas experiências e às suas compreensões de suas próprias condições, como parte do processo de terapia e da produção de *'insight'* – este termo geralmente significando que o paciente aceitou a visão do médico do problema em questão. No entanto, ser requerido a falar não é necessariamente ser ouvido. “Dar voz” é, sem dúvida, algo bom, “desabafar”, ser capaz de falar sobre a própria experiência, dar testemunho. Mas é necessário mais do que “dar voz” para as palavras dos pacientes mentais, para que sejam ouvidos como outro, mais do que como sintomas a serem interpretados por quem sabe mais sobre o assunto do que o que o próprio emissor transmite.²⁶

Ao buscarmos estas pessoas para conhecê-las em profundidade, é claro que possuíamos objetivos em fazê-lo. Porém, buscamos pessoas, e não doenças mentais, não distúrbios psiquiátricos, pois o que realmente tínhamos como norte era conhecer em profundidade suas experiências, que em tantos momentos evocaram muito sofrimento.

Assim, pensamos em outras formas de se compreender a realidade, quem sabe até outras formas de diagnosticarmos. Como questiona Rose (2019, p. 93),

Como seria um sistema diagnóstico se ele não tivesse como foco as doenças como entidades e os marcadores neurobiológicos, mas nos padrões de capacidades, de dificuldades e de resiliência, os quais iriam ajudar a identificar os tipos de suporte que talvez os aliviassem ou mitigassem?²⁷

Por que não poderíamos, portanto, diagnosticar de forma crítica, trazendo à tona elementos que estão escondidos (ou que pelo menos tentamos esconder) para pensarmos em outras formas de funcionamento? Como discorre Dunker (2018), o radical *krinos* expressa, simultaneamente, expressões como “diagnóstico”, mas também origina a expressão “crítica”. É por esse caminho que iremos traçar nossa trilha de reflexão neste ponto.

Nas histórias visitadas, as pessoas nos falaram alguns destes pontos que permanecem obscuros, e que, pelo o que elas próprias sentiram, tinham estreita relação com suas experiências de sofrimento.

O primeiro ponto ao qual podemos, aqui, nos remeter, diz respeito às relações, que trazem opressão e insegurança. Estas relações podem advir tanto de um grupo menor, como o familiar.

²⁶ “Patients had to speak, had to be involved, had to give voice to the their experience and their understanding of their condition, as part of the process of therapy and the production of *'insight'* – this term usually meaning that the patient has accpeted the doctor’s view of the problem at hand. However, to be required to speak is not necessarily to be heard. It is no doubt good to ‘give voice’, to ‘get it off one’s chest’, to be able to speak out about one’s experiences, to be witness to them. But it requires more than ‘giving voice’ for the words of the mental patient to be heard as other than a symptom to be interpreted by someone who knows so much more about their meaning than the speaker does”.

²⁷ “What would a diagnostic system look like if it focused neither on disease entities nor on neurobiological markers, but on patterns of capabilities, impairment and resilience and which would thus help identify the kinds of support that might alleviate or mitigate them?”

Porque muito tempo que eu descobri que não era amor [o casamento], era apenas uma fuga que eu tive que eu não tinha condições de ficar na casa de meu pai, que eu pensava “se ele não me colocar pra fora porque eu sou filha, com certeza o meu filho ele não iria nem deixar eu criá-lo, e se eu criasse seria no regime dele” aí eu sentia! E como eu já passei as coisas, o regime de ser controlada, tudo no controle aí eu digo, pronto aí vai ser eu e o filho e aí? Aí eu, eu digo, eu digo vou nessa! Aí foi a fuga, o casamento foi fugida [...] (Val).

[...] mas minha história é um pouco mais complicada do que eu geralmente conto. Porque eu separei em duas situações, que eu tive em duas crises; eu tive uma crise na minha família, que é uma família altamente distante, nada emotiva, fria, que...pra mim, é até surreal você olhar pra sua mãe e dizer “eu tenho vontade de me matar todo dia” e sua mãe olhar pra sua cara e dizer “deixe de falar besteira!” e ignorar isso. Pra mim uma mãe normal no mínimo perguntaria “o que é que eu posso fazer?” E eu separei na segunda crise que eu tive, porque eu nunca, nunca passou completamente o que eu sentia. Eu sempre tive crise de ansiedade, sempre ficava com medo de qualquer coisa física, sempre ficava com medo de qualquer coisa com questão de pressão se...e é porque eu sempre tive pressão baixa (Dani).

Acho que na minha vida tudo começa na infância, né? Isso é porque nem falei do meu pai, nem falei da minha mãe, não falei da minha irmã (Arthur).

Num sei com quê, que ela [mãe] não compra nada e aí de repente você tá beirando àquela sensação de novo, sabe? De infância. De uma coisa que tem me perseguido durante algum tempo isso. De tá nesse limite, assim, nessa fronteira. E é desesperador isso. Eu acho que faz muito sentido agora usar uma porrada de droga, porque tem hora que fica muito difícil suportar, essa fronteira. Porque tô nela há quatro anos né?(Trevor).

No caso específico de Val, devido ao controle do pai, teve que fugir de casa, mas caiu na relação com um homem que a controlava mais ainda. As relações opressivas, algo do que fugia, parecia que a perseguiram e a maltratavam todos os dias de sua vida. A saída para seu sofrimento a gerou ainda mais sofrimento, pois o controle e a opressão exercidos pelo marido pareciam ser ainda piores que os de seu pai. Além disso, sofria muito com sua ausência como pai, e via os filhos sofrerem com o tratamento violento e desrespeitoso que recebiam continuamente.

Não que aquilo me engrandecia, porque eu sempre fui uma pessoa da parte humana, de ajudar [...]. Eu sempre fui essa pessoa destemida e forte, eu posso, eu faço. E o que incomodava Carlos, meu ex, era exatamente isso porque ele não, ele teve isso, ele cresceu, ele manipulou, ele cuidou, ele dominou mas ele não dominou essa daqui, porque eu nunca me ajoelhei como eu nunca me acho menor do que ninguém nem maior do que ninguém, entendeu? Porque é aquela coisa, você nem é tão rico que eu não posso receber e nem tão pobre que não possa dar [...].

[...] Ele dizia “você recebe todo mundo na sua casa! Aqui todo mundo anda, todo mundo vem encher a barriga!” [...]. Eu digo “é, você não gosta, Carlos, mas eu gosto. São meus familiares meus amigos e eu preciso deles de interagir, de compartilhar que eu sempre fui uma pessoa muito comunicativa, alegre” [...].

[...] É a falta de respeito, a falta de amor, principalmente a presença, porque não foi pai [...] tudo recai na mãe, tudo a mãe absorve, tudo, tudo dos filhos, ela dá a cara a tapa, ela dá a última gota de sangue. Mãe é mãe (Val).

Em Dani, as palavras de sua mãe, parece-nos, foram cravadas profundamente. A relação com a mãe sempre foi muito impactante em sua vida. Embora Dani parecesse nutrir profundo afeto na mãe, a mesma não conseguia retribuí-la de forma amorosa, cuidadosa, acolhedora com suas diferenças. Pelo contrário, colocava a filha em situações de chantagem emocional, críticas e exigências constantes.

Arthur teve uma vida com muitos sofrimentos, como vimos anteriormente. Pobreza, más condições de moradia, relacionamento familiar conturbado, abuso sexual, preconceitos, *bullying*, opressões, falta de perspectiva. Tudo isso se fazia presente em vários momentos, trazendo sensações de angústia intensa.

Estas relações, para além de grupos mais específicos, podem vir também de grupos maiores, como aquilo que chamamos, genericamente, de sociedade. Esta, não somente exige dos indivíduos padrões e normativas, como também frustram, oprimem seus desejos e inviabilizam a concretização dos mesmos.

Só que as pessoas me julgam, mas elas não sabem... percebo um julgamento, principalmente em [cidade natal], que é uma cidade machista, racista, homofóbica e todas as coisas ruins que você pode imaginar é a sociedade do interior do [estado] com 40.000 habitantes, mas as pessoas não sabem que se eu tenho tudo isso é porque eu passei muito tempo como se, foram anos perdidos da minha vida. Perdidos no sentido que minha vida parou de caminhar nesses progressos que as pessoas esperam da vida de uma pessoa normal dentro dos padrões. Que é começar a estudar, começar a trabalhar e fazer uma especialização, alguma coisa (Pat).

E eu fiquei frustrado, uma vez, que o colégio promoveu, que ele sempre promovia: "[...] vamos pro Planeta Xuxa", aí pronto. Planeta Xuxa, né? "Nossa, tô dentro, vou com a camiseta!" Aí fui com a camiseta e tudo. Chegou lá, o homem disse que foi uma hora antes do combinado. E foi embora. E aí eu fiquei frustrado. Porque era a chance de eu ver aquilo de verdade, se era real, né? Aquela minha ilusão, aquela minha fantasia, tudo foi por água abaixo [...]. Perdi a chance, né? Aí fiquei frustrado, aí fiquei com isso na minha mente, na minha memória, e eu falei "não, eu tenho que ser artista, tenho que chegar perto dela, trabalhar com ela, ser fã e tudo", e aí chegou uma época que eu surtei. Isso foi anos, anos e anos pensando. Mas aí eu vivendo minha vida, namorando, indo pra boate, vivendo minha vida, mas sempre com aquela ideia "vou conhecer a Xuxa, vou conhecer a Xuxa" [...]. [...] Sou uma pessoa que sou artista e não sou. Sabe? Eu... sou feliz e por outro lado não sou (Arthur).

Tipo, eu não conseguia lidar com o não. Tem vários aspectos aí, né? Que é desde aspectos culturais, machismo, com aspectos da minha história de vida também (Neto).

Com o tempo, vivendo diante de tantas relações que não os permitiam se desenvolver, ao menos conhecerem melhor suas preferências, limites e anseios, vivenciam os efeitos disto, com muito sofrimento. Sentiam-se, então, isolados, inseguros, e isso atingia sua autoestima, os cuidados com o corpo e com a própria imagem, assim como os próprios

processos mais gerais de confiança e segurança em si mesmos e no outro, ou até situações de surto que marcavam uma desorganização maior.

Foi, começou da angústia de não contar pro meu pai de tá reprovando na faculdade, acho que começou disso, e passando pela bebedeira e o ganho de peso [...]. Até fisicamente eu cansava mais fácil, eu tava sempre de ressaca, então é... e teve essa mudança do apartamento também, eu parei de pegar sol, em [cidade], você tem que prezar se você tem pouca umidade. E eu lembro desse apartamento como uma concha assim, eu ia me enfiando lá dentro. Saía pra beber, quando eu saía, nesse momento as meninas desapareceram da minha vida assim, tiveram uma ou duas que eu fiquei assim, e sempre foi uma preocupação assim, sempre a questão de me relacionar, é, sempre me preocupou assim, não era uma coisa que eu encarava de boa, "tô solteiro, tô sozinho, tô de boa" (Pat).

Isso perdeu até meus vinte e tantos anos, qualquer relacionamento que eu tive foi, eu tenho até certo arrependimento disso, foi abusivo da minha parte porque eu sempre dizia do nada "ó, eu quero terminar!", porque eu sempre precisava daquela pessoa dizendo pra mim que precisava de mim, que precisava que eu tivesse do lado dela, que me amava demais, que num... até cada um chegar no seu limite, porque cada um tem seu limite e eu entrava em desespero, mas sempre foi assim, sempre foi... É, e meio que confirmava todos os meus medos de que a pessoa não tava do meu lado e eu sempre, foi desde muito cedo isso, desde hum...eu lembro de, talvez com 11 anos, tendo problema com amigos por causa disso porque eu não conseguia ser amigável com as pessoas, eu não conseguia ter um, porque eu achava que ninguém gostava de mim, eu tinha na minha cabeça que ninguém gosta de mim, então até hoje é muito difícil. Então, e eu tenho que me preocupar com tudo que as pessoas pensam de mim, não posso expressar o que é que eu acho (Dani).

Aí, tudo bem, com a morte de papai, com a saída de mamãe, os conflito da empresa, eu sem carro, sem casa, sem dinheiro, sem nada, me achando feia não tinha dinheiro mais pra comprar roupa bonita nem sapato, aí foi me afastando das pessoa das amiga. Quando as pessoas chegavam, eu tinha vergonha de me apresentar. Num era porque eu tava louca, era a autoestima... muito baixa, eu num conseguia porque eu sempre fui uma mulher que andava perfumada, usava perfume francês, roupa, sapato, não era que eu era ligada à grife mas eu andava arrumada, sempre fui uma pessoa elegante (Val).

Aí, foi uma loucura! Cê não conseguir dormir, o tempo não passar, você ligar a televisão e tá lá aquela pessoa e tá falando com você... Cê não sabe o que é isso? Tipo como se "Quê? Aquele pastor tá falando comigo?", sabe? Como se aquele pastor tivesse muncumunado com o universo negativo, pra poder me destruir... "Vamos dormir agora, você vai dormir no CAPS, vai beber essa água e dessa água vai ter a cura", aí já pensava na cura, sabe? Aí eu fazia aquilo, tentando dormir, minha mãe me acariciava minha cabeça e eu começava a ver que minha mãe era do mal, sabe? E começava a dormir, e no que começava a dormir, dava medo de dormir, porque eu sonhava que eu ficava no meio do Universo vagando e ia ser uma nova criatura, eu ia... daqui a pouco eu era do mal, eu era do bem, não sei se tava lúcido, se tava lúdico... Enfim, foi uma mistura, foi uma viagem muito doida, assim, eu surtado. Não queira nunca surtar. ...porque você mexe com coisas que cê não... não quer mexer, você não quer isso mesmo, sabe? É uma loucura! (Arthur).

Aí, enfim. Esse acontecimento ele teve um papel em como eu por exemplo chegava nas mulheres, por exemplo. Eu lembro muito bem que quando eu tinha, comecei a me interessar pelas mulheres assim aos dezesseis anos, quinze, [... eu acho que eu tinha – ficava com medo de machucar, então acho que isso realmente teve influência, e, ah... a relação sexual fosse realmente uma coisa muito complicado na minha cabeça naquela época (Neto).

De confiar, se liga? Confiar é difícil pra caralho (Trevor).

Percebemos que todos eles conseguiam elencar bem o que os fazia sofrer: atitudes controladoras, relações de opressão, a sensação de estar presa, não poder cuidar de si e de sua própria imagem, a sensação de não poder interagir com as pessoas de forma espontânea, prevendo sempre um abandono, não poder realizar os próprios desejos.

Intimamente relacionado a isto, destacamos outro ponto que vemos também como um possível elemento opressor e causador de muitas experiências de sofrimento: a exigência de performance social. Ao falarem das exigências, do controle que sofriam, falam também das expectativas que eram construídas a partir de suas existências e oprimiam suas manifestações mais espontâneas de seus desejos e limites. Neto vivenciou isto muito de perto, o que chegou a nomear como “fantasma da performance”. Essa questão, que carregava muito intensamente em si, se desdobrava em vários momentos de sua vida. Parecia entender que, para ser aceito, deveria atender às expectativas sociais. Portanto, buscava ser médico igual ao pai:

Na verdade, assim, a pontuação para a [curso atual] eu sempre tinha, porque eu não passava pra medicina, mas eu passava em quase todas as outras, mas eu não tinha a coragem de cursar [curso atual] porque ficava na história – tem a ver muito com meu pai também tinha a história dele ser médico, acho que havia uma questão forte aí [...] (Neto).

