



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Melissa Rodrigues de Almeida

A formação social dos transtornos do humor

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin

**Botucatu
2018**

Melissa Rodrigues de Almeida

A formação social dos transtornos do humor

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Almeida, Melissa Rodrigues de.

A formação social dos transtornos do humor / Melissa Rodrigues de Almeida. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Sueli Terezinha Ferrero Martin
Capes: 40600009

1. Transtornos do humor. 2. Saúde pública. 3. Saúde mental. 4. Psicologia social. 5. Estresse psicológico. 6. Materialismo dialético. 7. Materialismo histórico.

Palavras-chave: Psicologia histórico-cultural; Saúde coletiva; Saúde mental; Sofrimento psíquico; Transtornos do humor.

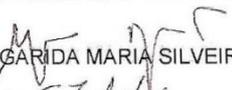
ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE MELISSA RODRIGUES DE ALMEIDA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, DA FACULDADE DE MEDICINA.

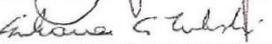
Aos 02 dias do mês de março do ano de 2018, às 14:00 horas, no(a) Sala 16 - Central de Aulas - FM/Botucatu, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. SUELI TEREZINHA FERRERO MARTIN - Orientador(a) do(a) Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. ANGELO ANTONIO ABRANTES do(a) Depto. de Psicologia / FC/Bauru - Unesp, Prof. Dr. BRUNO PEIXOTO CARVALHO do(a) Depto de Psicologia / UFPR - Curitiba, Profa. Dra. MARGARIDA MARIA SILVEIRA BARRETO do(a) Depto. de Medicina Social / FCM/Santa Casa/São Paulo, Profa. Dra. SILVANA CALVO TULESKI do(a) Depto. de Psicologia / Universidade Estadual de Maringá (UEM), sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da TESE DE DOUTORADO de MELISSA RODRIGUES DE ALMEIDA, intitulada **A formação social dos transtornos do humor**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVA DA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. SUELI TEREZINHA FERRERO MARTIN


Prof. Dr. ANGELO ANTONIO ABRANTES


Prof. Dr. BRUNO PEIXOTO CARVALHO


Profa. Dra. MARGARIDA MARIA SILVEIRA BARRETO


Profa. Dra. SILVANA CALVO TULESKI

À classe trabalhadora, que em suas dores e sofrimentos denuncia as misérias e agruras desse mundo. Que possamos forjar projetos de vir-a-ser mais plenos de sentido.

AGRADECIMENTOS

“O paraíso são os outros”
(Valter Hugo Mãe)

À *Sueli*, minha querida orientadora. Pela confiança e dedicação, pelo exemplo de coerência acadêmico-política e pela amizade e ternura com que sempre me acolheu.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, por suas preciosas contribuições: Ao *Ângelo*, pelas observações atentas e dedicadas; Ao *Bruno*, pelo rigor, parceria e pelos projetos vindouros; À *Silvana*, pela generosidade em suas contribuições criteriosas e trocas enriquecedoras; À *Margarida*, por aceitar prontamente o convite e por sua produção no campo da saúde do trabalhador; À *Flávia*, que, mesmo na suplência, dedicou-se à leitura e a propor reflexões certeiras para este trabalho; Aos demais suplentes, *Ju Pasqualini* e *Netto*, pelas várias trocas já realizadas e por serem uma referência de comprometimento teórico e prático na psicologia.

Ao *GEP - Grupo de Estudos e Pesquisa "Psicologia Histórico-Cultural e Saúde Coletiva*, pelas interlocuções, reflexões e modelo de trabalho coletivo e solidariedade. Em especial, à *Carol* e ao *Caio*, pelas caronas e pela hospitalidade, fazendo a jornada de viagens um pouco menos pesada e muito mais divertida; à *Andressa*, pelas caronas, hospedagem e risadas; à *Regina*, pelo carinho contagiante; à *Nicelle*, pelas transcrições e cumplicidade nas análises; à *Jéssica*, à *Juliana*, à *Patrícia*, por tantos bons momentos.

Ao *NEPPEM – Núcleo de Estudos e Pesquisa "Psicologia Social e Educação: contribuições do marxismo"*, pelos estudos conjuntos e rigorosas sugestões.

Aos *colegas, aos professores e funcionários do programa*, pelo auxílio, pelas sugestões e pela convivência.

Aos *participantes da pesquisa*, que desnudaram as contradições das injustiças vividas e das diversas maneiras de enfrentá-las, pela partilha de suas histórias de vida, de suas dores e de suas esperanças.

Às *trabalhadoras do CAPS* em que se realizou a pesquisa de campo, importantes parceiras nessa pesquisa, por sua atenção e cuidado mesmo em meio à sobrecarga da rotina de trabalho e pela baita injeção de ânimo na devolutiva parcial.

Aos dedicados *assistentes de pesquisa*, que foram fundamentais durante os grupos focais, *Camila*, *Diana* e *Vitor*. À *Camila* também pelo socorro com a tradução do resumo.

À amiga e companheira de doutorado, *Rê Moraes*. Por todos os quilômetros percorridos, temperados pelos papos mais variados. Pelo suporte sempre carinhoso e pelas tantas reflexões conjuntas e angústias partilhadas sobre nossos objetos de pesquisa e sobre a vida.

A todos que se dedicam ao desenvolvimento da psicologia histórico-cultural e que contribuem para nossos estudos coletivos. Em especial aos colegas que com seus ensinamentos e trocas dialogaram de alguma maneira com esse trabalho: *Rê Bellenzani*, *Achilles*, *João* e *Tiago*. E aos membros do *Laboratório de Psicologia Histórico-Cultural (LAPSIHC-UFPR)*, pelo espaço de discussão e produção coletiva e, claro, pelas festas.

Aos *estudantes de psicologia da UFPR*, por acolherem meu cansaço quando precisei intercalar as aulas com as viagens semanais, ao mesmo tempo em que com sua motivação mostraram que toda a dedicação valia a pena. E também por estarem sempre em movimento, na luta por melhores condições de estudo e formação.

Aos *colegas professores de psicologia da UFPR*, por todo o incentivo e pelo auxílio em meu afastamento.

Ao *movimento docente da UFPR*, pela caminhada conjunta na luta em defesa da universidade pública e de qualidade.

Aos *camaradas de militância*, por darem sentido à vida com um projeto coletivo de emancipação humana. “Com vocês, não termino em mim mesma”.

À *Rê Barbieri*, por permitir a redescoberta do prazer da dança com doses cavalares de deleite semanal, renovando o ânimo para a escrita.

À *Tiffany*, pelas aulas de pilates que me mantiveram em condições de viajar e de permanecer horas a fio sentada em frente ao computador.

Aos queridos amigos e amigas, que tornam a vida mais leve e bonita, um caloroso agradecimento. À *Diana*, à *Sarita* e ao *Vitor*, pela intensa trajetória de 17 anos compartilhada, pelo cuidado recíproco e pelo amor cultivado. À *Cris*, à *Irina*, ao *Du* e à *Pri*, pela compreensão com os furos, pelas festas e pelos ombros amigos. À *Grazi*, pela dedicação e preocupação constantes, pelo afeto mútuo, pela leitura e sugestões ao trabalho e por oferecer tantos bons momentos com os pimpolhos. Ao *Bruno* e ao *Netto*, pelas provocações, pelas comédias e dramas partilhados. À *Karlla* e ao *Luís*, pela paciência persistente nas ausências e pelas rodas de samba. E a tantos outros que, de mais perto ou de mais longe, enriquecem minha existência e possibilitaram das mais diversas formas este trabalho.

À *toda minha família*, que esteve na torcida, pelo amparo da vida toda, de cada um a seu jeito. Em especial, à minha mãe, *Regina*, ao meu pai, *Pedro* e à minha madrasta, *Suzi*, pelo apoio incondicional, pelos momentos de respiro e de giros pelo mundo, pelas trilhas sonoras e cafés, aqui e acolá.

Ao *Rogério*, companheiro de vida, pelo encorajamento afetuoso nas (inúmeras) crises, pelas incontáveis leituras e conversas sobre esse trabalho; por me divertir, por acolher minhas ideias mais malucas e minhas angústias mais profundas, por dividir as dores e as delícias da vida.

A Flor e a Náusea

Preso à minha classe e a algumas roupas, vou de branco pela rua cinzenta.

Melancolias, mercadorias, espreitam-me.

Devo seguir até o enjôo?

Posso, sem armas, revoltar-me?

Olhos sujos no relógio da torre:

Não, o tempo não chegou de completa justiça.

O tempo é ainda de fezes, maus poemas, alucinações e espera.

O tempo pobre, o poeta pobre

fundem-se no mesmo impasse.

Em vão me tento explicar, os muros são surdos.

Sob a pele das palavras há cifras e códigos.

O sol consola os doentes e não os renova.

As coisas. Que tristes são as coisas, consideradas sem ênfase.

Vomitam este tédio sobre a cidade.

Quarenta anos e nenhum problema

resolvido, sequer colocado.

Nenhuma carta escrita nem recebida.

Todos os homens voltam para casa.

Estão menos livres mas levam jornais
e soletram o mundo, sabendo que o perdem.

Crimes da terra, como perdoá-los?

Tomei parte em muitos, outros escondi.

Alguns achei belos, foram publicados.

Crimes suaves, que ajudam a viver.

Ração diária de erro, distribuída em casa.

Os ferozes padeiros do mal.

Os ferozes leiteiros do mal.

Pôr fogo em tudo, inclusive em mim.

Ao menino de 1918 chamavam anarquista.

Porém meu ódio é o melhor de mim.

Com ele me salvo

e dou a poucos uma esperança mínima.

Uma flor nasceu na rua!

Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego.

Uma flor ainda desbotada

ilude a polícia, rompe o asfalto.

Façam completo silêncio, paralitem os negócios,

garanto que uma flor nasceu.

Sua cor não se percebe.

Suas pétalas não se abrem.

Seu nome não está nos livros.

É feia. Mas é realmente uma flor.

Sento-me no chão da capital do país às cinco horas da tarde

e lentamente passo a mão nessa forma insegura.

Do lado das montanhas, nuvens maciças avolumam-se.

Pequenos pontos brancos movem-se no mar, galinhas em pânico.

É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

ALMEIDA, M. R. **A formação social dos transtornos do humor**. 2018. 415 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.

O objetivo deste trabalho foi analisar os processos compreendidos na formação social dos transtornos do humor, com base no acúmulo teórico-prático de dois campos do conhecimento, a Saúde Coletiva e a Psicologia Histórico-Cultural, ambos fundamentados no materialismo histórico-dialético. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os transtornos do humor, com destaque para a depressão, estão entre as principais causas de incapacitação no mundo hoje. Não à toa a saúde mental vem ganhando cada vez mais destaque tanto nos estudos científicos como na demanda por políticas públicas que atendam às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico. Entretanto, a produção de conhecimento e de práticas está hegemonizada por concepções biológicas, pautadas na lógica produtivista do capital. Esta pesquisa se soma aos esforços de análise do sofrimento psíquico expressos como depressão e bipolaridade em suas determinações mais profundas, tendo em vista que o processo saúde-doença consiste de uma expressão particular do processo geral da vida social. Para isso, foi realizada uma investigação teórica conjugada com pesquisa de campo, com observação participante, grupos focais e entrevistas com quinze pessoas diagnosticadas com depressão e bipolaridade, vinculadas a um serviço da rede pública de saúde. Com isso, buscou-se entender, por meio da dialética singular-particular-universal, a determinação social na constituição da depressão e da bipolaridade nas histórias de vida. A análise teve como ponto de partida a caracterização psiquiátrica da depressão e da bipolaridade, seguida de uma argumentação em favor da adoção do termo sofrimento psíquico. Fundada nos aportes da teoria da determinação social do processo saúde-doença, seguiu-se avaliando como os transtornos do humor sobressaíram no perfil epidemiológico como resultado dos modos de vida na atual fase de acumulação capitalista. Para entender as alterações na dinâmica da personalidade envolvidas na depressão e na bipolaridade, retomou-se as contribuições da Psicologia Histórico-Cultural sobre o desenvolvimento humano, a formação da personalidade e suas respectivas alterações patológicas. Por fim, com a articulação das trajetórias singulares de vida em um nível maior de generalização, sustentamos a tese segundo a qual a gênese da depressão e da bipolaridade está radicada nos processos críticos da vida social, como expressão das crescentes exigências psíquicas e resistência às constrictões pelo capital, e se desenrola na forma de alterações na personalidade centradas na esfera afetivo-volitiva da atividade.

Palavras-Chave: Transtornos do Humor; Depressão; Bipolaridade; Saúde Coletiva; Psicologia Histórico-Cultural; Saúde Mental; Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT

ALMEIDA, M. R. **The social formation of mood disorders**. 2018. 415 f. Thesis (PhD in Collective Health) – School of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.

The aim of this paper was to analyze the processes comprised in the social formation of mood disorders, based on the theoretical and practical accumulation of two fields of knowledge, Collective Health and Historic-Cultural Psychology, both grounded in historical-dialectical materialism. According to the World Health Organization, mood disorders, especially depression, are today among the leading causes of disability worldwide. Not for nothing, mental health has been gaining increasing prominence both in scientific studies and in the claim for public policies suited for people in psychic suffering. However, biological conceptions, based on the productivist logic of capital, are hegemonic in the production of knowledge and practices. This research joins the efforts of analyzing psychic suffering expressed as depression and bipolar disorder in its deeper determinations, given that the health-illness process consists of a particular expression of the general process of social life. For this purpose, a theoretical investigation was conducted in conjunction with a field research, with participant observation, focus groups and interviews with fifteen people diagnosed with depression and bipolar disorder who benefited from a service from the public health system. Thus, we sought to understand, through the singular-particular-universal dialectic, the social determination in the constitution of depression and bipolar disorder in life stories. The analysis had its starting point in the psychiatric characterization of depression and bipolar disorder, followed by an argumentation in favor of adopting the term *psychic suffering*. Based on the contributions of the theory of social determination of the health-illness process, we continued by evaluating how mood disorders stood out in the epidemiological profile as a result of the lifestyles of the current phase of capitalist accumulation. To understand the changes in personality dynamics that are involved in depression and bipolar disorder, we retrieved the contributions of Historic-Cultural Psychology about human development, personality formation and its respective pathological alterations. Lastly, by articulating the singular trajectories of life in a greater level of generalization, we supported the thesis that the genesis of depression and bipolar disorder is rooted within critical processes of social life, as an expression of increasing psychic demands and resistance to the restraints of capital, unfolding in the form of personality changes centered on the affective-volitional sphere of activity.

Key-Words: Mood Disorders; Depression; Bipolar Disorder; Collective Health; Historic-Cultural Psychology; Mental Health; Psychic Suffering.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios diagnósticos para episódio depressivo.....	43
Quadro 2: Critérios diagnósticos para transtorno depressivo.....	48
Quadro 3: Critérios diagnósticos para episódio maníaco.....	49
Quadro 4: Critérios diagnósticos para episódio hipomaníaco.....	50
Quadro 5: Critérios diagnósticos para transtorno bipolar.....	52
Quadro 6: A transformação do transtorno bipolar na era moderna	105
Quadro 7: Comparação 10 principais causas da carga global de doença em países de alta e baixa renda em 1990 e 2016.....	116
Quadro 8: Comparação 21 principais causas da carga global de doença no Brasil em 1990 e 2016.....	118
Quadro 9: Caracterização dos participantes.....	182
Quadro 10: Grupos focais – número de sessões e de participantes.....	192
Quadro 11: Principais acontecimentos na história de vida dos participantes da pesquisa conforme periodização do desenvolvimento.....	257
Quadro 12: Principais características da periodização do desenvolvimento.....	266

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ABrES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	American Psychiatric Association
BDNF	Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CACNA1C	Calcium voltage-gated channel subunit alpha1 C
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEEBJA	Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRF	Corticotropin-releasing hormone receptor
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
FDA	Food and Drug Administration
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização na Saúde
GBD	Global Burden of Disease/ Carga Global de Doença
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMAO	Inibidores de Monoaminoxidase
IML	Instituto Médico Legal

INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ISRS/ IRSS	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
MS	Ministério da Saúde
NCAN	Protein Coding gene
NIHM	Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SNP	Single Nucleotide Polimorphisms
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Transtornos Mentais
TR	Técnico de Referência
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNESP	Universidade Estadual Paulista
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 – DEPRESSÃO E BIPOLARIDADE: DUAS DAS EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATUALIDADE	27
1.1 <i>Os transtornos do humor na história</i>	27
1.2 <i>Depressão e Transtorno bipolar: definição e caracterização pela psiquiatria</i>	36
1.3 <i>Conceito de sofrimento psíquico</i>	55
CAPÍTULO 2 – A DETERMINAÇÃO SOCIAL DOS TRANSTORNOS DO HUMOR	67
2.1 <i>Explicações da saúde-doença: teoria unicausal e teoria multicausal</i>	68
2.2 <i>A teoria da determinação social do processo saúde-doença</i>	74
2.3 <i>A determinação social dos transtornos do humor: combate às teses biológicas e multicausais</i>	89
2.4 <i>A saúde-doença na atual fase de acumulação capitalista.....</i>	109
CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE E SUAS ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS	125
3.1 <i>As idas e vindas do desenvolvimento.....</i>	126
3.2 <i>Princípios gerais do desenvolvimento da personalidade.....</i>	137
3.2.1 <i>Conceito de personalidade</i>	138
3.2.2 <i>Estrutura motivacional e emocional da personalidade.....</i>	144
3.2.3 <i>As crises do desenvolvimento.....</i>	154
3.3 <i>As alterações patológicas na personalidade.....</i>	157
3.3.1 <i>Os sistemas psicológicos e as alterações na hierarquia das funções.....</i>	157
3.3.2 <i>As contribuições da patopsicologia.....</i>	160
CAPÍTULO 4 – O PERCURSO METODOLÓGICO	164
4.1 <i>Breves considerações sobre o método do materialismo histórico-dialético</i>	165
4.2 <i>Procedimentos metodológicos.....</i>	177
4.2.1 <i>Local da pesquisa de campo.....</i>	177
4.2.2 <i>Sobre os participantes da pesquisa.....</i>	178
4.2.3 <i>Fases da pesquisa</i>	184
4.2.4 <i>Formas de registro.....</i>	200
4.2.5 <i>Aspectos éticos.....</i>	201

**CAPÍTULO 5 – TRAJETÓRIAS COLETIVAS E SINGULARES DOS
TRANSTORNOS DO HUMOR: ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS E DAS
ENTREVISTAS.....203**

5.1	<i>Os transtornos do humor no discurso coletivo dos grupos focais</i>	203
5.1.1	Temas abordados nos grupos focais.....	203
	Caracterização do sofrimento psíquico: sintomas e processos psicológicos afetados .	204
	Determinação/ Causalidade.....	206
	Consequências para a vida social.....	210
5.2	<i>As histórias de vida dos participantes da pesquisa</i>	212
	Gilberto.....	212
	Ivonete	217
	João.....	221
	Leila.....	225
	Lucila.....	232
	Renato.....	239
	Roberto	242
	Rodrigo	246
	Suzana.....	249
5.3	<i>Quadro com principais acontecimentos da história de vida dos participantes conforme periodização do desenvolvimento</i>	256
5.4	<i>A gênese dos transtornos do humor nas histórias de vida</i>	263
5.4.1	A infância.....	270
5.4.2	A adolescência	282
5.4.3	A idade adulta	289

**CAPÍTULO 6 – RUMO A UMA EXPLICAÇÃO DA GÊNESE DA DEPRESSÃO
E DA BIPOLARIDADE.....319**

6.1	<i>Princípios gerais para uma leitura histórico-social da depressão e da bipolaridade</i> 319	
6.1.1	As pessoas com depressão ou bipolaridade são seres humanos em sua totalidade 320	
6.1.2	A depressão e a bipolaridade como processo.....	323
6.1.3	A unidade afetivo-cognitiva da atividade humana.....	328
6.2	<i>A gênese dos transtornos do humor na personalidade</i>	332
6.2.1	As relações sociais capitalistas e a depressão e a bipolaridade.....	333
6.2.2	As alterações na dinâmica da personalidade na depressão e na bipolaridade.....	342
	Alteração no processo de mediação e hierarquia dos motivos.....	344
	Alteração na formação de sentidos pessoais	352
	Alteração no autocontrole do comportamento	358
	Alteração na autoavaliação	366
6.2.3	Os momentos críticos como marcos na alteração da dinâmica da personalidade.	368

6.2.4 Para uma síntese provisória.....	375
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	380
REFERÊNCIAS	386
APÊNDICES	408
<i>APÊNDICE A – Roteiro para grupo focal.....</i>	<i>409</i>
<i>APÊNDICE B – Roteiro para entrevistas semiestruturadas</i>	<i>410</i>
<i>APÊNDICE C – Devolutiva parcial do Projeto do Doutorado à equipe do Centro de Atenção Psicossocial.....</i>	<i>412</i>
<i>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pessoas que irão participar das entrevistas e atividades grupais</i>	<i>415</i>
<i>APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para equipe técnica.....</i>	<i>416</i>

INTRODUÇÃO

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

(Guimarães Rosa, Grande sertão: veredas)

Neste trabalho apresentamos as elaborações resultantes de nossa pesquisa de doutoramento, que teve como objeto a gênese dos transtornos do humor, apreendida com base na dialética singular-particular-universal e fundamentada nos aportes da teoria da determinação social do processo saúde-doença e da Psicologia Histórico-Cultural.

O interesse pela área da Saúde Coletiva iniciou já durante minha graduação em Psicologia, com um estágio curricular em uma Unidade de Saúde da Família na região metropolitana de Curitiba. Nesta experiência, a equipe externava muitas dificuldades e dúvidas sobre como lidar com as pessoas em sofrimento no território, o que chamou a atenção para a importância desse tema na prática profissional. A necessidade de investigações mais aprofundadas, coerentes com o método do materialismo histórico-dialético, se evidenciaram com a experiência simultânea de trabalho como psicóloga em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e como docente na área de Saúde Pública e Psicopatologia na Universidade Federal do Paraná (UFPR). O contato com pessoas em sofrimento psíquico intenso me fez perceber, por um lado, a relação de seu processo de adoecimento e sofrimento com suas condições de vida e sua história pessoal e, por outro, as dificuldades da atuação profissional tendo em vista as variadas necessidades apresentadas por essas pessoas e a insuficiência das políticas públicas na garantia da atenção a essas necessidades. Na atividade de docência, iniciei uma pesquisa em busca das relações entre a psicopatologia e a Psicologia Histórico-Cultural, que mostrou as potencialidades dessa interface, mas também seu desenvolvimento embrionário. Apesar de incipiente, parece-nos haver um aumento do interesse pela área da saúde em geral pelos pesquisadores e profissionais que atuam com base na Psicologia Histórico-Cultural no Brasil. Entre eles, podemos citar alguns estudos que trazem os fundamentos da psicopatologia sob orientação da teoria histórico-cultural, como os de Silva (2007), Almeida, Silva e Berencheim-Netto (2008) Almeida (2011); Silva (2011) Silva (2014); Silva e Tuleski (2015); e outros estudos, fundamentados na Psicologia Histórico-Cultural e no marxismo e com incursões na área da saúde, como Dalla-Vecchia e Martins (2009), Eidt e Tuleski (2010), Dalla-Vecchia (2011), Leite e Tuleski (2011), Combinato (2011), Moraes (2011), Martins, A. L. (2012),

Berenchtein-Netto (2013), Malaguty (2013), Theodoro (2013), Macedo (2013), Lacerda (2015), Pizano (2015), Rosa (2015), Carvalho e Piza (2016), Cusinato (2016), Manoel (2016), Rocha (2016), Santos (2017), Sartor (2017), Viapiana (2017), entre outros.

Esse crescente interesse demonstra tanto a necessidade de aprofundamento teórico-prático sobre as questões da saúde mental no campo da Saúde Coletiva e as potencialidades da Psicologia Histórico-Cultural para contribuir nas análises e com ferramentas de atuação que tenham como perspectiva o desenvolvimento de autonomia e a emancipação humana, contrapondo as perspectivas naturalizantes; quanto a relevância que a área da saúde mental vem ganhando.

A questão da saúde mental vem aparecendo com destaque tanto nos estudos científicos como na demanda por políticas públicas que atendam às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico. Sabemos que o conhecimento médico se erigiu vinculado à instituição hospitalar. Amarante (2007) explica que a medicalização do hospital o transformou em espaço de exame, de tratamento e de reprodução do saber médico. Como consequência, a medicina produz um saber original sobre as doenças, mas referindo-se “a uma doença institucionalizada, isto é, a uma doença modificada pela ação prévia da institucionalização” (AMARANTE, 2007, p. 26). No caso do saber psiquiátrico isso se evidencia, visto que se tornou regra a hospitalização de longo prazo. Assim, com o questionamento do modelo manicomial de explicação e tratamento, aparece a necessidade de estudo do sofrimento psíquico no território, onde é produzido, e em busca de estratégias de atuação que modifiquem as condições de vida adoecedoras.

Pode-se considerar que a preocupação com a saúde mental seja resultado do aumento do adoecimento por transtornos mentais, que tem em sua base dois processos que, a nosso ver, estão combinados: a prevalência de sofrimento psíquico no perfil epidemiológico tendo em vista a determinação social do adoecimento e a medicalização social (ALMEIDA; GOMES, 2014).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que os transtornos mentais foram responsáveis por 12% da carga global de doença em 2000, estimando-se que chegue a 15% em 2020 (WHO, 2002). Estimativas da carga global de doença¹ em 2000

¹ A metodologia para estimar a carga global de doença foi desenvolvida pela Escola de Saúde Pública de Harvard, em colaboração com o Banco Mundial e a OMS em 1993 e introduziu um novo parâmetro de medida, denominado de "ano de vida ajustado por incapacidade" (AVAI ou DALY, na sigla em inglês), para quantificar a carga das doenças (WHO, 2002). Há alguns estudos críticos sobre a metodologia e a utilidade para as políticas nacionais das investigações baseadas na carga global de doença. Tais críticas apontam para os limites na formação dos pesos que compõem os indicadores e da representatividade dos entrevistados que emitiram julgamentos sobre gravidade

apontaram que as afecções mentais e neurológicas respondiam por 30,8% de todos os anos vividos com incapacidade, sendo que a depressão representa quase 12% do total. Estima-se que das 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco são transtornos psiquiátricos, entre os quais estão a depressão e o transtorno bipolar (ANDRADE, 1999), ou seja, dois dos principais transtornos do humor. Recentes dados da OMS apontam que o “[...] transtorno depressivo unipolar foi classificado como a terceira causa principal da carga global de doenças em 2004 e subirá ao primeiro lugar até 2030” (WAN, 2012, p. 2). No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de 2008, os transtornos mentais são a terceira maior causa de afastamentos do trabalho por mais de quinze dias e das aposentadorias por invalidez (INSS, 2008). Em 2016, foram quase 200 mil pessoas afastadas do trabalho e recebendo algum tipo de benefício relacionado a transtornos mentais e comportamentais, sendo a depressão responsável por 37,8% dos afastamentos² (INSS, 2017). Ou seja, o sofrimento psíquico vem atingindo generalizadamente a classe trabalhadora, determinado pelos modos de vida característicos da atual fase de acumulação capitalista, com marcada intensificação do processo de trabalho e da vida em geral e destacado desgaste psíquico.

Entretanto, concorre também para o crescimento dos diagnósticos de transtornos mentais o processo de medicalização social, com a flexibilização de critérios diagnósticos, a criação de novas nosologias e o estímulo à prevenção de riscos (ALMEIDA, GOMES, 2014). Como veremos no decorrer do trabalho, a medicalização contribui para a consolidação de uma concepção organicista de naturalização da vida social. Um de seus reflexos é o quanto esse assunto tem sido pautado ideologicamente pela sociedade em geral e nos meios de comunicação de massa, inclusive de forma banalizada³.

de condições de saúde das populações de seus respectivos países, por não haver informações de quais camadas sociais, etnias, faixas etárias, profissões e ocupações, níveis de educação etc. eles representam. Do mesmo modo, considera-se que os dados não servem para comparar o progresso das políticas de um país entre dois períodos de tempo, porque os pesos empregados na agregação não são de qualidade aceitável (MELO; NOGUEIRA, 2015).

² O número de auxílios-doença previdenciários concedidos para transtornos do humor em 2016 foi de 90.267 e de auxílios-doença acidentários de 3.902 (INSS, 2017).

³ Como exemplo, chamou nossa atenção a difusão de composições da música popular que tratam da questão da bipolaridade. Os versos vão desde uma tentativa de explicar o transtorno, como em *Ela é bipolar*, de Seu Jorge, Adriano Trindade, Rodrigo Tavares e Gabriel Moura, interpretada por Seu Jorge: “Tem dia que tá bem/ Dia que não tá legal/ Tem dia que tá zen/ Tem dia que tá baixo astral/ Ela é bipolar/ [...] Bipolar é transtorno mental/ Maníaco, depressivo/ Que causa muita infelicidade/ Aos portadores dessa enfermidade/ Apesar dessa doença/ O tratamento é muito simples/ Mas é legal ficar ligado/ Porque os sintomas são diversos”; até um uso ainda mais impreciso como sinônimo de indecisão, na composição de Gabriel Cantini, interpretada pelo Grupo Molejo: “Hoje tá tudo maravilhoso/ Amanhã o tempo fecha, tudo muda/ Quando eu te conheci você não era desse jeito/ Não sabia que você era de Lua”; ou com o estereótipo preconceituoso como na composição de Luccas Tibério, interpretada por Wesley Safadão: “Não dá mais pra aceitar, você é bipolar/ Ao mesmo tempo você morde, depois me assopra/

De um lado, essa abordagem do tema demonstra que é uma questão que vem afetando às pessoas, que ou sentem necessidade de falar sobre o assunto ou se identificam com o sofrimento expresso por esses canais, ainda que de forma empobrecida. De outro, a abordagem pelo senso comum e marcada pela ideologia, de modo geral perpetua uma visão culpabilizadora das pessoas em sofrimento e prejudica uma análise para além da aparência, que desnude as reais determinações do adoecimento.

O ocultamento de suas raízes tem graves implicações para os indivíduos, que se veem muitas vezes incompreendidos em seu sofrimento e isolados no enfrentamento. Em períodos de crise do capital, acompanhados de severos ataques aos direitos conquistados pelos trabalhadores, de restrição de políticas sociais e de crescimento do desemprego ou empregos precarizados, crescem ainda mais os índices de sofrimento psíquico e as tentativas de naturalização.

Essa tendência é tão manifesta que a própria Organização Mundial da Saúde⁴, em relatório denominado de "Impacto da crise econômica na saúde mental" publicado em 2011, alerta que pesquisas substanciais revelaram que as pessoas que vivenciam o desemprego, empobrecimento e rupturas familiares têm um risco significativamente maior de problemas de saúde mental, como depressão, transtornos relacionados ao uso de álcool e suicídio (WHO, 2011). A OMS admite a relação entre a saúde mental e a economia, ainda que de forma parcial, a partir do discurso da multifatorialidade, afirmando que a população com maiores níveis de saúde mental contribui para a produtividade econômica e que as crises econômicas têm impacto sobre a saúde mental das populações. De acordo com a publicação, isto ocorre porque "Fatores de proteção são enfraquecidos e fatores de risco reforçados" (WHO, 2011, p. 3), com destaque para o aumento do desemprego ou da segurança no emprego, o aumento da pobreza e do endividamento, entre outros.

A título de exemplificação, um estudo do Instituto Universitário de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade de Atenas mostra que na Grécia se registra um aumento contínuo e alarmante dos casos de depressão: de 3,3% em 2008 para 6,8% em 2009 e 8,2% em 2011,

Você pegou as minhas malas e me pôs pra fora/ Eu deixei me levar pelo seu lindo olhar/ Eu tava cego, apaixonado, tava enlouquecendo/ Não sabia a cilada que tava me metendo/ É verdade o que todos diziam/ Você é maluca, pirada, fingida”.

⁴ A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi fundada em 7 de abril de 1948, como agência especializada em saúde, subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU). Esta instituição, criada no pós-II Guerra Mundial preconizando a "manutenção da paz e segurança internacionais", apresenta um caráter explícito de coordenação dos interesses dos países capitalistas centrais – dirigidos pelos EUA – ao redor do globo. Tem sua sede em Genebra, na Suíça, e escritórios em mais de 150 países.

chegando a 12,3% em 2013 (CALABUIG, 2014). Esse aumento coincide com os reflexos da crise econômica mundial sobre a Grécia, desde 2008, muito noticiados mundo afora, como a espoliação da moradia de cerca de 20 a 40 mil pessoas (de uma população de 11 milhões) (CALABUIG, 2014).

Essa tendência é observada não apenas na Grécia. Oliveira (2016) apresenta em sua coluna intitulada "Crise ao extremo" um relatório de pesquisadores de Bristol, Oxford e Hong Kong publicado na revista "British Medical Journal" com dados de 54 países, no ano seguinte à eclosão da crise econômica mundial em 2008. Esses dados mostram que, em 2009, o desemprego cresceu 39% no mundo, enquanto o Produto Interno Bruto (PIB) recuou 3%. Isso ao mesmo tempo em que as taxas de suicídio aumentaram tanto na Europa quanto na América, com registro de cinco mil óbitos além das estimativas (OLIVEIRA, 2016).

No Brasil, não é diferente, apesar de os principais efeitos da crise terem chegado mais tardiamente. Há atualmente cerca de 13 milhões de desempregados e 58 milhões de inadimplentes (JORNAL DO COMMERCIO, 2017). Embora ainda não estejam disponíveis dados consolidados, isso deve levar a maiores índices de sofrimento psíquico, como já indicam algumas avaliações (RIBEIRO, 2017).

Ademais, os retrocessos para os trabalhadores têm sido imensos. Em nota publicada pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Frente Nacional Contra a Privatização na Saúde (FNCPS), aponta-se para as consequências negativas da reforma trabalhista para a saúde, evidenciando que fatores como "(i) a prevalência do negociado sobre o legislado; (ii) a legitimação do trabalho terceirizado e (iii) a redução do tempo para mensuração da jornada de trabalho [...] afetarão as condições de vida, bem como a saúde ocupacional dos trabalhadores" (2017). Tais entidades apontam ainda para os danos de cortes orçamentários no Sistema Único de Saúde, colocando em risco a saúde pública, cuja demanda aumenta em épocas de crise econômica, decorrentes de desinvestimentos nas políticas de saúde por causa das medidas de austeridade fiscal.

No campo da saúde mental, os retrocessos também caminham a passos largos. Em dezembro último, mais um recuo com a aprovação, pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), de uma resolução com diretrizes opostas à política de desinstitucionalização psiquiátrica. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2017), entre as modificações está a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, a ampliação de recursos para comunidades terapêuticas e a limitação na oferta de serviços extra-hospitalares, com um redirecionamento progressivo de uma rede comunitária para um modelo baseado em instituições médico

centradas, privadas, promotoras de estigma e segregação e que se mostrou historicamente ineficiente.

Esse movimento fica explícito na política orçamentária. De acordo com a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME, 2017), o orçamento anunciado pelo governo prevê: 60 milhões de reais para os manicômios e 50 milhões para as Residências Terapêuticas; 100 milhões de reais apenas do Ministério da Saúde para as Comunidades Terapêuticas e 70 milhões para toda a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Vemos, portanto, a prioridade na destinação de recursos para as instituições psiquiátricas e comunidades terapêuticas privadas. Esse é um mecanismo muito conhecido e utilizado pelo Estado em períodos de crise, diminuindo os investimentos públicos e repassando a instituições privadas, como forma de assegurar a sobrevivência de setores do capital, ameaçados pela crise.

Como destaca a Moção de Repúdio aos Retrocessos aprovada no *Encontro de Bauru 30 anos sem manicômios* (2017), essas medidas fragilizam os avanços alcançados no transcorrer de várias décadas com efeitos nefastos às pessoas em sofrimento psíquico. Assim, a precarização das condições de vida e trabalho decorrentes da crise somada à fragilização das políticas públicas de saúde reforçam a tendência de crescimento do sofrimento psíquico e sua cronificação. Ressalte-se que as ditas medidas de austeridade fiscal, com graves cortes em políticas sociais, como saúde, educação e previdência, iniciam-se já em 2015, no governo anterior, adquirindo, a partir de 2016, maior dramaticidade.

O psiquiatra e consultor do Banco Mundial, José Miguel Uribe, afirma que “Os transtornos mentais são uma das principais causas de perda de produtividade”, o que é corroborado por um economista, Roberto Iunes, desse mesmo órgão: “É um problema que afeta muitas pessoas e tem um impacto importante sobre a produtividade. Muitas pessoas perdem tempo de trabalho e têm sua produtividade reduzida” (SCHAEFER, 2015). Paradoxalmente, mesmo consultores de órgãos como o Banco Mundial admitem as consequências negativas desse cenário, ainda que omitam que a alta exigência de produtividade, ameaça de desemprego, intensificação etc. fazem elevar esses índices.

Entendemos que o adoecimento aparece, então, muitas vezes, como uma forma de resistência passiva diante da organização do processo de trabalho e da vida, quase como uma denúncia das contradições do capitalismo, que ao mesmo tempo se reinventa reiteradamente para perpetuar a exploração. Ou seja, o sofrimento psíquico expressa de alguma forma – ainda que confusa e indiferenciada (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005) – a interdição diante da satisfação de necessidades, ou ainda, por meio de comportamentos estereotipados e irracionais, os processos de desgaste a que a pessoa está submetida.

Considerando que o conhecimento produzido a esse respeito está hegemonizado por concepções naturalizantes e pautado na lógica produtivista do capital, pouco contribuindo para um melhor entendimento dessa importante forma de expressão do adoecimento da classe trabalhadora, verificamos a necessidade de produções teóricas que superem essa forma parcial e ideológica de explicação. Interessa-nos, assim, entender por que os trabalhadores vêm adoecendo e contribuir para a elaboração de estratégias de enfrentamento coletivas e individuais, tanto no sentido de combate às condições que promovem o adoecimento e sofrimento quanto no auxílio aos trabalhadores já adoecidos, na produção de caminhos para lidar com esse seu processo.

Para isso, apoiamo-nos no acúmulo teórico-prático de dois campos do conhecimento: a Saúde Coletiva de orientação marxista e a Psicologia Histórico-Cultural, ambos fundamentados no materialismo histórico-dialético. Entendemos que ambos os campos têm um grande potencial explicativo para contribuir com a discussão da saúde mental, em geral, e da determinação dos transtornos do humor, em particular.

A Saúde Coletiva surge

como movimento de ideias e práticas que emerge no Brasil com intentos críticos e reconstrutivos desde a Saúde Pública e a Medicina Preventiva e Social nos anos 1970. Tendo como marco institucional a criação, em 1979, da Abrasco (então Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, hoje simplesmente Associação Brasileira de Saúde Coletiva), esse campo se desenvolveu em estreita vinculação com o movimento social mais amplo que, envolvendo universidades, serviços, ativismo, conduziu ao processo chamado de Reforma Sanitária e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. (AYRES, 2016, p. 141)

Deste campo, interessa-nos especificamente a produção de conhecimento e práticas alicerçadas no pressuposto da determinação social do processo saúde-doença, na qual se destacam autores como Cristina Laurell⁵, Jaime Breilh⁶, George Rosen⁷, Cecilia Donnangelo⁸, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves⁹, entre outros.

⁵ Asa Cristina Laurell, médica, de origem sueca e naturalizada mexicana.

⁶ Jaime Breilh (1947-), médico equatoriano, formulador da Epidemiologia Crítica.

⁷ George Rosen (1910-1977), médico estadunidense, com estudos na área de sociologia e história da saúde pública e da medicina.

⁸ Maria Cecília Donnangelo (1940-1983), pedagoga brasileira, com estudos sociais na área da saúde desde 1964.

⁹ Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1946-1996), médico brasileiro, com estudos sobre o processo de trabalho em saúde.

A Psicologia Histórico-Cultural surge no início do século XX na União Soviética, no contexto pós-Revolução Russa. Liev Semenovich Vigotski¹⁰, Alexis Leontiev¹¹ e Alexander Luria¹² são considerados os precursores desta teoria, que postula o caráter social do desenvolvimento humano e a quem se soma um grupo de pesquisadores, dentre os quais destacamos Bluma Zeigarnik¹³, responsável por estudos no campo da psicopatologia.

Conforme destacado por Breilh (1979/1991, p. 202), "O movimento social geral contribui para explicar o desenvolvimento da vida nos grupos constitutivos, e a compreensão do avanço da vida nestes grupos contribui para explicar a produção de transtornos da saúde que ocorrem nos indivíduos." Por isso, a nosso ver, a investigação da formação social dos transtornos do humor passa por sua apreensão na dialética singular-particular-universal; tendo em vista que o processo saúde-doença consiste de uma expressão particular do processo geral da vida social (BREILH, 1979/1991).

Concordamos com Löwy (1987, p. 195) quando ele diz que "A realidade social, como toda realidade, é infinita. Toda ciência implica opção". Assumimos, desde o início desse trabalho, o compromisso com uma produção científica que contribua para a transformação radical da sociedade, com a superação do capitalismo e a construção de uma sociedade sem classes, baseada no desenvolvimento do gênero humano e dos indivíduos, ao invés de voltar-se ao enriquecimento de uns mediante a miséria e sofrimento de muitos.

Breilh (2006, p. 209) afirma que

O ponto de vista dos sem-poder tem maior penetração na realidade, uma vez que, como dizíamos há muitos anos, eles precisam utilizar no máximo grau possível a capacidade de autoconhecimento de sua sociedade, a fim de transformar uma situação que os afeta.

Nessa mesma direção, Löwy (1987) recupera a ideia de horizonte intelectual, desenvolvida por Marx em O 18 Brumário, para defender que a perspectiva teórica da classe trabalhadora é a que permite um horizonte intelectual mais amplo, por se constituir, em nossa época histórica, como a classe revolucionária. Como o proletariado foi colocado pela história diante da tarefa de uma transformação consciente da realidade, para produzir tal ação

¹⁰ Liev Semenovich Vigotski (1896-1934), psicólogo soviético, um dos pioneiros da Psicologia Histórico-Cultural.

¹¹ Alexis Nikolaevich Leontiev (1903-1979), psicólogo soviético, estudos sobre o desenvolvimento e a personalidade.

¹² Alexander Romanovich Luria (1902-1977), psicólogo soviético, com estudos na área da neuropsicologia.

¹³ Bluma Wulfovna Zeigarnik (1900-1988), psicóloga e psiquiatra soviética, com estudos na patopsicologia experimental.

consciente, é necessário conhecer a realidade. O pensamento científico burguês, ao contrário, estaria circunscrito aos limites da própria vida burguesa real, sendo-lhe impossível superar as meias-verdades e a naturalização de certas leis em razão de sua situação objetiva de classe, com interesses particulares a defender tendo em vista a manutenção da dominação.

Na continuidade deste debate, Löwy estabelece uma analogia entre a produção científica e a arte de pintar e declara que

A verdade objetiva sobre a sociedade é antes concebida como uma *paisagem* pintada por um artista e não como uma imagem de espelho independente do sujeito; e que, finalmente, tanto mais verdadeira será a *paisagem*, quanto mais elevado o *observatório* ou belvedere onde estará situado o pintor, permitindo-lhe uma vista mais ampla e de maior alcance do panorama irregular e acidentado da realidade social (LÖWY, 1987, p. 14).

Embora o mirante permita ampliar o horizonte, oferece tão somente a possibilidade objetiva de certa visão da paisagem, necessitando ainda contar com qualidades do próprio pintor, de sua forma de olhar e de pintar. Para que a produção científica contribua, portanto, para a transformação da realidade, há que estar ligada à classe trabalhadora tomando parte do projeto de emancipação humana.

Assim, a melhor pintura não seria a mais próxima da fotografia, com a descrição mais perfeita, mas aquela que ressalta determinados aspectos e traços que poderiam aparecer inicialmente como insignificantes, mas que ao serem evidenciados explicam as determinações mais profundas de um dado fenômeno (GOMES, 2010).

Pretendemos contribuir no processo de elaboração de uma análise mais aprofundada a respeito do sofrimento psíquico, em especial sobre a determinação social dos transtornos do humor. Tendo isso em vista, essa pesquisa teve como objetivo geral analisar os processos compreendidos na determinação social dos transtornos do humor, com base em autores da Saúde Coletiva e da Psicologia Histórico-Cultural. Para isso, buscou-se analisar o conceito de transtorno do humor e seus critérios diagnósticos, investigar como a determinação social dos transtornos do humor se realiza nos indivíduos por meio da dialética singular-particular-universal e entender como os padrões de desgaste e reprodução determinados pela vida social se expressam na formação dos transtornos do humor.

Nosso ponto de partida foi a definição psiquiátrica dos transtornos do humor, segundo a qual, são aqueles em que há uma alteração do humor ou do afeto como perturbação fundamental. Tal perturbação pode ser para a depressão ou para a elação, repercutindo na atividade como um todo, com episódios isolados ou recorrentes. Na recorrência, os episódios

podem ser unipolares, expressando-se apenas para o polo da depressão; ou bipolares, quando há alternância entre os polos de depressão e elevação (OMS, 1993; 2000). No decorrer do trabalho, adotamos os termos depressão e bipolaridade – em detrimento de transtorno depressivo e transtorno bipolar – por considerá-los mais gerais e para evitar uma associação direta com a concepção psiquiátrica embutida no termo transtorno. Entretanto, utilizamos a expressão transtornos do humor, para nos referir a ambas formas de sofrimento psíquico, por não termos encontrado outro que melhor os categorizasse, o que não significa a adesão à significação psiquiátrica.

Nossa pesquisa conjugou investigação teórica¹⁴ e de campo, com observação participante, grupos focais e entrevistas com pessoas diagnosticadas com depressão e bipolaridade, vinculadas a um serviço de saúde mental. Embora o detalhamento metodológico esteja no quarto capítulo, usaremos excertos dos relatos dos participantes da pesquisa nos capítulos iniciais como forma de ilustrar e discutir alguns dos conceitos apresentados.

O trabalho está estruturado em seis capítulos. O primeiro capítulo, *Depressão e bipolaridade: duas das expressões do sofrimento psíquico na atualidade*, apresenta as noções de depressão e bipolaridade, sua história e características, que serviram de ponto de partida para nossa análise, bem como discute a questão terminológica, a partir do conceito de sofrimento psíquico.

No segundo capítulo, *A determinação social dos transtornos do humor*, discutimos as concepções unicausal e multicausal da saúde-doença, criticadas à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, que foi utilizada para analisar os transtornos do humor como parte do perfil epidemiológico na atual fase de acumulação capitalista. Para tal, recuperamos as concepções biológicas na explicação dos transtornos do humor e as características dos processos sociais, buscando mostrar a subordinação daqueles a estes.

O terceiro capítulo, *A formação da personalidade e suas alterações patológicas*, aborda as contribuições da Psicologia Histórico-Cultural sobre o desenvolvimento humano, a formação da personalidade e suas respectivas alterações patológicas.

O quarto capítulo, *O percurso metodológico*, traça a trajetória da pesquisa, com uma reflexão inicial sobre nosso objeto de estudo a partir do materialismo histórico-dialético, seguida dos procedimentos metodológicos adotados.

¹⁴ As citações diretas de textos em língua estrangeira estão apresentadas em português e foram traduzidas do original, sob responsabilidade da autora.

No quinto capítulo, *Trajetórias coletivas e singulares dos transtornos do humor: análise dos grupos focais e das entrevistas*, apresentamos uma síntese das trajetórias coletivas traçadas nos grupos focais e das histórias de vida dos participantes na fase das entrevistas desta pesquisa. Em seguida, realizamos um exercício de análise mais descritivo, com base na periodização do desenvolvimento, salientando a produção do sofrimento ao longo da infância, adolescência e idade adulta e suas repercussões sobre a personalidade.

Por fim, no sexto capítulo, *Rumo a uma explicação da gênese da depressão e da bipolaridade*, objetivamos articular as trajetórias singulares de vida em um nível maior de generalização e realizar uma síntese de nossa tese, segundo a qual a gênese da depressão e da bipolaridade está radicada nos processos críticos da vida social e se desenrola na forma de alterações na personalidade centradas na dimensão afetivo-volitiva da atividade.

CAPÍTULO 1 – DEPRESSÃO E BIPOLARIDADE: DUAS DAS EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATUALIDADE

*“Como é difícil acordar calado
Se na calada da noite eu me dano
Quero lançar um grito desumano
Que é uma maneira de ser escutado”*
(Chico Buarque e Gilberto Gil, Cálice)

Neste primeiro capítulo, apresentamos inicialmente a caracterização da depressão e da bipolaridade, com um breve histórico e suas atuais definições pela psiquiatria. Para isso, tomamos como referência algumas publicações de referência da área, que tratam de reunir os estudos mais atualizados e as principais teses explicativas que ressoam inclusive nos meios de comunicação de massa – tais como o *Compêndio de Psiquiatria* de Sadock, Sadock e Ruiz (2017), os manuais diagnósticos do *DSM-5* (APA, 2014) e da *CID-10* (OMS, 1993; 2000) e livros editados pela Associação Brasileira de Psiquiatria, *Depressão: teoria e clínica* organizado por Quevedo e Silva (2013) e *Transtorno bipolar: teoria e clínica* organizado por Kapczinski e Quevedo (2016). Além disso, utilizamos bibliografia complementar de alguns artigos selecionados de acordo com sua relevância para o tema. Em seguida, trazemos uma reflexão a respeito do conceito de sofrimento psíquico, utilizado em nosso trabalho no lugar de doença mental ou transtorno mental. Como dito na introdução, para ilustrar ou discutir algumas noções ou conceitos, a partir da voz das próprias pessoas em sofrimento, incluímos excertos dos grupos focais e entrevistas.

1.1 Os transtornos do humor na história

Os denominados "transtornos do humor" têm sido objeto de interesse da humanidade há bastante tempo, pelo menos desde a Antiguidade clássica. Com base no conceito dos quatro fluidos (bile, fleuma, sangue e bile negra), Hipócrates (460 a.c.-399 a.c.) formula a teoria dos humores, que explicaria a regulação emocional e a formação do caráter dos indivíduos (SOUZA; LACERDA, 2013). De acordo com Melo (1980), a mania e a melancolia já eram definidas e caracterizadas como quadros clínicos desde os períodos mais embrionários da história da medicina. Mania era usada por Hipócrates na Grécia para designar a loucura alegre, agitada e pitoresca, a melancolia era caracterizada pela aversão à comida, falta de ânimo, inquietação, irritabilidade, medo ou tristeza duradouras e resultantes de uma intoxicação do

cérebro pela bile negra (MELO, 1980; SOUZA; LACERDA, 2013). Com sua teoria dos humores, vemos que Hipócrates já buscava um correspondente orgânico para a melancolia (FERREIRA, 2011).

Conforme Horwitz e Wakefield (2010), Aristóteles (384 a.c.-322 a.c.) inaugurou uma tradição, ainda hoje identificada, de associação do temperamento melancólico com uma extraordinária capacidade artística e intelectual. Outra relevante formulação de Aristóteles seria a distinção entre diferentes tipos de melancolia, como o temperamento melancólico e a doença melancólica. A melancolia, considerada como sinal de transtorno mental, seria caracterizada por um estado de “tristeza *sem motivo*” – entendendo-se que sem motivo não significava sem causa, já que eram atribuídas causas fisiológicas ou psicológicas, como o excesso de bile negra entre outros (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010, p. 75).

Areteu (±150-200) salienta a dimensão imotivada da tristeza na melancolia, caracterizando-a como um estado afetivo de tipo angustioso acompanhado de preocupação mórbida de caráter delirante (MELO, 1980; HORWITZ; WAKEFIELD, 2010). Del-Porto e Del-Porto (2005) afirmam que Areteu (ou Araeteus) teria sido o primeiro a estabelecer um vínculo entre a mania e a melancolia, entendendo-as como aspectos diferentes da mesma doença.

Mesmo com a ascensão do Império Romano e submissão das cidades gregas, as ideias hipocráticas se mantêm vivas, com destaque para as contribuições de Galeno (±128-201), que além de reafirmar a teoria dos humores, indica que o desequilíbrio que provocaria as doenças não seria restrito ao cérebro, mas irradiaria em todo o corpo (SOUZA; LACERDA, 2013).

Souza e Lacerda (2013) relatam que a queda do Império Romano, no século V, marca o início da Idade Média, quando predomina uma visão religiosa em que os transtornos mentais estão inseridos na demonologia da época. A palavra *acídia*, cujo significado seria “estado de descuido”, é introduzida para designar estados de apatia, preguiça, indolência, negligência e enfraquecimento, sendo incluída entre os sete pecados capitais. À época da inquisição, alguns intelectuais buscaram refúgio no mundo árabe, onde pensadores como o persa Avicenna (980-1037) deram continuidade aos postulados hipocráticos (SOUZA; LACERDA, 2013). A ausência de motivo é reiterada na definição da melancolia pelo médico árabe Ishaq ibn Imran, no século X, que, entretanto, admite que perdas reais – como um filho amado ou uma biblioteca insubstituível – possam desencadear transtornos verdadeiros (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Com o fim da Idade Média, o declínio das explicações religiosas e a emergência do movimento renascentista, foram recuperadas as perspectivas biológica, filosófica e psicológica para pensar as doenças mentais, com destaque para trabalhos como o de Robert Burton (1577-1640), de 1621, em que diferencia a melancolia do quadro clínico da loucura, hoje denominada de mania, mas atenta para a possibilidade de apresentação de ambos em momentos diferentes (SOUZA; LACERDA, 2013). Burton considerava que todos teriam uma propensão natural à melancolia, como um traço da mortalidade; mas que, no entanto, haveria aflições melancólicas contrárias à natureza, sem nenhum motivo aparente ou como uma reação duradoura a uma perda que se torna um hábito (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Com a ascensão do racionalismo, um dos fundamentos da ciência moderna, a teoria galênica dos humores foi suplantada pela ideia de desequilíbrio entre as partes do cérebro, entendido como o órgão responsável pelo conhecimento, formulada por Cullen (1710-1790) tendo como base John Locke (SOUZA; LACERDA, 2013). Horwitz e Wakefield (2010) concluem que durante todo esse período a questão da ausência de motivo apareceu como característica na definição da melancolia como uma forma de loucura ou de transtorno mental. O termo depressão foi usado pela primeira vez em 1680, para designar estado de desânimo ou perda de interesse, e se desenvolve na medida em que declinam as explicações mágicas e supersticiosas para os transtornos mentais (SOUZA; LACERDA, 2013).

Um importante marco da psiquiatria moderna, advinda do centro da Revolução Francesa, está nas produções de Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da psiquiatria moderna, e Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), um de seus discípulos. Diferente de outros ramos da medicina, que se baseavam na anatomopatologia (FERREIRA, 2011), Pinel contribuiu para que – em sua constituição como ciência – a psiquiatria se aproximasse de uma concepção moral do que ele chamou de *alienação mental*. Para ele, que foi ativista da revolução francesa, “a psiquiatria deveria ser baseada em descrições precisas das diferentes manifestações clínicas, livre de teorias ideológicas, fundamentada em uma rigorosa observação” (SOUZA; LACERDA, 2013, p. 21). Com isso, Pinel revoluciona a abordagem metodológica utilizada à época, com o objetivo de delimitar as características típicas e a classificação dos quadros clínicos (SOUZA; LACERDA, 2013). O psiquiatra francês consumou também o processo de medicalização da 'loucura', ao convertê-la em doença, tornando-a objeto da ciência médica. Para proceder essa observação criteriosa que levaria à descrição dos quadros clínicos,

transforma-se o hospital¹⁵ em instituição médica por excelência, como um espaço de exame, de tratamento e de reprodução do saber médico (AMARANTE, 2007). Junto disso, a reclusão aparece como medida terapêutica indispensável, pois ao promover o isolamento da pessoa do mundo perturbador, possibilitaria a realização do tratamento moral. Amarante (2007) aponta o tratamento moral como a principal tecnologia utilizada nos hospitais psiquiátricos, denominados à época de seu surgimento de asilos. O tratamento moral considera necessárias ordem e disciplina para reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. Com isso, produz-se a doença institucionalizada nos hospitais psiquiátricos. Isto é, a doença como a conhecemos por meio da psiquiatria é descrita a partir de observações realizadas no ambiente hospitalar e sob sua influência (AMARANTE, 2007). Isso leva a questionamentos, ainda hoje, sobre o caráter do conhecimento da psiquiatria sobre o curso das diferentes formas de sofrimento psíquico. Muitos dos sintomas, tidos como próprios do curso natural de um ou outro transtorno mental, podem ser efeitos iatrogênicos¹⁶ produzidos pela tecnologia de tratamento.

Esquirol, apesar de reafirmar a importância de considerar o contexto (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010), diferenciou-se um tanto de seu mestre, ao sustentar a consolidação da psiquiatria como uma medicina mental, com a compreensão dos transtornos psiquiátricos como sediados no cérebro, a partir da anatomia cerebral. Ele passa a considerar a melancolia como uma perturbação das emoções e não do intelecto, como a considerava Pinel (SOUZA; LACERDA, 2013).

Em 1845, Griesinger (1817-1868), renomado psiquiatra alemão e considerado o pai da psiquiatria biológica, postulou as doenças mentais como doenças do cérebro e propôs a teoria da psicose única. Segundo esta teoria, a melancolia configurava-se como o estágio inicial da doença mental, que poderia progredir para estados de exaltação ou mania e, finalmente, a um estado de demência crônica (SOUZA; LACERDA, 2013).

¹⁵ Em sua origem na Idade Média, os hospitais constituíam-se de instituições de caridade que ofereciam “abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes” (AMARANTE, 2007, p. 22). No século XVII passam a cumprir, mais explicitamente, um papel de ordem social e política, com a criação do Hospital Geral de Paris de responsabilidade de autoridades reais e judiciárias. É a partir da Revolução Francesa que o hospital se transforma em instituição médica (AMARANTE, 2007). Pinel, famoso por desacorrentar os loucos do hospital geral, para lhes dar a “dignidade de enfermos”, separa a desrazão do mundo da miséria, conferindo-lhe o caráter de doença e com isso fragmenta a miséria, invalida a voz da loucura sem precisar responder à globalidade de seus apelos (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005, p. 262).

¹⁶ Iatrogenia refere-se aos efeitos danosos das intervenções médicas sobre a saúde.

Em relação às alterações do humor, em meados do século XIX, dois trabalhos independentes, de Falret (1824-1902) e Baillarger (1809-1890), descreveram formas alternantes de mania e de depressão (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005). Em 1854, Falret descreve uma condição que ele chamou de *folie circulaire*, em que as pessoas vivenciariam estados alternantes de humor, entre a depressão e a mania, podendo haver intervalos lúcidos entre as fases (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Ferreira (2011) explica que a psiquiatria esteve, ao longo de sua história, entre a predominância de explicações físicas e de explicações morais. Embora, em seu nascimento, a psiquiatria tendesse para uma concepção moral, como ciência médica, o projeto de identificar lesões cerebrais ou disfunções físicas como responsáveis pelas doenças mentais nunca foi posto de lado. A partir de meados do século XIX, emergem novamente tais entendimentos, com a teoria da degenerescência, segundo a qual a doença mental seria resultado de uma degeneração do sistema nervoso produzida por comportamentos inadequados de gerações anteriores; e as teorias localizacionistas, representadas por Kraepelin, para quem os transtornos mentais deveriam ser compreendidos tais como as doenças físicas (FERREIRA, 2011).

Pode-se afirmar que na passagem do século XIX para o século XX, há duas importantes referências na psiquiatria, que representam duas concepções diferentes: de um lado, Sigmund Freud (1856-1939), com a psicanálise, que argumenta em favor da origem psicológica dos transtornos mentais; e de outro lado, Emil Kraepelin (1856-1926), apoiado na abordagem biomédica para exame dos sintomas, da progressão e do prognóstico dos transtornos mentais para definir patologias distintas (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010; SOUZA; LACERDA, 2013). Sobre a depressão, por exemplo, Freud diferenciava o luto, uma forma normal de pesar, da melancolia, um pesar patológico (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Enquanto isso, em seus estudos, Kraepelin divide as psicoses em dois tipos: 1) a demência precoce: caracterizada por alterações de pensamento que podem resultar em deterioração e requerem tratamento contínuo e 2) a psicose maníaco depressiva: caracterizada por alterações de humor não deteriorantes, episódicas e passíveis de remissão (SOUZA; LACERDA, 2013). Em 1899, com a sexta edição de seu Tratado, relaciona o quadro depressivo com a mania e funde esses dois quadros em uma única enfermidade mental, a psicose maníaco-depressiva (MELO, 1980).

Kraepelin afirmava a unidade dessa nova entidade nosológica baseado em três fatos clínico-evolutivos: 1) possibilidade de alternância de fases de excitação e depressão em um mesmo indivíduo; 2) identidade categórica das desordens psíquicas fundamentais; 3) recuperação da personalidade de forma mais ou menos completa ao fim de cada fase (aspecto

essencial no diagnóstico diferencial da demência precoce) (MELO, 1980). Ainda apareciam com ênfase na diferenciação com a demência precoce algumas características da psicose maníaco-depressiva, tais como, seu curso periódico e episódico, seu prognóstico mais benigno e história familiar de quadros homólogos (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005). De acordo com Melo (1980), Kraepelin afirmava a existência de uma psicose maníaco-depressiva pura, primitiva e autônoma, ou seja, endógena. Isso é corroborado por Souza e Lacerda (2013, p. 23) que afirmam que “Kraepelin atribuiu a etiologia da doença a fatores hereditários, dando maior ênfase aos fatores internos do que aos externos [...]”.

Adolf Meyer (1866-1950), psiquiatra suíço, critica os postulados de Kraepelin na defesa de que muitas formas de depressão não se enquadrariam na categoria única da psicose maníaco-depressiva e, em 1905, sugere o abandono do termo melancolia substituindo-o pelo termo depressão (SOUZA; LACERDA, 2013). Sua concepção de transtorno psiquiátrico, entendido como uma disfunção na capacidade de reagir aos problemas cotidianos, teve grande influência nas duas primeiras edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)¹⁷ (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010). Apesar das diversas críticas à síntese kraepeliniana, que contestavam que quadros clínicos tão diversos e heterogêneos pudessem pertencer a uma mesma categoria, tal concepção foi amplamente aceita e adotada (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

Até a década de 1930, as concepções fisicalistas, deterministas e hereditaristas tiveram sucesso, inclusive dando base às teorias eugênicas (FERREIRA, 2011). Caponi (2007) mostra a tendência de construir explicações biológicas para comportamentos considerados indesejados – entre os quais ela inclui a depressão – como marca da Higiene e da Medicina Legal no fim do século XIX e início do século XX. Estas explicações insistiam no caráter orgânico e hereditário destes comportamentos.

Whitaker (2017, p. 59) pondera que no fim da década de 1930 e início da década de 1940 “os psiquiatras manicomiais abraçaram um trio de terapias que agiam diretamente sobre o cérebro”, inicialmente tidas como curas milagrosas: terapia do coma insulínico, terapias convulsivas e lobotomia frontal. Importante ressaltar ainda que, nessa época, as teorias eugênicas faziam generalizar a concepção de que os doentes mentais precisavam ser isolados em hospitais psiquiátricos a fim de não espalharem seus ‘genes ruins’ (WHITAKER, 2017, p. 103).

¹⁷ Horwitz e Wakefield (2010) explicam que o DSM-I e o DSM-II adotaram o vocabulário de Meyer sobre ‘reação’ (diferenciando as normais das patológicas) e as ideias psicanalíticas sobre ansiedade e defesa.

De acordo com Ferreira (2011), a partir dos anos 1950, depois da II Guerra Mundial, voltam à cena as teorias morais, entre as quais a autora inclui a psicanálise e a antipsiquiatria, esta entendida de modo amplo, incluindo a psiquiatria democrática de Basaglia. Esse predomínio se evidenciaria na primeira e na segunda edição do DSM, que tinha como referência Adolf Meyer (FERREIRA, 2011; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005). Segundo Del-Porto e Del-Porto (2005, p. 12), a primeira edição do DSM "menciona a doença maníaco-depressiva como uma 'forma de reação'" e para Meyer, essas formas de reação que constituem os quadros clínicos seriam moldadas pela vulnerabilidade individual a influências específicas, psicológicas e sociais (SHORTER, 1997 apud DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005). As duas guerras mundiais contribuem para uma expansão da influência e para uma popularização da psiquiatria, com o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais nos soldados que retornavam da guerra (SOUZA; LACERDA, 2013).

Nessa mesma direção, McPherson e Armstrong publicaram um estudo em 2006 sobre os determinantes sociais do diagnóstico da depressão. Neste texto, os autores relatam que entre os anos de 1966 a 1973, a depressão era entendida como tendo causas existenciais, tendo na psicanálise sua referência terapêutica (McPHERSON; ARMSTRONG, 2006).

Ao mesmo tempo, a década de 1950 é considerada a década de ouro da psicofarmacologia mundial, com a descoberta acidental de efeitos antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos de algumas substâncias (SOUZA; LACERDA, 2013; WHITAKER, 2017).

Somado ao constrangimento pelas condições desumanas das pessoas nos hospitais psiquiátricos no pós Segunda Guerra Mundial, comparada em muitos países a campos de concentração nazistas, o advento dos psicofármacos trazia uma expectativa de que se pudesse solucionar os transtornos mentais tal como os antibióticos progrediam na luta contra as doenças infecciosas (WHITAKER, 2017).

Em 1952, a clorpromazina foi utilizada pela primeira vez como medicação neuroléptica pelos psiquiatras franceses Jean Delay e Pierre Denicke, em pacientes psicóticos de um hospital psiquiátrico, que descreviam sua propriedade de diminuir alucinações e delírios (BARROS, 2010; WHITAKER, 2017). Em seguida, desenvolveram-se muitas classes de medicações para uso psiquiátrico, entre as quais destacamos as primeiras medicações utilizadas como antidepressivos. A iproniazida, sintetizada a partir de um combustível para foguetes, foi descoberta por acaso ao aumentar o nível de energia de pacientes com tuberculose, seu primeiro uso terapêutico. Logo surge uma segunda droga, a imipramina, também utilizada como antidepressivo (WHITAKER, 2017).

Tendo em vista o potencial das medicações no tratamento de transtornos mentais, começam a se realizar pesquisas para explicar quais seriam os mecanismos de ação dessas substâncias (WHITAKER, 2017). Ressalte-se que em primeiro lugar foi verificado um efeito prático dessas substâncias, capazes de alterar comportamentos tidos como sintomas de transtornos mentais e, depois, buscou-se a explicação neurobiológica para seu funcionamento.

De acordo com Whitaker (2017), tais descobertas – além da relação de entidades médicas com a indústria farmacêutica – levaram os pesquisadores a investigar mais a fundo o funcionamento cerebral e a ação dos fármacos.

Entende-se que o cérebro se constitui de aproximadamente cem bilhões de neurônios (células nervosas), que transmitem impulsos elétricos. Esses impulsos elétricos percorrem os neurônios, dos dendritos aos axônios, que projetam os sinais recebidos. Entre os neurônios, há lacunas cheias de líquido, denominadas de sinapses. Para que os sinais sejam transmitidos de um neurônio a outro entram em ação os neurotransmissores, substâncias químicas fabricadas pelos neurônios e que carregam a informação pelas sinapses. Considera-se que três tipos de neurotransmissores estejam envolvidos nos transtornos mentais, a serotonina, a dopamina e a noradrenalina (FREITAS, AMARANTE, 2015).

Ao investigar o efeito dos fármacos sobre os neurotransmissores, em 1955, Bernard Brodie, investigador do NIHM (Instituto Nacional de Saúde Mental) dos EUA, atribui a depressão a um desequilíbrio químico no cérebro. Em 1965, Joseph Schildkraut – também pesquisador do NIHM – publica um artigo que defende a teoria do desequilíbrio químico nos distúrbios afetivos (WHITAKER, 2017). Ainda que sua hipótese fosse simplista, desenrolam-se muitos estudos para buscar a origem biológica dos transtornos mentais. Estudos que buscam demonstrar a relação da depressão com baixos níveis de metabólitos de serotonina no líquido cefalorraquidiano, ou ainda de dopamina ou norepinefrina, vão se mostrando fracassados (WHITAKER, 2017).

Portanto, desde a década de 1970, há uma mudança na base dos estudos da psiquiatria, da psicanálise para uma perspectiva biológica, corroborada pela terceira edição do DSM, publicada em 1980 (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010; FERREIRA, 2011). Até então, lidava-se com séries dicotômicas para classificar a depressão, por exemplo, em endógena ou reativa; psicótica ou neurótica (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005). Aubrey Lewis teve importante papel ao apontar que a divisão entre depressão endógena e reativa seria insustentável, pois a maioria dos casos supostamente endógenos tinham causas externas, assim como a maioria dos casos reativos seriam precedidos por uma vida toda de predisposição à depressão (CORDÁS, 2002; HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

O DSM-III tentava lidar com a perda da credibilidade da psiquiatria¹⁸ – pela baixa confiabilidade e validade dos diagnósticos – e com a diversidade de escolas teóricas da psiquiatria na época, optando por uma “abordagem teórica neutra” com critérios descritivos ao invés de etiológicos como instrumento diagnóstico (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010, p. 119).

Whitaker, baseado em um consistente estudo dos resultados de diferentes pesquisas sobre os mecanismos cerebrais envolvidos em diferentes transtornos mentais, afirma:

Essa se tornou a fórmula narrativa enganosa em que as companhias farmacêuticas se apoiaram repetidas vezes: pesquisadores identificavam os mecanismos de ação de uma classe de drogas, viam como essas drogas reduziam ou elevavam os níveis de um neurotransmissor cerebral e, em pouco tempo, o público era informado de que as pessoas tratadas com esses medicamentos sofriam do problema oposto. (WHITAKER, 2017, p. 90)

Nas investigações relacionadas a uma nova classe de antidepressivos, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (entre os quais se destaca a fluoxetina), observava-se, por exemplo, que os níveis de neurotransmissores em pessoas diagnosticadas com depressão em relação a pessoas consideradas normais, não se distinguiam de forma significativa. Diferentemente, notava-se alterações nas pessoas com depressão medicadas. Isso leva a crer 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). Whitaker cita ainda um artigo de Steve Hyman, ex-diretor do NIHM, para revelar que “depois que a pessoa começa a tomar a medicação psiquiátrica, a qual, de um modo ou de outro, causa um estrago na via costumeira de uma via neural, seu cérebro começa a funcionar, como observou Hyman, *anormalmente*” (WHITAKER, 2017, p. 96).

Freitas e Amarante (2015) mencionam outro estudo, de Irving Kirsch, que recuperou as pesquisas dos grandes laboratórios farmacêuticos com testes de antidepressivos. Com base em estudos de meta-análise, este autor demonstrou que os antidepressivos podem ter um efeito químico muito pequeno ou mesmo inexistente. Isso porque haveria uma pequena diferença entre a resposta à droga e a resposta ao placebo (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Portanto, a partir da década de 1990, que foi designada como a década do cérebro pelo Congresso Americano, o cérebro aparece com papel central na explicação dos transtornos

¹⁸ Um exemplo emblemático foi o controverso experimento do psicólogo David Rosenhan, em 1973, publicado na revista Science, em que oito pessoas foram internadas em hospitais psiquiátricos e diagnosticadas com esquizofrenia depois de referir alucinações auditivas que não tinham (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

mentais, com destaque para a influência dos psicofármacos e dos exames de neuroimagem (FERREIRA, 2011).

Sobre isso, Caponi (2007) destaca que

[...] a antiga preocupação por localizar as lesões no corpo dos doentes, que possibilitara a construção da anátomo-clínica, pode ser hoje recuperada e aplicada não só às patologias orgânicas, mas também às patologias mentais ou comportamentais. Os diagnósticos por imagem parecem permitir a localização de lesões no cérebro, do mesmo modo que podemos localizar uma lesão no pulmão ou no fígado. Em muitos casos, estas explicações químicas e neurobiológicas dos comportamentos se apresentam como a contraface da crescente procura por genes específicos que, segundo se afirma, seriam a causa direta de tais comportamentos. (CAPONI, 2007, p. 346)

Parece-nos que a busca por respostas explicativas para os transtornos mentais ainda tem mobilizado as neurociências e que, como aponta Caponi (2007), em sua aliança com a psiquiatria, estão ligadas ao desenvolvimento da indústria de psicotrópicos. Tais concepções aparecem ainda na atual definição da psiquiatria para a depressão e a bipolaridade, tema do próximo tópico.

1.2 Depressão e Transtorno bipolar: definição e caracterização pela psiquiatria

Como vimos no item anterior, a explicação sobre a natureza dos transtornos do humor tem variado nos respectivos períodos históricos e correntes da psiquiatria. As formas descritivas de classificação – tal como comparecem nos manuais de classificação diagnóstica – pretendem uma zona de consenso supostamente a-teórica na definição e caracterização dos transtornos mentais, por não reivindicarem uma explicação etiológica. Não obstante nossa crítica a essa suposta neutralidade, nossa aproximação com o fenômeno se dá a partir dos critérios sistematizados nesses manuais, tanto por sua inegável difusão, quanto por constituem-se hoje como uma importante, senão a principal, referência nos estudos e nas práticas profissionais de trabalhadores da saúde.

Ainda que esse seja o ponto de partida, nosso entendimento sobre a depressão e a bipolaridade fundamenta-se em outros parâmetros, que buscaremos expor no decorrer deste trabalho. Por ora, salienta-se que partimos do seguinte entendimento: a um conjunto de alterações específicas da personalidade convencionou-se chamar de depressão ou de bipolaridade. Assim, é válida a sistematização inicial dessas formas de apresentação dos

sintomas desses processos de sofrimento psíquico, como um conjunto de abstrações que pode nos auxiliar a melhor apreender sua totalidade.

Não temos como objetivo propor uma nova definição ou caracterização da depressão ou da bipolaridade. No entanto, esperamos que nossas reflexões permitam analisar criticamente os critérios de classificação diagnóstica vigentes e predominantes na psiquiatria à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença e da Psicologia Histórico-Cultural.

A atual edição da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, base para a seleção de participantes para esta pesquisa, por ser o instrumento reconhecido em nosso país e adotado nos serviços de saúde, incluindo o CAPS em que se realizou o trabalho de campo, define os transtornos do humor como

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes. (OMS, 1993/2000)

Ainda na CID-10 se reconhece que a relação entre etiologia, sintomas, processos bioquímicos subjacentes, resposta ao tratamento e evolução dos transtornos do humor não é suficientemente compreendida, de forma que a classificação tenha aprovação universal (OMS, 1993/2000).

Tanto a CID-10, publicada em 1993, quanto o DSM-IV-TR, publicado em 2000, categorizam o transtorno depressivo e o transtorno bipolar em um mesmo capítulo denominado de "Transtornos do Humor"¹⁹. Isto demonstra um entendimento geral de que ambos compreendem diferentes facetas de um mesmo fenômeno, compreensão recorrente em diversos autores na história da psiquiatria, desde Areteu na Antiguidade até Kraepelin, que repercute até os dias de hoje.

Diferente das edições anteriores, o DSM-5, publicado em 2013, traz o transtorno bipolar em um capítulo separado do transtorno depressivo. Conforme o manual,

¹⁹ Na edição castelhana, este capítulo do DSM IV é denominado "Transtornos do estado de ânimo".

O transtorno bipolar e transtornos relacionados são separados dos transtornos depressivos no DSM-5 e colocados entre os capítulos sobre os transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e transtornos depressivos em virtude do reconhecimento de seu lugar como uma ponte entre as duas classes diagnósticas em termos de sintomatologia, história familiar e genética. (APA, 2014, p.123)

Observada não apenas sua dimensão classificatória em si, mas a localização destes fenômenos em um dado sistema de conceitos, parece-nos relevante a forma de categorização, pois atrás dela estão as concepções sobre a natureza da depressão e da bipolaridade. Essa formulação se aproxima de uma concepção biológica desses transtornos, tendo como pano de fundo uma preocupação maior com a terapêutica farmacológica correspondente que com sua origem e desenvolvimento.

A despeito da importância dada pelos manuais de psiquiatria ao correto diagnóstico dos diferentes transtornos do humor, por meio do trabalho de campo desta pesquisa e de experiências anteriores em serviços de saúde, constatamos certa indiferenciação ou mesmo confusão entre estes dois quadros clínicos no cotidiano dos serviços. Essa dificuldade diagnóstica é admitida pela psiquiatria e atribuída à dificuldade de identificação de episódios passados de mania ou hipomania, que seriam facilmente confundidos com a personalidade do indivíduo ou com períodos normais da sua vida, além de negadas pelo indivíduo por sua falta de crítica do estado mórbido (MORENO; MORENO, 2016; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Na prática, portanto, esses quadros acabam tendo semelhanças importantes e diferenças nem sempre tão notáveis. Em contrapartida, essas dificuldades diagnósticas, em nosso julgamento, evidenciam que a depressão e a bipolaridade se relacionam, o que deve ser observado para que haja avanços em seu entendimento.

O conceito de diagnóstico – do grego: reconhecimento – traz aspectos fundamentais para a prática profissional, pois supõe o conhecimento da realidade na qual se pretende atuar, portanto, objetiva reconhecer as necessidades apresentadas para que qualquer proposta de atuação terapêutica seja condizente com tais necessidades. Apesar disso, esse que deveria ser um processo complexo, muitas vezes se reduz a um ato classificatório. Dalgarrondo (2008, p. 40) ressalva que "o diagnóstico só é útil e válido se for visto como algo mais que simplesmente rotular o paciente".

Ao mesmo tempo, é reconhecido que o diagnóstico psiquiátrico tem baixa confiabilidade e baixa validade (DALGARRONDO, 2008; CHENIAUX, 2008), justamente por seu caráter pouco objetivo.

Ao falar sobre os princípios gerais do diagnóstico psicopatológico, Dalgarrondo (2008), em seu livro que está entre os mais utilizados no ensino da psicopatologia no Brasil, identifica duas posições extremas: 1) que afirma que o diagnóstico em psiquiatria não tem valor algum, por considerar cada pessoa como única e inclassificável; 2) que defende que o diagnóstico psiquiátrico tem o mesmo valor que em outras especialidades médicas. Em contraponto, o autor advoga que

apesar de ser absolutamente imprescindível considerar os aspectos pessoais, singulares de cada indivíduo, sem um diagnóstico psicopatológico aprofundado não se pode nem compreender adequadamente o paciente e seu sofrimento, nem escolher o tipo de estratégia terapêutica mais apropriada. (DALGARRONDO, 2008, p. 39)

Para defender essa concepção, com a qual em parte temos acordo, o autor retoma Aristóteles, para quem o universal não está dado na experiência, senão no espírito humano que capta e constitui as ideias pela abstração e generalização (DALGARRONDO, 2008). Além disso, considera o diagnóstico como um constructo resultante do trabalho científico, não um objeto real e concreto. Em seguida, diferencia três tipos de fenômenos passíveis de classificação: os que são encontrados em todos os seres humanos, os que são encontrados em algumas pessoas e os que são encontrados em apenas um ser humano em particular. Para ele, na classificação psiquiátrica, os de maior interesse seriam estes encontrados em algumas pessoas e não em outras (DALGARRONDO, 2008).

Sadock, Sadock e Ruiz (2017) atentam que o campo da psiquiatria vinha considerando a depressão maior e o transtorno bipolar como quadros separados nos últimos 20 anos, mas que recentemente vem sendo reconsiderada a tese de que o transtorno bipolar seja uma expressão mais grave da depressão maior. Nesse mesmo sentido vão Goodwin e Jamison, conforme citado por Cheniaux (2013, p. 47).

Se admitimos que depressão e bipolaridade estão dentre os denominados transtornos do humor, precisamos definir este conceito. De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 347), “O humor pode ser definido como uma emoção ou um tom de sentimento difuso e persistente que influencia o comportamento de uma pessoa e colore sua percepção de ser no mundo”. Cheniaux (2008) complementa que este caráter difuso diz respeito a não estar relacionado a um objeto específico, além de ser – em geral – persistente e não reativo. Este mesmo autor define ainda o humor como “estado de ânimo” ou “tônus afetivo”, que oscila entre os polos da alegria, tristeza e irritabilidade, além da calma e ansiedade (CHENIAUX, 2008, p. 86).

Como explicam Sadock, Sadock e Ruiz (2017), as pessoas que apresentam apenas episódios depressivos têm transtorno depressivo maior ou depressão unipolar, ao passo que aquelas que apresentam episódios tanto maníacos como depressivos, ou somente maníacos, têm transtorno bipolar. Portanto, o que diferencia, fundamentalmente, o transtorno depressivo do transtorno bipolar é a ocorrência de episódios maníacos ou hipomaníacos (APA, 2014; CHENIAUX, 2013; PRATES; KUNZ, 2016), isto é, a depressão tem um curso de humor unipolar, enquanto na bipolaridade, há oscilação do humor entre polos opostos.

Conquanto essa oscilação produza diferenças relevantes na apresentação dos quadros, nota-se que “a depressão é a manifestação mais frequente do transtorno bipolar, estando associada a significativo comprometimento sócio-ocupacional dos pacientes” (BARBOSA; TEIXEIRA, 2013, p. 175).

Nessa direção, Barbosa e Teixeira (2013, p. 169-170) compilaram alguns estudos prospectivos, dentre os quais destacamos alguns que concluíram que:

- ao longo da vida, pacientes bipolares tipo I apresentaram três vezes mais sintomas depressivos do que sintomas maníacos ou hipomaníacos, e os pacientes bipolares tipo II, 37 vezes mais sintomas depressivos que sintomas hipomaníacos²⁰;
- a duração média de um episódio depressivo no transtorno bipolar tipo I é de 15 semanas²¹;
- os dias de trabalho perdidos no transtorno bipolar decorrem principalmente da gravidade e persistência dos sintomas depressivos, em relação aos de mania²².

Ou seja, mesmo que se considere que são ‘transtornos’ de natureza distinta, sua apresentação se assemelha na maior parte do tempo. Isso foi apontado também pelos

²⁰ JUDD, L. L.; SCHETTLER, P. J.; AKISKAL, H. S.; MASER, J.; CORYELL, W.; SOLOMON, D. et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*, v. 6, n. 2, pp. 127-37, 2003.

²¹ SOLOMON, D. A.; LEON, A. C.; CORYELL, W. H.; ENDICOTT, J.; LI, C.; FIEDOROWICZ, J. G. et al. Longitudinal course of bipolar I disorder: duration of mood episodes. *Arch Gen Psychiatry*, v. 67, n. 4, pp. 339-47, 2010.

²² KESSLER, R. C.; AKISKAL, H. S.; AMES, M.; BIRNBAUM, H.; GREENBERG, P.; HIRSCHFELD, R. M. et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U. S. workers. *Am J Psychiatry*, v. 163, n. 9, pp. 1561-8, 2006.

participantes de nossa pesquisa, que relatam que ficam por um tempo maior com sintomas depressivos.

[...] Tem época que eu fico muito muito elétrico. [...] ah, eu fico... parece que eu tô com 220, sabe, eu faço tudo dentro de casa. Eu só não saio de casa. Mas eu limpo, faço uma faxina dentro de casa, quero gastar dinheiro que não tem. [...] eu sei que ultimamente eu tô muito decaído. [...] Eu ando meio... de um ano pra cá, tô tendo mais tempo, mais período triste, chorando, desanimado do que uma euforia, uma alegria sequer. (Gilberto)

[...] No meu normal, sou bem quieta. Agora quando eu tô em crise, ninguém me aguenta. Fala demais da conta. [...] nossa, minha crise, eh, eu saio pra rua, vou na casa dos vizinhos, começo a falar. Aí eles já sabem, aí se assustam comigo, passam cadeado no portão e eu não posso entrar na casa de ninguém, falar com ninguém. Daí eu já saio pra longe, já... Aí me perco. Aí eu perco o sapato, volto descalço pra casa, pego ônibus sem pagar passagem. Aí, assim vai. (ri) Eu tenho a (crise) de agitação e a de tristeza. São essas as minhas. [...] E agora, no momento, eu tô com uma de quieta. Eu quero ficar no quarto, não quero conversar com ninguém. Não tô de me envolver muito não. [...] Mas a crise, não, a crise, pra mim, é a euforia, mesmo. [...] Atrapalha porque eu incomodo todo mundo, né. Parente, vizinho, tudo, geral. Se eu tiver trabalhando, eh, atrapalho o ambiente de trabalho. [...] Eu, quando tô na fase da tristeza, eu fico quieta no meu canto. Eu não quero conversar com ninguém, não tenho assunto, não gosto. Que nem ele falou, não gosto de tomar banho, não gosto de arrumar o cabelo, nada. Só tomar meu café e fumar meu cigarro. E, quando eu tô na fase eufórica, eu quero conversar com todo mundo, sou amiga de todo mundo, conto a minha vida inteira pra todo mundo. E quando eu tô triste, eu escondo, não quero que ninguém saiba nada de mim. (Leila)

Na fala de Leila, e também neste trecho selecionado, chama a atenção o fato de ela identificar a fase depressiva como o seu “normal”. Entre os participantes de nossa pesquisa com bipolaridade, Leila é a que apresenta maior capacidade de crítica – no sentido de diferenciar e avaliar as crises – em relação às suas fases depressivas e maníacas e pondera que a “crise eufórica” é a que mais a atrapalha. No entanto, essa avaliação parece levar em conta que nesses períodos acaba prejudicando sua relação com as outras pessoas, por ficar bastante desorganizada, se tornar inconveniente e às vezes agressiva. Como ela diz: “*Eles só veem a euforia, a tristeza eles não veem*”. Mas considerando sua caracterização da fase depressiva, em que se isola e deixa de realizar as atividades cotidianas, os efeitos também são bastante prejudiciais, embora mais para ela própria que para as pessoas que vivem ao seu redor.

Outros participantes da pesquisa com bipolaridade, como Renato, relatam que essa oscilação entre polos opostos do humor se daria várias vezes ao dia: “[...] *você oscila, que nem eu, três quatro vezes no dia.*”. É fato que eles vivenciam uma sensação de descontrole sobre

seus afetos e ânimo e que há uma variação importante no mesmo dia, mas fica impreciso em seus relatos se essa oscilação poderia ser aproximada com uma questão controversa na psiquiatria, os estados mistos.

A oitava edição do Tratado de Kraepelin inclui o conceito de "estados mistos", quando haveria uma mescla de sintomas de polos opostos. Baseando-se na tradição platônico-aristotélica, Weigandt, que trabalhou com Kraepelin, divide a atividade psíquica em três domínios: afeto, pensamento e atividade motora, que correspondem, no manual de Kraepelin, a emoção, intelecto e volição. Os estados puros seriam aqueles em que os três domínios estão alterados em uma mesma direção, da mania ou da depressão, enquanto nos estados mistos haveria alterações em diferentes direções (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005; DEL-PORTO; GRINBERG, 2016).

Embora contestada por autores como Karl Jaspers e Kurt Schneider, que reputavam essas características à própria ciclotimia (como denominava a doença maníaco-depressiva), essa ideia é retomada a partir da década de 1970 e muito desenvolvida até hoje (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005; DEL-PORTO; GRINBERG, 2016). Akiskal (1987, 1982 apud DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005, p. 11), por exemplo, refere três tipos diferentes de estados mistos: "(A) temperamento depressivo + episódio maníaco; (B) temperamento ciclotímico + depressão maior; (C) temperamento hipertímico + depressão maior". Isso porque para este autor, os estados mistos emergem quando um episódio afetivo se manifesta em uma pessoa com temperamento de polaridade oposta (DEL-PORTO; GRINBERG, 2016).

No que se refere à caracterização, a literatura psiquiátrica diferencia os episódios depressivos e maníacos (e hipomaníacos) dos transtornos depressivos e bipolares. Os **episódios depressivos** definem-se pela presença, por pelo menos duas semanas, de quatro ou mais sintomas de uma lista que inclui: alterações no apetite e peso, alterações no sono e na atividade, falta de energia, sentimentos de culpa, problemas para pensar e tomar decisões e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Alguns autores buscam categorizar as modalidades de sintomas pelas funções mentais ou áreas psicopatológicas envolvidas. Dalgalarrondo (2008), por exemplo, separa em sintomas afetivos, alterações da esfera instintiva e neurovegetativa, alterações ideativas, alterações cognitivas, alterações da autoavaliação, alterações da volição e psicomotricidade, sintomas psicóticos. Cheniaux (2013) agrupa diferentemente entre funções afetivo-volitivas, que incluem a afetividade, a conação e a psicomotricidade; funções cognitivas, constituídas pela atenção, sensopercepção, memória, fala e linguagem, pensamento, inteligência e imaginação; e outras funções, como aparência, atitude,

orientação alopsíquica, consciência do eu, pragmatismo, prospecção e consciência da morbidade.

No Quadro 1 estão os critérios diagnósticos do episódio depressivo de acordo com a CID-10 e o DSM-5. Como vemos, trata-se de uma multiplicidade de sintomas, muitos dos quais aparecem também em outras formas de sofrimento psíquico. O DSM-5 (APA, 2014, p. 162) aponta que a insônia ou fadiga são a principal queixa apresentada, sintomas esses bastante inespecíficos. Diante disso, aparecem tentativas de hierarquização dos sintomas, identificando os mais proeminentes ou mesmo os mais determinantes. A CID (OMS, 1993) realça o rebaixamento do humor ou afeto acompanhada de alteração no nível global de atividade. Dalgalarrondo (2008) cita Del Pino para destacar como elementos mais salientes das síndromes depressivas o humor triste e o desânimo. Sadock, Sadock e Ruiz (2017) sublinham o humor deprimido e a falta de interesse ou prazer como os sintomas fundamentais. Cheniaux (2013, p. 39) enfatiza que “A síndrome depressiva está relacionada a alterações em praticamente todas as funções mentais, mas são mais afetadas as funções afetivo-volitivas”. Este autor acrescenta que as alterações do humor ou do afeto são tradicionalmente as consideradas mais importantes na depressão, bem como na mania, mas que isso tem sido questionado recentemente, com ênfase para a energia vital e atividade psicomotora (CHENIAUX, 2013).