Depois que desistiu da ideia de seguir os mesmos passos profissionais do pai, e se permitiu fazer outro curso, que mais o interessava, exigia-se ser o melhor aluno.

Essa questão do estudo, ela ainda não é, assim, um hábito diário, entendeu? Foi um impacto muito grande sair de uma rotina assim em que eu não fazia nada entre aspas, pra uma rotina em que no primeiro semestre tinha cinco mil páginas, e no terceiro foram sete mil, ops segundo foram sete mil, tá entendendo? Então um ritmo de estudo e de leitura que eu não tava acostumado, e aí fiquei frustrado por não conseguir, é, ler os textos e na hora da prova fiquei com muita ansiedade porque: “mermão eles vão ver que na verdade eu sou uma fraude”, tendeu? (Neto).

Além disso, quando entrou em sofrimento profundo e decidiu buscar um psiquiatra para auxiliá-lo, também exigia que fosse o melhor profissional da cidade, o que percebeu depois que estava intimamente ligado às próprias questões de performance.

Aí invocado porque eu – acaba que o discurso do sucesso, né, fica também no psiquiatra, é como se eu quisesse pegar um pouquinho daquele sucesso pra mim, de alguma forma, entendeu? É, tipo que também era muito ligado a performance né...? (Neto).

Compartilhando estas sensações, Pat relatou, também, experiências ligadas às exigências de performance.

Eu passei do prodígio, digamos assim, eu era o melhor da turma, no ensino médio, passei na federal em engenharia química, pra meio que, pra decepção assim, sabe? Tipo, todo mundo apostava em mim. Todo mundo ali saindo pra ir pro... Quem vai se dar bem na vida? Daqui, o Pat vai se dar bem na vida. Tem tudo para se dar bem na vida. Aí eu fui frustrando todo mundo. Tipo hoje, a imagem que eu passo, hoje, é outra [...].

[...] Eu gostava de química, eu sempre tive facilidade em todas as disciplinas, então matemática, química. Eu acho que era mais pelo status do engenheiro, “quero ser engenheiro”, era bonito falar que queria ser engenheiro e tal (Pat).

É inegável que vivemos em um mundo de performances, que exige de nós comportamentos, atitudes e desempenhos padronizados, arbitrariamente determinados por múltiplos atores sociais, e que condicionam nossas possibilidades de reconhecimento. Isso pode, sim, ser tão forte a ponto de nos adoecer. Porém, isto não tem relação apenas com o reconhecimento de uma forma a ser afirmado pelo outro objetivamente, mas quando falamos de reconhecimento, falamos também de afetos.

Nesse sentido, ao ser perguntado se havia ligação entre as crises, Neto responde que sim, que as crises estão sempre ligadas às questões afetivas, e os diagnósticos, ligados à questão do rendimento nos vestibulares. Parecemos entender que, caso não cumpramos com as normativas exigidas, seremos renegados ao isolamento, à negação da condição de sujeito social integrado aos circuitos vigentes, o que pode chegar a simbolizar, como também discutimos anteriormente, uma morte simbólica para a pessoa que a vive. Neste momento, a psiquiatria arranjou uma importante brecha, pois percebendo um mundo com muitas exigências de performance, ao mesmo tempo também viu que as pessoas não conseguiam acompanhá-las, entrando em profundo sofrimento, que podia configurar um mercado promissor. Sobre isto, Rodrigues (2003) discute:

Vive-se a era da dúvida, do questionamento de verdades e da fragmentação; a ameaça do desemprego, por exemplo, está continuamente presente, exigindo a cada dia uma habilidade diferente para que se tenha, ao menos, alguma esperança de se manter um espaço já alcançado - exige-se a todo o instante a superação, a urgência, a excelência. A formação contínua passa a ser uma necessidade imperiosa; todos os convites são para que sejamos super-homens, criaturas sem limites e necessidades. Neste contexto, surgem os especialistas com os seus recursos técnicos, que, ao invés do homem insuficiente das religiões do passado, irão ter em mente um homem cujas capacidades são ilimitadas, cabendo a eles ou desenvolvê-las ou corrigir as disfunções que impedem a sua manifestação (RODRIGUES, 2003, p. 16).

Adentramos, portanto, um mundo competitivo, individualista e que visa lucros, onde ao mesmo tempo em que garante possibilidades para todos, mostra uma realidade completamente contrária que exclui pessoas que não se adequam devidamente aos seus termos. Em alguns casos, mesmo com a completa adequação aos termos, não existe espaço

para todos, o que gera, inevitavelmente, uma exclusão. Eis o paradoxo de nossos tempos neoliberais:

Ou seja, muitos argumentam que a psiquiatria hoje, com o número crescente de diagnósticos dos indivíduos com desordens psiquiátricas, mascara a origem de tais desordens das práticas políticas associadas ao neoliberalismo: a glorificação dos mercados, competição, individualismo, responsabilidade pessoal e auto-aperfeiçoamento [sic] através do empreendedorismo individual no mundo do trabalho²⁸ (ROSE, 2019, p. 20-1).

Ditamos, então, como os sujeitos devem ser para que consigam o tão almejado reconhecimento social, através do qual serão vistos como capazes de julgar sua realidade devidamente, e participar de forma mais “plena” da vida social (SAFATLE, 2018). Não importa o que cada sujeito vive, não importa suas condições econômicas, sociais, psicológicas, culturais. O que importa é que consigam se encaixar, que consigam se adaptar às normas, sendo que, caso isto não aconteça, já se deve ter à espreita que consequências não desejadas apareçam. Não por acaso Dani entra em pânico, Arthur surta, Neto tem crises de ansiedade, Pat, Val e Trevor se deprimem. Não conseguem se adaptar, por mais que tentem, por mais que anulem seus próprios desejos em prol das normativas que, um dia, disseram-lhes que deveriam seguir.

Estas pessoas nos mostram, portanto, de forma bem clara que “[...] as grandes narrativas de uma cultura, seus ideais, suas exigências morais, podem fazer adoecer na medida em que estabelecem relações deficitárias dos seus sujeitos com a verdade de sua história e de seu desejo” (SILVA JÚNIOR, 2018, p. 50).

Discutimos, portanto, a necessidade de uma atitude que não define a vida, em uma forma rígida em que os modos singulares de ser, com seus atos e processos são entendidos como meros fatos. Que entendamos a vida humana como *possibilidade*, sempre como potência, na qual

Comportamentos e formas do viver humano não são prescritos por uma vocação biológica específica nem atribuídos por uma necessidade qualquer, mas, por mais ordinários, repetidos e socialmente obrigatórios, conservam sempre o caráter de uma possibilidade, isto é, colocam sempre em jogo o próprio viver. Por isso [...] o homem é o único ser em cujo o viver está sempre em jogo a felicidade, cuja vida é irremediável e dolorosamente destinada à felicidade. Porém isso constitui imediatamente a forma-de-vida como vida política (AGAMBEN, 2015, p. 14).

²⁸ “That is to say, many argue that psychiatry today, in diagnosing increasing numbers of individuals with psychiatric disorders, masks the origin of those disorders in the political practices associated with neoliberalism: the celebration of markets, competition, individualism, personal responsibility and self-improvement through individual entrepreneurship in the world of work”.

A forma de vida imposta, rígida e fatídica, como por vezes pode aparecer nas práticas médicas diagnósticas, despolitiza os sujeitos, furtando-os de suas potências como formas políticas, criativas e implicadas de se estar no mundo. Podem, também, furtar-lhes da responsabilidade quantos aos próprios processos, que os permite fazer suas escolhas e responsabilizar-se por seus efeitos. Oferecem, portanto, uma moldura (BUTLER, 2010), que direciona o olhar e força uma interpretação sobre determinadas experiências das pessoas, assim como normatiza as atitudes que devem ser seguidas por aqueles que se encontram dentro dos enquadramentos de tais molduras.

A questão, porém, assim como indica Butler (2010), é que sempre algo irá ultrapassar as molduras impostas, “algo acontece que não se ajusta à nossa compreensão estabelecida das coisas” (BUTLER, 2010, p. 24). Portanto, somos continuamente enquadrados, mas esses enquadramentos, por sua vez, também continuamente se rompem.

O enquadramento rompe consigo mesmo a fim de reproduzir-se, e sua reprodução torna-se o local em que uma ruptura politicamente significativa é possível. Portanto, o enquadramento funciona normativamente, mas pode, dependendo do modo específico de circulação, colocar certos campos de normatividade em questão. Esses enquadramentos estruturam modos de reconhecimento, especialmente durante os tempos de guerra, mas seus limites e sua contingência também ficam sujeitos à exposição e à intervenção crítica (BUTLER, 2010, p. 44).

Para além dos enquadramentos, o que vimos na história destas pessoas foram, justamente, as rupturas, onde puderam colocar-se ativamente, narrarem sobre si e lançarem projetos. E isto foi feito, sempre considerando o meio que as circundava, as relações que mantinham, as possibilidades e as impossibilidades que em suas vidas se faziam presentes, num caminho que nunca é unilateral.

Devemos olhar, portanto, para os múltiplos cruzamentos, pois é no *entre* que a vida acontece. É no cruzamento entre nós e o mundo que possibilidades surgem, trazendo novidades, rupturas e possibilidades de intervenções críticas nas realidades. E isto feito nunca de forma isolada. Se quisermos trabalhar, portanto, o que chamamos de adoecimento mental na atualidade, precisamos, por conseguinte, entendê-los como experiência de sofrimento que acontece nos “entres” da vida, em relação.

As ciências médicas, e ousamos dizer que também muitos ramos da grande área da saúde, ainda não conseguiram alcançar este ponto, responsabilizando elementos de forma isolada. Porém, o que percebemos aqui é que as pessoas que visitamos já conseguem alcançar estes pontos, quando olham para suas vidas e percebem os múltiplos fatores implicados em

suas manifestações e expressões. Além disso, tentam superar os discursos que ditam formas de vida padronizadas, como por exemplo, vemos na fala de Arthur:

Hoje já vivo pra tomar remédio, comer e dormir. Mas pode ser que mês que vem eu já esteja totalmente diferente, entendeu? Na folia, assim, se der, se acender uma chama aqui, eu... começo a misturar religião com televisão, e daqui a pouco tô pulando por aí como um palhaço, dançando, emagrecendo, e trocando de roupa, fazendo estripulia (Arthur).

A estabilidade, algo tão exigido de todos nós a todo o momento, passou a não ser mais uma preocupação para Arthur. Vive de forma mais fluida, entendendo os cuidados que deve ter consigo, mas se permitindo não andar em uma linha reta a todo o momento. Depois de um tempo, entendeu o quanto falar da Xuxa é falar de sua própria história, pois não fala da personagem em isolado, mas de uma forma de estar no mundo que diminuía, mesmo que minimamente, a dureza de uma vida sofrida e precária. Seus surtos que traziam a Xuxa como conteúdo, traziam na verdade expressões de sofrimento quanto a esta vida. Porém, para aqueles que viam de fora, imersos na gramática médica do sofrimento, viam apenas alguém louco, em surto.

Para Ciampa (2005, p. 163), a loucura, diferente do que se mais comumente pensa, pode ser “o esforço de criação de um novo universo – louco porque singular, não compartilhado – consequentemente *fuga de uma realidade: a realidade cotidiana*”. Isso é claro nas expressões de Arthur, que eram traduzidas como surtos. Falar dos surtos como expressões não é falar, porém, que estes são bons ou prazerosos. Na verdade, revelam a dor extrema a ponto de desorganizar o sujeito por completo, transmitindo uma linguagem não acessível por estar além das gramáticas do sofrimento compartilhadas.

Além disto, todo o seu sofrimento cotidiano vinha em conjunto com interdições da realização do sonho não somente de conhecer a Xuxa, mas como também de poder autorrealizar-se como artista, de viver um mundo com um pouco mais de magia como sempre desejou, desde sua infância. Hoje sabe claramente que: “*é complicado. Mexer com um sonho da pessoa*” (Arthur).

Sim, Arthur. É muito complicado, e é uma pena que não levemos isso mais a sério. Nossos sonhos são tão importantes quanto nossa realidade concreta, e a partir deles também nos construímos. Infelizmente, por tantas vezes desconsideramos isto, e impomos ao outro um funcionamento performático embasado em compreensões rígidas da vida; que precisa estar dentro de uma perspectiva objetiva e lógica, supervalorizando as determinidades

da positividade, de forma que somos, em conjunto, mais do mesmo, sem alteridade, sem diferenças.

Nossos sonhos, contudo, são aquilo que consiste em nosso negativo, a indeterminação criativa que nos faz ser mais, que nos faz ser outros. Não que esta atitude deva cindir com a realidade e com as impossibilidades inerentes a ela, em pura cor e sem formas, mas percebendo nela formas outras de sermos criativos, e não somente seres reprodutivos que devem ter como principal objetivo a manutenção de um sistema já posto.

Segundo Agamben (2017), é uma marca forte em nossos tempos ditos modernos a busca pelo homem da razão, capaz de regular a vida.

Enquanto pertencente a mais profunda intenção da filosofia antiga [...] a tese que coloca na ideia (ou em Deus) o princípio do conhecimento, a filosofia e a ciência moderna, a partir de Descartes, procuraram, por sua vez, garantir a unidade do conhecimento através da ficção de um *ego cogito*, de um *Eu*, que, como pura autoconsciência, se afirma como sujeito único do saber. Mas é precisamente esse sujeito do saber que o mais recente desenvolvimento das ciências humanas veio a colocar em questão (AGAMBEN, 2017, p. 56, grifos do autor).

Porém, mesmo que tracemos esta busca constantemente, há algo mais que transcende a razão, que quebra com formas lógicas e matemáticas e que se faz não passível de explicação, ampliando nosso olhar para possibilidades de construção de novas hipóteses, e isto em nossa vida mais cotidiana. Agamben (2017) exemplifica isto discutindo sobre o gosto, como um dos saberes outros, por não estabelecer um lugar consolidado na razão científica que modula o pensamento moderno e por não fundar sua autonomia ao lado do conhecimento intelectual. Crary (2017) também discute sobre isto, quando afirma que nossos sono e sonhos são aquelas dimensões que não foram capturadas, e por isso nos revelam tantos mistérios:

A capacidade imaginativa do sonhador foi implacavelmente erodida, e o papel do visionário foi reservado a uma minoria tolerada de poetas, artistas e loucos. A modernização não poderia prosseguir num mundo povoado por uma massa de indivíduos convencidos do valor ou potência de suas próprias visões internas (CRARY, 2017, p. 115).

Estes saberes fazem parte de nossas vidas, e devem, sim, ter seu lugar de importância, principalmente quando nosso trabalho envolve a vida humana em suas diversas formas de expressão.

Um tal saber, no qual viria a suturar-se a cisão metafísica entre sensível e inteligível, é, de fato, um saber que o sujeito propriamente não sabe, porque não pode dar a sua razão, um sentido faltante ou excessivo, que se situa na interferência entre conhecimento e prazer (daí a sua designação metafórica com o nome do sentido

mais opaco), cuja falta ou cujo excesso definem porém de modo essencial o estatuto da ciência (entendida como saber que se sabe, do qual se pode dar razão e que pode por isso ser apreendido e transmitido) e o estatuto do prazer (entendido como um ter sobre o qual não se pode fundar um saber) (AGAMBEN, 2017, p. 44).