Quadro 1: Critérios diagnósticos para episódio depressivo

Episódio depressivo	
CID-10	DSM-5
<p>Presença, por pelo menos duas semanas, de humor deprimido, perda de interesse e prazer e redução da energia, levando a aumento da fadigabilidade e diminuição da atividade.</p> <p>Outros sintomas comuns:</p> <ul style="list-style-type: none"> -concentração e atenção reduzidas; -autoestima e confiança reduzidas; -ideias de culpa e inutilidade; -visões desoladas e pessimistas do futuro; -ideias ou atos autolesivos ou suicídio; -sono perturbado; -apetite diminuído. <p>O humor depressivo varia pouco de dia para dia, frequentemente não é responsivo às circunstâncias, mas com possibilidade de variação.</p> <p>Pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, como perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido.</p>	<p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p> <p>Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.) 2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa). 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no

<p>O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. O episódio grave pode ser com ou sem sintomas psicóticos.</p>	<p>apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)</p> <p>4. Insônia ou hipersonia quase diária.</p> <p>5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).</p> <p>6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.</p> <p>7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).</p> <p>8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).</p> <p>9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</p> <p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.</p> <p>Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.</p>
--	---

Fonte: OMS (1993;2000); APA (2014)

Entre as alterações das funções afetivo-volitivas, estão as alterações na afetividade – como a tristeza patológica caracterizada por uma rigidez afetiva, com choro fácil, apatia, irritabilidade, angústia e desesperança, sentimento de falta de sentimento; na conação, como a hipobulia, com desânimo, anedonia, fadiga, diminuição da libido, negativismo, ideação suicida, além de aumento ou diminuição do apetite e do sono; e na atividade psicomotora, com diminuição ou aumento da atividade psicomotora, sendo mais comum a diminuição, mas podendo haver aumento quando relacionada a ansiedade ou a um episódio misto (DALGALARRONDO, 2008; CHENIAUX, 2013). Entre os participantes de nossa pesquisa

estão pessoas com depressão e com bipolaridade e, como já discutimos acima, nos dois casos há a presença de sintomas depressivos, em geral referidos como os mais importantes. Ao descreverem a depressão, salientaram essas alterações. Lucila, por exemplo, sintetiza nas duas passagens a seguir o predomínio do humor triste e do desânimo, da falta de energia:

E eu sempre fui uma pessoa, quando eu trabalhava, sempre fui alegre, eu era a palhaça do setor, brincava com todo mundo. Hoje em dia, cara, é muito difícil achar alguma coisa que... que eu fique, sabe, alegre, sabe, não tem. Por isso, então, aquela alegria de viver que eu tinha muito tempo atrás não sei onde que ela foi. (Lucila)

Eu fico quietinha no meu canto, às vezes pego, deixo a televisão ligada, fico só escutando, escutando. É... fico... como é que eu posso dizer, eu sei que tem coisa pra mim fazer, mas eu vou, tento, começo um pouquinho, dali a pouco eu não aguento, daí eu sento, daí espero, daí vou de volta, sabe. Daí quando vai ver dá aquele cansaço, cansaço, aquele peso, aquela coisa não sei se é de remédio, sei lá. E daí assim, sabe, daí eu não consigo mais fazer, às vezes só de eu olhar, eu já canso. (Lucila)

Enquanto muitos comentam sobre sua tendência em cair no choro facilmente, Roberto chama a atenção para outra questão, como uma espécie de anestesia emocional, denominada de sentimento de falta de sentimento:

Eu não tenho lembrança de uma data, depois que eu iniciei o tratamento, eu não tenho lembrança de uma data dessa, que por acaso teve sentimento. Eu nem sei se eu tenho sentimento hoje em dia. O meu pai faleceu, a família toda foi e eu não fui. Não fui. Se você perguntar pra mim, não sei nem o cemitério que ele foi enterrado. Não derramei uma lágrima do olho. E se perguntar se eu tive sentimento, eu não tive sentimento nenhum... (Roberto)

Outro aspecto bastante emblemático da depressão é a ideação suicida, relacionado à atividade conativa, pois implica em tamanha intensidade na falta de motivo e sentido da vida que a morte aparece como possibilidade de alívio para o sofrimento.

Eu sinto angústia. Aquela angústia que vem, que parece que não acaba mais, assim, que parece que se eu tirasse minha vida parece que acabava tudo. Eu, eu/ é um sofrimento terrível, é terrível essa angústia. (Andrea)

Daí eu fico pensando em morte, em tirar minha vida. Esses dias, esses tempos agora atrás, tem uma corda lá tipo de caminhoneiro, que eu coloquei umas três vezes lá no caibro lá pra me matar e na hora eu desisto. (Gilberto)

Sobre as alterações nas funções cognitivas, considera-se que na depressão caracterizam-se por uma lentificação ou diminuição em quase todos os aspectos (DALGALARRONDO, 2008; PRATES; KUNZ, 2016). Percebe-se déficit de atenção, concentração e sensopercepção; diminuição de memorização associada à ruminação de mágoas ou fatos dolorosos; lentificação do pensamento e da fala, além de sua inibição; ideias perseverantes, deliroides ou delirantes relacionadas à culpa, ruína, negação, hipocondria; baixo desempenho intelectual e de criatividade (DALGALARRONDO, 2008; CHENIAUX, 2013). Tais alterações foram também relatadas pelos participantes da pesquisa, como vemos a seguir, em que Zeca comenta sobre o conteúdo de seus pensamentos, muito negativos:

Eu pensava em tudo, antigamente, né, não tava nem aí pras coisas. Deu certo, deu. Não deu, vamos pra frente. Agora não é assim. É diferente. Pensamento é tudo negro. Pelo menos o meu pensamento. (Zeca)

A diminuição de atenção e memória apareceu como queixa para as pessoas que participaram da pesquisa, com implicações nas atividades cotidianas, o que fica ilustrado nas seguintes falas de Roberto e de Gilberto:

Cansei de deixar a torneira do banheiro aberta, a porta... pensando que... trancar a porta de novo e não trancar a porta, amanhecer co'a porta destrancada. Cansei de... cheguei aqui no CAPS, aqui um dia, e... pra mim eu tinha deixado a panela de pressão ligada; cheguei aqui, [...] e falei pra ela: "(Fulana), eu deixei a panela de pressão ligada lá em casa, eu vou ter que voltar correndo embora". Ela falou: "Então vai". Cheguei lá não tava nada. Era coisa da cabeça mesmo. (Roberto)

Eu não tenho nenhuma memória... Tanto na eufórica como na depressiva, eu não tenho memória nenhuma. [...] Vai ali e faz isso. Se eu parar no meio e fizer uma coisa, quando chegar lá eu não sei o que que eu tô fazendo, não sei o que que eu fui fazer. Eu não tenho memória nenhuma. Já me perdi várias vezes no centro. É ó que eu conheço o centro bem. [...] Chega na hora, parece que some tudo. Uma vez eu tive que ligar/ tive que parar, sentar, esperar uma hora, quase duas horas fiquei sentado, pra ligar pra casa, pro meu filho me dizer onde que eu tava e saber qual o ônibus que eu ia pra casa. [...] Eu não presto atenção nas coisas, sabe. Se eu tô assistindo um filme, daqui a cinco minutos eu não sei mais qual que é a trama do filme. Se eu for ler um livro, chega na segunda página e eu não sei o que que aconteceu na primeira. Não tem aquela atenção fixa nas coisas. [...] Ainda mais eu que eu sou padeiro, confeitoiro, eu tinha que ter memória das receitas. Hoje eu não consigo fazer pão em casa. E olha que eu tenho 29 anos de padaria. (Gilberto)

Em relação às outras funções, nota-se em geral uma aparência descuidada, com diminuição da existência da consciência do eu, com autoavaliação diminuída, sentimento de

incapacidade e autodepreciação, além de diminuição na capacidade de realizar o planejado e pessimismo (DALGALARRONDO, 2008; CHENIAUX, 2013). A autodepreciação aparece como uma marca importante nos episódios depressivos, como se pode notar nos trechos de Lucila e Roberto:

Você vê que você tá atrapalhando todo mundo, que você tá estragando a vida dos outros, que você vale nada e tá aí usando o espaço de outra pessoa. [...] Você começa a se sentir totalmente inútil... (Lucila)

Então eu se sinto realmente um lixo. [...] Eu acho, tem hora que eu acho, que tô fazendo peso em cima da terra. (Roberto)

Dependendo do número e da gravidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave, sendo que se considera que um indivíduo com um episódio depressivo leve terá alguma dificuldade em continuar normalmente com o trabalho e atividades sociais, mas provavelmente não deve parar suas atividades completamente (OMS, 1993/2000). Já em um episódio depressivo grave, é muito improvável que a pessoa consiga continuar com atividades sociais, trabalho ou atividades domésticas, senão de modo muito limitado (WHO, 2017a). De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017), 97% das pessoas em depressão se queixam de redução da energia e cerca de 80% de dificuldades para dormir; além disso, a ansiedade afeta até 90% das pessoas com depressão.

Algumas pessoas apresentam também, associados ao quadro de depressão, sintomas psicóticos, como ideias delirantes de conteúdo negativo (ruína ou miséria, culpa, hipocondria ou negação de órgãos, inexistência de si ou do mundo), alucinações em geral auditivas com conteúdos depressivos, ilusões auditivas ou visuais, ideação paranoide (DALGALARRONDO, 2008). Entre os participantes da pesquisa, vários relataram esse tipo de sintomatologia, como expresso nos relatos de alucinações de Gilberto e de Roberto e de ideias deliroides de Rodrigo.

O que tá me incomodando mesmo, Melissa, não é a bipolaridade, sabe, a depressão, é as visões que eu tô tendo, sabe. Eu tô tendo muitas visões com pedidos de suicidar de novo, sabe. (Gilberto)

Já escutei muitas vozes, mas... como eu não acredito em assombração, ...então, pra mim, já era até normal ter. O que eu vejo sempre, que volta, parece que tem alguém na porta da minha casa. Volto, volto sondar. Volto, volto, ver se tem alguém. Não vejo ninguém. (Roberto)

Daí eu vou até a frente do portão e sondo, fico sondando pela fresta do portão, se tiver um carro lá na frente do outro lado na frente da casa do vizinho, já penso que é pra mim. E eu volto pra dentro rápido, tomo um gole de café e

espero, acendo um cigarro, olho no relógio e o horário tá passando e tenho que ir, vou lá na frente, o carro tá lá, é um dia que eu não saio. (Rodrigo)

Denomina-se **transtorno depressivo recorrente** quando há repetidos episódios depressivos, sem história de episódios de elevação do humor caracterizados como mania ou hipomania. Conforme o DSM-5 (APA, 2014), para diagnóstico do transtorno depressivo maior é necessário um ou mais episódios depressivos, não fazendo distinção, portanto, entre um episódio ou sua recorrência. Os critérios diagnósticos podem ser verificados no Quadro 2.

Quadro 2: Critérios diagnósticos para transtorno depressivo

Transtorno depressivo	
CID-10	DSM-5
<p>Caracteriza-se pela ocorrência repetida de episódios depressivos – como especificado em episódio depressivo – sem qualquer história de episódios independentes de elevação do humor e hiperatividade que preencham critérios para mania.</p> <p>Pode comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), imediatamente após um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo.</p> <p>A idade de início e a gravidade, duração e frequência dos episódios de depressão são altamente variáveis.</p> <p>Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar.</p>	<p>Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio depressivo (Critérios A-C em “Episódio Depressivo” descritos anteriormente), somados aos seguintes critérios:</p> <p>D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.</p> <p>E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco. Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.</p>

Fonte: OMS (1993; 2000); APA (2014)

No tocante ao curso, considera-se que a idade de início, a gravidade, duração e frequência dos episódios são muito variáveis. A duração dos episódios vai de 3 a 12 meses, com mediana de cerca de 6 meses. É considerada habitual uma recuperação completa entre os episódios, com uma minoria de pessoas desenvolvendo uma depressão persistente. (OMS, 1993). O início recente é tido como forte determinante na probabilidade de recuperação em curto prazo, sendo esperado que indivíduos que estiveram deprimidos por apenas alguns meses se recuperem espontaneamente (APA, 2014). Considera-se que o transtorno depressivo tende a ser crônico e que os indivíduos tendem a ter recidivas (SADOCK, SADOCK; RUIZ, 2017).

De acordo com a OMS (WHO, 2017a), a depressão é uma doença comum em todo o mundo, com um número estimado de 350 milhões de pessoas afetadas e é diferente das flutuações de humor habituais e respostas emocionais de curta duração para os desafios na vida

cotidiana. A depressão é tida como a principal causa de incapacidade em todo o mundo, sendo das principais contribuintes para a carga global de doença (WHO, 2017a).

No DSM-5 (APA, 2014) consta que a prevalência de transtorno depressivo maior é de cerca de 7% nos EUA, com distribuição variada nas faixas etárias, sendo três vezes maior entre pessoas de 18 a 29 anos do que entre pessoas acima de 60 anos. Além disso, pessoas do sexo feminino teriam de 1,5 a 3 vezes mais depressão do que pessoas do sexo masculino.

Os **episódios maníacos** envolvem elevação do humor, aceleração de pensamentos e ativação psicomotora, aumento de energia e ideias de grandeza, que podem ser delirantes (MORENO; MORENO, 2016). Os episódios maníacos teriam como sintomas mais salientes a euforia ou alegria patológica e a elação ou expansão do eu (BELMAKER, 2004 apud DALGALARRONDO, 2008). Dalgalarrondo (2008) cita a caracterização de Cassidy et al, para quem na mania há o taquipsiquismo, isto é, a aceleração de todas as funções psíquicas e acrescenta outros como: aumento da autoestima, diminuição da necessidade de sono, loquacidade, logorreia, distraibilidade, agitação psicomotora, irritabilidade, arrogância, heteroagressividade, desinibição social e sexual, tendência exagerada a comprar objetos ou dar seus pertences, ideias de grandeza, poder e importância social (com delírios ou alucinações).

Moreno e Moreno (2016) agrupam as principais alterações na mania em: humor e afetividade, que incluem humor expansivo, eufórico e geralmente irritável, com sentimentos polarizados para mania, sentindo-se “mais, melhor e muito”, habitualmente com labilidade emocional com crises de choro ou hostilidade, com possibilidade de nervosismo, descontrole e agressividade; cognição e percepção, caracterizadas por ideias de conteúdo positivo, religioso ou persecutório, grandiosidade, autoconfiança e otimismo, ideias de grandeza, certeza, poder, riqueza e outras, pensamento acelerado e arborizado, ocasionalmente com fuga de ideias, hipermnésia de eventos passados e prejuízo de memória de fixação devido à distraibilidade, frequentemente acompanhados de delírios; comportamento e psicomotricidade, envolvendo aumento da energia, da atividade e da impulsividade, com forma obstinada e desorganizada, inquietação, fala rápida, alta, loquaz, com dificuldade de interrupção, desinibição social e sexual ; e funções neurovegetativas, como a diminuição da necessidade de sono e insônia. A seguir, os critérios diagnósticos para episódio maníaco no Quadro 3.

Quadro 3: Critérios diagnósticos para episódio maníaco

Episódio maníaco	
CID-10	DSM-5
Presença de uma elevação do humor fora de proporção com a situação do sujeito, podendo variar de uma jovialidade descuidada a uma agitação	A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a

<p>praticamente incontrolável. Com duração de pelo menos uma semana com gravidade suficiente para perturbar ritmo normal de trabalho e atividades sociais.</p> <p>Esta elação é acompanhada por um aumento da energia, levando à hiperatividade, desejo de falar e redução da necessidade de sono.</p> <p>Perda da inibição social, dificuldade de manter a atenção e grande distraibilidade.</p> <p>Autoestima inflada e, frequentemente, com ideias de grandiosidade ou superotimistas.</p> <p>Pode haver transtornos perceptivos, como percepção das cores especialmente vívidas.</p> <p>Possibilidade de envolvimento em esquemas extravagantes, de realização de gastos irresponsavelmente, de tornar-se agressivo, amoroso ou jocoso em situações inapropriadas.</p> <p>Em alguns casos, o humor é irritável e desconfiado, ao invés de exaltado.</p> <p>Pode ser com ou sem sintomas psicóticos.</p>	<p>objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).</p> <p>B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autoestima inflada ou grandiosidade. 2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono). 3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando. 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados. 5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado. 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos). 7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos). <p>C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.</p> <p>D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.</p>
---	--

Fonte: OMS (1993;2000); APA (2014)

Os manuais de classificação diferenciam o episódio maníaco do hipomaníaco, principalmente pela intensidade e duração dos sintomas, como vemos no quadro 4, com os critérios diagnósticos para hipomania.

Quadro 4: Critérios diagnósticos para episódio hipomaníaco

Episódio hipomaníaco	
CID-10	DSM-5
Presença de uma elevação ligeira mas persistente do humor (por pelo menos vários dias continuamente), aumento da energia e da atividade, associada em	A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou

<p>geral a um sentimento intenso de bem-estar e de eficiência física e psíquica.</p> <p>Existe frequentemente um aumento da sociabilidade, loquacidade, familiaridade excessiva, aumento da energia sexual, redução da necessidade de sono; mas não tão graves de modo a perturbar gravemente o trabalho ou resultar em rejeição social.</p> <p>A euforia e a sociabilidade são por vezes substituídas por irritabilidade, atitude pretensiosa ou comportamento grosseiro.</p> <p>As perturbações do humor e do comportamento não são acompanhadas de alucinações ou de ideias delirantes.</p>	<p>energia, com duração de pelo menos quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autoestima inflada ou grandiosidade. 2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono). 3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando. 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados. 5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado. 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora. 7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos). <p>C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.</p> <p>D. A perturbação no humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.</p> <p>E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.</p> <p>F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).</p>
--	---

Fonte: OMS (1993;2000); APA (2014)

A CID-10 especifica três graus de gravidade para os episódios maníacos: hipomania, mania sem sintomas psicóticos e mania com sintomas psicóticos (OMS, 1993), presentes também no DSM-5. Além da intensidade dos sintomas, a duração distingue a mania – com duração de pelo menos uma semana – da hipomania – com duração de pelo menos quatro dias. Conforme Prates e Kunz (2016), a intensidade, o tipo e a cronicidade dos sintomas definem a divisão entre mania e hipomania. Este também não deve comprometer o funcionamento social ou ocupacional (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Os episódios maníacos têm início rápido, mas podem se prolongar por semanas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Os participantes de nossa pesquisa diagnosticados com bipolaridade relataram tanto seus sintomas depressivos como os de mania. No que concerne à mania, chamou atenção que a descrição da euforia vinha também acompanhada de sofrimento, não aparecendo como exatamente algo alegre. Há um destaque para a agitação e o descontrole, como se vê nos relatos a seguir, de Ivonete e Leila:

Eu troco de roupa umas cinco vezes. Se eu tiver que ir na mercearia, eu troco de roupa de novo. Banho de manhã, banho meio dia, banho de tarde. Eu não tô nem aí. Parece um manequim, trocação de roupa. [...] Eu começo a fazer, assim, digamos, se eu for organizar um guarda-roupa, eu tiro tudo, mas me dá tipo uma preguiça, eu num consigo colocar de novo tudo na gaveta, tudo no cabide, aqueles que é lá em cima, guardar lá em cima. Daí ali já fica. Daí eu vou pra cozinha, daí eu quero limpar todos os armário. Eu limpo tudo os armário, mas eu num volto as coisa lá no lugar. (Ivonete)

Que quando eu tô agitada ninguém me aguenta. Porque daí eu até... eu bato nas pessoas. Eu grito. (Leila)

O **transtorno bipolar** consiste de episódios maníacos e depressivos separados por períodos de humor normal (WHO, 2017b), com critérios diagnósticos como apresentados no Quadro 5. Os episódios maníacos são componente fundamental para a nosologia do transtorno bipolar (PRATES; KUNZ, 2016). Dalgalarrondo (2008) explica que os episódios de mania e depressão ocorrem de modo relativamente delimitado no tempo e muitas vezes com períodos de remissão. Na ocorrência de pelo menos quatro episódios de alteração do humor no período de um ano, define-se como de ciclagem rápida.

Quadro 5: Critérios diagnósticos para transtorno bipolar

Transtorno bipolar	
CID-10	DSM-5
<p>Caracteriza-se por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão significativamente perturbados; esta alteração consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e atividade (hipomania ou mania) e, em outras, de um rebaixamento do humor e de diminuição da energia e atividade (depressão).</p> <p>Episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como transtorno bipolar.</p>	<p>Transtorno Bipolar Tipo I:</p> <p>A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio maníaco (Critérios A-D em “Episódio Maníaco” descritos anteriormente).</p> <p>B. A ocorrência do(s) episódio(s) maníaco(s) e depressivo(s) maior(es) não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico com outras especificações ou não especificado.</p> <p>Transtorno Bipolar Tipo II:</p> <p>A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio hipomaníaco (Critérios A-F em “Episódio Hipomaníaco” descritos anteriormente).</p>

	<p>B. Jamais houve um episódio maníaco.</p> <p>C. A ocorrência do(s) episódio(s) hipomaníaco(s) e depressivo(s) maior(es) não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.</p> <p>D. Os sintomas de depressão ou a imprevisibilidade causada por alternância frequente entre períodos de depressão e hipomania causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outra área importante da vida do indivíduo.</p>
--	---

Fonte: OMS (1993;2000); APA (2014)

Sobre o curso do transtorno bipolar, o DSM-5 refere que mais de 90% das pessoas que têm um único episódio de mania têm episódios recorrentes de alteração do humor e cerca de 60% dos episódios de mania ocorrem imediatamente antes de um episódio de depressão maior (APA, 2014). Observa-se que muitas vezes o transtorno bipolar inicia com um ou mais episódios depressivos, sendo uma proporção substancial que de início é diagnosticada com transtorno depressivo passa a transtorno bipolar (APA, 2014). Considera-se que o transtorno bipolar I frequentemente inicia com episódios depressivos e que a maioria experimenta tanto episódios depressivos como maníacos, sendo apenas 10 a 20% que têm apenas episódios maníacos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Estima-se que o **transtorno bipolar** afete 60 milhões de pessoas em todo o mundo (WHO, 2017b). O DSM-5 indica a prevalência em um ano em 11 países variou de 0,0 a 0,6% para o tipo I. Além disso, informa que o transtorno bipolar é mais comum em países com renda mais elevada, com índice de 1,4%, do que em países com renda baixa, com 0,7% (APA, 2014). Moreno e Moreno (2016) consideram que o transtorno bipolar era considerado raro, com prevalência de cerca de 1% para o tipo I entre adultos, em razão da dificuldade de acurácia na detecção do espectro bipolar como um todo. Com base em escalas específicas, alguns estudos já passaram a estimar prevalência de 3,4 a 6,5% para o espectro bipolar²³ (incluindo mania, hipomania e ciclotimia) (MORENO; MORENO, 2016).

²³ Autores como Angell (2011) e Whitaker (2017) alertam para a ampliação das fronteiras do patológico – um dos aspectos da medicalização social – com a adoção da noção de espectro.

Outra ponderação relevante, salientada por muitos participantes de nossa pesquisa, tanto os diagnosticados com depressão quanto os com bipolaridade, é de uma grande variação na vivência do sofrimento, tanto ao longo dos dias como no decurso de um mesmo dia.

Tem dias que eu tô bem, tem dias... Hoje eu num tô muito bem. Tem dia que eu tô... no dia que eu tô bem, eu faço minhas coisas, limpo minha casa, mas num saio de dentro de casa, é muito difí... Eu tenho lutado bastante. Não é fácil. Tenho procurado me arrumar, coisa que eu gostava bastante. Tenho procurado sair, assim, pra ir na igreja. Eu tenho me esforçado bastante, porque eu quero melhorar. Mas num consigo. Tem dia que eu não consigo. Tem dia que eu não consigo levantar nem da cama. (Suzana)

Tem dias que eu tô bem, sabe. Mas tem dias que eu só quero ficar na cama, não quero tomar banho, não quero ajudar em casa. Não sou de briga, sabe. Eu sou daquela pessoa que escuta tudo, xingam, brigam, falam e eu guardo só pra mim, sabe. Eu não consigo me explodir, sabe. Eu tenho medo, sabe, das reações das pessoas, sabe. E tem dia que eu tô elétrico, faço tudo dentro de casa, arrumo, lavo, passo, sabe. Mas tem dias que parece que minha vida parece um, desculpe, um inferno. E desolação, sabe. Tenho medo de sair na rua. Vejo visões. Falo com pessoas. (Gilberto)

Essas colocações demonstram como, para as pessoas em sofrimento, a vivência subjetiva do sofrimento não é linear ou estável, mas suscetível a diversos fatores da dinâmica da vida. Isso torna ainda mais necessário sair da esfera da aparência e penetrar a essência dos fenômenos designados como transtornos do humor, já que nem sempre aquilo que se busca entender e conhecer estará explicitamente apresentado.

Nesta seção, buscamos trazer uma caracterização geral da depressão e da bipolaridade. Cientes de seus limites, entendemos, porém, que as descrições realizadas pela psiquiatria apresentam alguma correspondência – parcial – com a realidade e representam a forma como apreende-se o fenômeno à primeira vista. Entretanto, no “labirinto de suas classificações” (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005, p. 271), baseadas na sintomatologia, a psiquiatria vai fragmentando e perdendo a pessoa, a constituição de seus sentidos e motivos. É por isso que não podemos prescindir de avançar na explicação das diversas formas de sofrimento psíquico. É importante perceber que há um movimento constante no processo saúde-doença derivado da própria vida, vida esta que é mais do que o sofrimento e que para ser apreendida – seja pelo pesquisador ou pelo profissional de saúde que lhe destina cuidados – deve ser tomada em sua totalidade.

1.3 Conceito de sofrimento psíquico

Temos nos referido à depressão e à bipolaridade como formas de manifestação do sofrimento psíquico. A opção pelo termo “sofrimento psíquico”, em detrimento de "doença mental", "transtorno mental" ou "síndrome psiquiátrica", deve-se a duas principais razões. A primeira é que estes conceitos estão carregados de significados próprios da racionalidade psiquiátrica; e a segunda é que o campo da saúde mental e atenção psicossocial brasileiro, em sua crítica aos termos referidos, tem utilizado a ideia de sofrimento psíquico.

No próprio movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil é possível notar a transição no uso desses conceitos. Na lei 10.216, de 2001, por exemplo, considerada o marco legal da reforma psiquiátrica brasileira, fala-se em direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2001). Em diversos espaços de discussão dessa política de saúde começa a ser usada a noção de portador de sofrimento psíquico, a exemplo da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001 (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002). Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em 2013 resolve-se adotar a nomenclatura “pessoa em sofrimento psíquico”, para designar os usuários dos serviços de saúde mental, por considerá-la menos estigmatizante (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010). Como explica Amarante (2007), com a crítica à ideia de “portador”, que remete a alguém carregando um fardo ou um peso enorme e eterno, há uma problematização do termo e o campo passa a falar de pessoas *em* sofrimento psíquico, aludindo a uma pessoa que sofre ou à experiência vivida por um sujeito.

Para melhor situar essa discussão conceitual, cabe uma breve retomada histórica dessa questão na psiquiatria. Pinel, considerado o pai da psiquiatria moderna, dispensa o termo “loucura”, corrente à época, cunhando o conceito de “alienação mental”. Para ele, a alienação mental seria um distúrbio no âmbito das paixões e se constituiria como o objeto do alienismo, a especialidade médica responsável pela descrição e tratamento desse fenômeno (AMARANTE, 2007).

Como já trazido no tópico anterior, em seu projeto de reconhecimento como especialidade médica, cada vez mais a psiquiatria se subordina às concepções biológicas dando espaço para a aceitação de “doença mental”. Entretanto, como o termo "doença", na medicina em geral, significa uma entidade mórbida delimitada, bem como considerando-se a carga negativa e carregada de preconceitos desta terminologia, dissemina-se como alternativa o uso de “transtorno mental” (em português e espanhol) e “desordem mental” (em inglês). De acordo

com Esperanza (2011, p. 56), esta substituição tem como fundamento a maior elasticidade do termo transtorno, que “não pressupõe nem exclui o correlato fisiopatológico das síndromes clínicas”.

Os dois manuais de classificação de referência na atualidade – CID-10 e DSM-5 – adotam o conceito de “transtorno mental”, ressaltando a presença de sintomas ou comportamentos clinicamente importantes associados a uma disfunção pessoal (OMS, 1993; APA, 2014).

No DSM-5, aparece a seguinte definição de transtorno mental:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito. (APA, 2014, p. 20)

A CID-10 ressalva que o termo "transtorno" é impreciso, mas o adota para evitar problemas que seriam, como expresso em seu texto, “ainda maiores inerentes ao uso de termos como ‘doença’ ou ‘enfermidade’” (OMS, 1993, p. 5).

Alguns autores, como Dalgalarondo (2008) assemelham ainda os transtornos às doenças, preferindo a expressão "síndrome". Para ele, a delimitação de uma dada síndrome prescinde de identificação de causas específicas ou de uma natureza essencial de um fenômeno patológico, como nas entidades nosológicas, doenças ou transtornos, em que se identifica a etiologia e um curso relativamente homogêneo com história natural conhecida. As síndromes são entendidas como "agrupamentos relativamente constantes e estáveis de determinados sinais e sintomas" (DALGALARRONDO, 2008, p. 26). A opção pelo uso do termo “síndrome” nesta acepção, a nosso ver, privilegia a descrição dos fenômenos e, conseqüentemente, renuncia às explicações de suas dinâmicas causais, não aparecendo como uma alternativa que nos pareça adequada.

É por isso que o conceito de sofrimento psíquico acumulado no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil e sintetizado no trecho a seguir por Kinoshita et al (2016), parece coerente com nossos pressupostos:

O sofrimento, por sua vez, é compreendido como um estado em que esse esforço por unidade e coerência se encontra diante de obstáculos em que as mediações não são efetivas na preservação de unidade e que levam a pessoa a uma estagnação e à percepção ou sentimento da iminência de decomposição. Isso ocorre não somente como processo biológico ou orgânico, mas fundamentalmente como parte da experiência de vida que corresponde a um mal-estar, desconforto ou dor, a qual bloqueia a dinâmica de transformações nos sujeitos, enrijecendo a forma como esses se relacionam consigo mesmos, com os outros e com o ambiente. (KINOSHITA; BARREIROS; SCHORN; MOTA; TRINO, 2016, p. 52)

Com isso gostaríamos de acentuar a dimensão de enrijecimento da pessoa diante de sua dinâmica de vida como característica do sofrimento psíquico e como esse enrijecimento é devido a alguma forma de mal-estar, desconforto ou dor, também produzidos na própria vida. Nessa acepção, o sofrimento não se refere aos processos da vida cotidiana tornados patológicos, tal como o uso corrente do senso comum poderia denotar; mas aos processos vividos como obstruções à vida.

Essa concepção de sofrimento psíquico fundamenta-se nas contribuições de autores italianos como Franco Basaglia e Franco Rotelli, referências expressivas no processo brasileiro. Nas diversas experiências de reforma psiquiátrica a partir da segunda metade do século XX, aparece a crítica tanto às concepções tomadas pela psiquiatria para seu objeto quanto às formas fracassadas de tratamento delas decorrentes. Apesar disso, estes autores usavam o termo doença, que será aqui reproduzido quando inserido em suas produções, ressaltando-se que essa utilização ocorre a partir dessa acepção crítica.

Basaglia e Basaglia (1979/2005) consideravam que a doença aparece como uma mediação entre a racionalidade do poder – burguesa – e um fragmento da miséria, à qual se propõe a dar uma resposta técnica que contribua para o não questionamento das relações de poder instituídas. Para isso, a psiquiatria separa a doença – como um objeto fictício – da existência global complexa e concreta da pessoa e do corpo social (ROTELLI, 1988/2001) ou, como resumiram Basaglia e Basaglia (1979/2005), coloca a pessoa entre parênteses, ocupando-se da doença.

Alternativamente, Rotelli (1988/2001, p. 90) defende que o objeto deva ser a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. Na mesma direção,

Basaglia propõe colocar a doença entre parênteses de modo a abordar a pessoa que sofre (AMARANTE, 2007). Amarante (2007, p. 67) alerta que isso não significa negar a existência da doença, ou seja, “não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental”. Em contrapartida, significa romper com o modelo teórico da psiquiatria, baseado nas ciências naturais, que teve como consequência a coisificação do sujeito e da experiência humana (AMARANTE, 2007).

Assume-se com isso que o sofrimento psíquico é um processo produzido na dinâmica da vida de uma pessoa – que vive num dado lugar, com certas relações interpessoais, que tem determinada atividade e rotina cotidiana, com certas necessidades, interesses e problemas – e que produz obstruções nos seus "modos de andar a vida"²⁴.

Esse modo de entender o sofrimento psíquico, e o questionamento ao que seria a normalidade psíquica, remete à discussão de Canguilhem (1943/1995) a respeito do normal e do patológico. Muito embora Canguilhem tivesse como objeto de suas elaborações as relações entre saúde e doença em um âmbito mais geral da medicina – e não especificamente no campo da saúde mental –, grande parte de suas reflexões nos parecem coerentes com a acepção de sofrimento psíquico por nós aqui assumida. Cabe-nos, entretanto, alertar que nesse trabalho entendemos as diversas manifestações de sofrimento psíquico como expressões da relação entre o normal e o patológico, ou da saúde e da doença. Assim, não obstante a crítica realizada ao conceito de doença para designar este fenômeno por nós chamado de sofrimento psíquico, estaremos em diálogo com diversos autores da área da saúde que discutem o processo saúde-doença de modo mais amplo. Portanto, no contexto das discussões com esses autores, trataremos ainda com o termo “doença”, ainda que buscando retirar uma possível compreensão naturalizante e a-histórica.

Em sua obra *O normal e o patológico*, Canguilhem (1943/1995) inicia se contrapondo às concepções de Augusto Comte – para quem a diferença entre a saúde e a doença

²⁴ Encontramos em diversas referências no campo da saúde coletiva no Brasil, a expressão "modos de andar a vida" atribuída a Georges Canguilhem. No entanto, verificamos que alguns autores chamavam a atenção para o fato de que tal expressão não aparecia na obra deste autor (ALMEIDA-FILHO, 2004). Em artigo sobre a influência de Canguilhem na construção do campo da saúde coletiva brasileira, José Ricardo Ayres (2016, p. 145-146) explica que "esta bela e eloquente expressão, até hoje amplamente utilizada na Saúde Coletiva brasileira, não é encontrada na edição em português de 'O normal e o patológico'. Ela foi uma tradução livre de 'modos de andar de la vida', originária da edição argentina de 1971", que aparece em artigo de Anamaria Tambellini Arouca e Sergio Arouca, de 1974. De acordo com Ayres, a expressão original “allures de la vie” foi traduzida de diferentes formas na edição em português, tais como 'modos da vida', 'modos de vida', 'modos de ser da vida', 'ritmos da vida' e 'comportamentos da vida' (AYRES, 2016).

seria quantitativa, de excesso ou falta, e, portanto, as leis dos fenômenos vitais seriam as mesmas tanto na patologia como na fisiologia; e de Claude Bernard, em quem aparece a ideia de identidade ou homogeneidade entre a patologia e a fisiologia, acrescida da ideia de continuidade, em que a doença seria uma expressão exagerada, perturbada, diminuída ou alterada da função normal.

Diferentemente, Canguilhem considera que ao encarar a doença não apenas em seus sintomas, mas em seus mecanismos funcionais, que afetam a totalidade do organismo vivo, seria possível entender uma diferença qualitativa entre a saúde e a doença. Diz Canguilhem (1943/1995, p. 64): “Um comportamento do organismo pode estar em continuidade com os comportamentos anteriores, e ser ao mesmo tempo, um comportamento diferente”. Com isto, o autor destaca que a progressividade de um advento não exclui sua originalidade.

Em sua análise, Canguilhem lança mão do conceito de normatividade vital, segundo o qual a vida é entendida como atividade normativa, ou seja, capaz de instituir normas e modificar as normas que institui (CANGUILHEM, 1943/ 1995; DONNANGELO, 1979; AYRES, 2016) para distinguir a saúde e a doença. Assim, a **saúde** seria a possibilidade de ser normativo, de ter “uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 1943/1995, p.159), isto é, de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, de tolerar as infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.

Já a **patologia**, para Canguilhem (1943/1995, p. 106,) seria a redução da margem de tolerância às infidelidades do meio, uma diminuição na capacidade de ser normativo. Não seria, então, a ausência de norma, mas a restrição a uma norma, sem conseguir produzir novas normas na polaridade dinâmica da vida. Implica, portanto, em *pathos*, sendo que nem todo anormal é patológico, já que este exige um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, um sentimento de vida contrariada. Sendo assim, a pessoa é doente não apenas em relação aos outros, mas principalmente em relação a si mesma, pela interrupção de seu curso vital (CANGUILHEM, 1943/1995).

Canguilhem evidencia esse **caráter vital da doença**, ao explicar que:

Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores – quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida – às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio – serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida. (CANGUILHEM, 1943/ 1995, p. 113-114)

Para Canguilhem (1943/1995), então, a normalidade advém de sua normatividade e a norma é definida a partir de um critério valorativo, o que remete para o **caráter social da doença**.

Se é verdade que o corpo humano é, em certo sentido, produto da atividade social, não é absurdo supor que a constância de certos traços, revelados por uma média, dependa da fidelidade consciente ou inconsciente a certas normas da vida. Por conseguinte, na espécie humana, a frequência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social. Um traço humano não seria normal por ser frequente; mas seria frequente por ser normal, isto é, normativo num determinado gênero de vida²⁵ [...]. (CANGUILHEM, 1943/1995, p. 125-126)

Canguilhem (1943/1995) admite, pois, que nos seres humanos as normas sociais interferem nas leis biológicas e que ao produzir modos de andar a vida (na tradução acima como gêneros de vida), a humanidade gera também modos de ser fisiológicos.

O autor ressalva ainda que, nos seres humanos, o estado patológico – como alteração do estado normal – só pode ser apreendido ao nível da totalidade individual consciente. O estado patológico, como julgamento de valor negativo, é atribuído pelo próprio ser vivo a partir da polaridade dinâmica de sua vida. Para Canguilhem (1943/1995), a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa se considerada simultaneamente para vários indivíduos de uma espécie, mas precisa se considerada para um e mesmo indivíduo sucessivamente:

Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. (CANGUILHEM, 1943/1995, p. 145)

Disso decorre a concepção de doença como uma norma de vida inferior, que não tolera desvios das condições em que é válida e é incapaz de se tornar em outra norma – isto é, de ser normativa –, o que leva a transformações na personalidade do doente (CANGUILHEM, 1943/1995).

²⁵ A expressão gênero de vida pode ser traduzida também como ‘modo de andar a vida’, nos termos referidos na nota de rodapé anterior.

Para discorrer sobre as repercussões da doença sobre o indivíduo, Canguilhem recorre aos estudos de Kurt Goldstein²⁶ sobre a afasia. Para Goldstein, a personalidade do doente deve ser concebida como um todo que se encontra alterado e que responde à doença por seus próprios meios, enfrentando a doença ativamente e produzindo uma nova norma individual, uma nova forma de relação com o mundo (SANTOS; MARTINS, 2016). Ao observar as lesões cerebrais, Goldstein alerta que elas não resultam na perda de comportamentos isolados, mas na desintegração sistemática de formas de comportamento, sendo que as formas mais complexas e diferenciadas sofrem primeiro, com o predomínio de um automatismo (SANTOS; MARTINS, 2016). Goldstein previne que a doença não é simplesmente a regressão a uma etapa anterior do caminho percorrido pela humanidade, como um modo de vida reduzido que representaria um resíduo do comportamento normal, mas seria uma nova vida, que não se apresenta da mesma forma em estágios inferiores da filogênese ou da ontogênese de um indivíduo normal (CANGUILHEM, 1943/1995).

Esses mesmos estudos de Goldstein são analisados por Vigotski (e também por Luria). Santos e Martins (2016) argumentam que apesar de Vigotski e Goldstein partilharem de uma mesma preocupação, qual seja, a de superar as teorias mecanicistas e atomísticas para abordar o ser humano a partir de sua totalidade, suas perspectivas ontológicas e metodológicas são bem distintas. Para Goldstein, “as possibilidades do organismo repousam em sua estrutura somatopsíquica, que inclui não apenas a sua capacidade de reorganização, mas, também, de autorrealização”, enquanto para Vigotski, estão “nos intercâmbios da pessoa com os instrumentos e signos disponibilizados pela cultura e na organização social e histórica de seu campo de possibilidades” (SANTOS; MARTINS, 2016, p. 111).

Tomando como referência os estudos sobre afasia e lesões cerebrais, Santos e Martins (2016) afirmam que para Vigotski, em cada momento do desenvolvimento, a lesão seria compensada por um centro distinto, a depender das relações já construídas no interior do sistema funcional. Se, no desenvolvimento, as funções ascendem e se diferenciam, na doença, pelo contrário, as funções descendem.

A tese de Vigotski é a de que, na criança, o centro superior ao acometido pela lesão sofre mais, ao passo que a compensação é realizada por um centro imediatamente inferior porque as conexões próprias do centro superior ainda

²⁶ Kurt Goldstein (1878-1945) foi um neurologista e psiquiatra alemão, referência para a psicologia da Gestalt, por sua concepção holística do organismo. Esta teoria busca compreender o significado de cada fenômeno singular como expressão da personalidade integral dos indivíduos, estudado por ele nos afásicos (SANTOS; MARTINS, 2016).

não foram estabelecidas (Vygotsky, 1934/1965). Então, a criança com encefalite tem preservados os movimentos involuntários e menos complexos, ao passo que não desenvolveu os centros superiores, responsáveis por frear a sua ação. No adulto, acontece o contrário: é o centro mais inferior que sofre mais e a compensação é operada pelo centro mais superior, justamente porque, no desenvolvimento, este se tornou independente dos centros inferiores e passou a ser regulado em um nível distinto. Por isso, o paciente com encefalite realiza as tarefas mais complexas, mas não as mais simples. (SANTOS; MARTINS, 2016, p. 109)

A principal crítica de Vigotski, entretanto, à teoria organísmica de Goldstein, seria sua compreensão da personalidade como um conceito biológico, em contraposição a um conceito sociopsicológico da personalidade, segundo o qual a ordem social não é um fim ao qual o organismo tende, mas, antes, um meio que organiza o sistema de atividades dos indivíduos através das relações entre as pessoas e das relações entre as pessoas e as suas criações objetivas. (SANTOS; MARTINS, 2016).

Embora nessa formulação Vigotski esteja tratando das lesões cerebrais, suas reflexões nos servem justamente por suas relações com a personalidade. Entendemos, portanto, que tanto a conceituação de saúde e doença de Canguilhem como a explicação psicológica de Vigotski coadunam com a definição de sofrimento psíquico citada acima. Assim como na definição de patologia de Canguilhem, entende-se que o sofrimento psíquico “bloqueia a dinâmica de transformações nos sujeitos” e tal como pode-se depreender da teoria de Vigotski, explica-se que o “esforço por unidade e coerência encontra-se diante de obstáculos em que as mediações não são efetivas na preservação de unidade e que levam a pessoa a uma estagnação e à percepção ou sentimento da iminência de decomposição” (KINOSHITA et al, 2016, p. 52).

Evidentemente, a produção dessas mediações que permitiriam a superação dos obstáculos – ou em outros termos, que permitiriam à pessoa, ser normativa – é também determinada histórica e socialmente. Logo, para pensar no sofrimento psíquico nos marcos do capitalismo, é necessário evidenciar o processo de alienação atravessando a saúde e a doença, questão discutida no próximo capítulo. Por ora, o seguinte trecho de Canguilhem mostra como o normal tem como referência a vida social:

O homem, tendo prolongado seus órgãos por meio de instrumentos, considera seu corpo apenas como um meio de todos os meios de ação possíveis. É, portanto, além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo. Com uma enfermidade como o astigmatismo ou a miopia, um indivíduo seria normal numa sociedade agrícola ou pastoril, mas seria anormal na marinha ou na aviação. Ora, desde que a humanidade ampliou tecnicamente seus meios de locomoção, saber que certas

atividades nos são vedadas faz com que nos sintamos anormais, pois essas atividades se tornaram, para a espécie humana, ao mesmo tempo uma necessidade e um ideal. Portanto, só se compreende bem que nos meios próprios do homem, o mesmo homem seja, em momentos diferentes, normal ou anormal, tendo os mesmos órgãos, se compreendermos como a vitalidade orgânica se desenvolve em plasticidade e em ânsia de dominar o meio. (CANGUILHEM, 1943/1995, p. 162)

Outrossim, Donnangelo (1979, p.23) afirma que “o corpo, como objeto da prática médica não se esgota em sua dimensão anátomo-fisiológica”. Com isso, a autora salienta que o corpo anátomo-fisiológico humano é um corpo investido socialmente, dimensionando-se e adquirindo significado por referência à especificidade da estrutura social. Assim, a normatividade social em relação ao corpo é apreendida nas concepções sociais sobre o corpo e seu uso adequado, nos mecanismos acionados para garantir sobrevivência dos indivíduos e nos efeitos dessas concepções e mecanismos (entre os quais, por exemplo, a duração da vida). Além disso, a normatividade se expressa no corpo como agente do trabalho frente à estrutura histórica da produção e na não homogeneidade do corpo, nem nas representações, nem na forma pela qual é incorporado à estrutura da produção social (DONNANGELO, 1979).

Portanto, quando a psiquiatria define o transtorno mental como uma disfunção ou um desvio, há que se questionar os parâmetros adotados – de função ou de norma social – em sua caracterização.

Basaglia e Basaglia (1979/2005, p. 278) entendem a norma como “o limite imposto à individualidade pela coletividade”. De acordo com os autores, se o indivíduo participa da definição dessa norma, como expressão dos desejos individuais e coletivos, o limite para expressão da subjetividade é dado pela existência do outro. Mas, acrescentam, “se for uma regra imposta para defesa do grupo dominante, a norma impede aos dominados qualquer expressão subjetiva, reduzindo o indivíduo a condição de corpo dominado, corpo alienado e corpo explorado” (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005, p. 278).

Isto posto, “a definição da norma em nossa sociedade industrial [...] coincide explicitamente com a produção” (BASAGLIA; BASAGLIA, 1970/2005, p. 165) e “uma vez identificada a norma com a eficiência e a produtividade –, tudo o que está fora dessa lógica cai sob a marca da invalidação”, sendo considerado desviante (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005, p. 275).

Na sociedade de classes, em que a manutenção da exploração se dá pela subordinação dos interesses da classe expropriada dos meios de produção aos interesses da

burguesia, nem toda normatividade será tomada como normal, visto que podem ameaçar esta ordem social.