Refletimos, com isso, que da mesma forma que o gosto, da mesma forma que os sonhos, nossas expressões intensas de sofrimento, nomeadas de depressão, de surtos, de crises de pânico, revelam-nos saberes outros, que talvez não tenham ainda conseguido desenvolver múltiplas percepções e saberes por ainda estarmos tentando submetê-los a uma racionalidade instrumentalizada da realidade.

Quanto a isto, Dani relata:

Poxa, a teoria é perfeita! A teoria é maravilhosa, mas no momento que tem alguém te julgando, a tua mente te leva de volta pro momento que a tua mãe tava te julgando também. Então no momento que não tô sendo perfeita, no momento que você não tá fazendo um trabalho perfeito, sendo perfeita, com tudo perfeito, na minha cabeça as pessoas não estão gostando de mim, vão então me detestar, como minha mãe fazia (Dani).

Essa fala retrata bem como podemos cair em armadilhas, caso priorizemos técnicas ou teorias, em vez de nos aproximar dos sentidos expressados pelo outro. Ao vivermos, expressamos aquilo que há de mais marcante em nós, e que diz respeito à nossa história, nossas escolhas de vida, nossas percepções da realidade. Portanto, ao falarmos de nosso sofrimento, não partimos de uma equação racionalizada em elementos objetivos, mas falamos da alteridade, de nossos processos de expectativa, nossos medos e angústias.

Teorizar não deixar de ser importante, mas é fundamental que tenhamos a clareza dos limites desta prática, que podem ser importantes *mediadoras* de nossa realidade, mas nunca saberes que ditam regras universais e que se adequarão a quaisquer vivências, em quaisquer culturas e sociedades.

Dando destaque a estas narrativas onde as pessoas expressam com clareza o que entendem dos processos que vivenciaram, chegamos a um outro ponto: os diagnósticos. Quanto a estes, relatam:

[...] só que minha depressão não foi a parte neurológica de ficar louca não, eu apenas me reservei, eu não queria conversar. Porque eu digo, "se cada pessoa que chegar aqui eu contar meu problema, não vai resolver quem é que ia me dar minha casa de volta? Quem é que ia me dar meu carro? [...]. Eu nem sabia explicar, eu nem sabia [a depressão]! Eu só sabia que eu tinha passado muito conflito, muito impacto, emoções, preocupações e absorvia as coisas dele com meus filho. Não aceitava o comportamento dele, queria mudá-lo e não [...]. Eu tava sendo era psiquiatra, psicóloga... que eu não consegui mudá-lo, não só ele como teve gente da

família despreparado que não me entenderam e não souberam compreender o meu drama (Val).

Eu não lembro como depressão, assim sabe, não tinha esse nome na minha cabeça ainda, isso não passava [...].

[...] eu fiquei muito contente de tá doente. Eu fiquei muito contente de tá doente. Era, foi uma coisa, assim, agora eu posso falar pras pessoas, eu tinha uma justificativa muito grande pra ter reprovado na faculdade, pra ter ficado de cama ou então enfurnado dentro de casa durante dois anos (Pat).

Quando eu tô dormindo, não. Realmente quando eu tô dormindo, não, porque eu peguei agora uma coisa que até meu marido tava falando; eu acho que a questão de eu tá dormindo e eu acordar não tem muito a ver com a crise em si, eu acho que eu acordo e eu tenho, a minha mente tem as lembranças de quando eu acordava tendo crise, então eu não acordo com a ansiedade, a ansiedade, ela vai aumentando exatamente porque eu acordei. Então, eu acordei, acordei meio esperta, sem sono, quatro horas da manhã, mas eu não tô no meio de uma crise, dez minutos depois eu vou ter que tá tomando remédio [...]. Mas as crises que eu tenho agora, por exemplo, sem ser dormindo tem muito a ver com o coração ainda (Dani).

E diagnóstico também, tipo assim, é o mais grave, não tem jeito mais. Só matando, tendeu? [...]. Porque assim eu parto do princípio que aqui a galera é da psicologia, né? Se aqui nós não conseguimos lidar com essas questões, independente se um diagnóstico é uma questão de estatística, ou não, mas é um rótulo. (Neto).

Eu falei pro, pro psiquiatra né “velho, dá pra se matar tomar essa porra aí, eu não me mato porque eu não tenho força, é, fico na cama prostrado”. Tá certo. E aí eu tô tomando lítio, aí nas primeiras semanas foi ok, pelo menos com euforia, aí diagnóstico, né, eu acho que se encaixa (Trevor).

Para Val, estar louca, com uma doença neurológica, não fazia sentido. Sabia bem os elementos que a haviam entristecido, e entendia que não estava bem. Porém, isso era completamente diferente de estar com uma doença.

Para Pat, o diagnóstico de depressão não fez sentido, em vários momentos. Não se sentia em depressão, mas sentia o peso de muitos acontecimentos, de muitas cobranças e exigências e a tristeza de se perceber uma pessoa que não conseguia acompanhá-las. Porém, ter outro diagnóstico, o de esclerose múltipla, já foi algo bem mais interessante para ele. Com ele, teria suas justificativas e poderia circular novamente nos circuitos de reconhecimento que o envolviam.

Para Dani, as crises de pânico tinham todo um contexto. Elas não vinham por si, mas vinham com as percepções deixadas pelas experiências que já havia experimentado, e pareciam mais como uma resposta aos medos muito intensos que a acompanhavam do que como algo que a acometia para além de qualquer interferência ou elemento concernente à sua vida.

Em Neto, o diagnóstico parecia adentrar sua vida como uma tatuagem, algo do qual não poderia se livrar e que estaria estampado em sua carne para quem quisesse ver. Para

se livrar dele, somente com a morte, como ele afirmou. Além disso, consistia num rótulo, que limitava os sujeitos e trazia, inevitavelmente, práticas de estigmatizações.

E para Trevor, vemos uma atuação significativa do diagnóstico, que embora o incomodasse muito (por ter ligação com o diagnóstico da avó, da qual tinha uma avaliação muito negativa) também o serviu de explicação, de forma de cuidado, assim como possibilidade de proteção.

A proteção que viu como necessária vinha, em grande parte, das próprias relações que estabeleceu em sua vida. Desde sua infância, as relações interpessoais pareciam ser algo muito importante para ele, e, sobre elas, ele parecia criar expectativas. Porém, por motivos vários, essas relações o decepcionaram, machucaram, e, segundo seus relatos, fizeram-no passar muito fome, tanto simbólica quanto concreta. Diante de tanto sofrimento, precisou de “escudos”, para sua própria proteção.

Um diagnóstico, portanto, diferente do que os manuais pretendem, não se tratam de algo neutro, meramente descritivo, sem sentidos e símbolos agregados, mas pelo contrário, é repleto de significação. Estes podem trazer possibilidades, assim como também podem interditar qualquer possibilidade. Podem ser escudos de proteção, mas também podem pesar muito nas mãos de uma determinada pessoa, que buscará se livrar dele o quanto antes. Podem explicar sofrimentos, e trazer possibilidade de compreensão e tratamento. Assim como podem trazer métodos de intervenção que muito incomodam as pessoas, que podem se sentir piores ou podem decidir buscar outros métodos de cuidado. Eles se referem à pessoa, aos seus modos de funcionamentos, assim como ao mundo social, com seus diversos elementos; falam destes, contudo, não de forma isolada, mas do “entre” que configuram as possibilidades de relação entre os mesmos. Diagnósticos são, portanto, *polissêmicos, polimorfos e interacionais*, o que faz com que possamos nos relacionar com os mesmos também de múltiplas formas. Além disso, nossa relação com os mesmos é mais uma possibilidade, pois não são a única forma de cuidado quando tratamos de sofrimento. Estão, pois, em relação no mundo, e como discutimos antes, fazem parte do “entre” de uma vida complexa.

Tratamos, portanto, das várias possibilidades quanto ao uso de medicamentos:

Parei de tomar remédio, aí fiquei lá, eu disse aos meu filhos “remédio, eu não vou tomar mais!”, porque eu sei, se psiquiatra ficavam loucos, entendeu? Porque se eu tivesse tomado remédio há 20, 30 anos, nam! Eu tava assim ó, deixa eu lhe dizer ó, como é que eu tava, ó, toda bobona, sem funcionar! Porque eu tenho experiência, porque o pai da minha nora que é casada com meu filho, ele toma há quarenta anos. Esse cara deixa o portão aberto, esse cara tem dia que não lembra nem o nome dele, por quê? O consumo dos remédio, tudo é faixa preta, ele vai, eu não sou psiquiatra, mas entendo e ele é um cara assim, todo molão, parece que tá lombrado! Se eu tivesse eu já tava ó, não tomo mais o remédio! Quem vai me curar é evolução

espiritual, minha fé em Deus e eu vou sair dessa, vou sair! Aí meu filho quando... foi, tá com três anos, ele disse ‘mamãe, você vai morar comigo’, o meu filho mais velho, me puxou pra lá! No momento que eu botei o pé na casa, já foi ó, com o pé na natureza, trabalhando, fazendo comida porque eu gosto muito de cozinhar sobremesa, sete cachorrinhos buldogue francês e eu lidando com os cachorrim, dando comida, dando banho, brincando, dando bom dia (Val).

Da mesma forma, vimos no ponto anterior os relatos de Dani e Arthur, que também não se sentiram nada bem com o uso das medicações psiquiátricas. Essas experiências não foram experimentadas somente por eles. Isso corrobora com as discussões de Whitaker (2017, p. 148), que afirma:

Num estudo financiado pela empresa farmacêutica Hoffmann-La Roche, fabricante do Valium, investigadores da Universidade de Michigan determinaram que tomar essa droga estava “associado à má qualidade de vida, a um desempenho precário no trabalho e na vida pessoal, a um reduzido suporte social, à percepção de falta de controle interno, a uma saúde percebida como precária e a altos níveis de estresse” [...]. As benzodiazepinas, no dizer dela, contribuem para a “perda de postos de trabalho, o desemprego e a perda da capacidade de trabalho por motivo de doença”.

Como indicam Freitas e Amarante (2017, p. 12), ao que tudo indica, após apenas poucas semanas de uso de drogas psiquiátricas, o cérebro da pessoa passa a funcionar de modo qualitativa e quantitativamente diferente daquele como funcionava nos estados normais: “[...] o que está claro é que o medicamento não ‘conserta’ um desequilíbrio químico do cérebro. Na verdade, faz exatamente o inverso. Antes de ser medicada, a pessoa deprimida não tem nenhum desequilíbrio químico conhecido” (WHITAKER, 2017, p. 94).

Vários pesquisadores, mesmo diante de pesquisas de longa duração e consistentes quanto aos métodos de experimentação exigidos, alegam não terem encontrado, até então, nenhuma prova convincente de que algum distúrbio psiquiátrico, inclusive a depressão, resultasse de uma deficiência da serotonina cerebral. Pelo contrário, uma das constatações mais frequentes com a qual se deparam é a de que os antipsicóticos, os antidepressivos e outras drogas psicotrópicas, criam perturbações nas funções neurotransmissoras, incontestavelmente (WHITAKER, 2017, p. 95).

Isto é importante de ser considerado, pois cada vez mais é comprovado os efeitos nocivos do uso de medicamentos. Por outro lado, também temos relatos que trazem outras percepções e decisões diante das medicações:

Se num fosse o – essas merda [medicações], eu tinha largado a psicologia, já. Como eu acho que eu larguei engenharia [...] é porque eu vi, essa né, o curso era um lugar árido, inóspito, as pessoas eram escrotas. Mas no fundo, no fundo, era eu que não tava conseguindo aguentar. Como eu não tô sabendo agora também. Eu já

reprovei duas disciplinas por falta aqui, sabe? Porque assim, eu acordo e não dá (Trevor).

Não, não. Sim, mas na viagem eu parei, né? Com a medicação eu parei de beber e chegando lá eu tive uma iluminação divina, sabe? Uma coisa assim, da natureza. Eu tava na areia sentado, atrás tava a floresta Amazônica, as árvores assim, estavam da altura de prédios e o mar que na verdade era um rio, a água doce. Aí aquilo ali, não sei, aquele momento assim, eu tive, é obvio que eu sei que teve a influência da medicação, teve a influência que já tinha se esgotado tudo o que podia ser feito, eu já tinha começado também a tomar medicação para a depressão, um pouco antes. Então, o que foi da medicação ou o que foi dessa iluminação não sei, mas eu sei que foi “Eu vou mudar de vida, eu vou... parar com isso, eu vou melhorar a minha vida (Pat).

Assim como Pat e Trevor, Arthur, Neto e Dani também se mantêm medicados. Veem as medicações como formas de auxílio importante, e que não há, ainda possibilidade de desapossarem de seus usos. Como dissemos antes, o uso das medicações pode ser sim, uma ferramenta de cuidado, mas não de forma indiscriminada, não sem acompanhamento e, principalmente, não sob a promessa de cura das dores mais profundas pelas quais alguém passa em um dado momento de vida. É importante que tragamos à tona suas possibilidades, mas também seus efeitos, seus limites, seus prejuízos, inegáveis no que tem sido mostrado cada vez mais.

Por um lado, sabemos que muitas pessoas são ajudadas por medicamentos psiquiátricos. Sabemos que muitas pessoas se estabilizam bem com eles e dão depoimentos pessoais sobre como os remédios as ajudaram a levar uma vida normal. Além disso, como assinalou Satcher em seu relatório de 1999, a literatura científica realmente documenta que as drogas psiquiátricas, pelo menos a curto prazo, são “eficazes” [...]. Tudo isso compõe um poderoso consenso: as drogas psiquiátricas funcionam e ajudam as pessoas a levarem uma vida relativamente normal. No entanto, ao mesmo tempo, ficamos às voltas com fatos perturbadores: o número de pessoas com invalidez por doença mental teve um crescimento drástico desde 1955, e, nas duas últimas décadas, período em que houve uma explosão nas receitas de medicamentos psiquiátricos, o número de adultos e crianças incapacitados por doenças mentais subiu de maneira estorrecedora (WHITAKER, 2017, p. 27).

Portanto, não se trata de negar as dimensões que fazem parte de nossa vida, assim como suas formas de intervenção, pois:

[...] para entender a natureza e etiologia da questão, o sujeito deve começar com a pessoa em sua situação e buscar traçar a constelação de fatos através do curso de vida que moldou o adoecimento como uma realidade que é tanto biológica como social. De fato, uma desordem é tanto biológica como social. É também mental, no sentido de ser configurado pela vida mental, não somente pela experiência como um fato bruto – por exemplo, pobreza, isolamento, exclusão, perigo, ódio – mas como este são inteligíveis e como fazem sentido para os indivíduos, usando as fontes linguísticas, simbólicas e culturais disponíveis para os mesmos. Padrões nas formas de vida, formas de atribuir sentido ao mundo, localidades na cidade ou no campo,

redes de interação com a família e comunidade: estes elementos não são externos às desordens, e influenciam a expressão de uma anomalia neurobiológica. Eles são constitutivos da questão e de sua inscrição no corpo e no cérebro. É em uma forma de vida com suas possibilidades e seus limites onde uma doença surge²⁹ (ROSE, 2019, p. 90-91).

Devemos cuidar de um todo, e não de suas partes. E nesse todo, por que não considerar intervenções outras, como a que Arthur entende como sendo uma boa saída para si: *“Mas se for, sabe qual seria a solução mais boba? Eu conhecer ela [Xuxa]! Porque tudo isso dentro da minha cabeça é porque eu não consegui conhecer ela! Aí, isso foi virando um, uma bola de neve!”* (Arthur).

Sabemos que isso poderia gerar muitas repercussões em sua vida, talvez não somente positivas, e que Arthur precisaria de cuidados e acompanhamento visto suas reações e expressões de sofrimento ao longo da vida. Mas, mesmo assim, por que não poderíamos lançar de possibilidades outras no cuidado destas pessoas, que a todo o momento falam claramente o que poderia ser mais interessante em seus processos de tratamento para além de diagnósticos e medicações? Por que não olhar para os diversos circuitos do mundo que nos pertence e perceber que outras possibilidades temos para minorar sofrimentos, para oferecer amparo a tantos que padecem com a precariedade de sua vida, em vários aspectos? Talvez, pensar nestas outras formas, possibilitar-nos-ia ter, cada vez menos, relatos como a de Cathy, entrevistada por Whitaker (2017) em sua pesquisa:

“[...] a gente perca a alma e nunca mais a recupere. Fiquei empacada no sistema e na luta para tomar remédios [...]. O que eu lembro, quando olho para trás, é que, no começo, eu não estava realmente tão doente assim. Na verdade, só estava confusa. Eu tinha todas aquelas questões, mas ninguém conversava comigo sobre isso. Ainda hoje, eu gostaria de poder largar os remédios, mas não há ninguém para me ajudar nisto. Não sei nem começar um diálogo” (WHITAKER, 2017, p. 38).

Permitindo-se viver, experimentar novas possibilidades, falhar, relacionar-se de forma mais espontânea, as pessoas que conhecemos conseguiram ter momentos de profunda

²⁹ “[...] to understand the nature and aetiology of the complaint, one must begin with the person in his or her situation and seek to trace the constellation of factors across the life course that have shaped the ailment as a reality that is both biological and social. Indeed, a disorder is *both* biological and social. It is also mental, in the sense of being shaped by mental life, not just by experience as a brute fact – for example, poverty, isolation, exclusion, threat, hatred – but how these are made intelligible and meaningful by the individual, using the linguistic, symbolic and cultural resources available to them. Patterns in forms of life, ways of making sense of the world, localities in city or countryside, webs of interactions with Family and community: these are not external to the disorder, influencing the expression. Of an essential neurobiological anomaly. They are constitutive of the complaint and its inscription in body and brain. It is in a form of living with its possibilities and its limits that the disease inheres”.

reflexão, algumas sentindo-os como pontos de verdadeiras viradas, que mudaram o curso de suas vidas como um todo:

Eu dirigi o carro, fui sozinho lá pra praia [nome], ela morava lá na praia do futuro, mas não fui pra casa dela, tudo escuro na praia do futuro, aí eu mergulhei. Eu surfei durante muito tempo então eu mergulhei, sabia nadar no mar, e fui até depois das ondas, que é mais ou menos onde a gente fica esperando as ondas, e mergulhei. Escuridão completa, total. Aí eu mermão pois é tu num quer se matar pois vamo ver se tu quer se matar mermo, aí eu mergulhei até o máximo que eu pude, até eu sentir assim um medo gigantesco, que eu acho que ali foi que eu vi: não, eu acho que eu não quero me matar não. Acho que ali foi a virada. Ali é-eu me senti meio que como se uma baleia fosse me engolir, se liga? E eu senti assim um medo absurdo tipo, e esse medo me fez – e eu tava fundo porque eu mal consegui ir pra cima, sabe? [...]. É porque eu queria saber se aquela história era mermo... e aí cara tu quer se matar mermo ou tu vai ficar manipulando essa história, entendeu? E aí eu vi... [...]. É, já tinha, tipo assim na verdade pra mim serviu como: não, eu realmente quero a vida, se liga? Não quero morrer (Neto).

Com a medicação eu parei de beber e chegando lá eu tive uma iluminação divina, sabe? Uma coisa assim, da natureza. Eu tava na areia sentado, atrás tava a floresta Amazônica, as arvores assim, estavam da altura de prédios e o mar que na verdade era um rio, a água doce. Aí aquilo ali, não sei, aquele momento assim, eu tive, é obvio que eu sei que teve a influência da medicação, teve a influência que já tinha se esgotado tudo o que podia ser feito, eu já tinha começado também a tomar medicação para a depressão, um pouco antes. Então o que foi da medicação ou o que foi dessa iluminação não sei, mas eu sei que foi “Eu vou mudar de vida, eu vou... parar com isso, eu vou melhorar a minha vida”. Foi... A sensação de estar fazendo as coisas, de conseguir fazer as coisas, era muito boa. A partir desse momento, do réveillon, da virada de ano, ali de 2012 pra 2013, eu sou outra pessoa (Pat).

[...] mas eu sentia a necessidade de voltar pro Cariri porque eu sentia muita saudade de meus filhos, eu não telefonava pros meus filhos porque minha irmã é muito boa mas ela é muito preocupada com as coisa, ela tem assim um medo dentro dela, ela achava que quando meus filhos ligassem: “não, Val tá muito bem”, na realidade eu num tava me sentindo bem porque eu tava me sentindo presa naquele apartamento. Eu não podia descer, eu não podia ter roupa bonita pra ir pra praia, pra ir pros shows de humor, eu me achava feia, aí ficava nessa situação. Quando eu disse “não, isso aqui não dá pra mim, não”, eu disse “A., mulher, tu liga pra meu filho que eu quero sair, não porque, que eu quero ir pra casa!” (Val).

Ela [mãe] acha que ela acertou com essa pessoa aqui, essa pessoa aqui tá se dando bem, porque ela é uma mãe perfeita. Ela não vê, na verdade, que foi outra família, que foi outro marido, que foi outra situação que me fez sair daquela, que, daquela pessoa que fez um milhão de vestibulares, passou por um milhão de empregos e não sabia o que queria da vida. Pra essa pessoa de agora que voltou pra estudar, voltou pra faculdade, que tá terminando a faculdade, que voltou pros cursos de línguas que adora, que voltou a trabalhar, que voltou a lutar pelo que acha que tem que ser feito, que tem uma crise hoje em dia e segura e vai toma um remédio e sabe que vai passar (Dani).

Aí fala assim: “tomando conhecimento daquilo que tu és, torna-te quem tu és”. E o Zaratustra, do Nietzsche, me veio agora né, ele fala no texto ele fala também né, do verbo, torna-te quem tu és. Mas assim, véi, existe um abismo entre saber o que você é e tornar-se alguma coisa. Porque por exemplo, e inclusive achar que sabe. Porque isso da fome faz tanto sentido, mas tanto sentido, que eu só consegui descobrir isso agora, e nem foi eu que descobri, entendeu? (Trevor).

Viram suas possibilidades de ser *outros*, maiores do aquilo que foi-lhes dito durante toda uma vida, e ampliaram suas possibilidades. Perceberam que não precisavam ser perfeitos, que o mundo, mesmo que com muitas dificuldades, também poderia oferecer pequenos espaços de acolhimento, de alteridade, de negatividade, o que os permitiu criar uma nova vida. Como afirma Dunker (2015, p. 27), “alterações comportamentais, atitudinais e de mudanças na forma de vida, particularmente as de natureza linguística, modificam conformações cerebrais”. Nossas mudanças de atitudes, de formas de olhar e entender o mundo, por mais que nos pareçam pequenas, podem mudar nosso mundo inteiro.

Por fim, para fechar as reflexões deste ponto, presenciamos estas pessoas caminharem para além de seus diagnósticos, para fazerem uma *diagnóstica de si*. Este conceito, advém da discussão de Dunker (2015, p. 21), que discute que

Uma diagnóstica é composta pelos efeitos, pelos sentidos e pelas ‘re-designações’ que um diagnóstico pode ter para um sujeito ou para uma comunidade diante do aspecto social de sua patologia”, e que nos levaria a uma “reconstrução de formas de vida e suas aspirações de reconhecimento e realização, não apenas como adaptação, conformidade ou norma, muito menos como mera nomeação tipológica (DUNKER, 2018, p. 328, grifos do autor).

E com isso, visamos “permitir que a singularidade de experiências produzisse múltiplos modelos individuais de ‘realização de si’, desde que adequados a um horizonte ético formal capaz de transcender contextos e garantir as condições para processos gerais de cooperação” (SAFATLE, 2018, p. 21). Reforçamos, assim, a importância desta atitude, a importância de ampliar olhares, de criar maiores espaços de acolhimento à alteridade, de espaços que permitam a relação com nossa negatividade, e isto não como uma forma de cuidado em saúde, que se faz cada vez mais urgente em nossos tempos.

Caro amigo, imagino que deva estar cansado, mas continuemos só um pouco mais, quando discutiremos no próximo ponto nossas últimas reflexões. Depois, arrumaremos nossa mala, e poderemos retornar para casa, não mais os mesmos, mas outros.

3.4 Autocuidado e projetos de vida

Chegamos a uma de nossas reflexões finais, caro amigo. Nessa parte veremos como as pessoas, a partir das relações que foram estabelecendo, perceberam as várias formas que poderiam cuidar de si, além de pensarem formas outras de viver e lidar com seus sofrimentos. Será possível perceber que as possibilidades de efetivação de um cuidado

político, como havíamos discutido anteriormente (HOLANDA, 2016), se expressa nos episódios em que as pessoas passam a protagonizar seus processos e buscam formas outras de se emancipar do que um dia foi posto como sendo “seus problemas”. Faremos, assim, um movimento um pouco diferente, onde daremos maior espaço ainda às narrativas das pessoas, que neste ponto nos ensinam mais que qualquer teoria prévia.

Começando com Val, vemos um processo bonito e de muita resistência. Depois de um tempo, exigiu seus direitos no ato do divórcio (algo que era muito difícil para ela), pois Carlos nunca havia pagado pensão alimentícia. Voltou para sua cidade natal, e dedicou-se aos cuidados com a mãe e com sua irmã. Estar na presença dos familiares, assim como de seus filhos, é algo que a deixa muito feliz, o que atualmente recebe prioridade, por ter entendido que essa é uma forma de cuidado muito importante para ela mesma.

Além disso, percebeu outras formas de se cuidar, muito importantes em sua vida. Uma delas consiste em sua fé religiosa, e quem conhece Val de perto sempre a vê dizendo que é muito importante ter muita fé em Deus. Outro ponto que prioriza é o seu contato com a natureza e com os animais: *“Cuidando de mim, foram eles [os animais]! Muito melhor do que muitos psiquiatras, foram eles!” (Val).*

Busca, também, formas de se manter saudável, em movimento e bem assistida em suas necessidades, pois se sente merecedora de todos os cuidados que puder receber:

Olhe, eu sou eu gosto de dança porque é bom pro espírito e bom pro físico, eu tenho esse corpo magrinha, eu brinco, eu danço, eu levanto a perna, é forró, é rock, as menina fica tudo rindo [...]. “Vamo botar pra quebrar e arrochar o nó porque eu não aguento mais! Eu tenho que ter o meu plano de saúde, eu tenho que me cuidar, eu tenho que viajar, eu quero academia de dança, eu quero ginástica, eu quero tudo porque o que eu passei, porque eu fiquei adormecida 10 anos [...]. [...] Eu quero porque é um direito meu, eu tenho que cuidar da minha saúde, do meu plano, é plano dentário porque eu tenho que viver é com dignidade! Eu sou filha de Deus eu sou um ser humano, eu nunca fiz nada de mal, eu nunca matei, nunca assaltei, eu só faço o bem, por que é que eu não mereço?”(Val).

Olhando para o que passou, percebe um ponto fundamental para o processo de resgate de sua saúde e bem-estar:

[...] porque no momento que você se anula você deixa de ser você, por que que eu vou me anular por sua causa? Eu tenho que ser eu, eu tenho que fazer o que eu gosto, o que me faça feliz. Hoje eu já tô com outra cabeça, depois do que eu passei. Eu já tinha um pouco, mas agora tô mais porque eu digo não valeu a pena o que eu fiz por uma pessoa que não valeu a pena, muito embora eu ainda tinha a minha autenticidade [...]. Eu acho que o mais essencial, assim, é, o desprendimento (Val).

Val tem muito a fazer, ainda, em sua vida. Planeja conhecer o mundo, viajar, interagir com as pessoas ao seu redor, dançar, escrever, ser poeta. Por fim, através de lindas palavras, deixou-nos claro o que realmente é importante em sua vida:

[...] um castelo é um castelo, enorme, você ocupa um espaço nesse castelo, ali naquela casinha na beira da estrada debaixo do mar, você com uma mochila você vai pra debaixo... observa o campo, o espaço, as borboleta e começa a evoluir espiritualmente e ver com os olhos, sentir as emoções do teu âmago e a tua essência e aí tu começa a ver Deus dentro de ti, como Deus é belo é maravilhoso, porque no momento que você se afasta de Deus, você não é feliz. Você pode ser o maior filósofo, você pode ser altamente inteligente, mas você tem que procurar - não importa a religião - contanto que você tenha um suporte dentro de você, que você acredite que existe um universo, que existe um poderoso que manda no universo, nós temos capacidade de fazer uma árvore, por exemplo, um artista faz o quê? Pinta, ele faz uma flor, mas não é natural que cai o orvalho da noite, você vê o amanhecer, você passa no mato tá aquele orvalho caindo nas tuas pernas. Deus existe, Deus! Agora, eu respeito todas as religiões, mas eu tenho o poderoso dentro de mim e foi isso que me salvou, entendeu?(Val).

Dani, por sua vez, depois de certo tempo também percebeu o que havia de mais importante em sua vida: as relações com as pessoas. Com a família do marido, recebeu o afeto e cuidado que sempre necessitou, e percebeu que não precisava ser a “*pessoa antipática, de quem ninguém gostava*”, como sua mãe sempre dizia. Vê nestas relações sua principal fonte de bem-estar e amparo.

Atualmente, vê o quanto é importante considerar as falas das pessoas que têm algum tipo de transtorno psiquiátrico, e destaca a necessidade de se ter empatia por estas pessoas e pelo o que sentem.

Então, assim, é, eu acho que se fosse qualquer pessoa que chegasse pra mim e dissesse “olha, eu vou me matar”, eu perguntava, “onde é que cê tá que eu tô indo agora”, independente de ser filho, independente de ser mãe, independente de ser alguém que eu conheça. Eu, eu sou mais pra esse lado mais humano, minha mãe é mais fria [...].
[...] porque assim, eu tenho um problema com as pessoas que tratam doenças psicológicas, psiquiátricas, ou seja, como você queira chamar, que não se colocam no lugar da pessoa. Que dizem assim, “ah, você é uma pessoa ansiosa, tudo que você sente é ansiedade, tudo que você sente é o seu psicológico que tá falando mais alto do que seu físico” (Dani).