Nesse sentido, Basaglia e Basaglia (1979/2005) trazem uma interessante reflexão a respeito do sofrimento. Eles ressaltam que a presença do sofrimento seria o indício do encontro fracassado entre o corpo individual e o corpo econômico²⁷, cujas necessidades são antagônicas às do indivíduo. Ou seja, o sofrimento é “o sinal de uma subjetividade que reage e recusa o confinamento de que é objeto” (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005, p. 281).

Assim, o sofrimento psíquico emerge como possibilidade a qualquer indivíduo, inserido nessas relações, quando se torna uma obstrução a seus modos de andar a vida. Ou seja, em nosso entendimento, as várias formas de manifestação do sofrimento psíquico não são exclusividade de um grupo de pessoas predispostas por características biológicas ou psíquicas, senão produzidas no movimento da vida e determinadas socialmente.

Alguns indivíduos, como é o caso dos participantes de nossa pesquisa, revelam outro importante aspecto a ser analisado no processo do sofrimento psíquico: o da cronificação. Enquanto algumas pessoas, apresentam processos de sofrimento psíquico que se apresentam como obstruções aos modos de andar a vida, mas que por uma série de condições – que podem envolver inclusive uma terapêutica específica – restabelecem sua capacidade de ser normativas, outras pessoas passam a uma condição denominada como crônica. De modo geral, a psiquiatria reconhece que a maior parte dos transtornos mentais tende a uma cronicidade. Com isso, admite sua diferença para outras áreas da medicina, em que é possível se almejar uma cura. Vários dados citados no tópico anterior, que indicam um aumento da probabilidade de reincidência de episódios de humor, corroboram essa afirmação. Sobre a depressão, por exemplo, como citamos anteriormente, Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 370) alertam que “O transtorno depressivo maior não é uma condição benigna. Ele tende a ser crônico, e os indivíduos costumam ter recidivas”. Essa mesma observação aparece para outras manifestações de sofrimento psíquico.

Kinoshita (2016) explica que, na área médica, o termo crônico faz referência a um curso longitudinal persistente. Sua utilização em contraposição a ‘agudo’ é equívoca, visto que pode se referir à duração de um processo (curto ou prolongado), ao modo de instalação da doença (abrupto ou insidioso) ou à evolução (piora ou melhora). “É a confiança na evolução natural da doença que permite pressupor que as doenças mentais evoluem naturalmente para

²⁷ Os autores entendem, neste texto, o corpo econômico como o grupo dominante (classe burguesa) que representa o sistema produtivo capitalista organizado na base da exploração, em contraposição ao que chamam de corpo social (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005).

um estado de cronicidade diante da qual podemos tentar buscar meios de melhorar e prevenir a deterioração” (KINOSHITA, 2016, p. 83-84).

Nessa mesma direção, Rotelli, De Leonardis e Mauri (1986/2001, p. 26) destacam que a cronicidade “continua a ser o objeto por excelência, o problema e o sinal mais evidente da impotência da Psiquiatria em alcançar a solução-cura”, que a toma como própria do curso natural da doença (ou transtorno mental). Diferentemente, o movimento pela reforma psiquiátrica tem acumulado que a pessoa em sofrimento psíquico “não é um ‘doente crônico’, mas que antes disso é um doente (e um ser humano) que ‘cronificou’” (SCHUHLI, 2008, p. 12). E esses movimentos trataram de demonstrar que essa cronificação tem como uma importante fonte a própria instituição psiquiátrica/ o manicômio, entendida como meio de controle social do poder, muito mais que de tratamento.

Kinoshita (2016) aborda a complexidade dessa questão, tendo em vista que, antes das políticas de desospitalização, eram considerados crônicos os pacientes internados em instituições para crônicos (DELGADO, 1991 apud KINOSHITA, 2016) e que muito do que se descrevia como resultado da doença mental crônica foi revisto como resultado da hospitalização crônica (AHMED; PLOG, 1976 apud KINOSHITA, 2016). Em suma, Kinoshita (2016, p. 281) aponta que a utilização do termo crônico “indica o fracasso das nossas interações como profissional e não se refere a nenhuma propriedade específica do paciente”.

Para nós, portanto, parece importante considerar que no sofrimento psíquico estão presentes dois processos que cursam para a cronificação: os próprios processos destrutivos e de ruptura da unidade da pessoa, que apresentam obstruções que levam à estagnação; e a ineficácia – por desinteresse, incapacidade ou insuficiência – do meio social de lidar com os processos que levaram ao sofrimento e suas implicações subjetivas, o que leva a um prolongamento da situação de sofrimento em si. Aqui incluímos não apenas a dimensão técnica, do tratamento/ terapêutica, mas as várias dimensões da vida social, que vão desde as relações de produção e reprodução – em que se incluem as relações de trabalho, familiares, interpessoais – as dimensões ideológica, política, jurídica, como potenciais elementos cronificadores do sofrimento psíquico.

Em outros termos, cabe apontar aqui uma discussão que aprofundaremos no próximo capítulo. Dado que o sofrimento psíquico é, em última instância, resultado da vida social sobre e dos indivíduos, além de representar o insucesso das técnicas psiquiátricas, a cronificação do sofrimento é uma confissão tácita da cronificação das relações sociais que o determinam. Recorrendo à provocativa ideia de Paulo Leminski de que “a vida é crônica”,

poderíamos ressaltar que, em função das relações capitalistas, determinados modos sofridos de vida tornam-se crônicos.

Além do já exposto, antes de fechar este tópico, consideramos necessário observar dois riscos no uso do termo sofrimento psíquico que gostaríamos de evitar: 1) de sucumbir a uma aceção dualista, cartesiana, de saúde-doença, que contrapõe o psíquico ao físico. Não há dúvidas que todo processo de adoecimento ou sofrimento envolve o nexo biopsíquico humano (LAURELL, 1989), em sua totalidade, e que o uso do adjetivo “psíquico” vem para buscar delimitar um conjunto de fenômenos que tradicionalmente categoriza-se sob essa designação; 2) de aderir a um significado mais amplo de sofrimento, que abranja um conjunto de processos que fazem parte da “polaridade dinâmica da vida”, colando com a tendência crescente de medicalização social, questão que será mais desenvolvida no próximo capítulo. Esperamos ter deixado claro que tomamos o sofrimento psíquico como este processo que leva à estagnação, à impossibilidade do exercício da normatividade, o que não estaria presente em qualquer processo que – no uso habitual do termo sofrimento – representasse dificuldade ou dor para as pessoas.

CAPÍTULO 2 – A DETERMINAÇÃO SOCIAL DOS TRANSTORNOS DO HUMOR

*“O imposto global
 O amor que passa, a vida que pesa, a morte que pisa.
 Há dores inevitáveis, e é assim mesmo, e não tem jeito.
 Mas as autoridades planetárias acrescentam dor à dor, e ainda por
 cima nos cobram por esse favor.
 Em dinheiro pagamos, a cada dia, o imposto do valor agregado.
 Em infelicidade pagamos, a cada dia, o imposto da dor agregada.
 A dor agregada se disfarça de fatalidade do destino, como se fossem
 a mesma coisa a angústia que nasce da fugacidade da vida e a
 angústia que nasce da fugacidade do emprego.”*

(Eduardo Galeano, Espelhos)

Com base no entendimento, já explicitado no capítulo anterior, do sofrimento psíquico como uma especificidade do processo saúde-doença em geral, este capítulo propõe-se a discutir as principais concepções a respeito da saúde-doença e apresentar a teoria na qual nos amparamos – a da determinação social do processo saúde-doença. Assim como também já alertamos, no campo da Saúde Coletiva o termo doença é utilizado de forma ampla, como um processo mais abrangente que inclui o sofrimento psíquico.

Concordamos com Scliar (2007, p. 30) quando diz que "O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. [...] Dependerá da época, do lugar, da classe social." Ao analisar a tuberculose como uma doença social, relacionando-a com o processo de industrialização, Czeresnia Costa (1988, p. 398) afirma que "As doenças se manifestam de diferentes maneiras em diferentes épocas e sociedades. Tendem a refletir as diversas relações entre os processos sociais e as condições de existência de grupos populacionais e classes sociais".

As concepções de saúde e doença advêm, portanto, do modo como os seres humanos se organizam socialmente para a produção de suas vidas. Com isso, entende-se que a normatividade da vida tem um caráter social (CANGUILHEM, 1943/1995).

De acordo com a formulação de Canguilhem, recuperada por Donnangelo (1979), não se ditam normas científicas à vida, mas é a própria vida que introduz na consciência humana as categorias de saúde e de enfermidade. Isso quer dizer que a ciência é suscitada pelas pessoas que se sentem doentes a dar respostas a isso que é vivido como um obstáculo à vida, e não surge apenas para que as pessoas se inteirem de suas doenças (CANGUILHEM, 1943/1995). Canguilhem trata ainda da saúde e da doença como categorias biologicamente técnicas e subjetivas e não científicas e objetivas. Ao mesmo tempo, como evidencia Donnangelo (1979),

o desenvolvimento da prática médica como terapêutica permite relativa independência em relação aos princípios biológicos e equipamentos técnicos, o que a leva a questionar a indistinção entre ciência e prática médica cientificamente fundada. Nas palavras da autora, “Propõe-se, portanto, para a Medicina, ao mesmo tempo que uma reestruturação de seus instrumentos e de seu objeto – pois eleger-se como campo de seu exercício os limites amplos da vida coletiva – a realização de uma tarefa política” (DONNANGELO, 1979, p. 19). Buscaremos entender, então, como a medicina foi, no percurso histórico, vinculando-se a um projeto político e ao Estado.

De acordo com Breilh (1979/1991, p. 198), “O processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social”. Portanto, é necessário entender a dinâmica da vida social para que seja possível passar de uma compreensão fenomênica do processo saúde-doença em direção a explicações de sua gênese.

2.1 Explicações da saúde-doença: teoria unicausal e teoria multicausal

Ao longo da história da humanidade, em diferentes sociedades predominaram diferentes concepções de saúde-doença, como a mágico-religiosa – presente em tribos indígenas e entre os hebreus – ou a concepção grega, sistematizada por Hipócrates. Nas concepções mágicas, por exemplo, a doença era entendida como resultado da ação de forças estranhas aos organismos, neles introduzidas em consequência do pecado ou maldição. Já na Grécia antiga, conferia-se à doença uma causa natural, como uma desorganização no equilíbrio orgânico (SCLIAR, 2007).

A superação histórica dessas concepções não implica seu total desaparecimento. De fato, elas se encontram ainda sedimentadas no senso comum – como pudemos notar entre os participantes de nossa pesquisa – ou mesmo em teorias científicas vigentes. Porém, elas persistem atualmente com novas roupagens e em relação com outros sistemas conceituais.

Neste tópico, nos propomos a reconstruir brevemente o desenvolvimento histórico de algumas concepções, do período mais recente, que repercutem de modo significativo ainda hoje nas elaborações reconhecidamente científicas: as teorias unicausal e multicausal sobre a saúde-doença.

Com o descenso do feudalismo e a emergência do capitalismo, ocorreram transformações de várias ordens, econômicas, políticas, sociais, ideológicas. Neste processo de transição, também a medicina tem seu papel social transformado, como explica Donnangelo:

A redefinição da medicina como prática social aparece já marcadamente no século XVIII, através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico de forma peculiar. Não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização da população e de suas condições gerais de vida. (DONNANGELO, 1979, p. 47)

A autora evidencia que esse novo significado social da medicina já se esboçou durante o período mercantilista, na transição do modo feudal para o modo capitalista de produção. Esse período, marcado pela acumulação primitiva de capital, caracterizou-se pela centralização do poder, o que foi reforçado pelo aparecimento do Estado absolutista. A medicina aparece, então, vinculada às exigências da acumulação e da centralização, respondendo a essas necessidades com o enquadramento da população a partir de estatísticas vitais, por exemplo, das taxas de mortalidade (DONNANGELO, 1979).

George Rosen (1963/1983), em seus estudos sobre a história social da medicina, indica que neste período a indústria era tida como um dos principais meios pelos quais se poderia obter prosperidade e o trabalho um dos fatores mais importantes da produção. Assim, a doença ou morte passaram a ser tomadas como um problema econômico significativo. De modo a controlar as doenças transmissíveis, diminuir a mortalidade infantil e aumentar a população, para fornecer força de trabalho suficiente para o crescimento econômico, foram adotadas medidas sanitárias e de ação médica centrada no controle do nível de saúde da população (ROSEN, 1963/1983; DONNANGELO, 1979).

Nos estados alemães, em condição histórica peculiar, na segunda metade do século XVIII, desenvolveu-se, de forma ainda mais marcante, a centralização do poder, com a noção de *Polícia Médica*, entendida como uma teoria e prática de administração pública, que deveria assegurar o bem-estar do país e do povo, utilizando-se de meios para proteger a saúde das pessoas (ROSEN, 1963/1983). De acordo com Donnangelo (1979, p. 50), a Polícia Médica era regida pelos seguintes princípios: “o Estado deve zelar pela saúde da população; os médicos são responsáveis não apenas pelo tratamento dos doentes, mas pelo controle e manutenção da saúde da população; esse controle deve atingir todos os aspectos da vida dos indivíduos”. A autora aponta ainda que fora da Alemanha, o conceito de Polícia Médica restringe-se a aspectos delimitados da vida social, como o controle de doenças transmissíveis e saneamento ambiental e é reformulado na própria Alemanha em meados do século XIX (DONNANGELO, 1979).

De todo modo, a relação entre o Estado e a medicina se aprofundou, ao passo que esta foi chamada a assumir a tarefa política de garantir a salubridade dos centros urbanos pela normatização e fiscalização dos espaços públicos e privados (NUNES, 2000), articulando as práticas de saúde aos projetos de reorganização social (DONNANGELO, 1979).

Donnangelo (1979, p. 53-55) acentua que esse processo ganhou expressão com o desenvolvimento do conceito de *Medicina Social*, a partir da Revolução francesa, com a ascensão da burguesia ao poder político e com a doutrina, já adequada ao cenário pós-revolucionário, da assistência laica à pobreza – com destaque para a “questão social” – a ser assegurada pela sociedade. Nesse movimento, há um engajamento da medicina na tarefa política de “correção dos males sociais”.

Em um contexto de conturbação social, em meados do século XIX, nascem as teorias socialistas em alguns países europeus como França, Inglaterra e Alemanha, onde o proletariado industrial se constituía e começava a participar da vida política (DONNANGELO, 1979). Como ressalta Donnangelo (1979), a primeira metade do século XIX afirmou o vínculo entre saúde, medicina e sociedade, culminando com a adoção do termo Medicina social por Jules Guerin em 1848, em meio aos processos revolucionários deste ano. Neste período, os termos saúde pública, higiene social e medicina social eram muitas vezes usados de forma indistinta (ROSEN, 1963/1983).

Na Alemanha, o conflito entre o absolutismo e o liberalismo aparece na epidemiologia em duas tendências: a dos contagionistas, que mantinham a linha oficial autoritária e a dos anticontagionistas, com uma linha mais liberal, tendo em Rudolf Virchow sua principal referência (BREILH, 1979/1991). Para os contagionistas, a doença teria uma causa externa ao ser humano, demandando quarentena e exercício administrativo da burocracia, sob responsabilidade do Estado (BREILH, 1979/1991; SKALINSKI; PRAXEDES, 2003), enquanto para os anticontagionistas, a doença era causada por condições locais, cabendo à sociedade como um todo lidar com a saúde do povo (BREILH, 1979/1991; SKALINSKI; PRAXEDES, 2003). Segundo Breilh (1979/1991), os dois enfoques tinham uma visão coletiva dos problemas de saúde, mas com projeções socialmente diferentes.

De acordo com Nunes (2000, p. 218), Virchow entendia a doença como "um processo orgânico de etiologia multifatorial, tendo as condições materiais de vida como uma das causas mais relevantes e cujo tratamento não dependia de cuidar apenas dos aspectos fisiopatológicos de pacientes individualmente". Sua perspectiva liberal está influenciada pelos movimentos dos trabalhadores, como as revoluções de 1848 e, portanto, tal abordagem trazia importantes avanços.

Com a derrota das revoluções de 1848, a segunda metade do século XIX foi marcada pelo declínio do movimento de reforma médica e social, coincidindo com o desenvolvimento da medicina bacteriológica (ROSEN, 1963/1983; DONNANGELO, 1979). Houve, com isso, um deslocamento na compreensão da doença, de aspectos sociais para individuais (NUNES, 2000). Breilh (1979/1991, p. 94) alerta para o fato de que ao invés de se incorporar as descobertas microbacteriológicas ao enfoque dos anticontagionistas, "se desconfigurou todo o processo, convertendo os germes e transtornos funcionais na causa única das doenças". Com isso, toma-se as causas imediatas no lugar da gênese, da determinação mais profunda da saúde-doença.

Sustentado por um conjunto de condições econômicas, políticas e tecnológicas, houve o avanço científico na medicina em meados do século XIX, quando as ciências físico-químicas e biológicas foram impulsionadas pela formação da grande indústria (BREILH, 1979/1991). Breilh (1979/1991) cita alguns exemplos, como o das investigações a respeito da fermentação e putrefação de Louis Pasteur em 1855, em resposta à demanda dos fabricantes de álcool, vinagre e cerveja, para entender o motivo da perda de parte de seus produtos.

Esse desenvolvimento da bacteriologia levou à hegemonia da **teoria unicausal** do processo saúde-doença. Como bem sintetiza Breilh, "A bactéria, o parasita e, mais tarde, o vírus tomaram lugar, de acordo com a nova concepção hegemônica, do complexo de condições sociais como objeto de investigações", fazendo da teoria **microbiana** a chave mestra da redução do conhecimento epidemiológico às causas e ações unilaterais.

Ainda que tenha representado avanços importantes no conhecimento científico, pela descoberta dos micro-organismos e sua ação sobre o corpo humano, essa concepção acabou cumprindo uma função ideológica, posto que naturalizava as condições sociais de adoecimento e as reduzia a aspectos biológicos, como elucida Breilh:

O capitalismo logrou assim mistificar a saúde-doença, escondeu debaixo do tapete da unicausalidade a mais ampla epidemiologia virchoviana, deu maior impulso e elevou ao primeiro plano a oferta de serviços clínicos como dócil mercadoria de fácil e eficiente circulação e reduziu a epidemiologia ao papel secundário de recopiladora de estatísticas coletivas, sob o enfoque naturalista [...]. (BREILH, 1979/1991, p. 94)

Na virada para o século XX, com a consolidação da fase monopolista, a expansão imperialista propiciou a disseminação de doenças infecciosas na Ásia, África e América Latina, pela imposição de condições deteriorantes de trabalho e de reprodução da vida em geral. Ao mesmo tempo, investiu-se – com respaldo técnico e financeiro dos grandes monopólios (como

o grupo Rockefeller) – em investigações e institutos de microbiologia, eximindo com isso a responsabilidade da organização social capitalista sobre esses processos de adoecimento (BREILH, 1979/1991).

Breilh (1979/1991) explica que a década de 1960 é marcada por uma crise profunda do sistema capitalista, sacudindo as economias poderosas e acentuando os já graves problemas das economias subordinadas. Na América Latina, por exemplo, os governos ditatoriais levam ao extremo os níveis de exploração. Como resposta às consequências da crise, uma maior intervenção estatal e também uma abertura das concepções sobre a saúde-doença para o social.

Diante da impossibilidade do enfoque unicausal abarcar a complexidade dos problemas colocados, surge a **teoria multicausal**, inicialmente com MacMahon – com a ideia de que a causalidade advinha de uma cadeia de eventos associados ao aparecimento de um transtorno e cuja genealogia estaria além da compreensão, e em seguida com Leavell e Clark – com seu modelo da *História Natural da Doença*, desenvolvido formalmente em 1965 (BREILH, 1979/1991). Este modelo ecológico sistêmico apoia-se em três possíveis causas para o desequilíbrio patogênico: o agente, o meio ambiente e o hospedeiro (NUNES, 2000). Diferente do que sua denominação sugere, recai em uma concepção a-histórica da saúde-doença, supondo um curso natural em que o social aparece como um fator. Diz Breilh (1979/1991) que tal concepção é uma expressão apurada da deformação ideológica das técnicas da medicina visto que sustenta a busca do Estado em reduzir ao mínimo os investimentos destinados à saúde.

Isso porque fragmenta a realidade em uma série de fatores e busca identificar associações estatísticas da doença com fatores de diferentes ordens, chamados de **fatores de risco** (LAURELL, 1983; BREILH, 1979/1991). Assim, investiga os fatores mais fáceis de atacar, alterando alguma variável que interrompa a cadeia causal, sem a necessidade de incidir sobre as determinações estruturais de cada processo de adoecimento (BREILH, 1979/1991).

Ao comentar as razões pelas quais o modelo multicausal é insuficiente para responder de forma satisfatória aos problemas colocados neste campo, Laurell (1983) revela a perspectiva agnóstica imanente a esta teoria, que considera impossível conhecer a essência das coisas, bem como esclarece que:

A limitação mais imediata do modelo multicausal, sem dúvida reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a 'fatores de risco', que atuam de maneira igual. (LAURELL, 1983, p. 154)

Esta acepção está representada também no conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). Desde 1948, a OMS define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente um estado de ausência de doenças, ou seja, a saúde como **biopsicossocial**. Esta é uma concepção positiva de saúde, diferente da tradicional, puramente negativa, em que a saúde é entendida como a ausência de doenças (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). Ao mesmo tempo, ao conceber a saúde como um estado perfeito de bem-estar, incorre-se na incapacidade de especificar o objeto que se pretende definir, além de se referir a um estado de plenitude inatingível na existência das pessoas (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Esses problemas abrem espaço para outra definição, apresentada pela OMS em 1986 no bojo das discussões sobre promoção de saúde, em que a saúde seria um recurso para a vida das pessoas (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). Com isso, concebe-se a saúde como um meio ou uma condição para a realização da vida humana, distinguindo-a da totalidade da vida e demais objetivos dos seres humanos (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Sob esse ponto de vista, pode-se identificar a saúde como a capacidade psíquico-fisiológica, isto é, como capacidade psicofisiológica para exercício ativo de si dos indivíduos para a sua realização na vida. Saúde, capacidade psicobiológica é, certamente, uma condição parcial para a realização dos indivíduos na vida, uma condição que, ao mesmo tempo, abrange e é condicionada pelas determinações de sua existência como ser biológico. (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 383)

Entretanto, nesta concepção mais abrangente, que relaciona saúde com capacidade psicofisiológica, não se apresenta o papel das relações sociais de classes e regidas pelas leis capitalistas no desenvolvimento ou no impedimento ao desenvolvimento dessa capacidade psicofisiológica. Com isso, acaba por incorrer nos mesmos limites da conceituação anterior.

Referindo-se às várias abordagens multicausais da saúde-doença, Breilh declara:

Assim, toda produção positivista assume, de uma ou de outra forma, uma cosmovisão que dicotomiza o social e o biológico e fraciona a realidade, congelando-a em fatores isolados com os quais reduz a determinação dos processos de saúde-doença às relações chamadas 'causais', que se estabelecem por associação empírica. (BREILH, 1979/1991, p. 131)

E o autor equatoriano continua, mostrando que é frente a essa persistente redução e parcelamento da realidade, que a escola latino-americana se insurge, mesmo com suas

limitações e dificuldades, como uma alternativa que propõe a refletir a complexa e dinâmica unidade dos processos e articular-se à prática (BREILH, 1979/1991).

2.2A teoria da determinação social do processo saúde-doença

Como vimos, a noção da saúde-doença como determinada socialmente apareceu anteriormente na história, notadamente em meados do século XIX, em meio aos processos de luta da classe trabalhadora europeia.

O entendimento da saúde-doença como um processo social fundamenta-se em reflexões produzidas na história que se apresentam hoje incorporadas, modificadas ou mesmo superadas, desde as concepções presentes no século XVII, com a Polícia Médica, passando pelos séculos XVIII e XIX com a Medicina Social e a Higiene.

Mendes-Gonçalves (1986/1994, p. 76) caracteriza assim a Medicina Social:

Essa espécie de fênix, nascida em 1848 e renascida ciclicamente sob múltiplas formas, corresponde à impossibilidade de fazer prevalecer de forma absoluta uma única concepção sobre a sociedade e sobre as relações com a saúde e a doença, expressando a cada seu novo surto de vida uma ou várias concepções possíveis.

Na avaliação deste autor, a derrota das revoluções de 1848 representou a primeira morte da medicina social e, opostamente, seu desenvolvimento na forma de saberes e práticas sobre a saúde e a doença comprometidos com a reprodução da ordem social. Surgem então a higiene, a clínica e a epidemiologia como disciplinas científicas e sob hegemonia burguesa (MENDES-GONÇALVES, 1986/1994).

A partir da década de 1960, desenvolve-se na América Latina, um campo teórico-prático conhecido como *Medicina Social Latino-Americana*. Breilh (1979/1991) esclarece que o termo Medicina Social vinha sendo criticado por subordinar-se ao campo médico, tendo aparecido a designação de Saúde Pública, como alternativa multidisciplinar não centrada no médico. Contudo, o movimento sanitarista latino-americano, especialmente no Brasil, aponta para a vinculação da Saúde pública ao âmbito estatal e à atividade governamental, tornando necessário diferenciar-se. É quando se origina o campo da Saúde Coletiva, abrangendo o conjunto dos saberes e práticas de saúde, para além da medicina, como processo construído coletivamente (IRIART et al., 2002).

Nas palavras de Breilh (1979/1991),

A saúde coletiva surge como um termo vinculado a um esforço de transformação. [...] Enquanto a saúde pública convencional conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualidade da causalidade etiológica, a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção dos estados de saúde-doença. Enquanto a saúde pública acolhe os métodos empírico-analítico (estrutural-funcionalista), popperiano ou fenomenológico, a saúde coletiva incorpora o método materialista-dialético. Enquanto a saúde pública centra a sua ação a partir da ótica do Estado, com os interesses que este representa nas sociedades capitalistas, a saúde coletiva se coloca como recurso da luta popular e da crítica-renovação estratégicas do que fazer estatal. Enquanto a saúde pública assume a atitude possível da consecução de melhoras localizadas e graduais, a saúde coletiva propõe a necessidade de uma ação para a mudança radical. (BREILH, 1979/1991, p. 128-129)

Isso demarca a produção teórico-prática do campo da Saúde Coletiva em seu surgimento. É preciso ressaltar que ao longo de seu desenvolvimento, a partir dos anos 1980, e especialmente nas duas últimas décadas, o que ficou conhecido como campo da Saúde Coletiva brasileira sofre importantes transformações. A referência inicial de seus fundadores no materialismo histórico-dialético dá lugar a uma diversidade de referenciais teóricos bastante distintos e, não raro, antagônicos, a respeito do processo saúde-doença e de sua relação com a sociedade. Na área das ciências sociais em saúde, por exemplo, passam a predominar as compreensões pós-modernas, enquanto nos estudos epidemiológicos a epidemiologia clássica, centrada na ideia de risco, permanece hegemônica. Além disso, na área mais relacionada à gestão das políticas de saúde coexistem, lado a lado, perspectivas opostas a respeito da garantia do acesso à saúde. Desde defensores do sistema público e estatal até propugnadores da adoção da lógica privada no SUS. Ainda assim, as reflexões inicialmente desenvolvidas deixaram como legado um acúmulo consistente, mantido por alguns autores do campo.

O surgimento do campo da Saúde Coletiva retoma e traz novas e importantes contribuições para o entendimento do processo saúde-doença. Uma dessas contribuições é a concepção da determinação social do processo saúde-doença, de orientação marxista, representada por autores como Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Maria Cecília Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Sergio Arouca, entre outros. Esta teoria desenvolve-se em oposição à concepção multicausal e propõe outro modo de explicação para a relação entre o biológico, o psicológico e o social.

A ideia da determinação social da saúde-doença remete para sua dimensão mais ampla, a da determinação social da vida e dos indivíduos (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). Por sua base marxista em comum, a teoria da determinação social do processo saúde-doença e a

Psicologia Histórico-Cultural remetem à natureza social do “nexo biopsíquico humano” nos termos de Laurell (1989), ou do “processo psicofisiológico integral”, nos termos de Vigotski (1930/1999a). De acordo com Marx (1844/2004), o indivíduo é o ser social, posto que a vida individual e a vida genérica do ser humano não são diversas, ainda que também o modo de existência da vida individual seja um modo mais particular ou mais universal da vida genérica. Logo, se os indivíduos se desenvolvem socialmente, os processos de saúde e doença por eles vividos são também determinados socialmente.

Marx e Engels (1845-1846/2007, p. 87) postulam que o modo como os seres humanos produzem seus meios de existência não deve ser considerado apenas do ponto de vista da reprodução da existência física dos indivíduos, senão como “uma forma determinada de sua atividade, uma forma determinada de exteriorizar sua vida, um determinado *modo de vida* desses indivíduos”. O que os indivíduos são coincide com o que produzem e o modo como produzem, portanto, depende das condições materiais de sua produção (MARX; ENGELS, 1845-1846/2007).

Assim, as **obstruções aos modos de andar a vida** – a que nos referimos no capítulo anterior – expressas como formas de adoecimento, estão intrinsecamente relacionadas ao modo de produção da vida social. A proposta da teoria da determinação social é analisar a saúde-doença como processo social, com base no entendimento do “nexo biopsíquico como a expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico num momento determinado” (LAURELL, 1989, p. 100). Assim, a explicação do aumento ou da diminuição de algumas formas de adoecimento na população e em seus respectivos grupos sociais não está na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais de cada momento histórico (LAURELL, 1983).

Com base nesta teoria, entendemos que a saúde-doença envolve os processos biológicos e psicológicos e neles se expressa, mas há uma subordinação destes processos ao social, que os condiciona a se expressar de determinadas formas.

O processo saúde-doença se desenvolve simultaneamente no âmbito individual (biopsíquico) e no âmbito social. No âmbito social porque a forma como os seres humanos produzem suas vidas e organizam suas relações cria condições-limite para determinadas formas de saúde-doença (DONNANGELO, 1982/ 2014). É por isso que Breilh (1979/1991) traz a categoria da **reprodução social** como explicativa do modo de vida dos indivíduos, grupos e classes sociais.

Assim sendo, a categoria 'reprodução social' é a que permite analisar o processo produtivo em seu movimento, estudar a oposição dialética entre produção (forma de autoconsumo do indivíduo, que inclui o processo de trabalho no sentido restrito, mas não se reduz a ele) e consumo individual (forma de produção do indivíduo produtor e de seus dependentes) e permite ainda compreender a oposição dialética entre reprodução natural-animal e a realização de um sujeito social consciente. (BREILH, 1979/1991, p. 196)

De acordo com Breilh (1979/1991), para analisar as condições de vida, que são resultantes desse processo, deve-se recorrer às categorias de produção, distribuição e consumo. Na produção, os membros da sociedade fazem com que produtos resultem em consonância com as necessidades historicamente definidas; a distribuição determina a proporção em que os indivíduos participam desses produtos; e o consumo individual refere-se aos produtos que se convertem em objeto de desfrute (BREILH, 1979/1991). As relações sociais de produção se alteram ao longo da história, determinadas antes de tudo pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais, que permitem certos modos de vida aos distintos grupos sociais. As distintas formas de inserção nas relações sociais e, em especial, nas relações de trabalho estabelecem normas e formas de dever ser que regulam e condicionam o desenvolvimento biopsíquico dos indivíduos (ALMEIDA; GOMES, 2014). Com efeito, o corpo se desenvolve condicionado por funções sociais, tornando-o socialmente investido e não estritamente natural (DONNANGELO, 1979).

Diferente da epidemiologia clássica, na qual o social aparece de forma naturalizada (DONNANGELO, 1982/ 2014), para a teoria da determinação social, o social é histórico, determinado pelo modo como os seres humanos produzem socialmente sua vida. Assim, "cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução", dentro do qual a doença é gerada (LAURELL, 1983, p. 156-157). Os diferentes grupos sociais de uma sociedade desenvolvem padrões de desgaste e reprodução correspondentes ao seu modo de vida particular. Um indivíduo em geral participa de vários grupos sociais e sua singularidade está mediada pelos respectivos padrões de desgaste e reprodução particulares destes grupos (como a classe social, a profissão, a condição de gênero e etnia etc.).

Breilh (2006, p. 208) explica que a produção gera relações sociais e de poder que determinam a forma de distribuição do sistema de bens do qual depende a reprodução social. Assim, os processos para a vida podem ser protetores ou destrutivos e, a depender das carências ou contravalores da forma de distribuição decorrente desses processos, está a cota de bem-estar ou sofrimento a que os diferentes grupos acessam.

E, muito embora o espaço privilegiado para apreensão da determinação social do adoecimento não seja o do caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos (LAURELL, 1983), são os indivíduos que vivem e morrem biológica e psiquicamente. Ou seja, a doença está incrustada no nível biopsíquico e se expressa no indivíduo, seja na gripe, no câncer ou na depressão. E, do mesmo modo, tal expressão é determinada pelo modo geral da reprodução social predominante em um dado momento histórico e pelas condições particulares de vida das pessoas conforme sua inserção de classe, no processo de trabalho, sua condição de gênero e etnia, etc.

Laurell (1983, p. 156) utiliza a imagem de “uma ‘caixa negra’, na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela”, identificando aí o problema mais candente para explicação da determinação social do adoecimento.

Na construção de um caminho para desvendar o que ocorre nessa “caixa negra”, Breilh (1979/1991, p. 208) argumenta que “A vida e as possibilidades da saúde definem-se nas grandes determinações estruturais, mas especificam-se em todas essas mediações especiais para concretizarem-se e tornarem-se ‘visíveis’ nos indivíduos”.

Um conceito de mediação, proposto por Breilh (1979/1991), que contribui para essa análise é o de **perfil epidemiológico**, resultante da dialética produção-consumo característica das formas de reprodução social de um dado grupo. O perfil epidemiológico representa um perfil típico de saúde-doença que se manifesta em cada classe e grupo social e que sintetiza as contradições que operam tanto na dimensão natural quanto na social (BREILH, 1979/1991; VIAPIANA, 2017). Na sociedade capitalista, aparece ainda a necessidade de avaliar o "perfil epidemiológico de classe" (BREILH, 1979/1991).

O **capitalismo** caracteriza-se como uma sociedade de classes, baseada na propriedade privada dos meios de produção e em relações sociais de exploração, sob a forma do assalariamento. Em *O Capital*, Marx (1867/1985; 1867/1988) analisa minuciosamente a constituição deste modo de produção e demonstra que a produção capitalista está fundamentada na exploração do trabalho, que por sua vez corresponde à apropriação privada por parte da classe capitalista do excedente produzido pela classe trabalhadora na forma de mais-valia. Assim, a produção social da vida fica subordinada à reprodução ampliada do capital, processo regido pela valorização e pela busca do lucro. No movimento da reprodução ampliada do capital, tem-se como efeito a desigualdade social, com a acumulação da riqueza de um lado e o aumento da miséria de outro (MARX, 1867/1985; 1867/1988).

O desenvolvimento das capacidades humanas nos indivíduos encontra-se também limitado pelas relações capitalistas, que são marcadas pelo processo de alienação. A **alienação**

caracteriza-se por relações de estranhamento entre os seres humanos e destes com os produtos reificados de sua atividade, incluindo as relações sociais (GOMES, 2017). Com efeito, sob a alienação, o desenvolvimento das capacidades humanas não produz obrigatoriamente o da personalidade humana (LUKÁCS, 1981 apud GOMES, 2017) em suas múltiplas possibilidades – de modo omnilateral –, senão de forma limitada, unilateral, por estar mediada pela propriedade privada (MARX, 1844/2004; MÉSZÁROS, 2006).

Ao denunciar o quanto o desenvolvimento das forças produtivas sociais não vem se convertendo em desenvolvimento das capacidades individuais, Vigotski afirma

[...] cada novo patamar de desenvolvimento das forças produtivas materiais da sociedade alcançado à frente; não só fracassou em elevar a humanidade como um todo – e cada personalidade humana individual – para um nível mais alto, como a reconduziu a uma degradação mais profunda da personalidade humana e de seu potencial crescimento omnilateral. (VIGOTSKI, 1930/s/d, p. 4)

Como explica Marx (1844/2004), a alienação abrange as relações dos seres humanos com o produto de seu trabalho, com sua própria atividade vital de trabalho e com sua relação com o gênero humano e os outros seres humanos. Assim, os indivíduos não se reconhecem em suas criações, que se voltam contra eles de forma autônoma e hostil; não se sentem afirmados e reconhecidos em sua atividade, que ao invés de levar à satisfação promove sofrimento; e não se reconhecem nos outros seres humanos e no gênero humano, visto que o desenvolvimento genérico não corresponde ao desenvolvimento individual (MARX, 1844/2004; GOMES, 2017). Vemos, portanto, que entre suas repercussões subjetivas, a alienação expropria os seres humanos inclusive de si mesmos, do autoconhecimento, do autocontrole de sua conduta e também de seu próprio processo de sofrimento e de adoecimento.

Marx esclarece que,

Se o produto do trabalho não pertence ao trabalhador, um poder estranho [que] está diante dele, então isto só é possível pelo fato de [o produto do trabalho] pertencer a um outro homem fora o trabalhador. Se sua atividade lhe é um martírio, então ela tem de ser fruição para um outro e alegria de viver para um outro. Não os deuses, não a natureza, apenas o homem mesmo pode ser este poder estranho sobre o homem. (MARX, 1844/2004, p. 86)

Com isso, Marx explicita o caráter da sociedade de classes, em que a fruição de poucos está garantida pelo martírio de muitos. Visto que as relações dos seres humanos com a natureza e com os outros seres humanos passam por mediações de segunda ordem – a divisão do trabalho, a propriedade privada e o intercâmbio capitalista (MÉSZÁROS, 2006) – o dinheiro

e o salário tornam-se condições à satisfação de necessidades, inclusive determinando o acesso aos bens de consumo individual e às condições de vida em geral.

Portanto, as características da alienação que se originam no processo de trabalho, se manifestam também em outras formas de práxis, como a política, a religião, a ciência, a arte e na vida cotidiana em geral (GOMES, 2017).

Para a reprodução social das capacidades vitais, Breilh (2006) apresenta cinco dimensões: a da vida produtiva (trabalho), da vida de consumo e da cotidianidade, da vida política, da vida ideológica e da relação com o ambiente.

No âmbito do trabalho e do consumo, já trouxemos alguns exemplos, de subordinação à acumulação capitalista: com a intensificação e aprimoramento de mecanismos de exploração ou com a restrição do acesso aos bens de consumo pela forma mercadoria e mediado pelo salário. No campo político, manifesta-se a natureza de classe do Estado, comprometido com os interesses da burguesia e a reprodução das relações sociais capitalistas. No campo ideológico, percebemos o predomínio das ideias burguesas, tal qual explicaram Marx e Engels (1845-1846/2007, p. 47), quando dizem que as ideias dominantes de uma época são as ideias da classe dominante, que são “nada mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes apreendidas como ideias; portanto, são a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante, são as ideias de sua dominação”. A ideologia se transforma em instrumento de dominação ao naturalizar, legitimar e justificar as relações sociais capitalistas. Um exemplo disso, pode ser visto no caráter ideológico de várias teorias no campo da saúde, que atribuem a desigualdade produzida social e historicamente a traços biológicos, por exemplo.

Esse conjunto de processos, que colocados em movimento reproduzem a ordem capitalista, comprometem o desenvolvimento das capacidades vitais e produzem obstruções aos modos de andar a vida dos grupos sociais e indivíduos. Isso mostra que a reprodução social da vida está determinada por esta lógica, que de modo geral impulsiona o polo do desgaste em detrimento do polo da restauração.

Com base nas elaborações de Laurell, Gomes (2017) explica que

As diferentes formas concretas de inserção dos indivíduos implicam distintos graus de desgaste de capacidades vitais específicas, determinados pelas cargas de trabalho predominantes em cada situação produtiva. As distintas atividades requerem quantidades e intensidades diversas de trabalho, com níveis variados de exigência física e mental, de alienação, entre outras. (GOMES, 2017, p. 33)

Portanto, como vínhamos refletindo, a depender dessas formas de inserção, constituem-se diferentes perfis epidemiológicos de classe. Ao criticar a abordagem multicausal de “rede de MacMahon”, Breilh (1979/1991, p. 138) evidencia seu caráter ideológico, posto que, ao observar a determinação como vínculos causais lineares, coloca as condições sociais em um ponto de sua rede e com isso reduz a classe social a uma ‘variável indiretamente associada’.

Em um texto mais recente, Breilh (2006) identifica três fontes de inequidade²⁸, que se fundamentam em relações de poder: a classe, a etnicidade e o gênero. Em algumas análises sobre o perfil epidemiológico, é possível que se destaquem as categorias de gênero ou etnia. Entretanto,

[...] não se deve confundir a centralidade na análise com a hierarquia na determinação. Segundo nossa perspectiva, a base ontológica primordial de qualquer poder é a acumulação de riqueza, como já explicamos, mas, quando se estuda a epidemiologia dos gêneros, a categoria especificadora é o 'gênero'; quando se procura conhecer os processos epidemiológicos ligados ao etnoracial e cultural, a categoria especificadora que se destaca na análise é a 'eticidade'; quando se trava conhecimento com os processos particulares da saúde do adolescente, a categoria especificadora proeminente é a 'idade'. (Breilh, 2006, p. 216)

Ademais, ainda que os três processos de inequidade – classe, gênero e etnia – guardem unidade e movimento entre si, não significa que eles ostentem o mesmo status hierárquico no conhecimento da realidade (BREILH, 2006). Ao analisar os perfis epidemiológicos, portanto, devemos considerar essas relações de hierarquia e as especificidades de cada uma dessas formas de inequidade.

A doença aparece, portanto, em razão de um funcionamento biopsíquico diferente, que foi desenvolvido ao longo da vida (nas situações sociais de desenvolvimento²⁹), com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas (LAURELL, 1983). E, como mencionado acima, decorre da forma como se combinam as formas de desgaste e reprodução. Por **desgaste** entende-se a perda de capacidade potencial e/ou efetiva, biológica e

²⁸ Breilh (2006) diferencia diversidade, inequidade, desigualdade e iniquidade. Diversidade refere-se aos atributos humanos, naturais e sociais dos diferentes grupos de uma sociedade, tais como gênero, etnia, cultura. Quando historicamente aparece a apropriação e concentração do poder por uma classe, gênero ou etnias, ou seja, quando a diversidade se torna veículo de exploração e subordinação, fala-se em inequidade. A expressão observável, típica e grupal da inequidade seria a desigualdade ou iniquidade, expressa na repartição, acesso e consumo desiguais, tais como diferenças salariais, acesso diferenciado a serviços de saúde etc.

²⁹ Conceito de Vigotski que será apresentado no próximo capítulo.

psíquica, e que pode se expressar como patologia; e **reprodução** como reposição e desenvolvimento de capacidades nos indivíduos (LAURELL, 1989). O conceito de reprodução usado aqui por Laurell refere-se ao nível individual, diferente da noção de reprodução social, desenvolvida acima. Sobre isso, Breilh (1979/1991) alerta para uma possível confusão entre a reprodução e o consumo:

Confunde-se consumo com reprodução e por isso fala-se de um momento produtivo e de um momento de reprodução na base econômica da vida das classes. O consumo adota várias formas: consumo dos bens produzidos e mediados pela distribuição; consumo dos bens produzidos no trabalho doméstico e atividades 'improdutivas'; consumo dos valores de uso naturais (oxigênio do ar, radiações ultravioleta). O consumo não se exerce por parte de indivíduos desprovidos de uma especificidade biológica, mas especifica-se e configura-se também de acordo com as mediações biológicas do genótipo e a fisiologia do fenótipo. (BREILH, 1979/1991, p. 205)

Assim, a explicação dos problemas de saúde passa por entender os processos de deterioração ocorridos no trabalho e consumo das classes sociais e suas frações, que por sua vez estão vinculados à reprodução geral da estrutura capitalista e às suas respectivas condições políticas e culturais (BREILH, 1979/1991; SKALINSKI; PRAXEDES, 2003).

Ao mesmo tempo, como nos alerta Breilh

as causas de doença não são entidades estáticas que se podem abstrair formalmente, mas têm que ser interpretadas como parte do movimento global da vida social, e para poder transformá-las é preciso compreender as leis desse movimento social global, assim como as leis específicas dos processos biológicos que se desenvolvem no seio desta vida social mais ampla. (BREILH, 1979/1991, p. 201)

Isso nos recoloca a questão da determinação da saúde-doença, uma vez que "o processo biológico estudado no indivíduo não revela, de imediato, o social" (LAURELL, 1983, p.150). Isto é, os padrões de desgaste e reprodução de cada um dos grupos sociais dos quais o indivíduo participa passam a condicionar seu modo de ser, podendo se expressar como adoecimento, como sofrimento psíquico. Mas ao se apresentar como sofrimento, não revela suas determinações mais profundas.

Isso favorece a difusão de teorias que se restringem a descrever essa aparência fenomênica ou a apontar causas imediatas, sem buscar as determinações mais profundas. Assim, verificamos a retomada da noção de 'riscos sociais'. Essa ideia se manifesta, de forma

mais elaborada, no conceito de "determinantes sociais em saúde", adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008).