Seu exercício mais constante é o de parar de procurar perfeição nas coisas, assim como também de fazer com que sua “mente” não fixe apenas as coisas negativas, como fez ao longo de sua vida, como forma de sobrevivência. Permite que os acontecimentos e relações se desdobrem dentro de suas possibilidades, entendendo o que há de bom nos pequenos detalhes.

Isto tudo não indica que, de vez em quando, Dani não volte a se sentir mal. Por vezes, pede auxílio do marido quanto às relações que estabelece:

[...] muitas vezes quando eu saio, por exemplo, com os amigos do meu marido, isso foi até um psiquiatra que pediu pra eu começar a fazer isso, sair e perguntar pra ele e ele ter que ser sincero com relação se eu falei alguma besteira, se eu fui simpática, se eu fui alguma coisa assim, porque exatamente isso, na minha cabeça eu sempre fui aquela pessoa antipática que minha mãe colocou que ninguém gostava e que só dava trabalho. Então, até hoje pra mim é difícil acreditar que uma pessoa pare assim e goste de conversar comigo e quando começam a dizer: “ah, a Dani é tão divertida de sair”, eu já fico assim: “o que é que essa pessoa quer?” (Dani).

E se sente ainda presa a certas questões do diagnóstico e das medicações que faz uso. Isto, talvez, revele-nos, como discutimos anteriormente, a ambiguidade entre cuidado e aprisionamento, pois ao mesmo tempo em que estes fornecem formas de cuidar e justificar atitudes e reações nas pessoas, também podem ocasionar processos de dependência:

*[...] tem muita coisa que eu me arrependo de ter feito, eu já conversei muito isso em terapia, e é aquela coisa você até pensa nos erros que você já cometeu e você pensa na possibilidade de pedir desculpa pelo, por tudo que você fez e tentar explicar principalmente quando você tem um diagnóstico, do que você tava fazendo [...].
[...] Sim, o Rivotril é uma coisa que não dá assim pra tirar porque são dois anos que eu tomo, então não dá pra tirar assim de uma hora pra outra. Então não é uma coisa que eu tomo que eu digo: “ah, hoje à noite não tô precisando, não vou tomar”, não posso fazer isso. Eu tenho que, toda vez que que quero tirar, eu tenho que ir tirando aos poucos. Então por mais, hum, por melhor que esteja me sentido, eu não posso me dar ao luxo de não tomar. E ele virou minha muleta (Dani).*

Dani, além das medicações, também realiza um processo de terapia psicológica, e a entende como uma forma importante de cuidar de si. Além disso, reúne outros pontos como essenciais para se sentir bem e segura:

*[...] a questão do conforto, você precisa tá certo do seu lugar de conforto [...]. Pronto, exatamente perto de onde eu sei que tem hospitais, perto de onde tá família, perto de onde tá minha sogra, perto de onde tá, tô ali todas as minhas coisas, tá ali estou protegida então viajar ainda tem esse, esse pequeno obstáculo ai pra mim [...]
(Dani).*

E existem os dias, também, que deixar a ansiedade “pra lá” se faz como uma boa opção: “É, despertar eu desperto quase todo dia, mas tem dias que a ansiedade só, tem dias que eu digo “ah vá, se lascar!”, viro pro outro lado e vou dormir de novo” (Dani).

Assim como Val, Dani tenta trabalhar o desapego em sua vida, mas ainda é algo difícil para ela. Aos poucos, vai deixando no caminho algumas bagagens que a deram, sem

mesmo que ela tenha pedido, e consegue viver um pouco melhor a fluidez de seus dias. Dani se despede de nós, falando do processo contínuo que traça diariamente em sua vida, entendendo suas necessidades de autocuidado, mas tentando trazer um processo mais leve e respeitoso consigo mesma, assim como entender o que os acontecimentos de sua vida revelam como aprendizados.

[...] eu tô tentando ser mais honesta com as coisas que eu quero, que eu preciso, que... não vão me afetar tanto porque eu me colocava muito em segundo plano por essa necessidade de agradar as pessoas, que “ah, se eu não for assim, a pessoa não vai gostar de mim”, “ah, se eu não for desse jeito, se eu não falar isso, a pessoa não vai gostar de mim”. Então eu tô muito, eu passei pela Psicanálise, passei pela Terapia comportamental, Cognitivo-comportamental, tô na, to fazendo Terapia gestalt agora né? e continuo indo na psiquiatra, mas a minha tendência agora é exatamente essa, parar com esse.... É porque dizem, o pessoal coloca muito essa ideia de ‘ah, você cresceu assim, você tem esses traumas de infância, mas agora você tem que ter a ideia de que você é um adulto e de que você é responsável pelas suas próprias ações. Bem facinho! Vá lá tentar fazer! [...].

[...] Eu sei que, assim, a gente não tem o que a gente quer, se a gente realmente acreditar assim numa fluidez, numa forma da vida, você tem o que você precisa no momento que você precisa, então talvez eu tenha tido que aprender alguma coisa com os pais que eu tive (Dani).

Quanto a Arthur, vemos uma pessoa que hoje tem uma clareza bem maior sobre o que é importante em seu autocuidado e respeito aos seus limites, algo que conquistou depois de ter passado por muitas situações estressantes e surtos. Atualmente, sabe que deve se colocar “em primeiro lugar”, e sempre estar atento ao que precisa e ao que não o faria bem. Com isso, percebeu que deveria evitar filmes de terror, pois estes “mexem muito com sua cabeça” e o deixam muito assustado, com medo de se identificar com algum conteúdo e ter novo surto. Busca, também, ter uma rotina, um emprego e poder compartilhar seus dias com um companheiro, numa vida simples, mas satisfatória para si mesmo. Além disso, dá muita importância em se sentir saudável, mesmo que precise estar medicado, pois não deseja mais mergulhar em fantasias, e sim, colocar seus pés de forma mais firme em sua realidade.

O que eu quero é manter com um namorado. Embora uma coisa simples, eu não consigo. Mas eu quero arrumar um empreguinho, namorar e... Que mais? Assistir filme no cinema com a pessoa, só essas coisa assim, né? Várias coisas mas... não quero, entendeu? ser o rei. Quero as coisas mais simples. E também tá saudável, tá tomando remédio tranquilo, no horário, né? É isso que eu quero [...].

[...] É, tem tanto sonhos, né? Pra sonhar e eu não, num tenho mais vontade de sonhar. Não quero mais sonhar. Eu quero viver a realidade, sabe? Pés no chão. Eu quero arranjar um emprego. Pra mim, eu tô falando isso, pra projetar isso pra mim, pra que o Universo conspire. E que isso realmente aconteça. Não quero mais viajar na maionese, de achar que vou trabalhar ali, fantasia e Xuxa. Eu quero realidade [...]. desistir e seguir a vida. Peraí: televisão, televisão; vida real, vida real (Arthur).

Na religião, conseguiu encontrar uma fonte de apoio, mas tem suas próprias críticas quanto e visões próprias sobre algumas práticas e doutrinas religiosas. Outra possibilidade de cuidado que encontrou foi conhecer pessoas com quem pudesse compartilhar suas dores, pessoas que tivessem passado por algo semelhante ao que ele passou.

Sei lá, pra saber se eu sou sensitivo, tem que ir pro espiritismo? É fanatismo demais! É fanatismo demais [ênfatisa], sabe? Muito fanatismo. Católico também, assim. Católico eu acho, assim. Os evangélicos são fanáticos, católicos são aquela coisa é, como que diz? Morna, em ter que ficar repetindo as mesmas palavras. Aí, hoje sou testemunha de Jeová, tô estudando. Testemunha de Jeová. Porque eu quero descobrir as coisas na Bíblia, só por isso. Não pra ter que ir lá. Eles veem lá em casa, e estudam aqui, sabe? (Arthur).

Eu queria conhecer outras pessoas que tenham histórias parecidas com a minha (Arthur).

Mesmo que Arthur entenda a importância das medicações em seu cuidado, teme a continuidade das mesmas em sua vida, revelando um processo que não é próprio somente para ele, mas muitos que vivenciam sofrimentos da mesma ordem em nossa atualidade.

Tenho saúde e não tenho. Que é uma pessoa que, que não tomava um comprimido pra dor de cabeça, [e] hoje tem que tomar coquetel, tem que tomar o lítio, tem que tomar o quertiapina para dormir, pra mim já é bastante coisa, né? E eu acho que vai aumentar, né, porque a gente vai ficando mais velho. Eu, eu vejo pela bolsa da minha vó. Onde ela vai, ela leva uma bolsa cheia [ênfatisa] de remédios... né? (Arthur).

E não poderíamos nos despedir de Arthur sem que antes ele falasse sobre essa figura tão presente em sua vida: a Xuxa. Até hoje, a Xuxa permanece em seus projetos, sobre quem Arthur cria expectativas, mas que também trazem medos e reflexões. Isso traz falas ambíguas, e repletas de confusão, confusão esta que acompanhou Arthur em tantos momentos de sua vida.

São coisas fixas já. Não fui ao programa dela, que era meu sonho. Só ir lá pra ver que existe já ia, ia acalmar meu coração [...]. E talvez eu olhe para ela e me decepcione. Eu olhe e fale assim "Vixi, não é aquilo que aparece na televisão! Vixi, ela é mais baixa", né? Mas eu amo ela dos anos 80, com chuquinha, que eu tanto venerava! Era aquela que eu quero ver! Será que aquela existe? Existiu? Ou não existe mais - existe só na minha memória? [...] Será que eu vou ter estrutura pra conhecê-la? Será que eu vou ficar rico e aí, com dinheiro, vou poder ser amigo dela? Será que ela vai gostar do que eu tenho pra falar pra ela? Eu acho assim: que ela tem que saber! Se ela tiver me ouvindo, ela tem que saber quanto ela fez pela gente, o quanto afetou, sabe? [...]

[...] Eu acho que eu teria uma reação assim: ela aqui e eu aqui. Eu... eu ficaria imóvel, não chegaria perto, sabe? Porque eu já tive é, outros artistas, aqui, a Dira Paz, sabe? e ela veio bem pertinho e eu fiquei assim: travado! Imagina a Dira Paz! Que nem significou tanto na minha vida. Mas... eu sei qual é a minha reação de... Talvez eu tenha medo, né? [...]

[...] Eu tenho que seguir meu caminho sem conhecer, [a Xuxa] né? (Arthur).

Mas uma coisa é certa: *Eu amo a Xuxa! [...]. É uma coisa, assim, que ficou e, eu não quero que ela me veja mal. Se um dia ela me ver, quero que me veja bem! Sabe? Dizer "Olhe, esse aqui foi um baixinho, saudável, né? Tranquilo" (Arthur).*

Seguindo nosso caminho de despedidas, chegamos a Neto, que de forma semelhante, também conseguiu perceber, a partir de suas experiências de sofrimento, seus limites, desejos e necessidade de cuidado.

É, eu tô, assim, mas, bem mais consciente do que antes, entendeu? Tipo, e aí a minha família também foi ficando cada vez mais consciente e eu acho que o fato do [psiquiatra] ter uma, e de estar fazendo análise também, [...]. E isso ajudou muito a história e tudo, mas eu acho que a escolha do psiquiatra ser um cara mais tranquilo e o fato de não conseguir ainda... Porque eu já tentei, ele já tentou um desmame já, mas na hora que ele foi tira, ele foi tirando... eu tomo medicamento pra acordar e pra dormir. Eu tomo medicamento pra acordar e pra dormir, então se ele tira um pouquinho pra dormir eu não consigo dormir, e se ele tira um pouquinho pra acordar eu não consigo ficar disposto pra vir pra aula, é sinistro (Neto).

Assim como Dani e Arthur, Neto acabou estabelecendo certa relação de dependências aos medicamentos, e sofre quando tenta entrar em processo de retirada dos mesmos. Ao sentir-se mal, os remédios são aliados importantes, de forma que ainda não conseguiu sentir-se bem ao ponto de não se ver mais necessitando dos mesmos. “[...] *aí eu ia ficando cada vez mais empolgado e tal, mas tive recaídas depressivas tanto no primeiro como no segundo semestre e tô com medo de ter no terceiro também (risos)*” (Neto).

Neto não esconde seus sofrimentos, e acredita que falar abertamente sobre os mesmos é uma forma de cuidado importante consigo mesmo. Porém, levanta a possibilidade de ser estigmatizado por isso, pois o diagnóstico será sempre um rótulo carregado de sentidos, o que considera um preço a ser pago por ser sincero com as dificuldades que se fazem presentes em sua vida.

Geralmente as pessoas escondem, né? Só que como na minha família eu via que tinha muita “psicofobia”, e eu tinha consciência disso porque eu ficava lendo, eu falava na lata, entendeu? Tipo olha: eu tenho isso, isso e isso aqui. Até hoje aqui eu falo. Não na sala de aula, por exemplo: semestre passado né, no primeiro semestre, que eu faltei e várias faltas, tive que levar atestado e tudo e as pessoas perguntavam “e aí, por que tu faltou?”, e tal. “Não, cara eu tive uma recaída depressiva, por conta disso, disso e disso, etc. e tal.” Eu não inventei algum problema, gripe, alguma coisa nesse sentido, chutei o balde mesmo [...]. Eu sei que algumas pessoas vão falar, alguns alunos [da faculdade] não são tão compreensivos, vai ter, eu vou ser estigmatizado de certa forma por um grupo ou outro, mas é preço, é uma questão quase que ideológica, assim (Neto).

Neto traça um caminho de coragem. Não são todos que conseguem tomar com propriedade seus sofrimentos, assim como torná-los acessíveis aos outros, arriscando-se nas relações que nem sempre são acolhedoras com a alteridade, com a dor do outro. Por isso, percebeu que não se trata de esquecer, de lutar contra suas próprias dores como se fossem suas inimigas, mas, pelo contrário, de torná-las parte de seu fluxo de vida.

É, na análise eu vi que a questão não é apagar a memória né? Que acaba sendo um traço da tua personalidade né? Então a questão é você deixar a coisa..., você deixa o fluxo das coisas acontecerem. Às vezes as pessoas dizem que meditar é não pensar em nada né? Talvez no resultado final aconteça né? Um tempo que eu fiz um período de meditação, era deixar as coisas acontecerem sem ficar lutando, e eu acho que o processo psicoterapêutico às vezes tem algo parecido (Neto).

Os principais projetos de vida de Neto, atualmente, são, antes de tudo, construir sua própria história, pois percebeu o quanto tentou corresponder às expectativas dos outros, que sempre estavam a postos para dizer o que ele deveria fazer e que caminhos deveria seguir; e ajudar pessoas que, assim como ele, sofrem por questões diversas da vida. Arthur e Dani, apresentaram o mesmo desejo, o que nos mostra o quanto é importante estarmos em interação, em relações respeitadas e que validem os sofrimentos vários que acontecer no curso de vida de quaisquer pessoas. Outra meta muito importante de Neto é não desistir, e seguir construindo sua vida, à sua forma.

*É, porque as crises afetivas elas também eram ligadas pelo menos, pelo o que eu consegui perceber ... que eu não tinha um projeto de vida. E esse projeto de vida que colocavam pra mim, era muito... num conseguia levar [...].
[...] Mas era, e que contava a história de um psiquiatra que tinha sido a vida toda paciente e que tinha se tornado psiquiatra, conseguiu ajudar muitas pessoas, eu acho que o meu foco é tentar, não sei se ajudar outras pessoas, mas tentar ser alguém ali pra quando estiverem passando por algo parecido, então o que os outros vão falar, ou... quero é se... eu acho que pode ter um impacto. Eu acho que pode ter impacto no sentido de dizer: “Oh, aquele cara ali ele faz tratamento etc. e tal [...]”.
(Neto).*

Que a vida sempre possa ser reconstruída, e que novos projetos sempre sejam possíveis. Por mais que possamos pensar que isso não causa grandes impactos, estas pessoas, de forma marcante, mostraram-nos que isso pode mudar toda uma vida.

Trevor está atravessado até os dias atuais por muito sofrimento, muita angústia. Por isso, continua a se medicar, e de forma semelhante às pessoas anteriores, também não consegue se sentir confiante, ainda, para se ver livre das intervenções medicamentosas, algo que precisa ainda carregar como uma forma importante de cuidado consigo. Porém, isso não o

traz satisfação, e embora diminua alguns sintomas físicos, por vezes parece provocar-lhe ainda mais angústia.

Muito mais, muito mais. Mas assim, tá me ajudando a segurar a onda, sabe [as medicações]? E eu sei que eu falei pro psiquiatra aí que eu tô tomando a força mesmo, que eu não gosto dos remédios, e que eu quero largar. E que eu vou largar. Só não sei quando, mas vou. Não quero essa dependência, inclusive porque já penso isso da minha vó, que toma os mesmos remédios que eu tomo, há quarenta anos, e nunca fez nada, bicho, é só sequela [...].

[...] E aí agora com Diazepam (pausa)... Eu tomei quatro hoje, mano. Pra ver se eu consigo levantar da cama e vir pra essa merda aqui [...]. E aí quando eu vi que essa merda me ajuda a vir pra casa, de alguma forma um pouco mais tranquilo, eu tô tomando pra caralho! E eu sei que é uma merda, eu vou me foder, tá entendendo? Mas aí eu assumo um risco, porque eu não sei como eu vou lidar com isso (Trevor).

Embora as relações sempre tenham sido um campo que o trazia muita angústia, vê nelas uma possibilidade de ter outra vida, de ter outros projetos. Vê, também como algo muito recompensador sentir que está ajudando alguém, e por vezes não mede esforços para alimentar e doar roupas para quem mais precisa.

[...] mas tem muito morador de rua lá. Porra, bicho, eu não consigo com morador de rua. Eu vou em casa, faço minha janta, cozinho arroz, faço macarrão, preparo um negócio, encho o pote, pego as minhas roupas e dou pros caras. Eu tenho, eu acho que eu tenho em casa hoje, três bermudas, duas calças, umas cinco ou seis blusas [...]. E aí, mas é massa, porque eu vou lá, levo comida, a gente senta, conversa, sabe? Eu me sinto muito mais acolhido nessas horas, muito mais próximo, do que essas conversas de bar [...].

[...] Teve uma vez que o cara me falou que eu fui a primeira pessoa o dia todo que olhou no olho dele e que conseguiu e perguntou o nome dele. Que a galera não encosta, né? E é isso. E são pessoas, eu não sei, bicho. Não sei se é babaquice falar isso. Mas tem esse lance de você dar sem querer nada em troca, e da pessoa que recebe o que você tá dando sem querer mais nada daquilo que você tá dando, sabe? Que recebe assim, de mão aberta, massa, beleza, obrigada por isso, “eu não quero mais nada de você.” Sabe o que é isso? Eu acho tão massa, isso. Tão massa (Trevor).

Sua própria história, seus próprios sofrimentos, são, por vezes, uma forma que encontra de gerar forças para continuar.

[...] eu também lembro de tudo. A mesa na sala, a cadeira quebrada, na mesa, a iluminação, fim de tarde... foda. E o cheiro da comida. Que eu passei um bom tempo com esse lance da comida a lenha, que é uma comida horrível né? Que é madeira, e fica um gosto muito ruim na boca. Mas é maravilhoso. E aí, sempre que eu tô passando por algum aperreio, eu me balizo por isso, sabe? “Brother, eu já me fodi tanto, não vai ser por isso aqui que eu vou me desesperar não. Bola pra frente, bola pra frente”. Inclusive de questões atuais mesmo (Trevor).

Trevor segue seu caminho possível. Por vezes, fica muito difícil viver, e mais ainda pensar em fazer projetos de vida. Mesmo assim, isso não quer dizer que ele não tenha projetos, anseios, desejos, como bem expressa quando acessa, em uma atividade em grupo que participou na faculdade, sua vontade de ter uma família:

É difícil, isso. [ter um projeto][...]. Eu quando eu namorava com a [nome], que foi em 2014 e tal, meio do ano passado, era muito complicado porque ela fazia muitos planos e eu falava: “eu não sei nem o que eu vou almoçar amanhã”. Eu não consigo, eu não consigo. E eu enxergo muito isso, eu enxergo muito. Desde quando eu saí de casa, o primeiro planejamento que eu consegui fazer foi, ano passado, que eu falei assim: “próximo semestre eu vou fazer uma cadeira de filosofia”, e eu me senti tão [ênfatisa] potente por isso... Porque todo dia era isso todo dia, cada dia, cada segundo. E o próximo segundo, eu não sei o que vai acontecer. Num seguia, era um entrave enorme. Projetos comigo tão sendo muito difíceis pra caralho de pensar, de conseguir, sabe? Mas eu tenho tentado traçar alguns caminhos. Tem que tentar mudar né, tem que fazer alguma coisa com o que você é, né? [...].
[...] Que tudo que eu queria era conseguir alguma hora construir de novo o que eu tinha na infância, que é uma família que eu achava que era normal, “com comida” (risos). Mas assim, eu também nem sei se eu consigo, que inclusive as relações que eu tenho com as mulheres aqui são horríveis, pra caralho, pra caralho (Trevor).

Com uma reflexão profunda, Trevor relata:

Eu lembrei do Dostoiévski, dos irmãos Karamazov, que o Ivan, Fiodorovitch, ele fala que quando a gente tá morto, tudo é permitido [...]. Que ele fala que a gente deve matar Deus e pôr no lugar de Deus, o amor. Amor-vida, amor-amigo, amor ao próximo. E tornar o amor esse sagrado. E eu, como concepção minha, né? Amor é ação, né bicho? Não é palavra, não é cartinha, não é porra nenhuma, é fazer. Que é o lance que o Lacan fala, né? O desejo tá na ação, não nas palavras. Tem lá que fazer as coisas (Trevor).

Para além de um amor romântico, Trevor fala de afeto, de relação, de ação dirigida ao cuidado do outro, algo que o parece tão importante, e algo que também nos parece que foi tão precário em sua vida.

Pat, finalmente, depois de viver as experiências que mudaram sua forma de ver os vários aspectos em seu cotidiano, passou a ter maiores cuidados com o corpo e com sua rotina, mudando seu estilo de vida. Percebe muitos benefícios a partir disto, e espera não voltar a se comportar como antes, quando dormia muito, passava seus dias deitado e, quando levantava, o fazia para beber.

Eu voltei outra pessoa, assim. Eu comecei a... eu entrei na academia, pra começar. Em setembro de 2012, eu pesava 150 quilos, quase, 145, por aí. Em setembro de 2013 eu pesava 90. Foi. Mas o quê que eu fiz? Eu parei de... eu melhorei, basicamente, eu melhorei minha alimentação e fiz exercícios físicos. Foi só. Aí falam: “Como é que tu conseguiu emagrecer tudo isso? Qual foi o milagre?” Não teve milagre nenhum (Pat).

Porém, mesmo com outros olhares e visões acerca de si e de sua própria vida, tem a convicção de que possui uma doença, que precisa ter acompanhamento médico e estar fazendo uso de medicamentos, continuamente. Embora em alguns momentos afirme que não seja um pesar sentir que tem uma doença – chegando a encorajar outras pessoas a serem acolhedoras com suas dores e adoecimentos – teme, continuamente, uma nova queda depressiva, e considera essenciais os cuidados médicos para que isso não aconteça, embora se apresente de forma implicada e questionadora com algumas destas condutas. Deixemos Pat expressar melhor como acontece esse processo em sua vida:

Eu tive uma época que eu fiquei meio preocupado com isso, sabe? Com... será que eu sou assim mesmo? Será que eu tou bem porque sou eu ou será que eu tou bem porque eu estou me drogando? Eu já superei isso, sabe? Eu aceitei que eu tenho uma doença mesmo, porque... eu não tenho um meu humor estável pra parar de tomar a medicação. E é muito sintomático se eu fico sem a medicação... sintomática.

[...] Eu acho que meu maior problema não é a esclerose, é a depressão. Porque eu caio e é incapacitante. Se eu tenho uma recaída, já tive recaídas pontuais, assim, nesse intervalo de 2013 pra cá e é muito... agora por exemplo eu, tô num humor muito delicado, eu sinto meu humor numa corda bamba. Eu tive uma crise de choro na universidade na semana passada, eu sei que eu tinha motivo pra isso, tinha uma tensão muito grande, mas sem a medicação eu caio, eu percebo que eu caio. Agora a minha relação com a doença e com a imagem, né? Das outras pessoas, é muito tranquila hoje. Muito tranquila. Eu tava conversando com uma amiga minha que tá com depressão, tá apresentando sinais de... crises de ansiedade também e tal. E com aquele pensamento de que: “Eu não, não vou procurar psicólogo, psiquiatra, é coisa de doido”. Aí eu conversei com ela, a imagem que eu tenho dentro do meu curso é... eu acho que eu tenho uma imagem boa, assim, sabe?

[...] Pois é... é sempre aquele monstro, que pode sair a qualquer momento. Eu vejo uma sombra na depressão, tanto é que eu tomo medicações fortes, assim, sabe? Eu faço uso de... agora eu tou tomando Mirtazapina e Venlafaxina... e o Estabilidilo, que eu não parei de usar desde aquela época e mais a medicação da esclerose, mas eu cheguei a tomar... a e Bupropiona, também. Tomo Bupropiona, Mirtazapina, Venlafaxina e o... eu saí do Ciitalopram, ele mudou a minha medicação para o Escitalopram e... outro que eu não consigo lembrar o nome. Teve uma época que quando eu troquei de psiquiatra eu não gostei muito, também por causa que ele tava me dando uma medicação para ficar acordado e uma para dormir, sabe? Aí eu falei assim: “Não é possível que isso seja certo” Eu tava tomando uma medicação pra ficar acordado aí eu não conseguia dormir, aí ele me dava uma medicação para eu conseguir dormir, e aí quando eu falava que eu tava me sentindo mal ele aumentava a dosagem da medicação pra cima da dose máxima. Que eu cheguei a tomar 450 mg de Bupropiona, aí eu falei: Não, tem alguma coisa errada” Aí eu voltei, eu percebo a diferença com a medicação, sabe?

[...] Não, é que nessa época eu não tomava, de 2013 pra cá eu já tive momentos de ficar sem a medicação. Por algum motivo de não ter comprado, não ter receita, alguma coisa assim... e de perceber com dois, três, quatro dias sem medicação uma piora no humor, eu já percebo muito claramente, eu já aceitei que eu vou tomar a medicação pro resto da minha vida [...]. Não, não é um problema. E de esperar pela parte da esclerose uma medicação menos agressiva assim, que seja oral. Porque eu tomo subcutânea todo dia, né?(Pat).

Diante de todo o seu quadro, um projeto, porém, não perdeu força: sentir-se mais autônomo, emancipado. “*O que me incomoda é ter 27 anos e ser sustentado pela minha mãe e ainda tá no segundo ano... terceiro ano né, de um curso. É a questão peculiar é a que mais pesa: cara, eu preciso me emancipar, sabe? Eu preciso...*” (Pat).

Desapego; compartilhamento de experiências; reconhecimento da condição de sofrimento e amparo; autonomia; liberdade de ir e vir; estabelecimento de limites; relações de confiança, embasadas em respeito às diferenças e atitude afetuosa; prioridade às próprias necessidades e desejos; realização de projetos de vida embasados nestas mesmas necessidades e desejos; realização de sonhos de infância; lazer; segurança econômica e financeira; religiosidade; fluidez e movimento; acompanhamento profissional, seja médico, psicológico, terapêutico ocupacional, ou de outras áreas de cuidado; obtenção de diagnósticos e reflexão sobre os mesmos; medicações: tudo isto se constituiu, a partir do que vimos, em importantes formas de cuidado.

Esta diversidade de formas de existências nos mostra, mais uma vez, o quanto “[...] o corpo não se presta à estabilidade e nunca se submete por completo às normas” (CARRENHO *et al*, 2018, p. 88). Precisamos de muitas formas de cuidado, de entendermos nossas vidas e nossas experiências de sofrimento, tendo cada uma destas formas impactos, sentidos e eficácias diferentes em cada pessoa. Não é possível falarmos, portanto, de um cuidado universal, de algo único, mas cada vez mais precisamos falar da alteridade e do que ela demanda de criações em nossas realidades.

Cuidado, portanto, não é dependência, não é estar em um vínculo a alguém ou a algo que limita minhas formas de existir, que limita minhas possibilidades de vida. Por isso, reforçamos a necessidade da contínua discussão sobre o cuidado que expande as possibilidades e cria espaços de alteridade. Como discute Dunker (2015), nossas formas atuais de gestão do mal-estar se encontram mais centradas na produção de espaços de exclusão e anomia, assim como na definição de condomínios de classificação diagnóstica flexível. Isto, ao mesmo tempo em que pode nos oferecer conforto e segurança, pode também limitar nossas possibilidades e cercear, cada vez mais, nossa liberdade. E ficou-nos claro, nos próprios relatos dos sujeitos, o quanto o sentimento de se sentir aprisionado (em suas diversas dimensões) nos faz adoecer.

É imprescindível que lembremos sempre que aprisionamo-nos quando nos medicamos e nos sentimos dependentes dos mesmos, não acreditando que podemos nos sentir bem sem uma intervenção química em nosso organismo; quando pensamos que temos que carregar as explicações de um diagnóstico para dizer quem somos; quando vinculamos nossos

projetos aos desejos dos outros; quando acreditamos que não podemos ser espontâneos, e sim, sempre atentos às performances exigidas; quando somos colocados em situações de controle e limitação, ou por pessoas ou pelos diversos circuitos sociais que nos impõem. Rose (2019) nos dá uma visão ampliada sobre como poderíamos desenvolver formas ampliadas de cuidado, quando afirma:

Especialistas em saúde mental deveriam estar trabalhando ao lado de outros profissionais advogando para uma transformação nas condições sociais sustentam os distúrbios mentais, trabalhando com decisores políticos para desenvolver estratégias para promover saúde mental nas cidades, locais de trabalho e outras organizações, e no suporte às políticas que fundem centros comunitários, amplamente conduzido por não-profissionais, mas com o apoio de profissionais quando se fizer necessário. Particularmente, os profissionais iriam trabalhar ao lado daqueles que experimentam severos distúrbios mentais, para desenvolver formulações sobre a situação atual que a eles fazem sentido, promovendo estratégias e objetivos para que recuperem o controle sobre suas próprias vidas, e também ajudando a identificar, coordenar e gerir as ações necessárias para melhorar aquilo que as causa estresse, tratando de dificuldades domésticas aos problemas financeiros e problemas com filhos e parceiros³⁰ (ROSE, 2019, p. 192).