Apesar de sua aparência progressista, entendemos que esse conceito e suas derivações ideologizam a determinação social e diminuem sua força explicativa. É no relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde, de 2008, que o conceito de determinantes sociais em saúde se encontra de forma mais sistematizada (NOGUEIRA, 2009). Para Nogueira (2009), esse conceito tem como marco teórico o positivismo, por interpretar o que é social na saúde apenas mediante o efeito de fatores causais. Além disso, descarta o debate realizado pela Medicina social latino-americana sobre a questão desde os anos 1970 (NOGUEIRA, 2009), sendo que a partir disso muitos autores passam a tomar como equivalentes os "determinantes sociais em saúde" ao processo de determinação social da saúde (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

O documento "Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde", da Conferência Mundial sobre Determinantes sociais da saúde ocorrida em 2011 no Rio de Janeiro, traz o conceito de determinantes sociais em saúde a partir dos diversos fatores de risco, como vemos na passagem a seguir:

A maior parte da carga de doenças – assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países – acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de condições é chamado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Os determinantes mais importantes são aqueles que estratificam a sociedade – os determinantes estruturais –, tal como a distribuição de renda, a discriminação (por exemplo, baseada em gênero, classe, etnia, deficiência ou orientação sexual) e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poderio econômico. Esses mecanismos estruturais que influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. As discrepâncias atribuíveis a esses mecanismos moldam a saúde dos indivíduos através de determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde. (OMS, 2011, p. 2)

Tambellini e Schütz (2009) indicam que o conceito da OMS tem como base o modelo revisionista de Diedericksen, Evans e Whiterread. Embora o trecho citado acima mencione que os determinantes estruturais seriam mais importantes, o que não é destacado nos documentos anteriores analisados por Tambellini e Schütz, confirma algo que estes autores já adiantaram. Nesse modelo, o conceito de classe social passa a ser expresso como posição social,

segundo a qual a estratificação dos indivíduos se daria nos contextos sociais conforme a capacidade de consumo (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009). Tal entendimento incorre na redução da inserção social de classe a mais um fator de risco, não hierarquizado diante de outros fatores na produção do adoecimento. Considera-se, então, como determinantes estruturais, não as relações de produção e a inserção social de classe, mas suas consequências, como a renda.

De acordo com Nogueira (2009), a tendência defendida na comissão faz um contraponto à concepção da promoção da saúde, que centraria suas ações na adoção pelas pessoas de hábitos ou estilos de vida saudáveis. Para este autor, ao defender uma visão coletivista, esta comissão traz em alguma medida um teor progressista, o que poderia ser verificado, por exemplo, no argumento sobre a diferença na expectativa de vida em países com níveis distintos de desenvolvimento:

As crianças têm esperanças de vida dramaticamente diferentes consoante o local onde nasçam. No Japão ou na Suécia podem esperar viver mais de 80 anos; no Brasil, 72 anos; na Índia, 63; e num país africano menos de 50 anos. Para mais, dentro dos países as diferenças são trágicas e notadas por todo o Mundo. Os mais pobres de entre os pobres registam elevados níveis de doença e mortalidade prematura. Porém, a saúde deficiente não se limita aos mais necessitados. Em países de todos os níveis de rendimento, a saúde e a doença seguem uma gradação social: quanto mais baixa a posição socioeconômica, pior o estado de saúde. (OMS, 2010, não paginado)

Apesar desse teor progressista, que relaciona condições de vida com saúde, Nogueira (2009) não economiza nas críticas ao sublinhar o reducionismo presente na concepção dos determinantes sociais da saúde que, para ele, teriam o significado de causa ou causalidade social. Assim, do mesmo modo que haveria determinantes da saúde com caráter social, haveria outros de natureza biológica, ambiental ou genética (NOGUEIRA, 2009). Para este autor, este conceito opera no nível da empiria, por estar alheio a qualquer teoria social, acabando por se concentrar em aspectos sociais que diferenciam as populações, mas apoiado nos pressupostos da biomedicina e da bioestatística (NOGUEIRA, 2009). Em suas palavras, a "saúde está sendo medida através dos anos de vida, um pressuposto biologicista, que se refere a vida no sentido da mera presença física das pessoas, independentemente da possibilidade dos modos sociais de interagir e se ocupar" (NOGUEIRA, 2009, p. 402), e não em como no decorrer desses anos de vida os indivíduos se humanizam, se fazem humanos.

Na tentativa de lidar com esse limite, a OMS incluiu em suas análises o conceito de "carga de doença", como forma de medir a incapacidade. Uma das principais expressões da "incapacidade" seria o afastamento do trabalho. Não raro o próprio trabalho é o principal fator

que levou ao adoecimento, mas ao mesmo tempo, o afastamento de sua atividade principal traz importantes consequências negativas, desde a frequente diminuição ou ausência de renda com consequente diminuição do consumo até um sentimento de inutilidade e invalidação.

De acordo com Nogueira (2009), esta medida de incapacidade, a partir da carga global de doença, é feita por fórmulas padronizadas para cada patologia, praticamente monopolizadas por epidemiologistas de Harvard. No caso dos índices referentes à depressão e ao transtorno bipolar, a carga global de doença acaba aparecendo como um importante indicador, já que mais raramente esses processos levam diretamente à morte, mas produzem obstruções importantes à vida das pessoas em sofrimento.

No mesmo sentido apontado por Nogueira (2009), autores vinculados à Associação Latino-Americana de Medicina Social argumentam que, mesmo que o relatório destaque os fatores de risco de caráter coletivo, ao converter os determinantes sociais em fatores, eles perdem sua dimensão de processos sócio-históricos, o que contribui para sua simplificação, por serem entendidos e expressos como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida etc. (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008), assumindo, portanto, um papel ideológico.

Além das críticas ao causalismo já mencionadas, Breilh (2006) especifica que a teoria do risco está ligada ao funcionalismo, propondo paliativos que diminuam os índices epidemiológicos a níveis toleráveis, como uma "manipulação cosmética de 'fatores' da realidade" (BREILH, 2006, p. 198). Ademais, o paradigma do risco caracteriza-se por um esvaziamento do conteúdo histórico, com a reificação de fatores; pela ausência de explicação de processos generativos, reduzindo-se à probabilística; pelo nivelamento ontológico, metodológico e praxiológico, no plano empírico, de fatores associados e manipuláveis; e por uma ambiguidade interpretativa, por recortar eventos de fácil identificação empírica colocando-os no centro conceitual e teórico, mesmo que sejam processos terminais (BREILH, 2006).

Ainda conforme Breilh (2006, p. 199), o conceito de risco "não permite distinguir que, na geração das condições de saúde, alguns processos atuam de forma estrutural ou permanente, outros atuam de modo diário, embora não permanente, e outros, ainda, são de caráter eventual". Desse modo, os processos designados como de risco seriam apenas 'provavelmente' destrutivos, sua nocividade seria contingente. Para Breilh (2006), isso leva ao entendimento de que, mesmo em uma sociedade em que a desigualdade se produz estruturalmente, haveria margem para a plena reprodução da saúde. Por exemplo, a sobrecarga de exigências do trabalho ou a remuneração abaixo de seu valor, convertidas em fatores de risco, seriam fatos externos à vida dos trabalhadores, agredindo-os ocasionalmente. Em

contrapartida, para Breilh (2006), esses são inerentes ao modo de vida dessa população trabalhadora e, por conseguinte, uma parte orgânica de seu sistema de reprodução social.

A epidemiologia clínica trabalha com a ideia de determinação causal com um enfoque clínico-biologicista da doença. A nosso ver, manifesta um processo de ideologização do conhecimento, visto que "a sociedade capitalista não pode assumir a causalidade social da doença sem destruir a legitimidade de um modelo que preconiza a organização da sociedade para o bem de todos e que, na prática, dificulta o acesso às condições de saúde" (SKALINSKI; PRAXEDES, 2003, p. 307) e da vida em geral.

Por tudo isso, Breilh (2006) advoga pela substituição da ideia de 'fator' pela ideia de 'processo', já que as formas de devir da saúde se desenvolvem mediante um conjunto de processos, que adquirem projeção distinta de acordo com os condicionantes sociais.

Do perfil epidemiológico são destacados alguns processos considerados mais estratégicos para a ação, por sua importância para a intervenção e por sua capacidade de desencadear consequências significativas no modo de vida; processos esses, denominados por Breilh (2006) de **processos críticos**. Em contraponto ao conceito de 'fator de risco' da epidemiologia clássica, a epidemiologia crítica propõe como categoria de análise os processos críticos.

O autor equatoriano distingue os processos críticos em: **processos protetores** ou benéficos, que seriam aqueles que favorecem as defesas e suportes e levam a uma direção favorável à vida humana, individual ou coletiva; e **processos destrutivos**, que são aqueles que provocam privação ou deterioração da vida humana, individual ou coletiva. Um mesmo processo pode tornar-se protetor ou destrutivo a depender das condições históricas e pode corresponder a diferentes dimensões e campos da reprodução social.

Não se trata de que haja processos protetores e destrutivos separadamente, mas de que, em seu desenvolvimento concreto, os processos de reprodução social adquirem facetas e formas protetoras ou facetas e formas destrutivas, conforme sua operação desencadeie mecanismos deste ou daquele tipo nos genótipos e fenótipos humanos do grupo envolvido. (BREILH, 2006, p. 203)

Do mesmo modo, sempre estão em marcha movimentos de proteção e destruição e o fato de eles se expressarem em uma ou outra direção em cada grupo e em cada momento depende também do caráter e da lógica da reprodução social (BREILH, 2006).

Coerente com os princípios do materialismo histórico-dialético, Breilh (2006) destaca ainda que um processo pode desencadear as duas formas simultaneamente. Para exemplificar, cita o trabalho, que ao mesmo tempo em que pode ser mal remunerado, se realizar

em condições estressantes, com sobrecarga da postura física e exposição crônica a substâncias tóxicas, pode contribuir para a organização do tempo, aprendizagem, a construção de um sentido para a vida e para obtenção de um valor da força de trabalho. As facetas que se expressam com mais força dependem do caráter ao qual se subordina o modo de vida e a reprodução social.

Em síntese, estamos entendendo que o modo pelo qual ocorre a reprodução social determina padrões de desgaste e reprodução particulares, que caracterizam os modos de andar a vida de indivíduos e grupos sociais. Esses modos de andar a vida estão atravessados por processos críticos protetores e destrutivos, aos quais os indivíduos – em seu nexos biopsíquico historicamente determinado – respondem de acordo com certos estereótipos de adaptação, conforme conceituação de Laurell (1989). Assim, os **estereótipos de adaptação** seriam esta tendência de que os indivíduos partícipes de certos grupos sociais respondam a dados processos críticos com base em algum padrão, referente aos modos de vida destes grupos e sua inserção na reprodução social. Laurell (1989, p. 101) esclarece que a concepção de adaptação utilizada “não é a de adaptação como eterno retorno – ou de volta ao ‘normal’”, mas como a capacidade do corpo de responder com plasticidade a condições específicas de desenvolvimento traduzidas em mudanças nos processos corporais como formas biológicas características. Os processos particulares de adaptação, então, conferem características ao nexos biopsíquico relacionadas ao processo de desgaste e ao perfil epidemiológico de um grupo humano.

Além de demarcar a diferença da concepção da determinação social para os determinantes sociais em saúde, consideramos importante diferenciar determinação de determinismo. Breilh (2006) explica que determinismo é a designação dada à corrente filosófica que toma qualquer tipo de evento como provindo de uma causa e, dada esta causa, o evento decorrerá dela invariavelmente. Com isso, estas correntes negam a contingência e a descontinuidade, em geral recorrendo a um único tipo de causa como explicativa de todos os processos, como ocorre no determinismo biológico, no determinismo histórico, no determinismo econômico. Haveria ainda correntes indeterministas que consideram que nos eventos humanos os precedentes não determinam as consequências.

Breilh (2006, p.122) apresenta três acepções correntes na ciência a respeito do conceito de determinação: 1) de que os processos determinados são aqueles que são definidos, isto é, que têm características definidas; 2) de que os processos determinados são os que mantêm uma vinculação constante e unívoca; e 3) de que os processos determinados são os que têm um modo definido de devir. As duas primeiras acepções tenderiam para o determinismo, a segunda por exemplo ligada à ideia de princípio causal, enquanto a terceira "é a que mais contribui para

a explicação científica da gênese dos processos". Isso porque relaciona os processos com seus modos de devir, captando a saúde-doença em seu movimento e evitando reducionismos, para os quais a doença seria reduzida ao biológico individual.

Com base nas contribuições de Bhaskar, Breilh (2006) salienta que a doença é apenas fenomenicamente individual e biológica, ou seja, a doença empírica é apenas uma parte da doença atual, mas para apreendê-la é necessário analisar os mecanismos generativos que fazem parte da doença em uma coletividade e os mecanismos generativos das determinações pretéritas.

O autor recorre a um exemplo de Levins e Lewontin (1985 apud BREILH, 2006, p. 125-126) sobre o processo de alimentação para demonstrar o processo de determinação dialética em suas variadas dimensões. Os referidos autores mostram que quando os produtos do trabalho se convertem em mercadorias, adquirem propriedades além das físico-químicas e do valor de uso. Isto é, o que se incorpora à alimentação é determinado por leis econômicas, como sua localização no sistema econômico, pela forma pela qual o alimento é produzido e distribuído na sociedade, pelo sistema de propriedade e do mercado; por leis biológicas, ou seja, pelo que as pessoas podem introduzir em seu organismo; por leis sociais e históricas, pelo motivo das pessoas comerem, a significação dos tipos de comida nas classes sociais etc.

O marxismo tem sido alvo de críticas por um suposto determinismo econômico, ou seja, pela ideia de que as condições materiais de vida dos indivíduos seriam determinadas pela classe social a que pertencem, que por sua vez estaria definida conforme a estrutura econômica das relações de produção (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009). Entretanto, a determinação dialética não supõe de modo algum que a determinação econômica suprima ou negue outras determinações, senão considera a necessidade de encontrar a exata relação de cada determinação com a realidade (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009). Um dos princípios metodológicos enunciados por Marx (1859/1982) ao explicar o processo de conhecimento é que o concreto é concreto por ser síntese de múltiplas determinações. Trata-se, portanto, de hierarquizar as dimensões da realidade.

Sobre isso, Laurell (1983) explica que

Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúde-doença aponta, por um lado, o fato de que **o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença** e, por outro lado, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e a-históricos e permite explicar o caráter social do próprio processo biológico. (LAURELL, 1983, p. 156, grifos nossos)

Sabemos que da saúde-doença participam processos biológicos, psicológicos e sociais. Contudo, para nós, o social não se reduz a mais um dentre diversos fatores de risco, mas é o elemento determinante dessa totalidade dialética. Ao analisar os fenômenos da depressão e da bipolaridade estamos em busca de suas determinações mais profundas.

2.3A determinação social dos transtornos do humor: combate às teses biológicas e multicausais

Atualmente, notamos que os manuais e livros de psiquiatria privilegiam uma abordagem multicausal, apontando sempre para as bases multifatoriais das diversas formas de manifestação do sofrimento psíquico. Evidentemente, não há mais como negar a importância de aspectos psíquicos e sociais nos processos de sofrimento psíquico. Entretanto, implicitamente é possível perceber ainda a hegemonia da biomedicina no que se refere à busca incessante de uma etiologia biológica e às propostas de intervenções terapêuticas que priorizam as abordagens farmacológicas.

Verificamos esse argumento ilustrado na depressão e na bipolaridade. Nos materiais de referência consultados, notamos que se recorre a causas biológicas diversas para a explicação dessas formas de sofrimento psíquico, bem como algumas diferenças nas premissas usadas ao longo do tempo.

Na obra de Melo (1980), por exemplo, aparece de forma emblemática essa tendência. O autor diferenciava a psicose maníaco-depressiva de outras apresentações de quadros maníacos e melancólicos reacionais ou exógenos, por considerá-la de caráter endógeno. O autor argumentava pela evidência de sua natureza etiopatogênica vinculada a fatores biológicos, como a constituição corporal e a hereditariedade.

Sobre a constituição corporal, Melo (1980) cita os estudos de Kretschmer, Westphal e outros que estabeleceram o predomínio da estrutura corporal do tipo pícnico, ou seja, o tipo humano de estatura baixa e reforçada, de formas arredondadas e de membros relativamente curtos, como indubitavelmente correlacionada estatisticamente com os maníaco-depressivos. São citados diversos estudos (Lange e Slater, 1938; Kallmann, 1952; Stömgren, 1950) para demonstrar que a diferença na incidência da psicose maníaco-depressiva em diferentes regiões seria devida à predominância deste tipo pícnico, como entre os povos meridionais em relação à Escandinávia.

Sobre a hereditariedade, Melo (1980, p. 226) confirma uma taxa de risco muito alta relacionada à descendência direta. Para isso, fundamenta-se em estudos de Slater, Rosanoff, Elsässer, Schulz e outros com gêmeos uni e bivitelinos. Tais estudos apontam para o suposto caráter dominante na transmissão da psicose maníaco-depressiva. No entanto, os autores utilizam-se de um critério diferente da lei da dominância da genética mendeliana, segundo a qual a base seria 50%, e estabelecem uma taxa de 25% para este tipo de transtorno mental. Para justificar tal diferença, alegam que a penetrância do gene seria incompleta, ou seja, apenas parte das pessoas com aquele genótipo apresentariam o fenótipo correspondente.

Com base nesses estudos, Melo (1980, p. 226) afirma que os resultados das investigações da genética psiquiátrica são incontrovertidos ao apontar sua hereditariedade, mas ao mesmo tempo ressalva "não quer dizer que tais resultados coincidam inteiramente e que todas as incógnitas da questão estejam, a esta altura, plena e definitivamente aclaradas".

Melo (1980, p. 227) aponta ainda para correlações socioeconômicas positivas encontradas em uma variedade de estudos entre a psicose maníaco-depressiva e pessoas de "classes mais elevadas e abastadas das populações urbanas". No entanto, para este autor, este achado ainda precisa de interpretações e não contradizem o argumento principal de que esta "afecção" seria determinada por fatores heredo-constitucionais.

Alguns estudos mais atuais, vão atualizar estes argumentos, baseados em análises de pesquisas genéticas, exames de neuroimagem, estudos *post mortem* e alterações periféricas. Fries, Pfaffenseller e Kapczinski (2016, p. 33) afirmam que as bases biológicas do transtorno bipolar são complexas e multifatoriais e, ao sintetizarem os principais mecanismos biológicos descritos, reconhecem que "Em muitos casos, ainda se desconhece se as alterações são associadas à causa do transtorno ou às suas consequências". E, na mesma página, sentenciam: "Limitações à parte, não há dúvidas de que um entendimento detalhado das bases biológicas do transtorno é o principal requisito para seu tratamento e manejo adequados" (FRIES; PFAFFENSELLER; KAPCZINSKI, 2016, p. 33).

Como dissemos, embora se reconheça a complexidade e multifatorialidade do transtorno e se admita que não se sabe se algumas alterações biológicas são causas ou consequências, legitima-se a via biológica como a principal para o sucesso terapêutico.

Em seguida, os mesmos autores apresentam os **principais mecanismos biológicos descritos para o transtorno bipolar**:

1) Achados neuroquímicos em diferentes neurotransmissores: diferentes estudos sugerem alterações da neurotransmissão dopaminérgica, glutamatérgica, noradrenérgica e serotoninérgica. Por exemplo, a dopamina teria papel fundamental no transtorno bipolar, com

aumento nos episódios de mania. Uma evidência utilizada para reforçar esta tese é da capacidade de uma droga estimulante que induz a produção de dopamina, como a d-anfetamina, ser capaz de produzir sintomas como os da mania, inclusive em animais. Do mesmo modo, a diminuição na neurotransmissão dopaminérgica levaria à resolução dos sintomas. Foi descrito também o aumento dos níveis de glutamato e glutamina no córtex pré-frontal de pacientes bipolares. Outrossim, estudos apontam ainda para níveis aumentados de noradrenalina e seu principal metabólito (3-metoxi-4-hidroxifenilglicol) nos pacientes maníacos em comparação aos com depressão; assim como outros estudos mostraram redução na captação de serotonina em pacientes deprimidos. Depois de afirmarem que esses neurotransmissores devem estar envolvidos no transtorno bipolar, os autores destacam que “tais achados não excluem a possibilidade de outros neurotransmissores também estarem envolvidos na fisiopatologia do transtorno” (FRIES; PFAFFENSELLER; KAPCZINSKI, 2016, p. 35).

2) Achados relacionados à resiliência celular e plasticidade, que argumentam sobre

a) Resiliência e morte celular: alterações neuroanatômicas ou pela perda de neurônios ou por uma diminuição em sua neuroplasticidade. Um conjunto de estudos sugere que as células de pessoas com transtorno bipolar sejam menos resilientes. Isso levaria ao encolhimento de estruturas do cérebro pela redução ou no número ou complexidade de conexões neuronais, provavelmente envolvendo vias de sinalização e organelas com papel importante na homeostase celular, como a mitocôndria e o retículo endoplasmático; b) Estresse do retículo endoplasmático: um estresse prolongado do retículo endoplasmático, devido à resposta a proteínas mal enoveladas ser insuficiente para restaurar a homeostase, poderia levar à morte celular e diminuição da resiliência celular, fenômeno observado em pacientes bipolares; c) Disfunção mitocondrial e estresse crônico: vários estudos apontam a importância da disfunção mitocondrial no transtorno bipolar, entre as quais estão o metabolismo energético debilitado, níveis alterados de cálcio intracelular (relacionados às alterações no retículo endoplasmático), alterações nos complexos da cadeia respiratória e regulação diferencial de genes associados com a mitocôndria; assim como é percebida melhora na função mitocondrial com o uso de estabilizadores de humor e antidepressivos. (FRIES; PFAFFENSELLER; KAPCZINSKI, 2016).

3) Alterações sistêmicas: entre as quais temos, a) Neurotrofinas: reforçando a hipótese de prejuízos nos mecanismos de neuroplasticidade envolvidos no transtorno bipolar, estudos sugerem alterações nas neurotrofinas (em especial na BDNF), que são proteínas abundantes no cérebro e fundamentais na sobrevivência, crescimento e plasticidade das células neuronais; b) Estresse oxidativo: o desequilíbrio entre a produção de espécies reativas e defesas

antioxidantes levariam a um dano oxidativo, podendo comprometer a função celular, o que estaria relacionado à progressão do transtorno bipolar; c) Inflamação: muitos estudos têm investigado o papel da inflamação no transtorno bipolar, entre os quais destacam-se como marcadores inflamatórios as citocinas. Achados mostram aumento nos níveis periféricos de citocinas pró-inflamatórias no transtorno bipolar, como a interleucina (IL)-6 e o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) que estariam aumentados durante a mania e a depressão. (FRIES; PFAFFENSELLER; KAPCZINSKI, 2016).

O DSM-5 (APA, 2014) considera que a "história familiar de transtorno bipolar é um dos fatores de risco mais fortes e mais consistentes" (APA, 2014, p. 130), aumentando em cerca de 10 vezes o risco para parentes adultos.

Neves e Corrêa (2016) realizaram uma revisão dos estudos genéticos do transtorno bipolar, posicionando-se favoravelmente à ideia de que o transtorno bipolar é a doença psiquiátrica com maior percentual de participação genética, entre 85 e 90%, apesar de sua grande variação fenotípica. Nessa revisão, admitem que a psiquiatria pouco tem se beneficiado dos avanços da genética molecular, pois “ainda não foi descrito sequer um único biomarcador *específico* de qualquer transtorno mental” (NEVES; CORRÊA, 2016, p. 59).

Apesar disso, concordam que sua etiologia seja essencialmente genética, baseados nas seguintes evidências: haveria um grande número de indivíduos acometidos em uma mesma família; a prevalência é praticamente idêntica em todo o mundo, independente de gênero, escolaridade e etnia; não há evidências de flutuações de incidência ao longo dos anos (NEVES, CORRÊA, 2016). Em outro texto do mesmo livro, admite-se que “Pesquisas de incidência dos transtornos psiquiátricos são raras”, mas nesses poucos ainda se verificam algumas diferenças, como a incidência para primeiro episódio de mania de 1,7 a 6,5 por 100 mil em um ano (MAGALHÃES; COSTA; PINHEIRO, 2016, p. 24). Em um estudo populacional de prevalência de transtorno bipolar realizado em 11 países, pela OMS, considerado confiável por ter utilizado um mesmo instrumento nas diversas regiões, percebeu-se diferenças na prevalência. Considerado globalmente, as taxas de prevalência durante a vida foram de 0,6% para o tipo I e de 0,4% para o tipo II. Entretanto, na Índia a prevalência verificada foi de 0,1%, enquanto nos EUA foi de 4,4% (MAGALHÃES; COSTA; PINHEIRO, 2016).

Em relação aos estudos de genética molecular, Neves e Corrêa (2016) esclarecem que há dois tipos de metodologia: as com genes candidatos (EGCs), baseadas na pesquisa de sequências responsáveis por genes supostamente implicados na gênese de transtornos psiquiátricos, como as responsáveis pela transmissão serotoninérgica, noradrenérgica e dopaminérgica; e as de sequenciamento genômico global (GWAs), que pesquisam o genoma

completo a partir de marcadores conhecidos. Os autores observam que os ECGs perderam importância com o advento dos GWAs. Os resultados dos principais GWAs apontam que

Os single nucleotide polymorphisms (SNPs) mais frequentemente associados ao TB foram o rs1006737 do gene CACNA1C (canal de cálcio, voltagem-dependente, tipo L, subunidade α -1C), a variante mais comum e replicável associada ao transtorno. (NEVES; CORRÊA, 2016, p. 64)

Ao mesmo tempo, por esse SNP estar localizado em uma região cujo alelo está presente em 56% das pessoas de ascendência africana, 31% das populações europeias e em 6% dos asiáticos, conclui-se que “a maioria dos sujeitos que têm tal alelo é saudável!” (NEVES; CORRÊA, 2016, p. 64). Ademais, como o CACNA1C, outras proteínas associadas ao transtorno bipolar, como ODZ4 e NCAN,

estão implicadas em processos intracelulares básicos e já foram encontradas em outros transtornos psiquiátricos tão díspares, do ponto de vista fenomenológico, quanto o autismo, a esquizofrenia e o transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. Ou seja, sugere-se que, em parte, a vulnerabilidade genética aos transtornos psiquiátricos seja inespecífica. (NEVES; CORRÊA, 2016, p. 64)

Dada a inconsistência dos estudos dos fenótipos do transtorno bipolar, pesquisadores têm incluído a busca por associações de fenótipos intermediários – os endofenótipos – com testes neuropsicológicos, exames de imagem, alterações do ritmo circadiano, testes de reconhecimento facial e outros (NEVES; CORRÊA, 2016).

No entanto, o que mais chama a atenção no texto de Neves e Corrêa (2016) é a hierarquia dada ao buscar a etiologia do transtorno bipolar. Como não poderia deixar de ser, os autores admitem a participação de fatores não-genéticos associados ao transtorno bipolar, muito embora mais relacionados ao seu prognóstico. Entre estes fatores, citam traumas, abusos e negligência na infância, entre outros. No entanto, mesmo aqui, realizam uma inversão, ao considerarem que “os chamados fatores não-genéticos são mediados por mecanismos que envolvem a genética em última instância (sic) – a epigenética” (NEVES; CORRÊA, 2016, p. 62). Uma das questões levantadas pela genética epidemiológica avançada é se “fatores genéticos podem modelar o efeito de riscos ambientais – por exemplo – algum fator genético predispõe o indivíduo a se expor a ambientes específicos?” (NEVES; CORRÊA, 2016, p. 61-62). A nosso ver, essa hipótese reflete a tese da determinação biológica do sofrimento psíquico, em última instância, ao colocar no topo da hierarquia o fator genético e sugerir que a conduta humana – expor-se a certas condições ambientais – seria uma decorrência da genética,

desprezando a análise dos processos por meio dos quais o contexto social incide sobre o nexo biopsíquico.

Ainda no debate sobre os fatores envolvidos nesses transtornos, aparece como um resultado das diversas investigações populacionais de prevalência, a ideia de identificar “subgrupos de risco” associados à patologia e que tenham “potencial de impacto na cadeia causal”. Os próprios termos utilizados remetem ao modelo da história natural da doença, baseado na noção de fator de risco. Por exemplo, verifica-se que para o transtorno há prevalência similar entre homens e mulheres; que há maior prevalência em faixa etária menor; entre pessoas separadas, divorciadas ou viúvas em relação às casadas ou nunca casadas; relação com desemprego; associação com alta criatividade; maior prevalência em países de alta renda. A cada um desses achados levanta-se hipóteses e possíveis vieses, por exemplo, em relação à idade, o fato de um maior risco de morte precoce e de que nas sucessivas gerações a gravidade aumente e a idade de início diminua (MAGALHÃES; COSTA; PINHEIRO, 2016).

Com isso, poderíamos concluir que por pertencer a estes grupos o risco de apresentação de transtorno bipolar está aumentado. Contudo, os dados omitem as explicações para este fenômeno, que para nós devem ser buscadas nos processos críticos aos quais estão subordinados esses diferentes subgrupos populacionais, e que influenciam suas condições de desgaste e reprodução vitais, como buscaremos fazer nos próximos tópicos.

Por ora, parece-nos que, a despeito da quantidade de dados produzidos nestas investigações, pouco ainda se consegue explicar com base nesses achados. Como vemos nos próprios materiais, é muito usada a expressão “sugere-se”, não apontando para explicações conclusivas.

O caso da depressão é ainda mais curioso. Dado o indiscutível aumento de prevalência, aparecem com mais evidência os fatores não biológicos. Em seu sítio oficial, a OMS reconhece que a depressão resulta de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Coloca-se um peso nos fatores exógenos, ao afirmar que as pessoas que passaram por eventos adversos de vida, tais como desemprego, falecimento de pessoa próxima ou trauma psicológico, são mais propensas a desenvolver depressão. Por sua vez, a depressão pode gerar mais estresse e disfunção, piorando a situação de vida da pessoa (WHO, 2017a).

Entre os fatores de risco para depressão apresentados no DSM-5 (APA, 2014) estão:

- a) os temperamentais: pela predominância de uma afetividade negativa (neuroticismo) aumentaria a probabilidade dos indivíduos apresentarem episódios depressivos em resposta a eventos da vida;
- b) ambientais: especialmente pelas experiências adversas na infância e eventos

estressantes na vida; c) genéticos e fisiológicos: pois familiares de primeiro grau teriam risco de duas a quatro vezes maior de desenvolver depressão em relação à população em geral, considerando-se a herdabilidade em cerca de 40%, em especial a herança do neuroticismo como traço de personalidade [temperamento].

O DSM-5 refere ainda que pesquisas em diferentes culturas apontam que a prevalência da depressão pode variar em até sete vezes. Uma variação tão significativa seria para nós um indicativo – além da diversidade de critérios utilizados para o diagnóstico – de como os modos de vida contribuem para a constituição de perfis epidemiológicos em que a depressão apareça como uma das formas mais frequentes de adoecimento em uma sociedade. Chama-nos a atenção que os sintomas de depressão mais uniformemente relatados nos estudos citados pelo DSM-5 sejam a insônia e a perda de energia (APA, 2014). Ao mesmo tempo, estes não aparecem como os sintomas considerados mais importantes no diagnóstico, em especial a insônia, considerada bastante inespecífica. Supomos que estes sintomas sejam os que tem maior impacto negativo sobre a vida e por isso aparecem de forma mais significativa nos relatos.

Soeiro-de-Souza e Vieira (2013) sistematizam os principais achados envolvidos na **neurobiologia do transtorno depressivo maior**:

1) Achados neuroanatômicos: considera-se o envolvimento do sistema límbico, que envolve estruturas como o cíngulo anterior, hipocampo, hipotálamo e núcleo talâmico anterior e que interage com o córtex pré-frontal. Estudos de ressonância magnética indicam diminuição global do volume cerebral em pessoas com depressão, principalmente no cíngulo anterior, córtex orbifrontal, hipocampo, putame e caudado; estudos de tomografia por emissão de prótons revelam anomalias no fluxo sanguíneo cerebral e metabolismo de glicose em áreas do córtex pré-frontal e estruturas límbicas; em pessoas com transtorno depressivo maior verificou-se também redução no volume do hipocampo (associado a múltiplos episódios) e menor volume da amígdala (em pacientes não medicados).

2) Alterações na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e estresse biológico: inúmeros estudos descrevem hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (em cerca de metade dos pacientes deprimidos), relacionada a estresse crônico e associada a anormalidades funcionais ou morte de neurônios do hipocampo. Além disso, no transtorno depressivo maior verificam-se alterações no metabolismo tireoidiano e no metabolismo do hormônio do crescimento. Considera-se que estão implicados na depressão maior mecanismos como a hiperativação dos receptores CRF₁, possível diminuição dos receptores CRF₂ e alteração no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

3) Mecanismos imunológicos: estudos apontam para o envolvimento de processos inflamatórios e interações imunoneuronais na patogênese da depressão e estão relacionados com a hipótese das citocinas. As citocinas são moléculas mensageiras produzidas por células do sistema imune que podem ser anti-inflamatórias e pró-inflamatórias. Observa-se o aumento de níveis de citocinas pró-inflamatórias na depressão, o que estaria corroborado pela alta comorbidade de doenças inflamatórias (como esclerose múltipla, HIV, doença inflamatória intestinal e artrite reumatoide) e pela alta prevalência de depressão em indivíduos imunossuprimidos. Considera-se que o verdadeiro papel das citocinas deve ser melhor elucidado, mas indica-se influência das citocinas pró-inflamatórias interleucinas 1 e 6 (IL-1, IL-6) e fator de necrose tumoral alfa (TNF- α).

4) Neuroquímica: muitos estudos têm indicado um papel chave para as monoaminas na fisiopatogenia da depressão, com destaque para a serotonina (5-HT), dopamina (DA) e noradrenalina (NA), além da acetilcolina (ACh). As monoaminas têm efeitos modulatórios em atividades corticais e subcorticais envolvidas na regulação do humor, na atividade psicomotora, no apetite, no sono e na cognição. A hipótese serotoninérgica motivou muitos estudos por décadas inclusive relacionados aos medicamentos. Atualmente entende-se que as alterações no sistema serotoninérgico seriam mais em consequência ao processo de estresse celular do que etiologia, já que menos de 60% dos pacientes medicados com inibidores de recaptção de serotonina teriam remissão dos sintomas. O desafio dos estudos tem sido determinar o que produz resposta terapêutica, tendo em vista as regulações em nível molecular e celular que contribuem para mudanças na eficácia sináptica e na resiliência celular. Por isso, têm sido estudados também as cascatas de sinalização intracelular, a modulação da expressão dos genes e os níveis de fatores neurotróficos.

5) Genética: estudos estimam que a herdabilidade da depressão é de 40 a 50%, havendo espaço para a interferência de fatores socioambientais. Os genes que mais se destacam em estudos de associação são o Adenil ciclase 3 (ADCY3), galanina (GAL) e o gene que codifica subtipo de canal de cálcio (CACNA1C); ainda que os grandes estudos não tenham demonstrado a presença de genes de alta significância no transtorno depressivo maior. (SOEIRO-DE-SOUZA; VIEIRA, 2013).

No modelo integrado da cadeia de processos biológicos implicados no quadro depressivo, sistematizado por Soeiro-de-Souza e Vieira (2013, p. 50), é apresentada uma figura que coloca o estresse + a vulnerabilidade genética produzindo: a) desregulação da neurotransmissão cerebral, b) alterações endócrinas, neuroanatômicas e autoimunes, c) alterações de cascatas intracelulares, e expressão gênica e fatores neurotróficos; que vão se

expressar no quadro clínico de transtorno depressivo maior, com alteração do humor, sintomas cognitivos, neurovegetativos, álgicos e inflamatórios e disfunção na gênese e estresse oxidativo. Ou seja, embora se considere que os fatores socioambientais podem participar, se aposta nos estudos neurobiológicos como tendo potencial de contribuir na terapêutica, pouco se investindo em entender os outros fatores que participariam de sua etiologia.

Esses autores concluem que o transtorno depressivo maior é “uma doença sistêmica fortemente associada a um estado pró-inflamatório deletério ao equilíbrio fino da atividade neuronal normal que, se não tratado adequadamente, pode evoluir para neurodegeneração” (SOEIRO-DE-SOUZA; VIEIRA, 2013, p. 54). Notamos aqui que, embora a multicausalidade tenha ganhado espaço na abordagem discursiva, na prática médica e da área de saúde em geral ainda há uma priorização da perspectiva biologicista, posto que nessa dimensão é possível intervir sem explicitar suas determinações mais profundas.

Em 2016, foi publicado um estudo na revista *Nature Genetics*, com base em dados de uma empresa de testes genéticos, que identificou 15 regiões do genoma associadas à depressão, incluindo 17 locais específicos. Um dos autores do estudo defendeu a importância de compreender a biologia da doença, que se trata de uma doença cerebral, para desenvolver novos tratamentos (CASTRO, 2016).

Sem dúvida esses diversos estudos podem contribuir para entender melhor os mecanismos fisiopatológicos, o que não é desprezível. Entretanto, consideramos que todas estas alterações estão subordinadas hierarquicamente a processos sociais. Ou seja, identificar que um “fator” está associado a um quadro clínico, não significa que há uma correspondente relação de causalidade, tampouco localiza seu papel na determinação em geral.

Posto o discurso da corrente biomédica, entendemos que é fundamental problematizar suas premissas e raciocínios a partir de nossa perspectiva, a constituição social do nexo biopsíquico humano e a teoria da determinação social do processo saúde-doença.

Como explica Breilh (2006), os fenômenos biológicos da natureza são condicionados historicamente, ainda que não estejam dirigidos apenas por leis sociais. Portanto, não nos agarramos na epigenética, como algumas hipóteses aqui enunciadas, para explicar a herança de determinados processos biológicos humanos, mas fundamentalmente explicamos essas supostas heranças genéticas por meio dos processos de apropriação e objetivação das relações histórico-sociais entre os seres humanos.

Sobre essa relação entre o biológico e o social, que pode ser estendida também para o psicológico, Breilh comenta que no desenvolvimento dialético da matéria, os domínios mais simples (desde o inorgânico, por exemplo) vão se constituindo em um todo, regido

hierarquicamente pelas leis sociais. "Por isso, o social é parte do biológico e nele se expressa" (BREILH, 1979/1991, p. 197), posto que o social requalifica e modifica o biológico – e também o psíquico.

Ao questionar a relação simplista feita por investigadores que associam a conduta difícil de uma criança ao fato de seu pai e avô padecerem de alcoolismo, Vigotski argumenta que, mesmo que eles tivessem razão,

[...] com que inumeráveis associações, elos intermediários e transições está vinculada a causa ao efeito e até que ponto fica sem resolver-se a tarefa do investigador! Que vácuo exhibe sua história do desenvolvimento, se direta e linearmente reúne o primeiro e o último elo de uma larga cadeia, omitindo todos os intermediários! Que terrível simplificação da realidade e que vulgarização do método científico! (VYGOTSKI, 1931/ 1997b, p. 321-322)

Com isso, coloca-se em evidência a seguinte questão: ainda que se admitisse que os fatores hereditários participam de modo determinante no processo saúde-doença, o mais importante ainda seria entender por quais processos intermediários tal herança se converteria em formas de conduta.

Nos modelos biológicos apresentados, verifica-se que a genética aparece inclusive para justificar uma propensão ou vulnerabilidade maior a determinadas formas de sofrimento psíquico. Lewontin (1991-1992/2001), geneticista estadunidense, é bastante crítico sobre a aposta de buscar a solução para a compreensão do ser humano na decodificação do DNA, como proposto pelo Projeto Genoma. O Projeto Genoma foi um empreendimento cujo objetivo era codificar completa e ordenadamente as sequências de DNA que constituem todos os genes humanos, com o envolvimento de grandes laboratórios. De acordo com o autor, é preciso mais do que um DNA para se produzir um organismo vivo, que resulta da interação do meio interno e externo, que atuam de maneira recíproca, em resposta às condições externas. Embora Lewontin (1991-1992/2001) admita que possam existir patologias que independem das condições ambientais/ sociais, como a fibrose cística; a maioria dos sofrimentos e mortes não se deve a doenças genéticas e sim a questões sociais, como a má nutrição, trabalho pesado, estresse, entre outras.

Os estudos genéticos sobre a depressão e a bipolaridade reforçam a ideia de que seriam determinadas por uma propensão ou uma vulnerabilidade individual desencadeadas por um evento. Parece-nos inegável que determinados processos biológicos possam contribuir para alterações de humor, como se evidencia por exemplo com o uso de substâncias estimulantes ou depressoras do sistema nervoso central (ainda que momentaneamente) ou ainda quando os

transtornos aparecem como secundários a outros quadros clínicos, como o hipotireoidismo. Entretanto, o que percebemos é uma redução da análise aos aspectos biológicos, tendo em vista que são mais manipuláveis pela medicina e pela área da saúde e ao mesmo tempo não explicitam as contradições sociais envolvidas na produção dos processos críticos que favorecem essas formas de adoecimento.

A história familiar aparece entre os fatores genéticos e fisiológicos nos diferentes livros e manuais de psiquiatria. Um argumento bastante usado para fundamentar essas concepções são os estudos com gêmeos monozigóticos, geneticamente idênticos. Os estudos buscam demonstrar uma concordância comportamental maior entre eles do que em relação a outros gêmeos ou familiares e ainda maior em relação à população em geral. No entanto, de acordo com Lewontin (1991-1992/ 2001) tais estudos apresentam alguns problemas. Um deles seria o fato de haver diagnósticos contaminados, como relatado pelo autor em estudos sobre a esquizofrenia, em que haveria uma importante imprecisão devida tanto ao juízo dos investigadores, que ao examinar o gêmeo já buscavam certos sintomas, quanto às inferências realizadas. Uma outra questão é que há muitos indícios de que os ambientes de gêmeos monozigóticos são muito mais similares que os dos dizigóticos, por exemplo (LEWONTIN, 1991-1992/ 2001).

Luria (1992) dedicou-se a estudos com gêmeos em busca de entender as contribuições da hereditariedade e do ambiente nas características humanas. Com base em experimentos com crianças gêmeas monozigóticas e dizigóticas, Luria (1992) notou que as contribuições genéticas ao comportamento se refletiam mais nas tarefas que demandavam processos naturais do que as que requisitavam processos culturalmente mediados. Isso ficou mais evidenciado com a proposta de um programa de treinamento diferente para os irmãos gêmeos para o desenvolvimento de capacidades envolvidas em algumas tarefas, que corroborou a ideia de que a aquisição de ferramentais culturais para lidar com as tarefas contribui para o desenvolvimento de capacidades não naturais. Com isso, conclui-se que embora as capacidades naturais sejam importantes em um período do desenvolvimento e a base sobre a qual se produzem e reorganizam as funções culturais, são estas mais determinantes nos processos humanos, que são históricos e sociais.

A existência de mais de um membro da família com sintomas relacionados à depressão ou bipolaridade não indica, portanto, que decorra necessariamente de aspectos genéticos. Lewontin (1991-1992/ 2001, p. 104) alerta, inclusive, que por vezes "a analogia está nos olhos do observador".

O geneticista assevera ainda que os genes não produzem comportamentos (LEWONTIN, 1991-1992/ 2001). Ou seja, ainda que se pudesse encontrar uma relação de causalidade entre um dado processo de sofrimento psíquico, como a depressão ou a bipolaridade, e um sequenciamento genético, seria uma "extraordinária ingenuidade e ignorância biológica dos princípios da biologia desenvolvimental quando se afirma que os genes nos fazem agir de determinadas maneiras em determinadas circunstâncias" (LEWONTIN, 1991-1992/ 2001, p. 106), uma vez que a influência do DNA sobre o organismo se dá de diversas formas. Argumentar que há um padrão fixo de neurônios no sistema nervoso central e que uma dada sequência de aminoácidos para uma proteína seria capaz de nos fazer liberais ou conservadores, por exemplo, seria admitir uma teoria que não permitisse a criação de estruturas mentais pela experiência (LEWONTIN, 1991-1992/ 2001).

Portanto, mesmo que a questão genética possa aparecer com importância em uma fase inicial do desenvolvimento individual, com a aquisição da cultura os processos sociais ganham centralidade, sendo necessário encontrar os elos intermediários que relacionam certas características herdadas com as variadas apresentações de sofrimento psíquico, por exemplo.

Vigotski, ao comentar sobre estudos que atribuam à criminalidade e seu consequente encarceramento um caráter hereditário, contesta

É fácil ver que todas estas investigações confundem a herança no sentido estrito do termo com a herança social, com a herança das condições de vida; com efeito, a semelhança entre pais e filhos, a semelhança de seus destinos, vem naturalmente explicada, não somente pela transmissão direta das propriedades hereditárias, senão também pela transmissão das condições de vida. (VYGOTSKI, 1930/1997a, p. 175)

Vigotski (1930/1997a) salienta, portanto, que as possibilidades de os filhos repetirem o destino dos pais se deve sobretudo ao fato de as mesmas condições sociais que agiam sobre os pais continuarem atuando sobre os filhos. Lewontin (1991-1992/ 2001, p. 105), na mesma direção, afirma que as semelhanças entre pais e filhos não evidenciam similaridade biológica, já que "a similaridade entre os parentes não surge apenas por razões biológicas, mas também por razões culturais, uma vez que os membros da mesma família compartilham do mesmo ambiente."

Vigotski atesta que o desenvolvimento não é uma função determinada por X de herança + Y de ambiente. Ou seja, "o dualismo artificial entre ambiente e herança nos leva a um caminho equivocado, nos esconde o fato de que o desenvolvimento é um processo

ininterrupto que se autocondiciona, e não uma marionete manobrada com dois fios” (VYGOTSKI, 1931/1997c, p. 325).