Somos múltiplos e muito complexos para acreditarmos que uma única forma de cuidado pode dar conta de experiências de sofrimento tão singulares ou que apenas uma fonte da realidade explica toda uma situação de sofrimento. Precisamos sustentar uma visão e pensamento em paralaxe, considerando os fenômenos que nos rodeiam sob diversos ângulos, para assim podermos oferecer novos discursos que permitam os sujeitos falarem, como estes fizeram, e nos revelarem o que realmente importa.

Além disso, precisamos criar mais espaços de compartilhamento, que possibilitam a partilha de projetos de vida e a construção de novas possibilidades, com as pessoas experimentando suas relações de interdependência. Para Crary (2016, p. 127),

A realidade seria, pois, reconfigurada, a fim de incluir a compreensão de que existem objetivos e projetos compartilhados, que aquilo que mais queremos não pode ser obtido de modo individual, mas pela práxis comum de um grupo, mesmo que o grupo ou a comunidade assim formada seja historicamente passageira.

³⁰ “Experts in mental health should be working alongside other professionals in advocating for a transformation in the social conditions that underpin mental distress, in working with policymakers to develop strategies to promote mental health in cities, workplaces and other organizations, and in supporting policies that fund communities centres, drop-in centres, peer support networks and other facilities, largely run by nonprofessionals but with professional support where needed. In particular, professionals would work alongside those experiencing severe mental distress, in developing formulations of their current predicaments that make sense to them, devising strategies and objectives for regaining control over their lives, and in helping identify, coordinate and manage the actions necessary to ameliorate the contributors to their distress that are tractable, ranging from housing difficulties and financial problems to troubles with partners or children”.

Sobre isto, Butler (2010, p. 38) também discute:

Não há vida sem as condições de vida que sustentam, de modo variável, a vida, e essas condições são predominantemente sociais, estabelecendo não a ontologia distinta da pessoa, mas a interdependência das pessoas, envolvendo relações sociais reproduzíveis e mantenedoras, assim como relações com o meio ambiente e com formas não humanas de vida, consideradas amplamente.

Projetos são construídos de forma interdependente, o que não significa dizer que trilham uma única meta, um objetivo que todos devem partilhar e com ele comungar. Mais uma vez reforçamos, é isso que nos aprisiona. Que os nossos projetos possam existir em multiplicidade, e que não precisem dirigir todos os seus anseios para status, poder, aquisição e acumulação de bens ou performances.

Unido a isto, colocamos a importância da comunicação, algo que discutimos anteriormente. Esta seria possível quando se criam espaços de alteridade, de reconhecimento do sofrimento do outro, e que visa não somente a “transmissão de mensagens, mas, de alguma maneira, um *éthos* de compartilhamento” (CRARY, 2016, p. 129). Lembremos que Mead (MORRIS, 2010), ainda nos anos 1920, já listava os elementos essenciais para uma sociedade humana, dando destaque aos aspectos de vizinhança e cooperação: “A atitude fundamental de ajudar a outra pessoa que está em dificuldades, que está doente ou vivendo algum outro infortúnio pertence à própria estrutura dos indivíduos em comunidade humana” (MORRIS, 2010, p. 132).

Por fim, destacamos o quanto é rico e produtivo (já que nossas sociedades nos exigem tanto uma atitude produção) construir hipóteses de intervenção e cuidado com o outro em sofrimento a partir de suas próprias falas. É essencial a expansão que isto nos fornece, desvelando saberes aos quais nunca conseguiríamos entrar em contato, caso continuássemos apenas seguindo saberes específicos e que se pretendem como os únicos válidos ao se tratar de sofrimento.

Deve-se argumentar que o conhecimento na perspectiva do paciente, daqueles tradicionalmente vistos como não possíveis de realizar insights e, frequentemente, como quem tem habilidades limitadas de tomar decisões apropriadas por causa de sua doença, fornecem uma base alternativa, talvez até melhor, para desenvolver práticas efetivas para dar suporte àqueles que experimentam distúrbios mentais, até mesmo aqueles diagnosticados com distúrbios mentais severos. As reivindicações do conhecimento psiquiátrico convencional poderiam ser desafiadas em seu próprio terreno, e as epistemologias da psiquiatria poderiam negar suas reivindicações por universalidade, e localizá-las em seu tempo, espaço e comunidades epistêmicas³¹ (ROSE, 2019, p. 167).

³¹ “It was to argue that knowledge from the perspective of the patient, from those traditionally thought to ‘lack insight’ and hence to have limited ability make appropriate decisions because of their illness, provided an alternative, and perhaps a better, basis for a developing effective practices to support those experiencing mental

4 HORA DE ARRUMAR AS MALAS

Desse modo, é chegada a hora, amigo(a), de encerrar nossa viagem. Nesta profusão de experiências, imagino que possa estar se sentindo cansado, não é mesmo? Precisamos nos recolher um pouco, tanto para descansarmos como para assimilarmos as mudanças que essa jornada causou em nós. Quando viajamos, nunca voltamos os mesmos, sendo que deixamos coisas que trazíamos antes no caminho, assim como também levamos um pouco do que nos marcou.

Antes de finalizá-la, porém, gostaria de oferecer um último presente, um registro que oferece um panorama das paragens e àquilo que fomos aprendendo pelo caminho. Como viajantes destemidos, adentramos lugares desconhecidos sem um mapa em mãos, que pudesse nos indicar, previamente, que lugares deveríamos visitar, onde não ir e de que formas deveríamos nos locomover. O que nos acompanhou, previamente, foi somente nossas indagações acerca daquilo que já era discutido quando se tratava dos sofrimentos das pessoas e uma vontade de adentrar estes campos com maior profundidade, conhecendo-os em suas vertentes mais próprias e únicas.

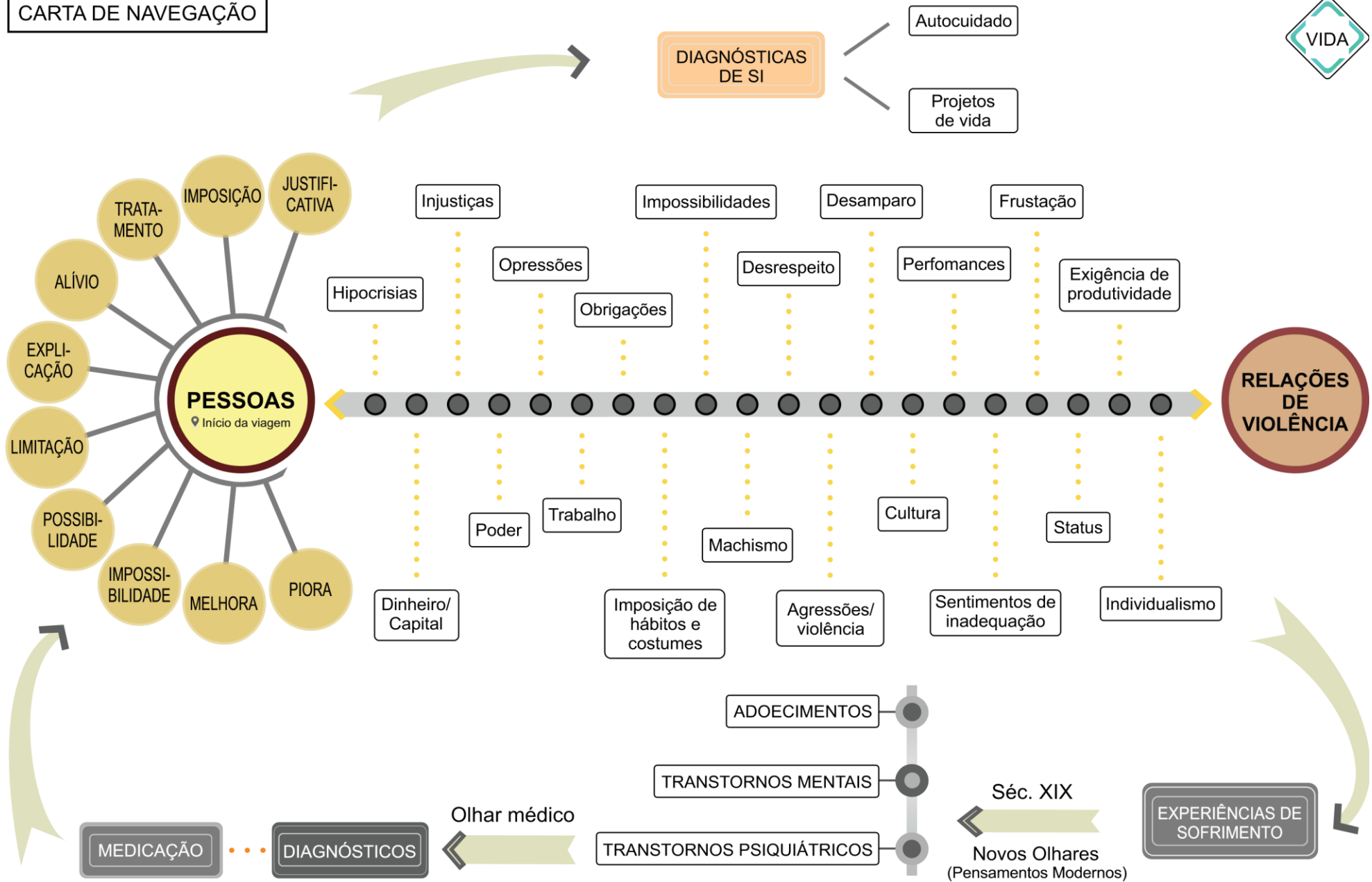
Aprendemos, discutimos, compartilhamos, sentimos juntos. Não é fácil ter tais experiências, com tanta abertura àquilo que há de mais dizível e indizível na vida. E isso só foi possível devido à nossa disposição às alteridades e, principalmente, à total disponibilidade destas pessoas, que nos permitiram passear em suas histórias através de suas narrativas, que ao mesmo tempo nos mostraram dor, força, afeto e transformações.

Ao longo de nossa viagem, portanto, permiti-me adentrar em um projeto de construção de algo que eu não considero um mapa, pois não é meu objetivo limitar a densidade do que vivemos em um esquema. Porém, uma carta de navegação pareceu-me muito útil para futuras viagens, pois assim como os mares, as pessoas nunca se encontram estáticas em seus processos de formação e apresentação e sim em contínuo movimento como algo intrínseco às suas existências. Como escreveram Banzato e Pereira (2014, p. 47), “ao contrário dos mapas topográficos, únicos e invariáveis, as cartas de navegação não reivindicam exclusividade, pois múltiplos são os caminhos e as rotas para quaisquer destinos”. Espero que a minha, agora nossa, carta de navegação, possa ser uma boa lembrança de nosso encontro:

distress, even those diagnosed as suffering from serious mental disorder. Conventional psychiatric knowledge claims could be challenged on their own grounds, and the epistemologies of psychiatry could be denied their claims to universality, and located in their time, place and epistemic community”.



CARTA DE NAVEGAÇÃO



Esta carta de navegação poderá auxiliar, portanto, quem desejar desbravar os caminhos que nos levam a discutir sobre o sofrimento humano e as formas de cuidado do mesmo. Porém, é imprescindível reforçar que esta não se trata de algo estático, um mapa que não se transforma e não se movimenta, mas que, pelo contrário, deve estar em constante processo de metamorfose, principalmente no momento em que algum viajante, com a mesma em mãos, depara-se com outras possibilidades de vida, processo infindo em nossa realidade.

A carta de navegação tomou corpo por meio de nosso contato com as experiências das pessoas, em um processo contínuo de afetação, como quem testemunha de perto as narrativas articuladas e múltiplas que fundam e antecipam muitos sentidos. Adentrando um mundo já em pleno funcionamento no momento em que nasceram, vislumbramos, mesmo que de forma provisória, as tensões das várias narrativas, a violência nas relações, as situações de opressão, ligadas às performances e a outros aspectos, como bem detalha a carta de navegação. E algo ficou mais do que claro: a violência gera adoecimento. Nenhuma pessoa em situação de violência se vê na liberdade de criar, de se reinventar e ao seu mundo, vendo-se limitada e acorrentada por imposições repassadas, em grande parte, por suas relações interpessoais.

Portanto, vivendo em extrema opressão e violência, entravam em sofrimento maior, adoecendo seus corpos e suas existências. Porém, em vez de terem uma compreensão ampla dos processos que vivenciavam e das inúmeras limitações impostas em ao longo de sua história, recebiam como principal forma de auxílio os olhares médicos, que passaram a se tornar hegemônicos em nossas sociedades, e que as encaixava em diagnósticos e as medicava, como forma principal de cuidado. Isto tudo reforçado pelos múltiplos atores de cada uma de suas vidas, que também entendiam a necessidade de tal cuidado.

Esta atitude diagnóstica causou repercussões várias, que, como pudemos ver, eram tanto positivas como negativas em relação ao que cada uma experienciava e aos circuitos de sentidos nos quais estavam imersos. A partir disto, falaram sobre o que sentiam, sobre o que pensavam sobre suas formas de sofrimento e quais eram os cuidados que consideravam importantes em suas vidas, assim como os projetos que faziam mediante isto, construindo uma diagnóstica própria.

Destacamos algo que, embora possa parecer óbvio, é importante de ser sempre reforçado: o mundo, a vida, são constituídos por possibilidades, e não por certezas e regras universais atemporais. No momento em que nos fechamos para uma

compreensão, ou no momento em que a determinamos como algo estático e que só pode gerar um único resultado, fechamo-nos também para um mundo de possibilidades outras que poderiam surgir, ou para a multiplicidade de relações que a compõem em sua expressão. Isto serviria não somente para afirmar possibilidades como válidas, mas também para termos terrenos mais firmes onde poderíamos pisar e promover as transformações que nossa realidade demanda a todo o momento, de forma mais coerente. No jogo de forças de poder, acabamos por nos contrapor em ideias, mas com objetivos semelhantes de adquirir lugares privilegiados que possam ditar como uma realidade tem que se construir.

Ao falarmos de contraposições, tocamos em outro ponto importante. Somos um todo integrado, que funciona conjuntamente e se metamorfoseia a todo o instante. A discussão se algo é biológico, ou psicológico, ou social, ou cultural, uma parte excluindo a outra, é uma discussão que percebemos não ter mais assim tanto sentido. A separação dos saberes parte muito mais de uma necessidade humana, de explicar didaticamente algo que é muito complexo e que nossa linguagem não alcança em sua completude: a vida. Não que tenhamos que parar de produzir saberes sobre os fenômenos que se mostram, e neles tentarmos intervir, mas que tenhamos sempre presente os limites de nossos saberes e práticas, assim como passemos a exercitar o entendimento que nos indica, por tanto momentos, a necessidade de agirmos conjuntamente, em comunidade (não só científica), quando algo se mostrar complexo demais para ser compreendido. O sofrimento humano é um ótimo exemplo de algo que precisa ser trabalhado dessa forma.