Além disso, devemos reconhecer que nossa dimensão biológica sofre diversas modificações, inclusive a depender das condições sociais impostas. Por exemplo, como resposta às exigências do processo de trabalho capitalista, conseguimos subordinar necessidades consideradas básicas, como a de micção ou de alimentação, a um intervalo de tempo pré-determinado pelo empregador. Igualmente, nosso cérebro, que tem por característica uma grande plasticidade, pode ter seu funcionamento alterado a depender das relações e mediações entre a pessoa que comanda o cérebro e a realidade. Ao refletir sobre a terapêutica da esquizofrenia, Lewontin, Rose e Kamin (1984/2013, p. 313) consideram que "Do mesmo modo que os fármacos modificam o comportamento, as condutas modificadas impostas pelas terapias conversacionais também modificam os cérebros".

Vigotski (1929/2000a, p. 27) foi enfático ao dizer que

se atrás das funções psicológicas estão geneticamente³⁰ as relações das pessoas, então: 1) é ridículo procurar centros especiais para as funções psicológicas superiores ou funções supremas no córtex (partes frontais – Pavlov); 2) deve explicá-las não com ligações internas orgânicas (regulação), mas de fora – daquilo a que a pessoa dirige a atividade do cérebro de fora, através de estímulos; 3) elas não são estruturas naturais, mas construções; 4) o princípio básico do trabalho das funções psíquicas superiores (da personalidade) é social do tipo interação das funções, que tomou o lugar da interação das pessoas.

Muito esforço tem sido dedicado na busca por explicações das diferentes formas de sofrimento psíquico, buscando sediar a raiz de suas alterações no cérebro. Conforme mostram os minuciosos estudos de Robert Whitaker (2017), essa procura tem sido, apesar de fracassada em seu objetivo, bastante danosa quanto às suas consequências ideológicas. A tese amplamente aceita e difundida sobre o desequilíbrio neuroquímico cerebral como causa dos transtornos mentais é bastante ilustrativa sobre como uma hipótese ganhou força de tese. Segundo Freitas e Amarante (2015, p. 81), a psiquiatria biológica parte do seguinte raciocínio: “Se as drogas psicotrópicas curam a esquizofrenia” e de uma premissa menor “E se elas também bloqueiam o sistema dopaminérgico”, para concluir que “A causa da esquizofrenia é a hiperatividade do sistema dopaminérgico”. O mesmo raciocínio seria válido para outras apresentações de

³⁰ Vigotski utiliza o termo “geneticamente” referindo-se à gênese, como origem e desenvolvimento do fenômeno, diferentemente, portanto, do sentido contemporâneo adquirido pelo termo – de herança natural-biológica.

transtornos mentais, como a depressão e a bipolaridade. Desse modo, segundo os autores, estas teorias se fundamentam em um salto lógico, segundo o qual "seria tão lógico quanto se dizer que as dores de cabeça são causadas pela falta de aspirina no corpo" (FREITAS; AMARANTE, 2015).

A centralidade da medicação no processo terapêutico parece-nos uma das expressões mais relevantes da concepção biologicista. Em nossa pesquisa de campo, verificamos esse papel atribuído tanto pelos participantes da pesquisa, que são pessoas diagnosticadas com depressão ou bipolaridade, como pelos familiares, com a expectativa de que o uso correto dos fármacos mantenha os sintomas sob controle, e por grande parte dos profissionais de saúde, formados também sob a hegemonia da concepção biomédica. A seguir, há dois trechos de relatos de participantes que ilustram essa questão:

Porque eu tinha que pegar ônibus e o ônibus vem muito lotado aquele horário. Eu não gosto de ficar no meio de muita gente, muito apertado. E eu falei: tem que tomar meus remédios, senão eu não vou conseguir ir. Daí eu consegui. (Rodrigo)

Pra você, assim, perceber que uma pessoa que tem transtorno tá agitada, você pode ter certeza, se você medir o sangue dele, não tem uma gota de remédio. Pode ter certeza que ele não tá tomando a medicação. Se tiver fazendo coisa que não é o normal, é porque tá sem o remédio. Eu já cheguei a sentir isso. Oh, eu vivia chorando. Ultimamente eu nem choro. Você começou a chorar muito muito muito por coisa que nem é motivo pra você tá chorando, e você chora por aquilo que não é motivo, não morreu ninguém, né, não tá vindo nem uma coisa, assim, feia, horrível, pra tar chorando, então pode ter certeza que tá sem remédio. (Ivone)

Como uma espécie de “fetichismo da pílula”, confere-se à medicação um papel preponderante no controle das crises ou remissão dos sintomas. Foi comum o relato de um uso exagerado da medicação quando a dose indicada não era capaz de diminuir os sintomas incômodos. Ao mesmo tempo, vários participantes da pesquisa referem uso da medicação também em suas tentativas de suicídio.

Isso demonstra que tais concepções científicas são amplamente disseminadas e estão arraigadas também no senso comum. Desse modo, expressam-se nas falas dos participantes de nossa pesquisa, ainda que nem sempre de forma unitária e coerente, já que muitas vezes eles trazem a importância de outros aspectos da vida como fundamentais para seu processo de sofrimento ou melhora, como as relações de trabalho, familiares, situações de violência etc.

No livro *A anatomia de uma epidemia*, Whitaker (2017), a partir de uma abrangente análise de importantes estudos e dados relativos aos psicofármacos, apresenta com detalhes o percurso da psiquiatria em relação a essas teorias. Intrigado com duas constatações – 1) investigadores da Faculdade de Medicina de Harvard anunciaram em 1994 que, mesmo com tratamentos farmacológicos, pacientes com esquizofrenia haviam piorado nas décadas anteriores ao estudo; e 2) a OMS constatou que os resultados referentes à esquizofrenia eram melhores em países pobres do que em países ricos – Whitaker (2017) questiona o papel das drogas no tratamento dos transtornos mentais, ao descobrir que nos países pobres apenas 16% dos pacientes eram mantidos com antipsicóticos. Ou seja, apesar dos incontestes avanços da farmacologia, principal aposta e recurso mais amplamente utilizado no tratamento, o número de pessoas consideradas incapazes ou inválidas por transtorno mental não regride, mas aumenta vertiginosamente. Nos Estados Unidos, em 1955 havia 50.937 pessoas em hospitais psiquiátricos com diagnóstico de depressão ou bipolaridade, portanto, consideradas inválidas. Hoje estima-se que haja 1,4 milhão de pessoas de 18 a 64 anos que recebem pensão federal por invalidez por transtornos afetivos.

Para explicar esses resultados, Whitaker (2017) retoma o caminho feito pela psiquiatria em sua “era psicofarmacológica”, o que já apresentamos brevemente no capítulo um. Em suma, o autor mostra que, diferente da teoria que atribui à depressão e à bipolaridade um desequilíbrio neuroquímico, tal funcionamento anormal do cérebro aparece justamente pela ação dos psicofármacos. Esses estudos contribuem para uma nova abordagem sobre a questão, mas em princípio não é a primeira vez que se constata que os fármacos produzem alterações orgânicas. Em geral, essa influência – a modulação artificial de determinados sistemas corporais – é o modo de atuação característico dos fármacos, seja no tratamento da hipertensão arterial, da gastrite ou do sofrimento psíquico, por exemplo. Essa constatação, portanto, no caso do sofrimento psíquico, não seria em si contraditória com a perspectiva biomédica, – se esse funcionamento anormal levasse a uma melhora na qualidade de vida. Todavia, não é o que se observa. Ao contrário, embora em alguns casos as drogas psicotrópicas possam reduzir os sintomas a curto prazo, o que servia como prova de eficácia, não se sabia inicialmente dos efeitos a longo prazo.

Whitaker mostra que os estudos que alimentaram a crença da sociedade nos antidepressivos foram bastante criticados. Já nos anos 1960 e 1970, diversas publicações – como a do médico alemão H. P. Hoseihel em 1966, a do psiquiatra búlgaro N. Schipkowensky em 1970, do médico holandês J. D. Scheyen em 1973 e de pesquisadores da Grã-Bretanha em 1973 – apontavam que o uso dos antidepressivos induziam a um curso mais crônico, com o

aumento da taxa de recorrência e um decréscimo da duração dos ciclos (WHITAKER, 2017, p. 168).

É interessante notar que Kraepelin considerava que os pacientes apenas deprimidos, entre os maníaco-depressivos por ele estudados, teriam um bom prognóstico, dado que 60% experimentaram um único episódio de depressão e somente 13% tiveram três ou mais episódios. Na primeira metade do século XX, outros estudos confirmam esses achados. Isso tudo levou “as autoridades do NIMH, durante as décadas de 1960 e 1970, a falarem com otimismo sobre o curso da doença a longo prazo”, como um dos problemas psiquiátricos de melhor prognóstico, com ou sem tratamento e considerando quase todas as depressões como autolimitadas (WHITAKER, 2017, p. 163).

A medicação parecia vir para auxiliar nesse processo. Entretanto, de acordo com Whitaker (2017), as constatações de eficácia dos antidepressivos de duas classes – inibidores de monoamina oxidase (IMAOs) e tricíclicos – foram baseadas em estudos que demonstraram que os tricíclicos apresentavam-se pouco superiores ao placebo, enquanto os IMAOs tiveram efeito terapêutico inferior aos placebos. Muitos novos estudos ratificaram uma eficácia mínima de diversos antidepressivos quando comparados a placebos e não melhores em relação a placebos ativos (que provocam efeitos colaterais, como ressecamento da boca). Em geral, a eficácia superior dos fármacos em relação aos placebos se restringia aos pacientes gravemente deprimidos. Estes resultados aparecem posteriormente também entre os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) (WHITAKER, 2017).

Apontou-se também, como tendência estatística, que quanto mais prolongado o tratamento medicamentoso, maior a probabilidade de recaída, pela possibilidade de os antidepressivos sensibilizarem o cérebro para a depressão (FAVA, 2003 apud WHITAKER, 2017).

Num curto espaço de quarenta anos, a depressão havia sido profundamente transformada. Antes do aparecimento dos remédios, ela era um transtorno bastante raro e os desfechos costumavam ser bons. Os pacientes e suas famílias podiam receber a garantia de que era improvável que o problema afetivo se tornasse crônico. Era apenas demorada – de seis a 12 meses, mais ou menos – a recuperação do paciente. Hoje em dia, o NIMH informa ao público que os distúrbios depressivos afligem um em cada dez norte-americanos, todos os anos, que a depressão vem ‘aparecendo mais cedo na vida’ do que acontecia no passado, e que o prognóstico a longo prazo para as pessoas que ela atinge é sombrio. (WHITAKER, 2017, p. 173-174)

Os estudos consultados por Whitaker (2017) também demonstram uma piora nos resultados com pacientes bipolares na era psicofarmacológica. Os dados que mostram uma piora no curso do transtorno bipolar com o uso de antidepressivos e o aumento de episódios depressivos com o uso de antipsicóticos, além de prejuízos cognitivos. Diferente do que atestam os livros e manuais de psiquiatria, os dados sistematizados pelo autor apontam para um aumento significativo da prevalência nos Estados Unidos, que foi de cerca de uma em cada dez mil pessoas para uma em cada quarenta pessoas. Para isso, a expansão das fronteiras diagnósticas contribuiu de verdadeiras, com a noção de *hipomania* introduzida em 1976 e mais recentemente, em 2003, com a categoria de *espectro bipolar*.

Apesar da participação deste fator, considera-se que a introdução dos fármacos teve papel fundamental na cronicidade, no declínio funcional, na deterioração cognitiva e nas doenças físicas. Se antes dos fármacos, Kraepelin e outros informavam que os pacientes maníaco-depressivos passavam grande parte de sua vida assintomáticos entre os surtos, com apenas cerca de um terço com mais de três episódios ao longo da vida; hoje verificam-se comumente os ciclos rápidos, em que se pode chegar a 6,5 episódios em um ano (WHITAKER, 2017). O quadro a seguir, reproduzido de Whitaker, ilustra as diferenças da bipolaridade antes e depois da farmacologia.

Quadro 6 – A transformação do transtorno bipolar na era moderna

	Bipolaridade pré-lítio	Bipolaridade medicada de hoje
Prevalência	1 em 5.000 a 20.000	1 em 20 a 50
Bons resultados funcionais a longo prazo	75% a 90%	33%
Curso dos sintomas	Episódios agudos de mania e depressão grave, limitados no tempo, com recuperação da eutímia e adaptação funcional favorável entre os episódios	Recuperação lenta ou incompleta dos episódios agudos, risco permanente de recidivas e morbidez contínua ao longo do tempo
Função cognitiva	Nenhuma deterioração entre os episódios nem deterioração a longo prazo	Deterioração até mesmo entre os episódios; deterioração a longo prazo em muitos campos cognitivos; os prejuízos são semelhantes aos observados na esquizofrenia medicada

Fonte: Whitaker (2017, p. 203)

Chamam a atenção as consequências relacionadas à incapacidade e recuperação de níveis funcionais. No tocante às consequências para a vida, o DSM-5 cita que apesar de muitos indivíduos com transtorno bipolar recuperarem um nível funcional entre os episódios, há um prejuízo importante, especialmente quanto à recuperação do funcionamento profissional. Isso

levaria a uma condição socioeconômica inferior em relação à população em geral, mesmo com níveis escolares equivalentes (APA, 2014). Vemos, então, que os prejuízos aumentam nos dias atuais, posto que a condição de cronicidade impacta também em piores condições de vida.

Com base nos estudos analisados por Whitaker (2017), fica evidente que o uso dos psicofármacos tem consequências significativas, sobretudo em relação à cronificação dessas formas de sofrimento psíquico. O autor atribui muito peso à indústria farmacêutica na hegemonia da tese neuroquímica, o que é bastante cabível, dada sua força na geopolítica mundial, por ser um setor altamente lucrativo, com uma imensa máquina de marketing (ANGELL, 2007). Aguiar (2003, p. 7-8) reitera que a indústria farmacêutica é a principal força econômica relacionada à saúde, movimentando anualmente 350 bilhões de dólares e crescendo a uma taxa de 14% ao ano. Só no ano de 2001, por exemplo, novas drogas utilizadas no tratamento de doenças cardiovasculares e do sistema nervoso central renderam 90 bilhões de dólares aos maiores laboratórios mundiais.

Entretanto, parece-nos que o ponto fulcral é entender este fenômeno inserido na totalidade da reprodução social, ou seja, como e por que a indústria farmacêutica ganha espaço em nossa sociedade. Essas questões remetem ao tema da *medicalização social*, intrinsecamente relacionado à questão da determinação social do processo saúde-doença.

Define-se como **medicalização social** o processo de produção crescente de respostas no campo biomédico para manifestações de contradições sociais, o que passa pela ampliação dos limites do patológico (ou restrição dos limites de normalidade) com a criação de novas patologias, com a flexibilização de critérios diagnósticos de nosologias existentes e com o estímulo à gestão individual de riscos à saúde (ALMEIDA; GOMES, 2014).

Tendo em vista os transtornos do humor, verifica-se a flexibilização de critérios diagnósticos e a criação de novas categorias nosológicas, incorrendo em uma ampliação do campo patológico (ALMEIDA; GOMES, 2014). Conforme o DSM-5, por exemplo, o diagnóstico de episódio depressivo é realizado pela presença dos sintomas pelo período de duas semanas, qualquer que seja a situação. Na edição anterior, para as situações de luto, o diagnóstico realizava-se depois de dois meses da presença dos sintomas. Ainda que o DSM-5 apresente algumas ressalvas quanto à necessidade de se basear na história do indivíduo e nas normas culturais, é claro em dizer que “Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser também cuidadosamente considerada” (APA, 2014, p. 125).

O transtorno bipolar, já no DSM-IV, passou a ser diagnosticado não apenas em adultos, mas também em crianças, sendo que nesta faixa etária o sintoma mais característico seria a irritabilidade. De acordo com Angell (2011), a prevalência de “transtorno bipolar juvenil” aumentou quarenta vezes entre 1993 e 2004 e a inclusão da noção de “espectro bipolar” no DSM-5, já anunciada pela autora, amplia o diagnóstico para “precursores” dos transtornos e casos considerados mais leves. Mesmo com o crescimento no número de diagnósticos, o DSM-5 considera que na maioria dos países a maior parte dos casos não seja reconhecida, acusando um subdiagnóstico (APA, 2014).

Uma questão não analisada por Whitaker (2017) é que, combinada à atuação da indústria farmacêutica, o aumento na prevalência de depressão e bipolaridade deve-se notadamente à mudança do perfil epidemiológico a partir das novas configurações do capitalismo. A explicação para o aumento na prevalência da depressão e da bipolaridade envolve: de um lado, o aumento do sofrimento em decorrência da própria vida, determinado pelas mudanças nos padrões de desgaste e reprodução dos indivíduos e coletividades sob o capitalismo atual; e de outro lado, a medicalização social, com o alargamento da jurisdição e normatização da medicina sobre a vida, com a expansão do patológico e naturalização dos problemas sociais.

Consideramos que a medicina e a indústria farmacêutica não seriam capazes de impor à sociedade novas patologias somente por um interesse próprio, senão em resposta a necessidades das relações sociais atuais. Em tempos de acumulação flexível, são inadmissíveis determinadas formas, outrora consideradas normais, de tristeza, de agitação, de comportamento. Assim também os níveis de atenção e produtividade dos indivíduos precisam ser ampliados, ainda que farmacologicamente. A referência até então admitida de normalidade torna-se um limite à acumulação. É preciso ir além. Dessa forma, estados e comportamentos limitadores da produtividade dos indivíduos são patologizados, abrindo a possibilidade de serem modulados pelos serviços de saúde. Ou seja, o papel atribuído à indústria farmacêutica é manifestação mais visível desse processo. (ALMEIDA; GOMES, 2014).

Como formulamos em trabalho anterior,

O normal somente pode ser ressignificado como patológico, a nosso ver, porque a normalidade vigente já não é mais adequada, suficiente, para as novas demandas da realidade. Ou seja, a medicina e os serviços de saúde somente podem transformar em patologia algo que, em última instância, apresenta-se para os indivíduos e coletivos como obstruções na reprodução da vida, como sofrimento, como problema que cobra para ser resolvido sob as relações sociais atuais. (ALMEIDA; GOMES, 2014, p. 164)

As exigências da acumulação ampliam e alteram as formas de desgaste da força de trabalho, ao mesmo tempo em que limitam determinadas dimensões de sua reprodução. Por conseguinte, certas formas de adoecimento prevalecem. Em resposta às necessidades do capitalismo atual a medicina e os serviços de saúde contribuem para naturalizar o social, com uma aposta na solução biológica para os problemas da vida e com isso ocultam as determinações sociais da saúde-doença e da própria vida humana. A busca passa a ser, então, por reintegrar os indivíduos aos modos de andar a vida tidos como normais para a reprodução do capital, o que significa readaptá-los a processos de vida e trabalho que, em última instância, determinam suas condições de sofrimento (ALMEIDA; GOMES, 2014; LAURELL, 1989). Para isso, a medicação pode cumprir um papel mais imediato na diminuição dos sintomas e melhorar a produtividade, o que é mais importante, segundo a lógica das relações capitalistas, do que os efeitos cronificadores de longo prazo.

Assim, a medicalização social pela ampliação do patológico aparece como a resposta médica para as novas condições sociais que exigem sujeitos cada vez mais produtivos e resistentes física e psiquicamente (ALMEIDA; GOMES, 2014). Com isso, a medicina passa a exercer um papel de controle social (FREITAS; AMARANTE, 2015) e de justificativa ideológica para as contradições da vida social.

Ao analisar a determinação social dos transtornos do humor, devemos ter em consideração que dos modos de vida grupais decorrem condições de vida singulares ou individuais. Os indivíduos não são independentes de seu grupo social na “escolha” de hábitos de vida. As situações da vida, inclusive influenciando o funcionamento cerebral, podem atuar como protetoras dos indivíduos diante da possibilidade do processo de sofrimento e da ocorrência de novas crises ou, ao contrário, podem produzi-las.

Consideramos fundamental superar o reducionismo biologicista e entender o que leva à suposta propensão ou vulnerabilidade à depressão e à bipolaridade. Ou, dito em outros termos, que processos críticos determinam os atuais padrões de desgaste e reprodução dos grupos sociais, que por sua vez intervêm sobre a constituição da personalidade, influenciando o estabelecimento de determinados modos de adoecer e morrer predominantes em nossa sociedade.

2.4A saúde-doença na atual fase de acumulação capitalista

Como explica Martin (2016), o trabalho é criador de riquezas e da transformação humana e, ao mesmo tempo, de desumanização e mortificação. Se, de um lado, possibilita o desenvolvimento e responde às necessidades vitais dos indivíduos, de outro, aliena e produz adoecimento e sofrimento.

Vemos, por exemplo, que o sofrimento pelo trabalho está relacionado com o processo de alienação na sociedade capitalista, visto que o sentido do trabalho não está nele mesmo, mas em algo externo. A sobrevivência dos trabalhadores no capitalismo depende da venda de sua força de trabalho em troca de um salário, que passa a motivar a atividade, o que conforma sua consciência. Com isso, o sentido do trabalho fica cindido, com potencial para gerar sofrimento (MALAGUTY; ROSSLER, 2016).

O processo saúde-doença, como já discutido anteriormente, é uma particularidade do processo da vida social (BREILH, 1979/1991). Portanto, para entender a configuração do perfil epidemiológico é preciso caracterizar a atual fase de acumulação capitalista com destaque para os processos críticos que determinam os padrões de desgaste e reprodução que contribuem para o crescimento da depressão e da bipolaridade na atualidade.

Desde fins do século XIX, o capitalismo ingressa em uma fase denominada de imperialismo, como superação do capitalismo concorrencial característico da fase anterior. De acordo com Lenin (1916/2012), o imperialismo define-se pela fusão dos capitais monopolistas industriais com os capitais bancários, o que dá origem ao capital financeiro. A fase imperialista tem as seguintes características: 1) elevada concentração da produção e do capital com o surgimento dos monopólios; 2) o capital financeiro (a unidade entre capital industrial e capital bancário) e a criação da oligarquia financeira; 3) exportação de capitais, entendida como a exportação de relações sociais capitalistas do centro para as periferias do sistema; 4) formação de associações internacionais monopolistas de capitalistas que partilham o mundo entre si; 5) partilha territorial do mundo entre as potências capitalistas.

Como consequência da dinâmica capitalista imperialista, temos o desenvolvimento da indústria bélica como componente central na economia e sua decorrência direta, as guerras, que aparecem como alternativa para lidar com as crises, por meio da destruição de forças produtivas e do posterior impulso industrial exigido pelas reconstruções. Além disso, avança a mundialização do capital com um desenvolvimento desigual e combinado, com ritmos

diferenciados nos diversos espaços nacionais e com a combinação de técnicas avançadas e relações sociais e econômicas arcaicas (NETTO; BRAZ, 2010).

Netto e Braz (2010) distinguem três fases do imperialismo: a fase clássica, os anos dourados e o capitalismo contemporâneo. Na fase clássica, de 1890 a 1940, as crises se manifestam com violência, com destaque para a de 1929, com a necessidade de novas modalidades interventoras do Estado na economia para garantir as condições gerais de produção e acumulação. Esse período é marcado ainda pela organização e combatividade de amplos setores operários na Europa e pela revolução russa que deu origem à URSS.

Nos anos dourados, que vão do fim da Segunda Guerra Mundial até o início dos anos 1970, há taxas muito significativas de crescimento econômico sustentadas pelo amortecimento propiciado pela intervenção contratendencial do Estado nas crises cíclicas, inspirada nas ideias de Keynes. A intervenção estatal desonera o capital de parte dos custos de reprodução da força de trabalho com a prestação de serviços públicos. No âmbito industrial, nos anos dourados generaliza-se o taylorismo-fordismo como forma predominante de organização da produção, nascida ainda na fase clássica (NETTO; BRAZ, 2010). O fordismo/taylorismo, como processo de trabalho que predominou na grande indústria capitalista no século XX, é caracterizado por Antunes (2005) como: uma produção em massa, com linha de montagem e produtos mais homogêneos; com controle de tempo e movimentos do cronômetro taylorista e produção em série fordista; pela parcelarização do trabalho e fragmentação das funções, separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; por unidades fabris concentradas e verticalizadas; e pelo trabalhador coletivo fabril.

O capitalismo contemporâneo, de meados da década de 1970 até os dias atuais, conforma-se em reação a uma crise de grandes proporções resultante da queda na taxa de lucro que levou a uma recessão generalizada (NETTO; BRAZ, 2010). Como explica Harvey (1989/2014), em consequência à recessão de 1973, que foi exacerbada pelo choque do petróleo, o capitalismo passou, nas décadas de 1970 e 1980, por um período de reestruturação econômica e reajustamento social e político. Em confronto à rigidez do fordismo, a acumulação flexível “se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo” (HARVEY, 1989/2014, p. 140). O autor caracteriza a acumulação flexível: por taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional; pelo surgimento de novos setores de produção; por novas formas de fornecimento de serviços financeiros; por novos mercados; por padrões de desenvolvimento desigual entre os setores e entre as regiões geográficas; pela compressão do espaço-tempo no mundo capitalista. Na dimensão do consumo, por exemplo, a acumulação flexível dá espaço às

modas fugazes e à mobilização de artifícios para de indução de necessidades e de transformação cultural (HARVEY, 1989/2014). Há uma aceleração no tempo de giro da produção, o que implica em aceleração também na troca e no consumo, tendo como consequência a volatilidade e efemeridade de modas, produtos, técnicas de produção, processos de trabalho, ideias e ideologias, valores e práticas estabelecidas (HARVEY, 1989/2014, p.258).

Souza salienta que

Assiste-se, neste período conhecido como acumulação flexível, a um aumento na velocidade com que os processos sociais transcorrem, que se estende por todos os setores, da vida afetiva (o 'ficar' entre os jovens) à vida cultural (os filmes de ação). A subjetividade dos seres sociais também não escapa a essa volatilidade. A origem dessa velocidade em todos os setores da vida social pode ser encontrada na forma de fabricar mercadorias, em que o capital, para valorizar o valor, necessita cada vez mais que se produza mais em menos tempo, e, para tanto, as subjetividades sociais devem se 'adaptar' a esse ritmo, adotando-o e incorporando seu funcionamento como desejável. (SOUZA, 2006, p. 62)

Alves (2011) lembra que a procura por flexibilizar as condições de produção e a força de trabalho é uma característica histórica do capitalismo, de modo que o período da acumulação flexível não representa uma ruptura, mas uma reposição de elementos essenciais da produção capitalista, assim como o fordismo representou em seu tempo. O experimento produtivo que melhor representou as necessidades do capitalismo mundial desse período foi o toyotismo no Japão, com a produção enxuta (ALVES, 2011). Outrossim, como bem observa Antunes (2005), Harvey reconhece que haja uma combinação de processos produtivos, pela articulação do fordismo com processos flexíveis, artesanais e tradicionais. Portanto, a acumulação flexível, ou toyotismo, é uma forma de gestão do capital que coexiste com formas anteriores, mas com tendência à generalização (MALAGUTY; ROSSLER, 2016).

Como sintetiza Alves (2011), sem desconsiderar outras de suas dimensões, a flexibilidade da força de trabalho se constitui como estratégica para a acumulação do capital. Esta flexibilidade vai desde a legislação e regulamentação social e sindical (relativas aos contratos de trabalho, por exemplo) até a variação dos salários, horários e local de realização do trabalho, ou no sistema de remuneração e recompensas. As empresas garantem um número mínimo de trabalhadores, ampliando quando necessário por meio de horas extras, trabalhadores temporários e subcontratação (ANTUNES, 2005). Tudo isso se constitui como uma ofensiva do capital nas várias instâncias do ser social. Antunes (2005) atenta que direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são também desregulamentados e flexibilizados.

Antunes (2005) considera que o toyotismo representa um aprofundamento do estranhamento, pela subsunção do trabalhador ao ideário do capital, que é menos despótico, mais envolvente, consensual e participativo e, portanto, mais manipulatório, tratando-se de um envolvimento cooptado.

No capitalismo, os processos da reprodução social estão em permanente mudança, bem como os significados de tempo e de espaço (HARVEY, 1989/2014). Com o conceito de compressão do tempo-espaço, Harvey (1989/2014) refere-se às evidências de que no capitalismo há uma aceleração do ritmo de vida (com a redução do horizonte temporal ao presente) e um encolhimento das barreiras espaciais (com a contração do espaço em uma ‘aldeia global’). Para este autor, a transição para a acumulação flexível leva a uma fase de intensa compressão do tempo-espaço, com impacto desorientado e disruptivo sobre as práticas político-econômicas, sobre o equilíbrio do poder de classe e sobre a vida social e cultural.

Harvey (1989/2014, p. 188) contesta a noção de um sentido único e objetivo de tempo e de espaço, em que são tomados de modo naturalizado: o tempo como se fosse “um único padrão objetivo da inelutável flecha de movimento do tempo” e o espaço como um atributo objetivo das coisas que pode ser medido e apreendido. O autor reconhece o papel das práticas humanas na construção das ideias de tempo e espaço: “Dessa perspectiva materialista, podemos afirmar que as concepções do tempo e do espaço são criadas necessariamente através de práticas e processos materiais que servem à reprodução da vida social. [...] Em suma, cada modo distinto de produção ou formação social incorpora um agregado particular de práticas e conceitos de tempo e de espaço” (HARVEY, 1989/2014, p. 189).

“A compressão do tempo-espaço sempre cobra o seu preço de lidar com as realidades que se revelam à nossa volta. Por exemplo, sob pressão, fica cada vez mais difícil reagir de maneira exata aos eventos” (HARVEY, 1989/2014, p. 275), referindo-se às dimensões militar, política, financeira e social de modo amplo. Isso se expressa também no âmbito das relações interpessoais, de trabalho, etc.

Netto e Braz (2010) explicam que as mudanças operadas pelo capital têm como objetivo reverter a queda da taxa de lucro e renovar as condições de exploração da força de trabalho. Assim, os ônus desses processos recaem sobre os trabalhadores, com a redução salarial, precarização do emprego pelo emprego em tempo parcial, terceirizações, empregos informais, desemprego, exponenciação da questão social somados à crise do movimento sindical que passa a operar na lógica do consenso e perde capacidade de resistência.

Ademais, o assédio moral aparece como tecnologia de gestão característica da acumulação flexível. Ele surge no período da acumulação flexível como uma forma de gestão

que expõe os trabalhadores a situações de humilhação repetidas e prolongadas, ligadas à situação de trabalho e no exercício de suas funções, com atos de intimidação e práticas vexatórias (BARRETO, 2000 apud SOUZA, 2011). De acordo com a autora, o exercício da flexibilidade exigida nesta fase do capitalismo solicita uma preparação psicológica, um apelo à pessoalidade, sendo que é nesta pessoalidade e isolamento individualista que cada trabalhador é atacado (SOUZA, 2011).

Aliada à intensificação do trabalho com diminuição cada vez maior da porosidade, está a flexibilização também dos trabalhadores, pela exigência de uma multifuncionalidade capaz de operar várias máquinas, combinando várias tarefas (CORIAT, 1992 apud ANTUNES, 2005).

Como sintetiza Souza (2011), a acumulação flexível tem como características a introdução de inovações tecnológicas – como a robótica e a informática – e a introdução de novas formas de organização e gestão do trabalho – com uma aparência menos despótica, em que o controle se dá de forma implícita (e mais aprofundada) pela implicação dos trabalhadores com a empresa – com a qual passa-se a estabelecer laços afetivos – e a internalização do controle e das regras. Essa nova forma de organização do trabalho exige uma nova subjetividade com o envolvimento emocional dos trabalhadores com a empresa e uma nova sociabilidade, atravessada por enunciados ideológicos que enfatizam as relações de proximidade, de pertença e as emoções (SOUZA, 2011).

Barreto e Heloani (2013) explicitam um outro sentido dessas novas relações laborais, que são construídas e se constituem na negação do outro, sustentadas por autoritarismo, intolerância, desconfiança, indiferença e intimidações, aumentando as exigências afetivas. Assim, “as relações interpessoais não podem ser geradoras de alegria e respeito mútuo, menos ainda proporcionar qualidade de vida, autonomia e criatividade, mas infelicidade e doenças, submissão e passividade, enfim, impotência para refletir e criar, sendo que, por isso, as condições de trabalho geram insatisfação, estafa, doenças e sofrimento. Este aspecto conduz ao estranhamento de si e de outros processos sociais associados ao trabalho” (BARRETO; HELOANI, 2013, p. 111).

Malaguty e Rossler (2016) esclarecem que, para maior eficácia dos trabalhadores, são exigidos hábitos e habilidades inespecíficas e flexíveis, que permitam operar várias máquinas, mudar de função rapidamente, assumir diferentes tarefas, enfrentar constantemente novos desafios e adaptar-se ligeira e facilmente às técnicas em constante evolução. Tudo isso gera no trabalhador um sentimento de permanente desatualização, defasagem, gerando grande ansiedade e a pseudonecessidade, imposta pelo capital, de se atualizar constantemente. Do

mesmo modo, a ligação do trabalho com a vida fora do trabalho se amplia enormemente, pela necessidade de estar disponível permanentemente, o que é favorecido pelas novas tecnologias de comunicação e informática, além da extensão de atividades do trabalho para o âmbito domiciliar, por exemplo (MALAGUTY; ROSSLER, 2016).

Nesse mesmo sentido, Alves (2011) identifica na ‘captura’ da subjetividade o nexo essencial do toyotismo, da cooperação dos trabalhadores com a valorização por sua disposição intelectual-afetiva. Conforme o autor, o toyotismo requer o engajamento também da subjetividade no processo produtivo. Tal captura não se dá sem resistências e contradições, envolvendo mecanismos de coerção, consentimento e de manipulação não apenas nos locais de trabalho como nas várias instâncias socio-reprodutivas (ALVES, 2011). Portanto, a subjetividade necessária ao capital no estágio da acumulação flexível é forjada tanto nos espaços específicos de formação profissional da classe, quanto nos diversos componentes da superestrutura ideológica como escola, igreja, família (SOUZA, 2006).

Antunes (2013) mostra que a reestruturação do capital operada nos últimos 40 anos e intensificada com a crise atual corrói as condições de trabalho e tornam a precarização mais regra que exceção, com a generalização da informalidade e degradação do trabalho, presentes por exemplo na terceirização. Barreto e Heloani (2013) acentuam que com isso se produz também uma subjetividade precarizada, revelando maior nível de esgotamento e empobrecimento dos trabalhadores. Somam-se à flexibilização e à competitividade, a política de ‘enxugamento’, que leva ao medo constante das demissões, o que repercute com o ocultamento da dor e doença como uma estratégia de sobrevivência (BARRETO; HELOANI, 2013).

Há inúmeros exemplos desse processo. Entre eles, no Japão, berço do toyotismo, onde alguns tipos de morte relacionadas ao trabalho eram tão expressivas que se desenvolveram conceitos como o *karōshi*, que designa as mortes por sobretrabalho (exaustão no trabalho), ou *karō-jisatsu*, suicídio por sobretrabalho (BERECHTEIN NETTO, 2013). Berenchtein Netto (2013) refere ainda o setor dos bancários, onde o sofrimento dos trabalhadores costuma estar relacionado às políticas de negócios e de gestão dos bancos, como as demissões, transferências, remuneração, gestão da saúde, pressão por resultados, reajustamento da estrutura à economia e ao avanço tecnológico (XAVIER, 1998 apud BERECHTEIN NETTO, 2013).

Com base nessas reflexões, fica mais substanciada a análise dos modos de vida da classe trabalhadora na atualidade e os consequentes padrões de desgaste e reprodução que geram seu perfil epidemiológico. Tendo em vista a historicidade do nexo biopsíquico e a

determinação social do processo saúde-doença, reconhecemos que as mudanças dos principais modos de adoecer e morrer estão atreladas às mudanças na vida social.

Com o avanço dos conhecimentos sobre saneamento, nutrição e profilaxia; com o avanço na oferta de serviços de saúde e de subsídios financeiros compensatórios; com a transformação do trabalhador em fiscal de qualidade da produção de máquina e em observador de visores luminosos; com a urbanização acelerada e o processo de especialização dos saberes, obrigando a cooperação em equipe conflitando com identidade individualística competitiva; teremos novas formas contingentes de adoecer e morrer, deslocando-as na direção dos problemas crônico-degenerativos, e novas formas de sofrer a condição humana, na direção dos sofrimentos psíquicos. (SAMPAIO, 1998, p. 88-89)

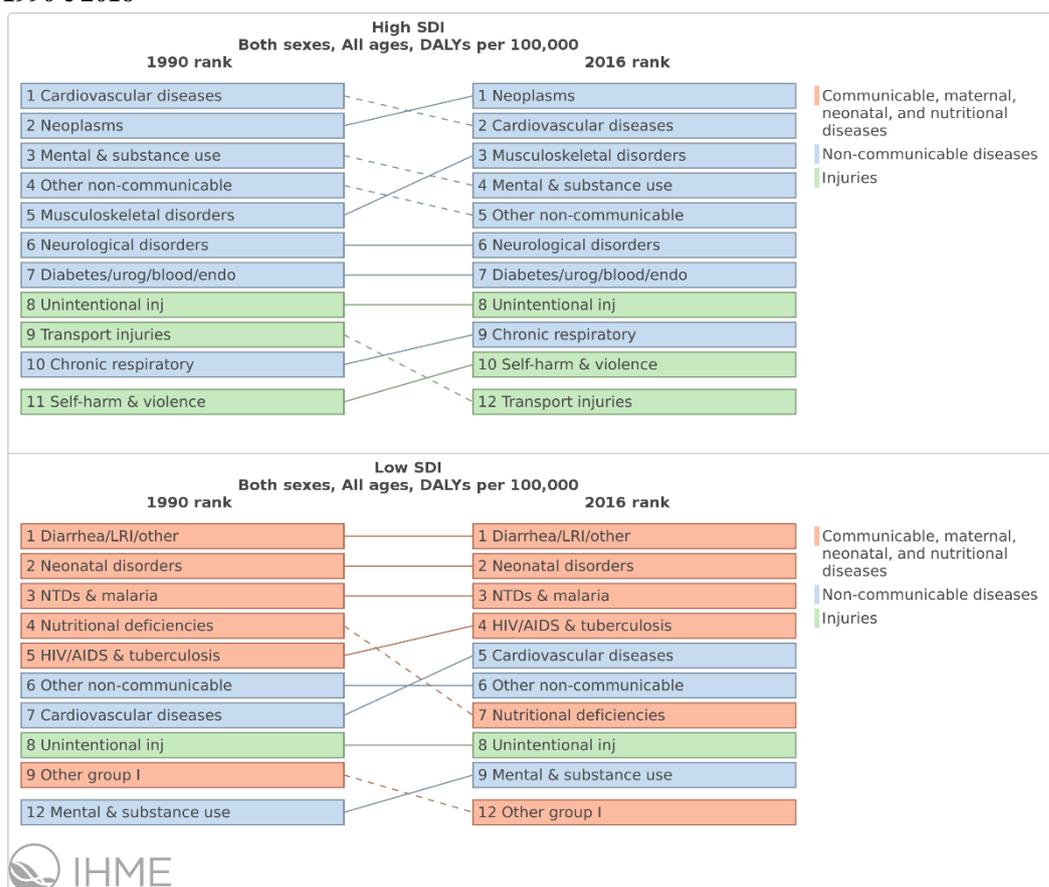
São diversos os estudos que mostram essa transição epidemiológica das doenças infectocontagiosas para as crônico-degenerativas relacionados ao grau de desenvolvimento e organização da sociedade. Laurell (1983) realizou um estudo comparativo sobre as principais causas de morte em três países, México, EUA e Cuba, ao longo de três décadas, de 1940 a 1970. Nesse estudo, ela verificou que no México, no decorrer desse tempo, houve uma diminuição importante nas doenças infecciosas (como gastroenterites, pneumonia, febre tifoide, malária, entre outras) e um aumento absoluto nas doenças do coração, tumores malignos, doenças do sistema nervoso, diabetes e acidentes. Apesar da tendência em andamento, em 1970 ainda eram mais prevalentes a pneumonia e as enterites, seguidas das doenças do coração. A análise das condições coletivas de saúde em diferentes sociedades no mesmo momento histórico – década de 1970 – demonstrou a importância do nível de desenvolvimento e das relações sociais de produção nos modos de adoecer e morrer. México e Cuba são considerados com um nível de desenvolvimento semelhante, mas com relações sociais distintas, o que decorre em uma prevalência de doenças infectocontagiosas no México e uma prevalência de doenças consideradas típicas da sociedade moderna (como as doenças isquêmicas, do coração, tumores malignos e acidentes) em Cuba. Do mesmo modo, ao comparar Cuba e EUA, que teriam nível de desenvolvimento econômico e relações sociais diferentes, percebe-se semelhança quanto ao perfil epidemiológico prevalente – com predomínio das doenças crônicas. Chama a atenção o fato de que em Cuba, as taxas de mortalidade das mesmas doenças são menores do que nos EUA, contestando a explicação da ‘doença residual’³¹ e explicitando a determinação do caráter das relações sociais no processo saúde-doença.

³¹ Laurell (1983) explica que a concepção residual atribui a mudança de perfil epidemiológico para as doenças crônicas ao controle das doenças infectocontagiosas e ao fato de que as pessoas precisam morrer de alguma coisa

Diferente das explicações que superestimam o papel da técnica médica na mudança do perfil de adoecimento da população, Laurell (1983, p. 141) afirma que “Deve-se buscar a explicação não na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos”. Igualmente, as mudanças nos modos de adoecer e morrer das diferentes classes sociais dependem pouco dos serviços médicos e muito mais da organização da sociedade e com o papel que cada classe desempenha nela (LAURELL, 1981; TIMIO, 1981).

Em que pesem as críticas relativas ao cálculo da carga global de doença, parece-nos que esses dados contribuem para informar as principais formas de padecimento hoje e as que mais produzem incapacidade, ainda que sob a lógica do capital. No quadro abaixo, temos a diferença entre os países de mais alta renda e mais baixa renda, ou seja, diferentes quanto ao nível de desenvolvimento econômico e social, no período de duas décadas e meia.

Quadro 7 – Comparação 10 principais causas da carga global de doença em países de alta e baixa renda em 1990 e 2016



no fim de seu ciclo vital. A autora considera esta tese linear e desenvolvimentista por ver a doença como simples resultado do avanço das forças produtivas, sem considerar o caráter histórico e social da saúde-doença.

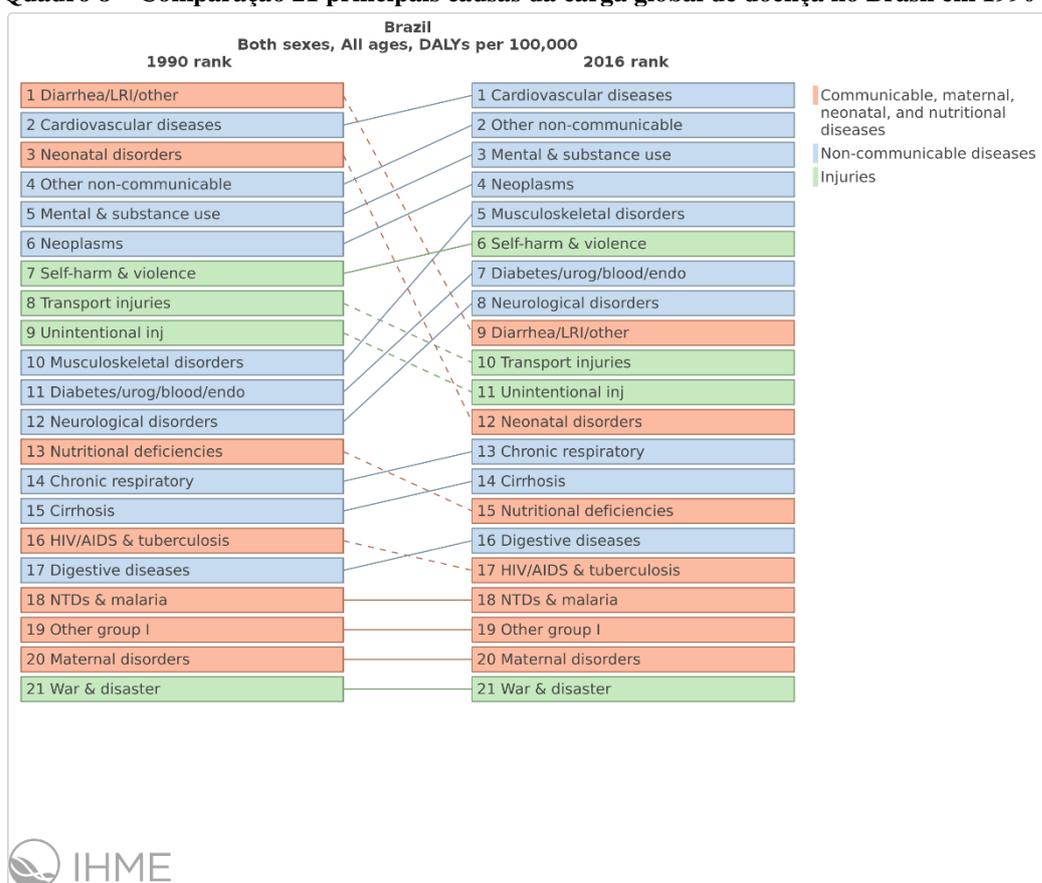
Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Nos países de baixa renda, observamos que as principais causas de carga global de doença ainda seriam de doenças infectocontagiosas, embora haja um aumento entre as doenças crônicas como as cardiovasculares e os transtornos mentais, a semelhança do que vimos com o México no estudo da Laurell citado anteriormente. Nos países de alta renda, as doenças infectocontagiosas sequer aparecem entre as dez principais causas de carga global de doença, com evidente destaque para as doenças crônicas e acidentes de trânsito, violência e automutilação. Percebe-se, portanto, a tendência de crescimento desses modos de adoecer e morrer, entre os quais as diferentes manifestações de sofrimento psíquico, com destaque para a depressão e a bipolaridade.

De acordo com a OMS (WHO, 2017c), o número de pessoas com depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015, chegando a 322 milhões de pessoas vivendo com depressão no mundo, com maior prevalência entre as mulheres. É reconhecida como a principal causa de incapacidade e contribui muito para a carga global de doenças. No Brasil, país com maior prevalência na América Latina, a depressão atinge 5,8% da população (11.548.577). A OMS considera que baixos níveis de reconhecimento e falta de acesso a tratamentos para depressão e ansiedade levam a uma perda econômica global estimada de mais de um trilhão de dólares americanos a cada ano (WHO, 2017c).

Em um estudo de revisão sistemática sobre a prevalência da bipolaridade, encontraram-se dados bastante heterogêneos. A taxa de prevalência do transtorno bipolar ao longo da vida variou entre 0,1 e 7,5%, enquanto a taxa dos transtornos do espectro bipolar variou entre 2,4 e 15,1%. As diferenças entre as prevalências de transtorno bipolar e de transtornos do espectro bipolar parecem estar relacionadas à consideração de formas subliminares no momento do diagnóstico (DELL'AGLIO JR.; BASSO; ARGIMON; ARTECHE, 2013). Como referimos no tópico anterior, dados apresentados por Whitaker referentes aos EUA, apontam que houve um aumento de cerca de uma em cada dez mil pessoas para uma em cada quarenta pessoas com transtorno bipolar.

No Brasil, a mudança no perfil epidemiológico fica também evidente nos dados de carga global de doença apresentados no quadro abaixo.

Quadro 8 – Comparação 21 principais causas da carga global de doença no Brasil em 1990 e 2016

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

No período indicado, vemos também a redução da carga relacionada às doenças infectocontagiosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas, como doenças cardiovasculares, transtornos mentais, cânceres e lesões inflamatórias.

Ao analisar a carga global de doença no Brasil em 2008, Leite et al. (2015) revelam a preponderância das doenças crônicas não transmissíveis em todas as regiões do país, em particular as doenças cardiovasculares, os transtornos mentais, com destaque para a depressão, o diabetes e a doença pulmonar obstrutiva crônica. Mas aparecem ainda de forma não desprezível as doenças transmissíveis, as condições maternas, as condições perinatais e as deficiências nutricionais.

Foi realizado um estudo epidemiológico de base populacional – *São Paulo Megacity Mental Health Survey* – na região metropolitana de São Paulo em 2008 e 2009, que estimou que 44,8% da população já apresentou pelo menos uma vez na vida algum transtorno mental. Nos 12 meses anteriores à entrevista, a prevalência foi de 29,6%. A ansiedade (19,9%) e os distúrbios do humor (11%) foram as classes de transtorno mais prevalentes, seguidas de distúrbios do controle de impulsos (4,2%) e distúrbios do uso de

substâncias (3,6%). Nos 12 meses anteriores, 9,4% dos entrevistados apresentaram transtorno depressivo maior e 1,5% apresentou transtorno bipolar. A prevalência estimada de casos graves nos 12 meses anteriores é de 10%, indicando que há mais de um milhão de adultos com níveis de comprometimento que indicam necessidade especial de cuidados de saúde mental. O estudo considera que o impacto de viver em áreas urbanas juntamente com fatores individuais pode ter consequências para a saúde mental. A região metropolitana de São Paulo detém mais de 10% da população brasileira, somando cerca de 20 milhões de habitantes, com circunstâncias estruturais e psicossociais que refletem e ressaltam desigualdades sociais históricas e disparidades de renda (ANDRADE et al., 2012).

É importante salientar que ainda há uma ocorrência significativa de acidentes de trabalho e traumas (LACAZ, 2016). Se em 1980, no Brasil, a taxa de letalidade média dos acidentes de trabalho era de 42 por 10 mil, nos anos 1990 atingiu 85 por 10 mil e 59 por 10 mil nos anos 2000 (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL apud LACAZ, 2016). Como constata Lacaz (2016), os trabalhadores continuam a adoecer e morrer no exercício ou como decorrência da atividade de trabalho. Entre os acidentes fatais, temos em primeiro lugar o transporte rodoviário de cargas, onde imperam extensas jornadas de trabalho, falta de regulamentação para o limite de tempo ao volante e para o intervalo mínimo de descanso, a ausência do vínculo empregatício legal. Isso tudo faz com que o motorista trabalhe cada vez mais para garantir seu sustento, levando a um risco de morte até doze vezes maior do que em países como a Suécia, por exemplo. No segundo lugar de acidentes de trabalho fatais está a indústria da construção civil, que soma 450 óbitos todos os anos. Estima-se que o número de acidentes de trabalho atinja 3,4% da população brasileira acima de 18 anos, pois os dados oficiais só abrangem trabalhadores assalariados com carteira assinada. De acordo com Malta (apud LACAZ, 2016) os acidentes vitimam os trabalhadores desqualificados, pior remunerados, que não têm vínculo formal de trabalho e são terceirizados, por isso menos protegidos pela ação sindical.

Vemos que atrás dos processos de adoecimento e dos acidentes de trabalho impera a lógica da intensiva exploração dos trabalhadores pelo capital. Berenchtein Netto (2013, p. 126) salienta que as atuais condições de vida da classe trabalhadora têm levado muitas vezes à morte prematura, tanto pelas formas de adoecimento já conhecidas e denunciadas como por formas que nem sempre são detectadas pelos atuais métodos, como por exaustão, acidentes ou abandono deliberado da vida.

Barreto e Heloani (2013, p. 110-111) destacam alguns processos que contribuem para o aumento do desgaste e sofrimento dos trabalhadores na atualidade: “a) as novas

tecnologias e processos de produção; b) as novas condições de trabalho com jornadas prolongadas e extenuantes associadas à intensificação e densificação do trabalho; c) as novas formas de contrato e a insegurança no emprego – como o trabalho independente e incerto, parcial, temporário, pessoa jurídica (PJ), dentre outras formas de contrato; e d) as exigências emocionais e cobranças elevadas no trabalho”.

Esses autores sublinham que

Se olharmos o novo proletariado, do mercado informal, que aumenta a cada dia, constataremos que os trabalhadores não são regulamentados, não têm proteção legal, adoecem de forma invisível e, muitas vezes, por medo, não faltam ao trabalho, apesar de doentes e com um atestado no bolso. Não há notificação dos acidentes, predominando a ocultação; podem ser demitidos sem aviso prévio, trabalham em condições perigosas e insalubres, expostos a riscos sem qualquer controle sobre os adoecimentos e mortes. (BARRETO; HELOANI, 2013, p. 107)

Ao buscar formas de análise do impacto dessas relações de trabalho sobre a saúde mental, Seligmann-Silva (2011) utiliza-se do conceito de desgaste mental, integrando o desgaste concreto processado no plano orgânico (por exemplo, aquele provocado por substâncias neurotóxicas) e o desgaste entendido como “mutilação da personalidade psicossocial historicamente possível” (MENDEL, 1985 apud SELIGMANN-SILVA, 2011). A partir da conceituação de Laurell de desgaste, como perda ou deformação, Seligmann-Silva (2011) apresenta três níveis de desgaste mental relacionado ao trabalho: 1) Desgaste literal ou orgânico: danos resultantes de acidentes de trabalho ou da ação de produtos tóxicos com ação destrutiva ou prejuízo do sistema nervoso; 2) Fadiga mental e física como variações do ‘mal-estar’: como um cansaço geral que pode ser predominantemente mental ou física mas sempre envolve ambas e que aparece na forma de uma fadiga crônica ou patológica; 3) Desgaste da subjetividade: pelo ataque à dignidade e/ou corrosão dos valores e do caráter, remete à ideia de corrosão de caráter de Sennet.

No tocante à depressão, Viapiana (2017) desenvolveu, com base na proposta de Breilh (2006), uma matriz de processos críticos, na qual analisa o capitalismo contemporâneo e suas manifestações no âmbito singular, destacando os processos capazes de desencadear consequências significativas no modo de vida relacionadas à depressão. Sua análise abrange as dimensões da vida produtiva, da vida de consumo e da cotidianidade, da vida política, da vida ideológica e da relação com o ambiente. Para elaborar a matriz e fundamentar os aspectos de cada dimensão, Viapiana (2017) se apoiou nas formulações de diversos autores, entre os quais destacamos Breilh (2006; 2010), Donnangelo (1979), Harvey (1989/2014); Antunes (2002;

2006), Sennet (2015), Alves (2011), Lima (1995), Sato (2002), Souza (2006; 2009), Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), Seligmann-Silva (2011), Malaguty (2013), Barreto e Heloani (2015), Martins (2007), Montero (1991). Abaixo sintetizamos os aspectos da matriz que, no trabalho da autora estão devidamente referenciados.

Na dimensão da vida produtiva, destacada visto que o trabalho é entendido como princípio constituidor da vida social e do modo de produção, Viapiana (2017) apresenta alguns processos críticos relacionados à depressão, como:

1) Aumento da jornada de trabalho, pela adoção de horas extras, bancos de horas e trabalho em domicílio, o que leva a aumento do desgaste e redução do tempo de reprodução da força de trabalho;

2) Intensificação do trabalho: pela absorção de poros “improdutivos” do processo de trabalho, pela gestão do trabalho mediante envolvimento e cooptação (captura da subjetividade), pela competitividade, pelo princípio da “polivalência” ou multifuncionalidade, pela flexibilidade/flexibilização do processo de trabalho, pelo assédio moral, o que leva a maiores níveis de desgaste, de vivências de fracasso, de manipulação e mobilização da subjetividade, a impactos negativos na sociabilidade e relações interpessoais (com perda de suporte, deterioração de laços, relações supérfluas, de desconfiança), pressão coletiva, descartabilidade dos trabalhadores, isolamento, desgaste psíquico, sentimentos de raiva, perda de autocontrole, tristeza, desânimo, insegurança, medo, irritabilidade, angústia;

3) Pagamento da força de trabalho abaixo do valor, pela precarização dos vínculos e direitos trabalhistas, terceirização, informalidade, o que implica em diminuição das condições de reprodução da força de trabalho, pauperização e aumento do desgaste;

4) Mudança na composição orgânica do capital, pela automação dos processos produtivos com a microeletrônica e informática, o que tem repercussões contraditórias, como a diminuição do valor da força de trabalho, o que pode implicar em aumento do acesso a bens de consumo; e a alteração das cargas exigidas, com aumento da exigência de concentração e atenção para monitorar as máquinas, bem como da velocidade para acompanhar seu ritmo crescente;

5) Formação da superpopulação relativa, com altas taxas de desemprego e precariedade das condições de trabalho e vida: aumento da miserabilidade e de condições de vida e trabalho precárias levando também a piores condições de saúde e a sentimentos de culpa, constrangimento, desesperança, desamparo, revolta, vergonha, desânimo, injustiça, instabilidade entre outros;

6) Alienação, que faz do trabalho a negação do indivíduo, como atividade imposta, destituída de sentido e fonte de sofrimento.

Na dimensão da vida de consumo e da cotidianidade, aparecem como processos críticos relacionados à depressão: 1) a subsunção de todas as dimensões da sociedade ao metabolismo do capital, com a redução da vida social à lógica do capital, expressa no empobrecimento da participação social, com estreitamento da vida familiar, do círculo de amizades, das práticas de lazer; aplicação da lógica de mercado às relações sociais, com reprodução de valores como individualismo, efemeridade, descartabilidade; acirramento do fetichismo da mercadoria; ampliação do desgaste e redução do tempo de recuperação; e 2) Alienação manifesta no âmbito do cotidiano com o sentimento de impotência, sentido do absurdo, isolamento, auto estranhamento, anomia, empobrecimento e esvaziamento dos valores essencialmente humanos, comportamentos ritualizados e estandardizados, desprovidos de sentido, motivações efêmeras e particulares e desempenho fragmentado de papéis (VIAPIANA, 2017).

No âmbito da vida política, Viapiana (2017) ressalta como processos críticos: a correlação de forças na luta de classes, com a atual ofensiva do capital e derrota de projetos emancipatórios anticapitalistas, bem como o enfraquecimento dos trabalhadores e seus instrumentos, como sindicatos e movimentos sociais, tendo como consequências a submissão dos trabalhadores a condições de trabalho desgastantes e a restrição de direitos sociais, por exemplo; e a alienação com a naturalização de aspectos sociais obstruindo a organização política e transformação da realidade.

Na vida ideológica são analisados como processos críticos da depressão: 1) o fetichismo da mercadoria, com o processo de coisificação das relações humanas; 2) o aumento da competitividade e diminuição da solidariedade expressos como individualismo aliado à responsabilização individual por suas condições de vida e saúde; 3) a medicalização social, com a naturalização do sofrimento, atribuição de causalidades biológicas e individuais, ocultação de suas raízes sociais, obscurecimento de suas determinações; 4) a alienação pela ausência de relação consciente com a existência, que se torna espontânea, socialmente imposta e aceita, e a naturalização de condições objetivas da sociedade, levando à submissão dos indivíduos a elas (VIAPIANA, 2017).

Por último, a autora aborda a dimensão de relação com o ambiente natural e social, subsumido à dinâmica da exploração e acumulação: pela compressão do tempo-espaço, com a volatilidade, efemeridade, instantaneidade, descartabilidade, obsolescência de produtos, técnicas de produção, processos de trabalho, ideias, ideologias, valores, práticas estilos de vida,

relacionamentos, coisas, pessoas, lugares e modos adquiridos de agir e ser, bem como dificuldade de planejamento a longo prazo e pouco sentimento de continuidade, afrouxamento de laços sociais, incerteza, instabilidade, vulnerabilidade e preocupação; e pela urbanização contemporânea, organizada para atender à dinâmica mercantil e não ao bem estar da maioria da população (VIAPIANA, 2017).

O exercício de identificar os processos críticos relacionados à depressão favorece o entendimento de que os diferentes aspectos da vida social em seus variados âmbitos produzem o processo de saúde-doença das pessoas. Portanto, nos auxilia muito na análise dos padrões de desgaste e reprodução dos diferentes grupos sociais.

Ao analisar algumas práticas sociais debilitadoras relacionadas com as psicoses, Ratner (1995) as divide em eventos desintegradores anômalos, entre os quais estão a imigração, o desemprego, as guerras; e em comportamentos normativos vigentes, que incluem as condições de trabalho alienadoras, a competitividade, o individualismo, a pobreza como privação de recursos materiais e psicológicos, as diferenças nos papéis de gênero, a discriminação.

Por sua opção em não trazer para a análise o domínio do particular, na relação entre o singular e o universal, Viapiana (2017) teve como foco de análise as relações capitalistas e suas especificidades no período da acumulação flexível e que aparecem tanto entre os eventos definidos como desintegradores anômalos por Ratner, como o desemprego; como, notadamente, entre os comportamentos por ele caracterizados como normativos (condições de trabalho, alienação, pobreza). Em nossa pesquisa, aparece como importante elemento de análise, a dimensão do particular, pelo entrecruzamento dos padrões de desgaste e reprodução a que os indivíduos estão submetidos conforme os grupos sociais de que participem. Portanto, consideramos relevante realçar alguns outros processos críticos referentes à depressão e também relacionados aos analisados por Viapiana. Por exemplo: as relações de gênero e etnia, com práticas sociais machistas e racistas que impactam em profunda desigualdade nas diferentes dimensões, como a do trabalho, do cotidiano, da política e da ideologia e contribuem na produção desigual de adoecimento; a perda de familiares ou amigos, que dada a restrição das relações interpessoais provocam vivências de rupturas muito intensas, sobretudo na vida cotidiana; as situações de violência, desde as mais dissimuladas (como o assédio moral no trabalho ou a violência moral realizada no espaço doméstico) até a violência física; os eventos traumáticos das mais variadas ordens (muitos deles relacionados a situações de violência ou ainda a catástrofes). Nesses processos, vemos outras formas de desigualdade, decorrentes, em última instância, do predomínio da lógica capitalista, da acumulação privada da riqueza e reprodução ampliada do capital, que implicam adoecimento e sofrimento psíquico.

Lidar com processos crônicos de adoecimento, constituintes desse perfil epidemiológico contemporâneo, coloca novos desafios à medicina e demais profissões da saúde. Visto que as doenças são crônicas não é possível trabalhar com a perspectiva da cura, senão do controle, que também por vezes descontrola, levando a um declínio reiterado na condição. No caso do sofrimento psíquico, a cronificação tem sido crescente, com crises e recidivas frequentes, como mostramos no tópico anterior.

As práticas de saúde vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, que se tornam mais complexas (AYRES, 2004), exigindo a superação da dinâmica centrada na intervenção-procedimento, típica dos quadros agudos, pela perspectiva do cuidado integral.

Retornaremos a essas questões à frente. Cabe, contudo, ainda, uma ressalva. Os estudos aqui analisados demonstram que as condições de vida e trabalho postas nos dias atuais para a maioria da população condicionam um aumento de determinadas formas de adoecimento. Mudar esses indicadores epidemiológicos envolve, portanto, necessariamente, contrapor e alterar essas condições. Os serviços de saúde têm um papel fundamental em acolher e cuidar dos indivíduos adoecidos, e todas as iniciativas no sentido de torná-los mais eficientes, sensíveis ao sofrimento e integrais devem ser fomentadas. Contudo, a não alteração das condições de vida e trabalho, com a restrição da abordagem do adoecimento aos serviços assistenciais, tem como consequência inevitável a persistência e agravamento dos indicadores epidemiológicos e a ampliação dos serviços de saúde em uma espiral medicalizadora indomável. Da mesma maneira, essas condições de vida tolhem o desenvolvimento da personalidade e favorecem o surgimento de alterações patológicas, como veremos a seguir.

CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE E SUAS ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS

“Mire e veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando.”

(Guimarães Rosa, Grande sertão: veredas)

Neste capítulo, temos como objetivo apresentar os aportes teórico-metodológicos da Psicologia Histórico-Cultural que embasam nosso entendimento sobre a gênese do sofrimento psíquico ao longo do desenvolvimento individual. Não é nossa intenção, portanto, abordar exaustivamente os conceitos e temáticas, posto que os próprios autores já o fizeram com maior competência e suficiente clareza. Aprofundamos algumas questões apenas na medida em que as consideramos relevantes para a análise de nosso objeto.

Um pressuposto fundamental de que partimos é do ser humano como um ser social. Não apenas pela marca da vida coletiva, conforme as características herdadas da espécie, mas porque produzimos nossa vida socialmente e, com isso, produzimos história e transformamos nossa própria natureza e nosso psiquismo. Assim, se os distintos padrões de desgaste e reprodução, determinados pelo modo pelo qual se dá a vida em sociedade, levam à predominância de diferentes formas de adoecimento, no campo psíquico as diferentes formas de sofrimento se expressam como alterações na personalidade.

Tendo como ponto de partida a tese de que a saúde e a doença são determinadas socialmente e que o modo pelo qual se organiza a vida social condiciona a saúde-doença dos indivíduos, aumentando a probabilidade de que adoçam de uma ou outra forma (LAURELL, 1983), entendemos também que nem todos os indivíduos sujeitos a relações sociais ou modos de andar a vida semelhantes adoecerão da mesma maneira. Isto é, consideramos importante entender como se produz singularmente o sofrimento psíquico, relacionado a particularidades sociais que entristecem, destituem de sentido a vida, desanimam ou aceleram e estimulam os indivíduos. Em busca do entendimento dos processos que atuam na dimensão singular e se manifestam como sofrimento psíquico, distintamente para um ou outro indivíduo, é que tomamos como fio condutor de nossa análise neste capítulo o processo de desenvolvimento humano e suas contradições.

Para tanto, é necessário observar o ser humano como totalidade em movimento, não como fragmento reduzido à doença, de modo a não perder a perspectiva monista e dialética do desenvolvimento. Ao analisar a dimensão singular do sofrimento psíquico, interessa-nos

entender quais são e como se desenrolam as alterações na personalidade definidas como depressão e bipolaridade.

3.1 As idas e vindas do desenvolvimento

Na Psicologia Histórico-Cultural, o desenvolvimento não é entendido como um processo linear, de mudanças graduais e lentas. Pelo contrário, como salienta Vygotski (1931/2000), além das mudanças evolutivas, há as revolucionárias, assim como podem haver retrocessos, falhas, movimentos em zigue-zague e conflitos. Portanto, é um processo de luta, de contradições, em que o natural e o social se entrecruzam e produzem saltos na relação entre o biológico e o cultural, que se fundem em um processo único.

Ao estudar o desenvolvimento infantil, Vygotski define o desenvolvimento como

[...] um complexo processo dialético que se distingue por uma complicada periodicidade, a desproporção no desenvolvimento das diversas funções, as metamorfoses ou transformação qualitativa de umas formas em outras, um entrelaçamento complexo de processos evolutivos e involutivos, o complexo cruzamento de fatores externos e internos, um complexo processo de superação de dificuldades e de adaptação. (VYGOTSKI, 1931/2000, p. 141)

Para entender o desenvolvimento humano individual, é imperativo buscar suas raízes histórico-sociais. Sobre isso, já apontava Marx (1844/2004, p. 107) que "O indivíduo é o *ser social*. Sua manifestação de vida – mesmo que ela também não apareça na forma imediata de uma manifestação *comunitária* de vida, realizada simultaneamente com outros – é, por isso, uma externalização e confirmação da *vida social*". Marx (1844/2004) acrescenta que a existência individual pode ser um modo mais particular ou mais universal da vida genérica, ainda que vida individual e vida genérica não estejam em oposição.

Na produção social da vida, os seres humanos contraem relações e transformam substancialmente a natureza e a si mesmos. Leontiev (1978a) reitera que apesar de as leis biológicas não estarem subtraídas do ser humano, não são elas que determinam o desenvolvimento histórico e social da humanidade. Ao modificar a natureza na função do desenvolvimento de suas necessidades, os seres humanos modificam sua própria natureza, produzindo novas necessidades culturais.

Leontiev (1961/2017, p. 39) explica que "Toda atividade do organismo está dirigida a satisfazer as necessidades naquilo que é indispensável para prolongar e desenvolver sua vida", concluindo então que a atividade humana está dirigida a satisfazer suas necessidades. O autor

lista quatro traços característicos das necessidades: 1) toda necessidade tem um objetivo, isto é, a necessidade é sempre de algo, de um objeto material ou de um resultado de uma atividade; 2) toda necessidade adquire um conteúdo concreto segundo as condições e o modo de satisfazer-se, ou seja, se caracterizam por seu conteúdo objetivo, pelo objeto que serve de estímulo à atividade; 3) uma mesma necessidade pode se repetir, o que leva ao seu desenvolvimento e enriquecimento de seu conteúdo; 4) toda necessidade se desenvolve à medida que se amplia o círculo de objetos e meios para satisfazê-las (LEONTIEV, 1961/2017).

As necessidades humanas se diferenciam das dos animais porque o objeto e o modo de satisfazê-las são resultado do desenvolvimento social. Isso é válido tanto para as necessidades naturais, como a de comer, quanto para as necessidades superiores, como as de conhecimento ou de arte. Como diz Leontiev,

As necessidades dos homens estão determinadas pelas condições sociais de vida. No entanto, em um indivíduo concreto, ainda que o desenvolvimento de suas necessidades dependa de suas condições pessoais de vida, estas últimas estão condicionadas, de todo modo, pelas relações sociais e pelo lugar que tal indivíduo ocupa nesse sistema de relações. Nas condições da sociedade dividida em classes, os membros da classe explorada têm uma possibilidade muito limitada para satisfazer suas necessidades, que não podem ter um desenvolvimento amplo. Ao contrário, as pessoas que pertencem à classe exploradora têm as mais amplas possibilidades materiais para satisfazer suas necessidades, inclusive sua situação de classe engendra nelas com frequência um desenvolvimento monstruoso e até uma desfiguração das mesmas. (LEONTIEV, 1961/2017, p. 45)

Ao nascer, cada ser humano deve se apropriar do mundo social, repleto de objetos e fenômenos produzidos pelas gerações precedentes, desenvolvendo aptidões especificamente humanas, encarnadas nestes objetos (LEONTIEV, 1978a). É ilustrativo o exemplo de Marx (1844/2004), que mostra que ao desenvolverem-se os sentidos humanos, o ser humano é afirmado no mundo objetivo, que é subjetivamente apreendido. Assim, a música apenas desperta o sentido musical de um ser humano cujo ouvido tenha se tornado musical, pois para o ouvido não musical a mais bela música não tem nenhum sentido e, assim, não se converte em objeto nem serve como confirmação de uma das suas forças essenciais. Assevera Marx (1844/2004, p. 110) que "por causa disso é que os *sentidos* do homem social são sentidos *outros* que os do não social".

Referindo-se à discussão feita por Marx, Martins, L. M. (2012, p. 50) explica que,

O desenvolvimento humano implica a superação de um sistema de vida fechado, dominado por uma natureza biológica ("corpo orgânico") que garante

uma organização hominizada, em direção a um sistema de vida aberto, criador de uma natureza construída socialmente ("corpo inorgânico") do qual passa a depender a sua existência.

Para melhor compreender como subjetivam-se os processos de humanização e alienação, nos amparamos na lei genética do desenvolvimento cultural³², formulada por Vygotski (1931/2000, p. 150), segundo a qual "toda função no desenvolvimento cultural da criança aparece em cena duas vezes, em dois planos; primeiro no plano social e depois no psicológico, a princípio entre os homens como categoria intersíquica e logo no interior da criança como categoria intrapsíquica".

Ainda que o foco de Vigotski seja o desenvolvimento infantil, entendemos que essa lei é válida também para o desenvolvimento adulto. Este postulado de Vigotski indica que determinadas capacidades, ideias, sentimentos, originam-se no plano das relações entre as pessoas, como resultado do desenvolvimento humano em sociedade, para depois aparecerem internamente nos indivíduos. É dessa interrelação que se desenvolvem capacidades e faculdades que não estão dadas na natureza da espécie humana e que não existiriam senão pela capacidade humana de se autossuperar continuamente.

Vemos, portanto, que a relação entre o desenvolvimento cultural e as faculdades é muito complexa e, ainda que o desenvolvimento cultural tenda, em parte, a nivelar as diferenças isoladas nas faculdades naturais, por outra, incrementa a escala das diferenças e favorece os diferentes níveis nas faculdades. (VYGOTSKI, 1931/2000, p. 317)

Aqui Vigotski remete ao fato de que, ao nascer, os seres humanos estão mais próximos de suas capacidades naturais, próprias de sua espécie animal e, portanto, mais semelhantes entre si. No desenvolvimento, por meio da relação do indivíduo com o gênero humano, é que se abre um leque de possibilidades de singularização, de acordo com a inserção deste indivíduo nas relações sociais, de sua situação social e de suas vivências, do modo pelo qual se apropria das objetivações culturais etc. (LEONTIEV, 1978a).

Leontiev (1978b) esclarece que o conceito de interiorização – em algumas traduções também como internalização – desempenhou um papel importante para demonstrar a origem das operações internas do pensamento. Ele define-se como a transformação de processos externos em processos que ocorrem no plano mental, da consciência. As primeiras

³² Em Vigotski, o termo 'genética' refere-se ao processo de gênese, isto é, à origem e ao desenvolvimento do fenômeno, diferentemente, portanto, do sentido de herança natural-biológica, como já apontado na nota 28.

formulações sobre a interiorização de Vigotski (continuadas por Galperin) basearam-se na análise da atividade especificamente humana – o trabalho – pela observação de sua estrutura instrumental e de sua inserção em um sistema de interrelações com outros seres humanos (LEONTIEV, 1978b).

Para estes autores, portanto, a consciência não é algo dado, mas produzida socialmente. No processo de interiorização não há um mero deslocamento da atividade exterior para um plano preexistente da consciência, mas é um processo pelo qual a consciência vai se formando (LEONTIEV, 1978b).

Para Vygotski (1931/ 2000, p. 45), "A história do desenvolvimento cultural da criança nos conduz à história do desenvolvimento da personalidade". Ao traçar o caminho do desenvolvimento cultural, Vigotski afirma que "[...] passamos a ser nós mesmos através dos outros" (VYGOTSKI, 1931/ 2000, p. 149). Logo, o processo de formação da personalidade está atravessado pelo modo como o outro se relaciona comigo e como eu construo minha autoimagem a partir da imagem expressa pelo outro nessa relação.

Marx explica de modo bastante claro essa questão em uma nota no primeiro capítulo d'O Capital:

De certa forma sucede ao homem como à mercadoria. Pois ele não vem ao mundo com um espelho, nem como um filósofo fichtiano: eu sou eu, o homem se espelha primeiro em outro homem. Só por meio da relação com o homem Paulo, como seu semelhante, reconhece-se o homem Pedro a si mesmo como homem. Com isso vale para ele também o Paulo, com pele e cabelos, em sua corporalidade paulínica, como forma de manifestação do gênero humano. (MARX, 1867/1988, p. 57)

Interessa-nos, pois, que os processos subjetivos se produzem – inclusive na forma de conflitos e dramas – a partir das relações objetivas que os sujeitos estabelecem ao longo de seu desenvolvimento.

No processo de desenvolvimento da personalidade, portanto, confluem um conjunto de objetos e processos sociais, frutos do desenvolvimento histórico, que alteram, reorganizam e requalificam nossa atividade e nosso psiquismo.

O modo pelo qual os homens produzem seus meios de vida depende, antes de tudo, da própria constituição dos meios de vida já encontrados e que eles têm de reproduzir. Esse modo de produção não deve ser considerado meramente sob o aspecto de ser a reprodução da existência física dos indivíduos. Ele é, muito mais, uma forma determinada de sua atividade, uma forma determinada de exteriorizar sua vida, um determinado *modo de vida* desses indivíduos. Tal como os indivíduos exteriorizam sua vida, assim são eles. O que eles são

coincide, pois, com sua produção, tanto com *o que* produzem como também com *o modo como* produzem. O que os indivíduos são, portanto, depende das condições materiais da sua produção. (MARX; ENGELS, 1845-1846/2007, p. 87)

Portanto, os modos de vida dos indivíduos são determinados, em sua dimensão geral, pelo modo social com que os seres humanos se relacionam e produzem a vida em cada período histórico, bem como, em sua dimensão particular, a depender de cada classe e grupo social de que este indivíduo participe e seus correspondentes modos de agir, pensar e sentir. Ao longo do desenvolvimento individual, constituímos-nos singularmente atravessados por modos de vida que levam ao aparecimento de novas estruturas e de novas relações, ao desaparecimento de outras que antes foram centrais ou mesmo sua negação e transformação³³.

As peculiaridades presentes em uma dada sociedade e em seus diferentes grupos sociais fazem com que um determinado modo de se desenvolver passe a ser tomado como normal, por se aproximar mais dos padrões de adaptação exigidos por esta sociabilidade. Do mesmo modo, assim como discutido no primeiro capítulo, identifica-se como patológico as obstruções a esses modos de vida socialmente determinados.

Ao falar sobre as deficiências orgânicas, Vygotski (1931/2000) assume que a cultura está adaptada para um ser humano normal, típico, enquanto o desenvolvimento atípico, condicionado por uma deficiência, não pode se arraigar direta e imediatamente na cultura. Embora Vygotski esteja se referindo às deficiências orgânicas, como a cegueira ou surdez, essa reflexão cabe para as pessoas em sofrimento psíquico. A origem das dificuldades impostas a um ou outro são diferentes – na cegueira, surdez ou paralisia e na esquizofrenia, depressão ou bipolaridade. Apesar de alguns avanços significativos em algumas dessas áreas que impulsionam o desenvolvimento de capacidades e habilidades por vias colaterais – diferentes daquelas típicas, consideradas normais – e permitem o incremento de sua vida social, sobressaem ainda os obstáculos e limites impostos ao desenvolvimento dessas pessoas. Não é nada desprezível o fato de que o desenvolvimento das pessoas em nossa sociedade seja atravancado pela alienação e que para quem apresenta necessidades e dificuldades distintas da maioria das pessoas, o desenvolvimento fica ainda mais obstaculizado.

Se o desenvolvimento individual já se dá de forma conflituosa quando subordinado às relações capitalistas, impulsionado na medida do necessário ao capital e prejudicado pelas

³³ O desenvolvimento individual segue uma periodização definida pela atividade principal e uma correspondente estrutura psíquica a cada fase, o que será objeto de reflexão no quinto capítulo.

relações de alienação, o sofrimento psíquico acentua o sentimento de estagnação, muitas vezes levando à perda de sentido da vida. Nos relatos dos participantes de nossa pesquisa, essa questão aparece de diversas formas.

Sabe, e hoje eu olho assim ... qual que é meu próximo passo? Sinceramente, achar um buraco e ficar. Eu não tenho mais... tá, eu tenho os meus filhos, que tem... que dá uma força, tem meu marido, tenho tudo. Mas, sabe, tá faltando muita coisa. Como o tempo, como o tempo tá passando, parece que eu tô perdendo as coisas, assim, sabe. (Lucila)

Eu acho, tem hora que eu acho que tô fazendo peso em cima da terra. Eu acho... que eu tudo que fiz até hoje, a vida que eu tô passando, eu acho tem hora que eu tô fazendo peso em cima da terra. (Roberto)

Eu só tô esperando/ Não tem razão mais de nada pra mim mais. Não tem razão de viver. Eu tô esperando os dias passar. (Dolores)

Essas falas revelam o quanto essas pessoas se desenvolvem alienadas de si mesmas, sem capacidade de autodeterminação sobre suas vidas e seu desalento quanto às suas possibilidades de desenvolvimento. Na medida em que a produção da humanidade dos sentidos está subordinada à propriedade privada e à reprodução do capital, a vida vai se esvaziando de sentido. Essas mesmas angústias e perda de sentido que intrincam o desenvolvimento estão presentes na vida da maior parte das pessoas no capitalismo, mas aparecem de forma exacerbada nas situações de sofrimento psíquico.

A atividade, como fundamento do desenvolvimento, quando está afetada por obstruções na dinâmica da vida e produz o adoecimento, afeta também o desenvolvimento. Na depressão, temos de modo geral uma maior inatividade, enquanto nos episódios de mania, há uma aceleração da atividade que, por sua vez, fica mais desorganizada. Como decorrência disso, nos períodos em que essas formas de sofrimento ganham intensidade, as pessoas apresentam alguma estagnação ou mesmo retrocessos em seu desenvolvimento, afetando os processos psíquicos como um todo e notadamente os mecanismos de autodomínio da conduta e os vínculos e relações sociais, o que iremos abordar de forma mais sistemática à frente. Isso somado ao fato de que nossas práticas sociais estão enraizadas historicamente em um modelo manicomial, que isola, rotula, individualiza e medicaliza as alterações psíquicas, sem buscar estratégias de promoção de autonomia, o que impõe dificuldades ainda maiores ao desenvolvimento.

Essas questões foram trazidas de diferentes formas pelos participantes de nossa pesquisa. O desânimo, como queixa bastante comum, foi apontado como um impedimento à

realização de atividades alternativas e possíveis fontes de novos interesses: Lucila iniciou, mas abandonou um curso de corte e costura, por dificuldade de sair de casa; Leila tem adiado a volta aos estudos em grande parte por falta de ânimo, mas também por vergonha caso venha a ter uma crise no colégio. Vários relataram dificuldades de atenção e memória que impactam sobre as atividades cotidianas: Roberto diz ser comum deixar a torneira do banheiro aberta e a porta destrancada; Lucila conta que o marido passou a fazer o almoço, pois ela se distraía e deixava a comida queimar e Gilberto diz que cozinha um prato de cada vez ou então sai alguma coisa errada; Gilberto fala que já se perdeu várias vezes no centro, mesmo conhecendo bem a região; Gilberto e Leila dizem que quando assistem a filmes se confundem por não conseguirem prestar atenção à história. Além disso, aparecem dificuldades decorrentes da desorganização da atividade: Gilberto, João e Leila referem que, nas fases de agitação, já fizeram compras de itens desnecessários, gastando o que não tinham; Ivonete e Leila mencionam que começam várias atividades e não concluem, tais como arrumar armários e limpar a casa. Assim como o desenvolvimento fica obstruído, mesmo as atividades antes realizadas com habilidade e desenvoltura, passam a se apresentar como estranhas e difíceis, como vemos nos dois relatos abaixo:

Eu era atendente infantil em escola particular. Hoje eu num tenho mais paciência com crianças. Num faço mais minhas atividades que eu fazia.
(Marina)

Ainda mais eu, que eu sou padeiro, confeitiro, eu tinha que ter memória das receitas. Hoje eu não consigo fazer pão em casa. E olha que eu tenho 29 anos de padaria. [...] Mesmo tirando da internet, às vezes eu erro na massa.
(Gilberto)

Se tomamos o processo de desenvolvimento como potencialmente ilimitado, mas obstruído por alterações relacionadas ao sofrimento psíquico, como apresentado nos relatos acima, caberia à cultura a criação de mediações e de estratégias que o impulsionassem. Pois, como diz Vygotski (1931/2000, p. 313), "[...] o desenvolvimento cultural é a esfera mais importante, de onde é possível compensar a insuficiência. Ali de onde o desenvolvimento orgânico resulta impossível, há infinitas possibilidades para o desenvolvimento cultural".

Entretanto, na sociedade capitalista, o desenvolvimento humano está subordinado à reprodução ampliada do capital. Assim, não há esforços para criar essas mediações, pelo menos não enquanto isso não se coloca como uma necessidade para o capital. Ou seja, se não lhe aparece como fonte de lucro ou como necessidade de recompor a força de trabalho tendo em vista a adequação à produtividade exigida, o capital não investe na "reabilitação" (ou na

“habilitação”) dos indivíduos. Por exemplo: ainda que consideremos que os fármacos pudessem cumprir um papel de apoio em um processo de desenvolvimento de formas de autocontrole da conduta para as pessoas em depressão, sabemos que a expansão de seu uso na atualidade está subordinada à lógica do capital. De forma geral, os psicotrópicos são usados principalmente como forma de suprimir alguns sintomas mais incapacitantes, tendo como consequência pessoas mais dependentes dos componentes químicos do que engajadas em um processo de autoconsciência que contribuísse para o incremento de seus níveis de autonomia. Além disso, não é de menor importância o efeito iatrogênico do uso contínuo ou exacerbado de psicofármacos, como já explicitado no capítulo anterior. O uso de antipsicóticos, muito comum nos transtornos do humor, muitas vezes leva a um estado de embotamento ou mesmo sedação que afeta outras possibilidades terapêuticas, não contribuindo para um maior nível de consciência sobre si e de seu sofrimento. Isso ficou evidente na participação de João no primeiro encontro do “grupo focal bipolar”. João apresentava efeitos colaterais de intoxicação pela medicação antipsicótica, com tremores, sonolência e grande dificuldade de fala. No transcorrer do encontro, João chegou a cochilar algumas vezes, perdendo parte da discussão grupal, o que provavelmente também ocorresse nas demais atividades, inclusive as terapêuticas, por ele realizadas. Além disso, o prejuízo de fala lhe produzia ansiedade, dada sua facilidade e boa capacidade de relatar sua história, o que em geral faz com alguma satisfação, conforme relatado por sua técnica de referência.

Não desconsideramos a existência de iniciativas contra-hegemônicas, inclusive nos espaços da rede pública de saúde. Estas são fundamentais para demonstrar que, mesmo nas condições limitadas impostas pela sociedade capitalista e subordinadas à sua lógica, é possível apontar para a viabilidade de formas alternativas, que tenham como fundamento o desenvolvimento humano. No entanto, como lógica geral, vemos a reprodução da estigmatização, do isolamento e da culpabilização individual, ainda que sob novas (e velhas) aparências, e não a produção de ferramentas sociais para o desenvolvimento de formas de lidar com as situações que diferem do padrão típico. Isso, somado às dificuldades decorrentes dos sintomas, acentua as dificuldades das pessoas em sofrimento, tornando-se um obstáculo adicional ao desenvolvimento. Os retrocessos e falhas, previstos como parte do processo de desenvolvimento por Vygotski (1931/2000), aparecem aqui com um caráter específico, determinados pelo modo como a sociabilidade capitalista engendra-se na vida das pessoas.

Essas reflexões remetem ao caráter das relações humanas sob o capitalismo, atravessadas pela alienação. A alienação deforma as capacidades humanas, pois seu

desenvolvimento fica delimitado pela direção e na medida das necessidades do capital. Sobre a alienação, Martins chama a atenção para dois aspectos indissociáveis:

as condições socioeconômicas que lhe dão origem e os efeitos e processos gerados nos indivíduos por conta do esvaziamento dos valores e possibilidades essencialmente humanos, ampliando cada vez com mais propriedade as possibilidades para fetichização dos indivíduos e de suas relações. (MARTINS, L. M., 2012, p. 55)

Em *O capital*, Marx (1867/1988) traz o conceito de fetichismo da mercadoria, referindo-se à inversão produzida pelas relações capitalistas na relação entre produtor e produto, em que determinada relação social entre os seres humanos assume para eles a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas.

O misterioso da forma mercadoria consiste, portanto, simplesmente no fato de que ela reflete aos homens as características sociais do seu próprio trabalho como características objetivas dos próprios produtos de trabalho, como propriedades naturais sociais dessas coisas e, por isso, também reflete a relação social dos produtores com o trabalho total como uma relação social existente fora deles, entre objetos. (MARX, 1867/1988, p. 71)

Com isso, as relações entre as coisas são fetichizadas, como se ganhassem autonomia de seus produtores, ao mesmo tempo em que as relações humanas são coisificadas, reificadas. Na sociedade capitalista, o próprio ser humano se constitui como uma mercadoria e a impossibilidade de vender sua força de trabalho repercute sobre o desenvolvimento e sobre o psiquismo, muitas vezes como desvalia e inutilidade, por exemplo.

Como diz Vigotski (1930/s/d, p. 8)

De tudo isso pode se depreender que o crescimento da grande indústria contém, dentro de si mesmo, o potencial oculto para o desenvolvimento da personalidade humana e que somente a forma capitalista de organização do processo de produção industrial é responsável pelo fato de que essas forças exerçam uma influência unilateral e deformante que retarda o desenvolvimento pessoal.

Além da alienação do ser genérico e de si mesmo, temos a alienação de um ser humano na relação com o outro, que não lhe reconhece como um semelhante, esvaziando as relações humanas e restringindo-as a relações mercantis. Na consciência, o social aparece-nos não como uma nossa dimensão constitutiva e essencial, mas como negação de nossa essência; não como uma possibilidade de superação das carências e elevação das necessidades, mas como

um entrave. Aparece assim pois, na realidade, a sociedade de classes institui relações de propriedade as quais de fato alienam o produtor do produto do trabalho, de si mesmo, do gênero humano e dos demais seres humanos (MARX, 1844/2004; MÉSZÁROS, 2006). Na passagem a seguir, Marx demonstra como a propriedade privada modifica nossa relação com o conjunto da produção cultural humana:

A propriedade privada nos fez tão cretinos e unilaterais que um objeto somente é o *nosso* [objeto] se o temos, portanto, quando existe para nós como capital ou é por nós imediatamente possuído, comido, bebido, trazido em nosso corpo, habitado por nós etc., enfim, *usado*. Embora a propriedade privada apreenda todas estas efetivações imediatas da própria posse novamente apenas como *meios de vida*, e a vida, à qual servem de meio, é a *vida da propriedade privada*: trabalho e capitalização. (MARX, 1844/2004, p. 108)

Mészáros (2006) argumenta que na relação mediada pela atividade produtiva (por ele também denominada de indústria) entre ser humano e natureza interpõem-se mediações de segunda ordem, institucionalizadas na forma divisão do trabalho – propriedade privada – intercâmbio capitalista.

À medida que os objetos culturais assumem a forma mercadoria, mercantilizando as relações humanas em geral, também os sentidos humanos – que se formam na relação com esses objetos – alienam-se, restringindo-se ao sentido do *ter* (MARX, 1844/2004, p. 108).

A *formação* dos cinco sentidos é um trabalho de toda a história do mundo até aqui. O *sentido* constrangido à carência prática rude também tem apenas um sentido *tacanho*. Para o homem faminto não existe a forma humana da comida, mas somente a sua existência abstrata como alimento; poderia ela justamente existir muito bem na forma mais rudimentar, e não há como dizer em que esta atividade de se alimentar se distingue da atividade *animal* de alimentar-se. O homem carente, cheio de preocupações, não tem nenhum *sentido* para o mais belo espetáculo; o comerciante de minerais vê apenas o valor mercantil, mas não a beleza e a natureza peculiar do mineral; ele não tem sentido mineralógico algum; portanto, a objetivação da essência humana, tanto do ponto de vista teórico quanto prático, é necessária tanto para fazer *humanos os sentidos* do homem quanto para criar *sentido humano* correspondente à riqueza inteira do ser humano e natural. (MARX, 1844/2004, p. 110-111)

Entendemos que essa dimensão da alienação do trabalho tem repercussões fundamentais sobre a forma com que os seres humanos vivenciam as situações de sua vida, com o modo como constituem sua personalidade e sobre o processo de sofrimento psíquico. Como o desenvolvimento está submetido à lógica capitalista, com a mediação da propriedade privada

e do intercâmbio capitalista entre os indivíduos e o gênero humano, os próprios sentidos humanos formam-se alienados e empobrecidos.

A questão apontada por Marx, sobre o sentido do *ter* subordinar os sentidos humanos em geral, aparece de forma estereotipada nos episódios de mania, por exemplo. Tomada como característica desses quadros, a tendência exagerada a comprar apareceu tanto nos relatos de pessoas diagnosticadas com depressão como nas com bipolaridade. Parece-nos que aqui temos um exemplo da tentativa, de modo mais ou menos consciente, de preencher as carências e os sentidos alienados com a propriedade das mercadorias.