Percebemos, também, que nossas dores e sofrimentos passaram, de forma significativa, a serem regulados pela lógica de nosso sistema econômico. Quanto mais sofremos, mais lucros a indústria farmacêutica e áreas relativas à saúde mental produzem, o que faz com que a roda gire mediante seus saberes e, conseqüentemente, seus interesses. O sofrimento faz parte da vida, e não pode, portanto, tornar-se objeto de intervenção exclusivo de áreas específicas. Quando realmente entendermos isto, talvez percebamos que as práticas médicas e áreas afins, assim como as medicações, são, sim, *uma* possibilidade, mas que, concomitante a estas, existem uma diversidade de outras áreas, de outras intervenções políticas, jurídicas, sociais, culturais, relacionais, educacionais, terapêuticas, ocupacionais, econômicas que não somente poderiam, como deveriam entrar em cena quando tratamos do cuidado de pessoas em situação de sofrimento.

Além disso, as pessoas clamam por maior autonomia, maior emancipação e liberdade, principalmente quando tratamos do sistema econômico que se infiltra nos espaços mais privados e íntimos de nossas vidas. Para isto, é necessário que politizemos nossas formas de vida, tornando possível o questionamento de realidades, críticas daquilo que se mantém implícito e que proporcionemos uma real escuta às demandas colocadas cotidianamente por muito que sofrem, que, como bem vimos, falam para bem além de processos diagnósticos e práticas que os foram impostas como uma forma rígida de cuidado. Há muito saber nestas falas, e muita potência para se transformar realidades opressoras e produtoras de sofrimento. Porém, estas precisam fazer parte de nossa realidade para se concretizarem em atos políticos, pois o que vemos, mais comumente, é uma supressão dos reclamos de pessoas e uma busca por manutenção de sistemas vigentes.

Quanto a estas narrativas, entramos no quinto ponto, o qual se refere à comunicação. Precisamos expandir nossas formas de se comunicar, para além de uma positividade que impõe, muitas vezes, violentamente, a qual prevê que devemos falar mediante termos já estabelecidos, correndo o risco de não sermos reconhecidos caso queiramos expor nossa negatividade, a diferença que nos faz únicos e que não condiz com o que já está posto. Como discutimos, a indeterminação não é prejudicial em essência, mas pode ser rica, criativa e abrir espectros outros de vida dos quais muitos poderiam partilhar. Porém, para que isso aconteça, precisamos criar uma comunicação que escute, verdadeiramente, a alteridade do outro, e não apenas a processe visando encaixá-la em alguma categoria. Enquanto isto não se dá, diagnósticos continuarão a ser boas justificativas para encontrarmos possibilidades de respeito às nossas diferenças e necessidades, assim como uma permissão de expressão de nossa alteridade.

Por fim, para que possamos agir mediante estes pontos, temos que repensar o mundo como um todo, assim como algo muito pertinente ao mesmo, as nossas formas de relação. Porém, como isto é algo muito difícil de se realizar – pois repensar algo assim tão grandioso nos demanda tempo, lutas, muito trabalho e, de fato, muitas frustrações, algo que, por vezes, não nos resta muita força para abraçar – damos continuidade às formas de vida insatisfatórias às necessidades de muitos. O que precisamos pensar, com urgência, não é somente como atuar nos efeitos que os diagnósticos e medicalização da vida têm nas pessoas, mas em como constituir novos desdobramentos nas realidades que gerem novas possibilidades de vida que façam com que as pessoas não precisem chegar a estas práticas, clamando por cuidado.

A questão não consiste, portanto, em excluir a possibilidade de sofrimento da vida. Sofreremos, de uma forma ou de outra, dentro de determinados sistemas ou de outros contrários, pois, “Tanto o corpo quanto a alma do homem culturalizado trarão a marca da dor de modo perene” (SILVA JÚNIOR, 2018, p. 50). Somos muito diferentes, pensamos diferente uns dos outros, agimos de múltiplas maneiras e, conseqüentemente, produziremos percepções e necessidades também muito diversas.

A possibilidade de entrarmos em conflito, de nos sentirmos oprimidos com algo que é posto ou exigido ou de simplesmente não nos sentirmos satisfeitos com o mundo que nos circunda, é algo sempre presente, e que, talvez, gere-nos sofrimentos significativos. Eis o ônus de vivermos em um mundo tão complexo. A questão, porém, não seria extirpar a possibilidade de conflito ou sofrimento de nossas vidas, ou mesmo de nos conformarmos que, como por vezes escutamos, “a vida é difícil”, e não há o que ser feito. O caminho, talvez, pudesse ser melhor transcorrido se houvesse uma reflexão constante das formas várias que temos e que também podemos construir, no tocante à lida com nossas dores, para além de uma racionalidade meramente instrumental que reduz toda a complexidade do mundo a um objeto. Compreender a teia de sentidos que nos envolve e implicar-se politicamente a partir desta se faz, portanto, essencial para uma mudança em nossa visão de mundo.

Não precisamos de mais manuais de doenças, de livros que afirmam revelar como alcançar a felicidade e o sucesso em poucos passos; e nem de discursos que, por um lado, disseminam ideias de respeito às diferenças e múltiplas possibilidades para as pessoas, mas que por outro, em suas práticas se colocam como rigidamente normativos e impositivos, afirmando sua posição prioritária como a melhor forma de se alcançar o bom viver. Em suma, não precisamos de mais enquadramentos.

Precisamos de relações mais acolhedoras, não-violentas, e que entendam a alteridade da vida e dos seres, possibilitando modos de vida outros. Precisamos de espaços e discursos que não considerem apenas uma área como detentora de saber e práticas realmente supostamente eficazes no cuidado do outro, pois somos seres que se constituem, simultaneamente, por fatores econômicos, políticos, sociais, afetivos etc. Precisamos de olhares em paralaxe, que entendam em nossos sofrimentos não apenas patologias ou desequilíbrios orgânicos, mas que vejam em nossas expressões de sofrimento também as possibilidades de reação e busca por equilíbrio em um mundo que, por vezes, pode ser muito contraditório ou pouco acolhedor. Olhares que vejam em nossas experiências de sofrimento um sinal de que não estamos em uma situação de

autorrealização, que necessidades significativas não estão sendo contempladas, e partir disto, ofereça condições para pensar em possibilidades outras que podem existir e que acolheria melhor um conjunto de pessoas; ou, ainda, que perceba no sofrimento expressado por tantos, ao redor do mundo, a possibilidade de transformação da realidade.

Reitero, concordando com Rose (2019), que o desenvolvimento de novas formas de pensar é urgente, pois as ideias que se fixam em fatores únicos não nos levaram muito longe. O caminho de busca pelas certezas que temos seguido parece trazer ainda outras questões geradoras de sofrimento. Portanto, uma nova visão de mundo seria aquela que não visa à normalização, mas que considera a vida dos sujeitos, em integração com seus pares e grupos, com suas possibilidades e também impossibilidades, com seus desejos e limites, com suas escolhas, suas potencialidades em diversas dimensões, e a partir disto lança projetos de vida possíveis, os quais farão sentido para aqueles que os vivenciarão. Isso tudo, considerando o que disse, sabiamente, Arthur: *“Porque cê imagina: tudo, tudo é uma... sabe? Parece que tudo tá em movimento, sabe? Tudo tem um significado, né?”* (Arthur).

Nesse movimento constante, em metamorfoses contínuas e na rica jornada da vida, ansiamos que esses olhares nos levem para uma vida mais autêntica, repleta de significado, que não precisa se embasar na ideia rígida sobre ser normal, mas na realização de si naquilo que percebemos que nos convoca a ser aquilo que somos. Por mais difícil que pareça, que isto nos seja possível, cada vez mais, em um caminho que combine acolhimento, diferenças, crítica e compartilhamento, lançando novas possibilidades de existir.

5 A VIAGEM NÃO TERMINA NUNCA

A viagem não acaba nunca. Só os viajantes acabam. E mesmo estes podem prolongar-se em memória, em lembrança, em narrativa. Quando o viajante se sentou na areia da praia e disse: “Não há mais que ver”, sabia que não era assim. O fim duma viagem é apenas o começo doutra. É preciso ver o que não foi visto, ver outra vez o que se viu já, ver na Primavera o que se viu no Verão, ver de dia o que se viu de noite, com sol onde primeiramente a chuva caía, ver a seara verde, o fruto maduro, a pedra que mudou de lugar, a sombra que aqui não estava. É preciso voltar aos passos que foram dados, para os repetir, e para traçar caminhos novos ao lado deles. É preciso recomençar a viagem (SARAMAGO, 1981, p. 279).

Poderia encerrar nossa viagem dizendo que ela terminou. Entretanto, parece-me que José Saramago captou e colocou em palavras muito bem o que significa fazer de fato uma viagem. Nossa viagem foi incrível, cada uma das paragens trouxe um aprendizado imensurável, mas sabemos que cada uma das narrativas foi visitada e experienciada também a partir de algo muito único e particular: o olhar que essa pesquisadora proporcionou. Ele é um olhar localizado, que assume uma paralaxe. Sabemos que ainda há muito a ser visitado, muito a ser explorado e, conseqüentemente, refletido e produzido sobre esse mundo tão grande e diverso que nos abriga. Esta viagem já muito nos proporcionou, de fato, e nos revelou muitos dos significantes e elementos da realidade sobre os quais questionamos em nosso encontro inicial.

Contudo, é essencial que lembremos que muito ainda há a ser feito, a ser conhecido, a ser desvelado. Cada narrativa transcrita, por exemplo, pode oferecer ainda outras imagens. Cada nova narrativa registrada de nossos participantes ofereceria novas nuances, infinitas interpretações e análises se as retomássemos a qualquer momento. Quiçá as narrativas de outras pessoas. Estamos longe de esgotar as reflexões sobre esse campo, principalmente por termos percebido as mudanças que o mesmo tem sofrido, assim como os novos olhares que temos conferido a este. Além disso, percebemos a importância de construirmos uma nova visão de mundo, uma nova maneira de pensar. Isso leva tempo e muito trabalho, o que pedirá nosso empenho em outros momentos.

A viagem nunca termina e certamente novas paragens aparecerão no horizonte, mas como essa viajante precisa encerrar essa viagem específica ficaremos por aqui. Fique com meu abraço carinhoso e apertado, e com meus agradecimentos mais sinceros por ter me acompanhado por todo esse tempo. Espero vê-lo(a) em breve, em mais viagens, em mais ricas jornadas, e com ainda mais profundas reflexões sobre a vida.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Tradução de Henrique Burigo. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- _____. **Gosto**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
- _____. **Meios sem fim**: notas sobre política. Tradução de Davi Pessoa Carneiro. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.
- ALMEIDA, Juracy Armando Mariano de. **Sobre a anamorfose**: identidade e emancipação na velhice. 2006. 259 f. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- BANZATO, Cláudio E. M.; PEREIRA, Mário. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- BRASIL. **DECRETO 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a assistência a alienados. 1903. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 16 maio 2018.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.
- BUTLER, J. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: 2015.
- CANETTIERI, Thiago. **Paralaxe, negatividade e periferia**: rumos para uma metacrítica da economia política do espaço. 2017. Disponível em: <<http://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2017/anais2017/MC69/mc692.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octavio Ferreira Barreto Leite. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1943.
- CARENHO, Aline Costa. *et al.* O corpo como lugar do sofrimento social. In: **Patologias do social**: arqueologias do sofrimento psíquico [S.l.: s.n.], 2018.

CIAMPA, Antônio da Costa. (1987). **A estória do Severino e a História da Severina**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

CRARY, Jonathan. **24/7: Capitalismo Tardio e os fins do sono**. Tradução de Joaquim Toledo Júnior. São Paulo: Ubu, 2016.

DIDI-HUBERMAN, Georges. **A invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica de Salpêtrière**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.

_____. Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não toda. *In*: SAFATLE, Vladimir; SILVA JÚNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian (Org.) **Patologias do Social: arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

ECO, UMBERTO. **Como se faz uma tese**. Tradução de Gilson Cesar Cardoso de Souza. 26. ed. São Paulo: Perspectiva, 2016.

FACCHINETTI, Cristiana. O brasileiro e seu louco: notas preliminares para uma análise de diagnósticos. *In*: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul (Org.). **Uma história Brasileira das Doenças**. Brasília: Paralelo, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

HAN, Byung-Chul. **Agonia do Eros**. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

HEGEL, George Wilhelm Friedrich. **Introdução à História da Filosofia**. Tradução de Antônio Pinto Carvalho. Discurso proferido originalmente em 1816. Coimbra: 1974.

_____. **Princípios da Filosofia do Direito**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

HOLANDA, Renata Bessa. **Experimentações, aprisionamentos e posicionamentos: narrativas de história de vida de pessoas que passaram por tratamento em comunidades terapêuticas**. 2016. 105 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza, 2016.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: 34, 2003.

_____. **Sufrimento de indeterminação**: uma reatualização da Filosofia do Direito de Hegel. São Paulo: Singular, 2007.

JAQUET, Gabriela Menezes. Foucault, a Aufklärung e a Insurreição Iraniana: o levante na singularidade do presente. **KÍNESIS** (Marília), v. 9, p. 78-94, 2017.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. *In*: Plenário de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de SP. **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1987, p. 1-93.

LAING, Ronald David. **The Divided Self**: An Existential Study in Sanity and Madness. Harmondsworth: Penguin, 1960.

LANE, Silvia Tatiane Maurer; CODO, Wanderley. A psicologia social e uma nova concepção do homem para a psicologia. *In*: ANDREY, A. A. *et al.* **Psicologia Social**: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 2012.

LIMA, Aluísio Ferreira de. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso**: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. São Paulo: FAPESP; EDUC, 2010.

_____. **A narrativa como método da pesquisa com coisas frágeis**, 2020. p. 1-15. (mimeo)

_____. **A teoria crítica de Jürgen Habermas**. São Paulo: Sulina, 2015.

LIMA, A. F.; CIAMPA, A. C.; ALMEIDA, J. A. M. Psicologia Social como Psicologia Política? A proposta de Psicologia Social de Silvia Lane. **Psicologia Política**. São Paulo, v. 9. n. 18. pp. 223-236. jul. – dez, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MORRIS, Charles (Org.). **Mente, self e sociedade**. São Paulo: Ideias e Letras, 2010.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças. *In*: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul (Org.). **Uma história Brasileira das Doenças**. Brasília: Paralelo, 2004.

REIS, José Roberto Tozoni. Família, emoção e ideologia. *In*: ANDREY, A. A. *et al.* **Psicologia Social**: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 2012.

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003.

ROSE, Nikolas. **Our Psychiatric Future**. Polity Press: Medford, MA, USA, 2019.

SAFATLE, Vladimir. Depois dos muros de Alphaville, o mato. Prefácio, 2014. *In*: DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.

_____. Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. *In*: SAFATLE, Vladimir; SILVA JÚNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian (Org.). **Patologias do Social**: arqueologias do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

SARAMAGO, José. **Viagem a Portugal**. São Paulo: Companhia das Letras, 1981.

SZASZ, Thomas. S. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

SILVA JÚNIOR, Nelson. O mal-estar no sofrimento e a necessidade de sua revisão pela psicanálise. *In*: SAFATLE, Vladimir; SILVA JÚNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian (Org.) **Patologias do Social**: arqueologias do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

TURRIANI, Anna. *et al.* O caso clínico como caso social. *In*: SAFATLE, Vladimir; SILVA JÚNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian (Org.) **Patologias do Social**: arqueologias do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma Epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

ŽIŽEK, Slavoj. **A visão em Paralaxe**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.