Compra, compra, compra, compra... [...] Diversos. Aspirador, ventilador, barbeador, manda arrumar uma coisa, manda arrumar outra. Tudo. (João)

Eu comprei roupa que eu nem usei, sabe. Gastar duzentos, trezentos, quatrocentos, quinhentos reais num dia só. Sem precisão. Deixei de comer pra gastar em besteira. (Gilberto)

Hoje que eu tô melhor, eu me arrependo de ter feito muita conta. Porque o jogo de quarto eu já terminei, mas oh, ainda devo na farmácia do meu vizinho. Devo 300 reais ainda lá, além de toda dinheirama que devo, devo 300 porque eu comprava tinta, comprava esmalte, comprava um monte de coisa sem precisão, às vezes que eu tinha lá em casa. Dai eu fui na loja comprei televisão, comprei painel, comprei rack, mandei fazer o jogo de cozinha, dai o jogo de cozinha já terminou também, mas os outros ainda têm, tô pagando ainda. [...] Não sei, assim, como é que eu posso explicar, eu me sentia bem de comprar, sabe, parece que aquilo me fazia, me deixava bem assim, sabe. (Suzana)

Ah, eu já andei comprando muita coisa, né. Daí, o que aconteceu é que a gente já se endividou bastante até poder... Até agora estamos pagando algumas coisas das minhas malandragens. [...] Ah, tem um monte de coisa, assim, que na verdade na hora eu queria e se torna supérfluo ou tá lá entulhando. É tecido, eu comprei de monte, esmalte, eu comprei de monte, só que já estragou também e já tive que jogar fora. (Lucila)

No contexto dos relatos, verifica-se a característica compulsiva ou mesmo impulsiva do ato de comprar, enquadrada como um sintoma patológico. Em alguns casos, aparece claramente como algo que trazia alívio e algum nível de satisfação – ainda que alienados. Em outros casos, aparecem mais as consequências negativas do endividamento e da compra desnecessária de alguns produtos. Nesta reflexão, para além da análise da alienação envolvida nos processos de intercâmbio capitalista que embrutece os sentidos humanos, parece-nos plausível questionar os critérios de normalidade. Os gastos são relatados como exagerados e, de fato, alguns deles eram com itens que sequer seriam usados ou que não

serviriam à satisfação real de uma necessidade, pois já dispunham daquilo em casa. Contudo, em outros casos, tratavam-se de mercadorias e serviços que satisfazem necessidades reais, nada supérfluas para muitas outras pessoas, como ventilador, aspirador, jogo de quarto, roupas, tinta de cabelo ou esmaltes. Para grande parte das pessoas da classe trabalhadora, como nos trechos citados, “comprar muito” é gastar 300 reais em um dia e o que lhes parece supérfluo ou exagerado é perfeitamente normal para outras pessoas, cujo acesso aos bens de consumo seja maior. Os critérios de normalidade, como vínhamos dizendo, são adequados à classe e grupos sociais em que se insere cada pessoa na sociedade. As compras, aqui, não seriam excessivas pelo caráter supérfluo das mercadorias, senão pela falta de controle das pessoas na relação com esses gastos.

Vimos, então, que as relações sociais intermediam a relação entre os indivíduos e a cultura, imprimindo ao desenvolvimento humano a unidade contraditória da humanização e da alienação e repercutindo sobre a formação da personalidade.

3.2 Princípios gerais do desenvolvimento da personalidade

Como diz Vygotski (1931/1997b, p. 134), “Não é importante saber somente que enfermidade tem uma pessoa, senão também que pessoa tem determinada enfermidade”. Parece-nos mesmo que a principal chave para o entendimento do sofrimento psíquico no âmbito singular esteja na análise da dinâmica da personalidade, em seus aspectos internos e externos, objetivos e subjetivos, na síntese produzida das contradições sociais e individuais no plano da pessoa. Ou seja, a maneira como dadas condições sociais são vivenciadas pelas pessoas, produzindo certas regularidades em seu modo de autoconstrução de si na relação com o gênero humano. Como diz Leontiev (1978b), a personalidade é mutável como a própria vida e ao mesmo tempo conserva sua constância, sua autoidentidade. Nos transtornos do humor, assim como em outros processos de sofrimento psíquico, há alterações na personalidade, que são tomadas como características da depressão ou da bipolaridade. Interessa-nos entender a gênese dessas regularidades, estejam elas presentes no modo de ser destas pessoas desde o início da constituição de sua personalidade, ou sejam elas frutos de alterações mais ou menos profundas originadas de processos diversos no transcorrer da vida. Nos relatos dos participantes de nossa pesquisa, notamos os dois tipos de situações, principalmente no que se refere à depressão. Há os que dizem que desde muito cedo na infância já apresentavam o que se identifica como sintomas depressivos, ainda que não de forma tão intensa; e há os que relatam que tiveram uma

infância e em alguns casos até uma adolescência considerada normal ou mesmo feliz, mas que depois de adultos passaram por processos que levaram ao aparecimento do sofrimento. Muito embora fosse possível atribuir a depressão dos primeiros a causas inatas, buscaremos demonstrar que tanto em um como em outro caso os processos são determinados socialmente; na manutenção de um padrão de temperamento e atividade desenvolvidos desde muito cedo ou na mudança deste padrão.

Almeida, Silva e Berenchtein Netto (2008) argumentam que a teoria histórico-cultural, por meio de suas categorias da atividade, consciência e personalidade, permite a compreensão da psicopatologia como uma nova estrutura psíquica, cuja superação da psicopatologia se dá por uma nova estruturação psíquica, a partir das condições histórico-sociais que determinaram o desenvolvimento psicopatológico do sujeito, assim como a dinâmica do próprio psiquismo. Passemos, então, à apresentação dessas categorias teóricas.

3.2.1 Conceito de personalidade

Ao falar sobre a personalidade, Vigotski contesta uma concepção mais ampla, que aplicaria este conceito também a indivíduos de outras espécies animais. O autor afirma que

A personalidade, assim compreendida, tem um sentido mais limitado que na acepção habitual da palavra. Não incluímos aqui todos os aspectos que a diferenciam de outras individualidades, que constituem seus próprios traços peculiares ou a enquadram em um ou outro tipo determinado. Nos sentimos inclinados a por um signo de igualdade entre a personalidade da criança e seu desenvolvimento cultural. Portanto, a personalidade que é um conceito social abarca o que se sobrepõe ao natural, o histórico no ser humano. Não é inata, surge como resultado do desenvolvimento cultural, por isso a 'personalidade' é um conceito histórico. (VYGOTSKI, 1931/2000, p. 328)

Na mesma direção, ao explicar que não se pode falar em personalidade de um animal ou de um recém-nascido, Leontiev (1978b, p. 137) afirma que "[...] a personalidade constitui uma formação integral de um tipo especial. Não é uma integridade condicionada de modo genotípico: a personalidade não nasce, a personalidade *se faz*".

Portanto, a atividade da pessoa é essencial para a constituição da personalidade, mediada por sua consciência. A partir da existência social dos indivíduos, da apropriação da cultura, de suas relações e de sua ação sobre o mundo vai se constituindo aquilo que lhe caracteriza como pessoa singular, como personalidade.

De acordo com Leontiev (1978b), a **atividade humana** é um sistema incluído no sistema de relações sociais, sendo que a atividade de cada ser humano depende de seu lugar na sociedade, das condições que o afetam e de como vai se conformando em circunstâncias individuais que são únicas. Portanto, os seres humanos encontram na sociedade

[...] não somente as condições externas a que deve acomodar sua atividade, senão que essas mesmas condições sociais carregam os motivos e fins de sua atividade, seus procedimentos e meios; em síntese, que a sociedade produz a atividade dos indivíduos que a formam. (LEONTIEV, 1978b, p. 68)

A característica básica da atividade, para Leontiev (1978b), é sua objetividade e cujo objeto aparece de duas formas: primeiro, em sua existência independente, subordinando e transformando a atividade do sujeito; depois, como imagem do objeto, como produto do reflexo psíquico que é resultado da atividade do sujeito. A atividade tem a função de situar o ser humano na realidade objetiva e transformar essa realidade em uma forma da subjetividade.

Os tipos concretos de atividade diferenciam-se por sua forma, pelos modos em que se realiza, por sua tensão emocional, por sua característica temporal e espacial, por seus mecanismos fisiológicos etc. Mas a principal distinção entre uma atividade e outra é a diferença de seus objetos. “[...] o objeto da atividade é seu verdadeiro motivo” (LEONTIEV, 1978b, p. 82) e atrás do motivo está sempre a necessidade.

Além de objetivada, a atividade humana é sempre motivada e se ela aparece como não motivada é porque seu motivo está oculto. Ou seja, a atividade parte de determinados motivos, assim como se encaminha para determinados fins. O ser humano nasce dotado de necessidades vitais, biológicas, que inicialmente são satisfeitas pela ação de outras pessoas. A necessidade é condição para a atividade. No entanto, quando o indivíduo começa a agir sobre o mundo, passa a estabelecer vínculos entre as suas necessidades e os objetos que as satisfazem. Quando a necessidade adquire objetividade, isto é, quando a necessidade encontra um objeto que a satisfaz, o objeto converte-se em motivo, isto é, aquilo que impulsiona a atividade (LEONTIEV, 1978b).

O autor destaca a importância do encontro da necessidade com o objeto na atividade, que traslada a necessidade ao nível psicológico, visto que o objeto (conteúdo da necessidade) se torna motor da atividade. “[...] as necessidades estimulam a atividade e a dirigem por parte do sujeito, mas somente podem cumprir esta função se são objetivas” (LEONTIEV, 1978b, p. 72). Subjetivamente, as necessidades que já se encontraram com objetos anteriormente se manifestam como desejos e tendências (LEONTIEV, 1961/2017).

A estrutura de motivos das atividades e o modo como vai se hierarquizando conforme os desejos e tendências é central na constituição da personalidade.

Em suma, conforme definição de Martins (2004, p. 86), a personalidade consiste na autoconstrução da individualidade por conquista de sua genericidade, ou seja, como síntese de processos biológicos e psicológicos que em interação dialética com o meio transforma o indivíduo de maneira criadora e autocriadora graças à ação e à consciência. Com isso, destaca-se o papel ativo da personalidade no processo de desenvolvimento, ainda que dentro dos limites impostos pela sociedade de classes e pela alienação.

Para Leontiev (1978b), a personalidade depende fundamentalmente das particularidades da atividade da pessoa nas relações com o mundo. Com base nisso, elabora alguns parâmetros para avaliar o desenvolvimento da personalidade. O primeiro seria a **amplitude e a riqueza de vínculos do indivíduo com o mundo**, primeira base da personalidade, considerados não apenas em termos quantitativos, mas quanto ao caráter desses vínculos. De acordo com Martins (2004), os vínculos abarcam as relações objetivas de existência, desenroladas em dada classe social, família, nação, época, e circunscrevem as situações de seu desenvolvimento. Leontiev (1978b) admite ainda que o círculo de atividades de um indivíduo pode não apenas se ampliar, como também empobrecer, quando há um estreitamento de interesses. “O interesse é a direção determinada que têm as funções cognoscitivas para os objetos e fenômenos da realidade” (LEONTIEV, 1961/2017, p. 51). Os interesses têm um papel preparatório para a atividade prática e podem aparecer como motivo, influenciando tanto na atividade futura como a que se realiza nesse momento, auxiliando no alcance dos fins propostos e no desenvolvimento de um sentido para a ação. Ao estudar o período da adolescência, Vygotski (1931/2006a) aborda o desenvolvimento dos interesses, definindo-os como as tendências dinâmicas integrais que determinam a estrutura da orientação de nossas reações. Diante da questão sobre os interesses serem inatos ou adquiridos, Vygotski (1931/2006a, p. 18) afirma “Os interesses não se adquirem, se desenvolvem”, junto com o desenvolvimento global da personalidade. Relacionada com isso está outra questão, qual seja, de qual a base dessa força motriz de nossa conduta: uma atração interna, relacionada com os instintos e voltada para a satisfação subjetiva, ou se uma atração objetiva, dos próprios objetos e das atividades. Para solucioná-la, Vygotski (1931/2006a) recorre a Hegel, afirmando a unidade complexa e indivisível de ambas e a natureza histórico-social dos interesses humanos. Para exemplificar a dinâmica dos interesses, o autor indica que no período da adolescência não apenas aparecem novos interesses, como também desaparecem os velhos.

No que diz respeito aos vínculos humanos e relações, foi possível perceber sua importância para os participantes da pesquisa. Em alguns casos, com base nos vínculos, forjam-se formas de resistência, ainda que individuais e mais passivas, ao lugar circunscrito pela alienação. Roberto, por exemplo, traz como a relação de afeto com a filha lhe dá sentido para a vida, alegrando-se unicamente quando está em sua presença. Apesar dessa dependência de uma única relação, há ali ainda um reconhecimento do outro em que se revelam seus próprios sentidos humanos formados dessas relações. O mesmo aparece nos relatos de Suzana, para quem os filhos aparecem como razão de existir. Ao mesmo tempo, a forma em que o afeto se constituiu lhe causa uma preocupação constante quando os filhos não estão junto dela, o que leva a um estado de ansiedade permanente. De outro lado, o trabalho, que é fonte de sofrimento para vários dos entrevistados, é também importante lugar de vínculos com outras pessoas, questões e produções humanas. O afastamento dessa atividade, muitas vezes necessária, acaba também rompendo e estreitando os vínculos ao âmbito familiar e raramente a alguns amigos. Assim, percebemos que os vínculos afetivos ou de trabalho, por exemplo, desenvolvem-se ao mesmo tempo humanizando e alienando, realizando e negando nossa humanidade.

O segundo parâmetro, considerado por Leontiev o mais importante, é o **grau de hierarquização das atividades e de seus motivos**. Esse nível de hierarquização pode ser bastante diverso e está presente em todos os momentos do desenvolvimento. Além disso, a hierarquização cria unidades relativamente autônomas da vida da personalidade, que podem ser maiores ou menores, desunidas ou em direção a uma única esfera motivacional. Quando há esse desmembramento das unidades da vida, a pessoa vive suas atividades e motivos fragmentariamente. Mas se há um grau mais elevado de hierarquização, em que a pessoa compara suas ações com o motivo-fim que lhe é fundamental, como um objetivo vital, pode resultar em algumas ações que contradizem ou desviam deste motivo enquanto outras respondem a ele. Importaria saber, então, qual o lugar que este objetivo vital ocupa no espaço multidimensional que constitui a realidade existente e se isto vai isolando a pessoa ou fundindo a sua vida com a vida de outras pessoas (LEONTIEV, 1978b). Como resultado do processo de alienação, vemos que os motivos mais imediatos e ideologizados contribuem para agravar a fragmentação das atividades e motivos, acentuando os processos de sofrimento psíquico e muitas vezes incorrendo em falta de sentido para a vida.

Berenchtein Netto (2013, p. 137) traz Schaff para argumentar que a alienação passa a tomar conta de toda a vida cotidiana dos indivíduos, fazendo com que muitos não reconheçam propósito em sua atividade vital, o que leva a um rechaço da própria vida. Isto porque os

indivíduos não internalizam uma meta – nos termos de Leontiev, um objetivo vital – para sua atividade de modo que dê sentido para as suas vidas.

O terceiro parâmetro seria **a estrutura geral da personalidade e sua relação com a realidade histórica** (LEONTIEV, 1978b, p. 170-174), resultante do confronto mediado pela consciência entre atividades e motivos. Martins (2004) contribui no entendimento deste último aspecto, delimitando-o como o grau de subordinação da organização das atividades em relação aos motivos ante os níveis de consciência sobre si e autoconsciência. A consciência sobre si refere-se ao conhecimento dos traços ou propriedades individuais, enquanto a autoconsciência implica, além disso, o reconhecimento pelo indivíduo do sistema de relações em que está inserido, suas intersecções com o mundo circundante (MARTINS, 2004). Leontiev (1978b) diferencia os conhecimentos sobre si da autoconsciência, mostrando que os primeiros vão se acumulando desde a primeira infância como parte do processo de autoconsciência, que exige então a tomada de consciência do próprio eu e é resultado da formação do ser humano como personalidade.

Nesse mesmo sentido, Vigotski argumenta que

O momento decisivo no desenvolvimento da personalidade da criança é a tomada de consciência de seu 'eu'. A princípio e como é sabido, a criança se identifica com seu próprio nome e assimila com certa dificuldade o pronome pessoal. J. Baldwin³⁴ assinalou acertadamente que o conceito de 'eu' se desenvolve na criança através do conceito sobre outros. Assim, o conceito de 'personalidade' é social, é um conceito reflexo que forma a criança ao aplicar a si mesma os procedimentos de adaptação que aplica aos demais. Podemos assim dizer que a personalidade é o social em nós. (VYGOTSKI, 1931/2000, p. 336-337)

Leontiev atenta ainda para a existência real como o centro da personalidade, como vemos no seguinte trecho.

Acostumamos a pensar que o homem é o centro para o qual convergem as influências exteriores e do qual partem as linhas de seus nexos, de suas interações com o mundo exterior; que este centro, dotado de consciência, é precisamente seu 'eu'. Porém as coisas não são em absoluto assim. Temos visto que as diversas atividades do sujeito se entrecruzam e atam nós com relações objetivas, sociais por sua natureza, nas quais o sujeito entra necessariamente. Estes nós, estas hierarquias, são as que formam esse secreto 'centro da personalidade' a que chamamos 'eu'; dito de outro modo, este centro não está

³⁴ James Mark Baldwin (1861-1934) foi um psicólogo estadunidense que formulava, entre outras coisas, sobre a teoria da evolução.

no indivíduo, não está sob a superfície de sua pele, senão em sua existência (LEONTIEV, 1978b, p. 178).

Vygotski (1931/2006a, p. 200) destaca que no período de transição há uma transformação da criança – de ser humano em si – para o adolescente – como ser humano para si –, com as formações superiores e conscientes da personalidade e sua concepção de mundo. Vemos, portanto, que o curso do desenvolvimento individual levaria a um processo de autodomínio, inicialmente das funções psicológicas superiores, culminando com o domínio do “eu”, isto é, da autoconsciência da personalidade.

Vygotski fala sobre o principal aspecto da passagem para o autodomínio da conduta:

uma forma de conduta – a inferior – passa a outra que chamamos convencionalmente superior como mais complexa no sentido genético e funcional. A linha que separa ambas as formas é a relação entre o E [estímulo] e a R [resposta]. Para uma das formas o aspecto essencial, seria a completa – a princípio – determinação da conduta pela estimulação. Para a outra o aspecto, igualmente essencial, seria a autoestimulação, a criação e o emprego de estímulos-meio artificiais e a determinação da própria conduta com sua ajuda (VYGOTSKI, 1931/2000, p. 82).

E, para Vygotski (1931/2000), a premissa fundamental para o domínio dos processos do próprio comportamento é a formação da personalidade. E o autor acrescenta, “o processo de desenvolvimento cultural pode definir-se quanto ao seu conteúdo, como o desenvolvimento da personalidade da criança e de sua concepção de mundo” (VYGOTSKI, 1931/2000, p. 328). Por concepção de mundo, Vygotski (1931/2000) entende tudo aquilo que caracteriza a conduta global do ser humano. Nos animais ou nas crianças recém-nascidas não há concepção de mundo. Mesmo nos primeiros anos de vida das crianças, há mais uma atividade no mundo que uma concepção de mundo, considerada esta como uma atitude da criança frente ao mundo em que vive. Vygotski (1931/2000, p. 336) evidencia, por exemplo, como o desenvolvimento da linguagem conduz a uma nova e peculiar concepção infantil sobre o mundo, por se constituir com um meio universal de influência sobre seu entorno. A autoconsciência se forma em relação com a concepção de mundo, na própria atividade da pessoa e seus respectivos motivos. Na sociedade de classes, como a concepção de mundo se forma mediada por signos ideológicos, impregnados das ideias dominantes de seu tempo (ALMEIDA, 2008), a consciência sobre si e a autoconsciência ficam atravessadas pela ideologia.

3.2.2 Estrutura motivacional e emocional da personalidade

Como vimos, ainda que haja um substrato material para a atividade psíquica – o cérebro – a personalidade se faz na existência de cada ser humano. Conforme Leontiev (1978b),

De outro lado, tão logo se revelou que a expressão concreta das funções psicofisiológicas se modifica na dependência do conteúdo da atividade do sujeito. Contudo, a tarefa científica não consiste em constatar essa dependência (o que foi feito há bastante tempo em inúmeros trabalhos de psicólogos e fisiólogos), senão em investigar as transformações da atividade que conduzem a reestruturar o conjunto das funções psicofisiológicas cerebrais. (LEONTIEV, 1978b, p. 92).

Para tanto, é necessário entender a formação da estrutura motivacional e emocional da personalidade. Martins (2007, p. 108) esclarece que a **estrutura motivacional** da atividade compreende o conjunto de motivos construídos pelos indivíduos em decorrência das atividades que o colocam em relação com o mundo e que a **estrutura emocional** seria o sistema de relações mútuas entre o que é experimentado pelo indivíduo e os sentimentos mobilizados pela experiência.

Tal qual já citado, entende-se como atividade o processo que é estimulado e orientado por um motivo, no qual está objetivada uma ou outra necessidade (LEONTIEV, 1978b, p. 147). Assim, ao tomar a correlação entre as atividades, se está considerando a correlação entre os motivos e o como eles se hierarquizam.

De modo geral, as atividades exigem a mobilização de inúmeros processos internos e externos (TULESKI; EIDT, 2016), subordinados a fins parciais, aos quais denomina-se de **ações**. Segundo Leontiev (1978b), as ações surgem na história humana em consequência da vida em sociedade, em que há um trabalho coletivo, estimulado por um produto, que responde às necessidades deste coletivo e que se divide em resultados intermediários. Com isso há uma separação das funções que antes estavam unidas no motivo.

Portanto, a atividade se realiza por um conjunto de ações que estão subordinadas a fins parciais e que podem ser desassociadas do fim geral. Uma ação pode ter motivos diversos, assim como um mesmo motivo pode concretizar-se em diferentes fins.

Como dissemos logo acima, a manifestação subjetiva das necessidades que anteriormente já se objetivaram se dá como **desejos e tendências**. Os desejos e tendências destacam que uma necessidade apareceu ou foi satisfeita, além de regular a atividade humana motivando o surgimento, crescimento ou desaparecimento dessa necessidade. Entretanto, os desejos e tendências não são suficientes para a realização de uma atividade, sendo indispensável

um objetivo que sirva de estímulo e dê direção determinada à atividade por responder à necessidade (LEONTIEV, 1961/2017).

Aos objetivos que, refletindo no cérebro humano, excitam a agir e dirigem a ação para satisfazer uma necessidade determinada denomina-se de **motivo**. Leontiev (1961/2017) diferencia os motivos – tal como as necessidades – em naturais e superiores, sendo que estes podem ser materiais ou espirituais. As emoções cumprem o papel de sancionar positiva ou negativamente pois refletem a relação entre os motivos (necessidades) e o êxito ou a possibilidade de realização exitosa de uma atividade que responda a eles (LEONTIEV, 1978b, p. 154-155).

Parece-nos que, em termos psicológicos, a diferença entre os motivos geradores de sentido ou motivos eficazes e os motivos estímulo ou motivos ineficazes são os mais importantes em nosso trabalho³⁵. Os **motivos estímulo** ou ineficazes seriam aqueles particulares e estreitos, que atuam durante pouco tempo e segundo circunstâncias diretas (LEONTIEV, 1961/2017). Sua função, essencialmente sinalizadora, cumpre o papel de impulsionar a atividade (MARTINS, 2004). Os **motivos geradores de sentido** ou eficazes seriam os mais gerais e amplos, que atuam durante muito tempo e não dependem de situações casuais e imediatas (LEONTIEV, 1961/2017), que efetivamente permitem a atribuição do sentido pessoal à atividade. Nas palavras de Leontiev (1961/2017, p. 50), “A atividade que não tem um motivo geral e amplo carece de sentido para o indivíduo que a realiza”.

Considerando a não coincidência entre motivos e fins (objetivos) como a regra geral da atividade humana, Leontiev (1978b) pondera que nem sempre os motivos que condicionam seus atos são conscientes para o indivíduo.

Porém, os motivos não estão separados da consciência. Inclusive quando não se conhecem, isto é, quando o homem não se dá conta do que o estimula a executar umas ou outras ações, apesar disso eles encontram seu reflexo psíquico, porém em uma forma especial: na forma de tono emocional das ações. Este tono emocional (sua intensidade, seu signo, e sua característica qualitativa) cumpre uma função específica, o que exige que se diferenciem o conceito de emoção e o conceito de sentido pessoal. Entretanto, não é que sua falta de coincidência se dê desde o começo: é evidente que nos níveis inferiores os objetos da necessidade são precisamente “apontados” em forma direta pela emoção. Esta falta de coincidência surge somente como resultado

³⁵ Em nota de rodapé do texto de Leontiev (1961/2017), as tradutoras Longarezi e Franco esclarecem que ao longo de sua obra, o autor utilizou diferentes terminologias para designar os motivos. Elas destacam, de um lado: motivos dotantes de sentido, motivos que agem realmente, motivos realmente eficazes e motivos geradores de sentido; e de outro, motivos estímulo, motivos apenas compreendidos, motivos apenas compreensíveis e motivos ineficazes.

da *divisão de funções dos motivos*, que se opera durante o desenvolvimento da atividade humana. (LEONTIEV, 1978b, p. 157)

As atividades humanas complexas respondem a mais de uma necessidade e são impulsionadas por diversos motivos, isto é, como as atividades são polimotivadas, nelas coexistem os motivos-estímulo e os motivos geradores de sentido (LEONTIEV, 1978b). Os motivos das atividades se hierarquizam em um sistema único no qual cada um exerce um papel distinto e em que aparece um motivo principal. Para Leontiev (1978b, p. 158), os motivos geradores de sentido sempre ocupam um lugar hierárquico mais elevado, mesmo quando não possuem uma afetogênese direta. A hierarquia depende dos nexos que vão se constituindo na atividade e, do mesmo modo, os motivos não conscientes, marcados pelo tono emocional, têm também sua determinação na existência real, na atividade do ser humano no mundo objetivo.

De acordo com Leontiev (1978b), há um paradoxo no fato de os motivos só se revelarem à consciência objetivamente, por meio da análise da dinâmica da atividade, mas subjetivamente aparecerem em sua expressão indireta, como vivência do anseio, do desejo, da tendência para o fim/ objetivo.

À medida que os motivos se tornam conscientes, de acordo com Leontiev (1961/2017), é possível mudar sua influência sobre a conduta. Leontiev (1961/2017) fala sobre a possibilidade de transformação dos motivos apenas compreensíveis em motivos eficazes por meio da educação. Asbahr (2016) exemplifica com as crianças em idade escolar, cujos motivos iniciais para a atividade de estudo são predominantemente afetivos, como os relacionados com a busca de satisfazer os professores, podendo se transformar em motivos eficazes ao se transformarem em motivos predominantemente cognitivos. Do mesmo modo, é possível que motivos antes realmente eficazes se transformem em apenas compreensíveis, o que vemos ocorrer nas situações relatadas pelos participantes da pesquisa e que envolvem o sofrimento psíquico. Lucila, por exemplo, comenta sobre os estudos e cursos realizados para aprimorar seu trabalho como bancária, mas que, a partir do momento que passou a sofrer assédio moral e que não se viu mais reconhecida pela atividade de trabalho, deixa de motivá-la a investir em sua capacitação.

Leontiev (1978b) atenta ainda sobre a necessidade de analisar os vínculos sistêmicos internos para investigar a atividade. Isso porque se a atividade perde o motivo que a suscitou, se converte em uma ação, assim como uma ação pode ganhar força impulsora própria e passar a atividade. Em algumas atividades os elos são essencialmente internos, como a atividade cognitiva. Mas mesmo nesse caso podem haver ações exteriores. A ação pode se

transformar em meio para chegar a um fim passando a operação. A operação corresponde a outro componente da estrutura da atividade, qual seja, o modo de execução de uma ação, o que depende das condições em que ela se realiza (LEONTIEV, 1978b).

É importante diferenciar os motivos dos fins da ação, visto que o sentido – ou significado psicológico – depende de seu motivo e a depender do motivo que se tenha, o sentido se modifica. Para encontrar o sentido pessoal, é necessário descobrir qual o motivo correspondente.

Leontiev (1978a) explica que quando nascemos encontramos um sistema de significações que mediatizam o reflexo do mundo em nossa consciência. Este sistema é elaborado historicamente e dele nos apropriamos tal como os instrumentos. Entretanto, o autor enfatiza que o fato propriamente psicológico é qual o sentido pessoal que uma dada significação tem para mim, isto é, que eu a assimile ou não, em que grau e o que ela se torna em minha personalidade. O sentido, portanto, é antes de mais nada algo que se cria na vida, na atividade do sujeito (LEONTIEV, 1978a).

De um ponto de vista psicológico concreto, este sentido consciente é criado pela relação objectiva que se reflecte no cérebro do homem, entre aquilo que o incita a agir e aquilo para o qual a sua acção se orienta como resultado imediato. Por outras palavras, o sentido consciente traduz a relação do motivo ao fim. (LEONTIEV, 1978a, p. 97)

A consciência, entendida como forma qualitativamente particular de psiquismo, é resultante da vida social e em cuja base está o trabalho. A natureza da consciência, de acordo com Leontiev (1978b), subjaz nas peculiaridades da atividade humana. Por meio da atividade de trabalho, os seres humanos transferem ao seu produto as propriedades da atividade, que ficam impressas no produto, como em repouso. Ao mesmo tempo, a imagem consciente serve de medida ideal que se coisifica na atividade. Com o desenvolvimento da produção material e das formas de comunicação, a consciência humana vai se liberando do vínculo direto com a prática laboral imediata. Por isso, considera-se que a forma de existência da consciência é a linguagem (LEONTIEV, 1978b). No estudo da consciência, Leontiev (1978a) propõe três categorias explicativas, a saber: conteúdo sensível, significado social e sentido pessoal.

O conteúdo sensível cria a base e as condições de toda a consciência, compreendendo as sensações, imagens de percepção, representações. Graças ao conteúdo sensorial da consciência, o sujeito toma o mundo como existente não em sua consciência, mas fora dela, como objeto de sua atividade. As imagens sensoriais, nos seres humanos, adquirem um caráter significativo, com os significados (LEONTIEV; 1978a; 1978b).

Leontiev (1978b) cita alguns estudos realizados por ele e Zaporozhets com soldados feridos que ficaram cegos e tiveram as mãos amputadas, perdendo a sensibilidade tátil com os braços pela remoção de alguns tecidos. Notou-se que meses depois de terem sido feridos, estes soldados queixavam-se que os significados iam perdendo a referência objetiva, ou seja, apesar da comunicação verbal preservada, a ausência do controle visual e de movimentos manuais objetivos foram levando a uma perda do sentido da realidade. Consideramos estes estudos interessantes e que abrem algo a ser melhor investigado nos transtornos do humor. Nestes transtornos, não há uma alteração física nos sentidos, entretanto, poderíamos supor que há uma alteração no conteúdo sensível pelo modo como se processa a atividade – mais lenta ou aceleradamente – e seus impactos sobre os processos psíquicos em geral. Como as imagens psíquicas sensoriais são gestadas, como diz Leontiev (1978b), durante os processos da atividade, entendemos que quando há um predomínio da inatividade, como na depressão, há também um declínio das imagens sensoriais, o que pode tornar a referência objetiva dos significados na consciência mais nebulosa e contribuir para a perda do sentido da realidade.

A consciência individual pode existir unicamente na presença da consciência social e da linguagem, que é seu substrato real. No processo da produção material, os seres humanos produzem também a linguagem, que tem a função de meio de comunicação e é portadora dos significados socialmente elaborados nela fixados (LEONTIEV, 1978b, p. 78). O estudo dos conceitos ou significados é uma parte importante (embora não a única) do movimento geral da atividade, por investigar a assimilação pelo indivíduo dos modos de pensar elaborados pela humanidade.

Os significados refratam o mundo na consciência humana e, como diz Leontiev (1978b, p. 111), “nos significados está representada – transformada e comprimida na matéria da linguagem – a forma ideal de existência do mundo objetivo, de suas propriedades, vínculos e relações, descobertos pela prática social conjunta”.

Para Leontiev (1978b), a relação entre as metas e motivos das atividades são decisivas no plano psicológico. O autor explica que, no início da história da humanidade, quando os motivos da atividade eram comuns aos partícipes do trabalho coletivo, havia uma adequação direta dos significados como fenômenos da consciência individual. Com a divisão social do trabalho, os significados passam a ter uma vida dual, diferenciando o significado objetivo de seu sentido pessoal. Nas circunstâncias alienadas da sociedade de classes, a não coincidência entre os sentidos e os significados na consciência individual pode assumir um caráter de antagonismo. Segundo seu argumento, a eliminação da propriedade privada suprime essa oposição, mas a falta de coincidência entre eles se conserva. Isso tem sua raiz na

diferenciação da sensorialidade humana, capaz de separar as propriedades exteriores dos objetos e sua capacidade de satisfazer umas ou outras necessidades.

À diferença dos significados, os sentidos pessoais, o mesmo que a trama sensorial da consciência, não possuem uma existência ‘supraindividual’, ‘não psicológica’. Enquanto a sensorialidade externa vincula na consciência do sujeito os significados com a realidade do mundo objetivo, o sentido pessoal os vincula com a realidade de sua própria vida neste mundo, com seus motivos. *O sentido pessoal é o que cria a parcialidade da consciência humana.* (LEONTIEV, 1978b, p. 120)

Em razão da importância dos significados na formação da consciência, Vigotski (1934/2001) dedicou um importante estudo ao desenvolvimento do pensamento e da linguagem, no qual indica que há uma interpenetração entre o sentido e o significado na consciência, visto que eles se autoconstituem. Em suas palavras,

[Paulham] Mostrou que o sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata. Como se sabe, em contextos diferentes a palavra muda facilmente de sentido. [...] O sentido real de cada palavra é determinado, no fim das contas, por toda a riqueza dos momentos existentes na consciência e relacionados àquilo que está expresso por uma determinada palavra. (VIGOTSKI, 1934/2001, p. 465-466)

Leontiev (1978b, p. 121) acrescenta que o sentido pessoal é sempre o sentido de algo e que, na sociedade de classes, os sentidos pessoais podem não encontrar significados objetivos que os encarnem de maneira adequada e “começam a viver como se estivessem vestindo roupa alheia”. Isso ocorre porque a consciência opera por meio dos significados assimilados do exterior – e não elaborados por si mesma.

É isto o que cria a possibilidade de introduzir em sua consciência, de impor-lhe representações e ideias tergiversadas ou fantásticas, inclusive aquelas que não tem base alguma em sua experiência real, vital. Carentes desta base, põem de manifesto na consciência do homem sua instabilidade; ao mesmo tempo, se convertem em *estereótipos*, e como qualquer estereótipo podem exercer resistência, e os quais só podem ser destruídos por sérias confrontações vitais. (LEONTIEV, 1978b, p. 121)

Mesmo a destruição destes estereótipos não levaria, segundo Leontiev (1978b, p. 121), à eliminação desta desintegração da consciência, mas a um esvaziamento, capaz de se

converter em uma “catástrofe psicológica”. Assim, na consciência do indivíduo teria que se realizar a reencarnação dos sentidos pessoais subjetivos em outros significados mais adequados. Isso se daria, na sociedade de classes, na luta ideológica, que não se trata de mera escolha em uma “vitrine de significados”, mas de uma escolha entre posições sociais antagônicas e que se expressam e se apreendem por meio dos significados (LEONTIEV, 1978b, p. 122).

A aquisição de novos significados convertidos em sentidos está permeada por essa luta ideológica e constitui-se como uma mediação da consciência na constituição da personalidade e sua hierarquia de motivos.

Martins (2004) mostra que tanto os significados quanto os sentidos pessoais se afirmam como processos psicológicos mediadores da hierarquia de motivos e atividades, núcleo da estrutura motivacional da personalidade. Isto quer dizer que, na estrutura motivacional da personalidade, podem realizar-se movimentos de interpenetração entre significado e sentido pessoal, de produção do sentido a partir do significado, a proposição de novos sentidos pessoais a significados existentes ou a ruptura, a alienação entre significados e sentido pessoal.

A mediação da hierarquia de motivos está marcada por reações emocionais e sentimentos. As emoções teriam, para Leontiev (1978b), o papel de sinais internos, surgindo da relação entre necessidades, motivos e atividades. Com um caráter circunstancial, estariam assentadas na vivência da satisfação de necessidades orgânicas, ou primárias, bem como de reações relativas a sensações e percepções (MARTINS, 2004). Martins (2004) explica que os estados emocionais do ser humano têm uma história de desenvolvimento e, dada sua complexificação e diferenciação, passam a sustentar o sentido do experimentado, podendo organizar e desorganizar a atividade. As emoções passam a ter caráter de sentimento pela influência da cultura. Assim, os sentimentos têm uma natureza histórico-social, advindos de necessidades e vivências culturais e organizando-se em função das condições sociais de vida e das atitudes da pessoa diante de suas experiências (LEONTIEV, 1978b; MARTINS, 2004).

Silva (2011) sintetizou os aspectos considerados importantes no desenvolvimento emocional para a Psicologia Histórico-Cultural, passando pela transformação da emoção em função psicológica superior, por seu desenvolvimento parcial e pela apresentação de psicopatologias. Em síntese, a autora pontua que: as emoções se transformam conforme o indivíduo cresce e muda suas formas de se relacionar com o mundo e de acordo com as exigências decorrentes das relações sociais nas quais ele está inserido; as emoções permeiam todo o desenvolvimento humano, iniciando com características inatas e instintivas e desenvolvendo-se como função cultural, de acordo com a qualidade das mediações que possibilitam a apropriação dos instrumentos e signos culturais; assim como as demais funções

psicológicas, as emoções vão do interpessoal ao intrapsíquico com aumento do autocontrole das reações emocionais pela mediação do pensamento conceitual; o pleno desenvolvimento emocional depende do conhecimento produzido na história social humana e se reflete na educação e nas diversas formas de expressão artística (SILVA, 2011, p. 239-240).

Segundo Vigotski (1998b, p. 101), as emoções produzem alterações não só na estrutura do psiquismo como em toda a diversidade de conteúdo da vida psíquica e, nesse sentido, são fundamentais para a formação da estrutura da personalidade.

De acordo com Martins e Carvalho (2016), o uso que os autores precursores da Psicologia Histórico-Cultural fazem dos termos afeto, emoções e sentimentos não traz importantes distinções entre si. O que é fundamental é que em sua atividade na realidade, os seres humanos reagem frente aos objetos e fenômenos e estas reações condicionam a formação da imagem subjetiva da realidade na consciência. Para isso, mobiliza-se todo o sistema psíquico – sensações, percepções, atenção, memória, pensamento, linguagem, imaginação, emoções e sentimentos.

Para as autoras, as emoções teriam um caráter transitório e imediato, não subordinadas à volição, isto é, são intensas, profundas e circunstanciais. Os sentimentos se formam na unidade entre as manifestações emocionais e o pensamento, pela transformação das sensações emocionais em conceitos, que encerram juízos e podem ser ensinadas ou aprendidas. Os sentimentos conferem conteúdo às emoções e as emoções conferem sua tonicidade afetiva aos sentimentos, em uma relação de figura-fundo (MARTINS; CARVALHO, 2016).

Na dinâmica interfuncional, os processos assumem diferentes papéis em diferentes momentos do desenvolvimento e em sua dependência os indivíduos instituem suas vivências. Martins e Carvalho (2016, p. 707) definem vivência como “o experienciado pelo sujeito em face do objeto que culmina representado sob a forma de imagem subjetiva”.

Vigotski (1933-1934/2010) apresenta a categoria "vivência"³⁶ como uma unidade entre personalidade e meio social, que preserva as propriedades do meio social em que os indivíduos vivem e ao mesmo tempo revela as propriedades pessoais que diferenciam ou assemelham cada indivíduo. O autor pondera que o meio determina o desenvolvimento da criança através do modo pelo qual ela vivencia esse meio, como vemos na seguinte passagem:

³⁶ Toassa e Souza (2010) esclarecem que o conceito de vivência, tradução para o vocábulo russo *pereživânie*, atravessa a obra de Vigotski e assume alguns significados distintos. De modo geral, indica que a apreensão do real não é mera interpretação ou emoção, mas integra vários aspectos da vida psíquica (TOASSA; SOUZA, 2010). Este é um conceito usado cotidianamente na língua russa (BYTSENKO, 2005; SCHNAIDERMAN, 2006 apud TOASSA; SOUZA, 2010).

A vivência deve ser entendida como a relação interior da criança como ser humano, com um ou outro momento da realidade. Toda vivência é uma vivência de algo. Não há vivências sem motivo, como não há ato consciente que não seja ato de consciência de algo. Contudo, cada vivência é pessoal. (VYGOTSKI, 1933/2006d, p. 383)

O meio social não é para Vigotski (1933-1934/2010; 1933/2006d) somente uma circunstância que serve de cenário para a formação da personalidade, senão fonte de desenvolvimento. A apropriação da cultura conduz o desenvolvimento em uma ou outra direção, ao mesmo tempo em que a inserção social de cada indivíduo determina a amplitude e o caráter desse desenvolvimento, pois pode ampliar ou restringir a relação dos indivíduos com as diferentes dimensões do gênero humano, sua forma de vivenciar os acontecimentos e posicionar-se frente a eles. Isso quer dizer que se o meio social não propicia ou interdita a apropriação da cultura, em razão da alienação por exemplo, o desenvolvimento da personalidade também estará limitado.

Do mesmo modo, assim como uma pessoa pode não chegar a desenvolver capacidades potencialmente existentes no meio social, é possível que processos já formados retrocedam. Isto é particularmente evidenciado nos processos de sofrimento psíquico, quando há uma tendência para que os processos psíquicos se tornem menos mediados, isto é, mais imediatos, mais impulsivos.

As vivências são mediadas pelo sistema de significações sociais e a concepção de mundo embutida nesse sistema de conceitos afeta as vivências das pessoas, inclusive modificando os sentidos a elas atribuídos. No caso dos transtornos mentais, por exemplo, verificamos diferentes repercussões quando as vivências são significadas a partir dos conceitos médicos. É bastante comum que o processo de sofrimento psíquico venha acompanhado por uma sensação de incompreensão pela pessoa que o vivencia. A pessoa passa a se sentir de uma forma diferente e pela influência ideológica considera esta experiência de uma perspectiva individualizante, culpabilizando-se pelo próprio sofrimento, às vezes até envergonhando-se.

Nesse processo, inicialmente, vemos que é frequente uma dificuldade em relacionar a vivência, muito singular, com determinações mais gerais. Como discutido no segundo capítulo, o caminho produzido e reforçado em nossa sociedade para lidar com o sofrimento é a busca pelo diagnóstico médico e suas respectivas terapêuticas. Com isso, a concepção médica psiquiátrica contribui para generalizar a vivência e passa a mediar essa experiência singular, já que opera uma síntese. De algum modo, isso pode ajudar a pessoa a organizar aquelas experiências, muitas vezes incompreensíveis para ela, sob o título de transtorno mental, como

depressão ou bipolaridade. A partir daí, a pessoa pode atribuir um sentido para suas vivências – ideologicamente mediadas – podendo até contribuir para suportar esse sofrimento, pois vem acompanhada de prescrições médicas, além de a explicação biologicista aliviar a culpabilização da pessoa e de seus familiares. Entretanto, nesse mesmo movimento, como já analisavam Basaglia e Basaglia (1979/2005), ao transformar a loucura (ou como temos denominado aqui, o sofrimento psíquico) em doença, a psiquiatria a torna objeto de uma razão que a circunscreve e domina, obrigando-a a se expressar em sua própria linguagem. Isso quer dizer que se os conceitos médicos, por um lado passam a nomear (dar significado a) algo que a pessoa em sofrimento vivencia e antes não conseguia explicar; por outro lado, modificam significativamente a própria vivência. Um exemplo é que algumas pessoas passam a produzir sintomas e características que são consideradas próprias da depressão ou da mania e que antes não apresentavam, como que se adequando à categorização. Do mesmo modo, as terapêuticas também produzem mudanças nas vivências, tanto pela possibilidade de maiores níveis de autoconsciência, quanto pelos efeitos – positivos ou negativos – da intervenção farmacológica, por exemplo.

As vivências dependem, portanto, da história de cada pessoa. E a forma como a pessoa apreende cada situação, a partir dessa história e da mediação dos sentidos e significados, muda o modo como a situação a influencia. Em nossa pesquisa, o relato das vivências dos participantes se dá mediado pelos significados e carregado de seus sentidos pessoais, à luz do momento presente. Em nossas entrevistas, notamos inclusive como a reconstrução no tempo e no espaço de situações vivenciadas pela pessoa, por meio da narrativa, algumas vezes alteraram o sentido por elas atribuído a alguns eventos na relação com seu sofrimento atual. Isso mostra a importância, como destaca Vigotski (1934/2001), do desenvolvimento da fala interior, visto que ela reorganiza o psiquismo humano. Quando a fala interior se desintegra, se destrói, se produz também uma desordem no raciocínio da pessoa, prejudicando a tomada de consciência das vivências.

De acordo com Martins e Carvalho (2016), as inúmeras vivências do sujeito ganham intensidades e papéis distintos em sua vida, sendo algumas mais superficiais e casuais e outras capazes de modificar a atitude do sujeito na relação com o objeto por provocarem mudança do tono afetivo relacionado a este objeto. Nestas, denominadas de vivências afetivas, prevalecem as emoções ou os sentimentos.

as vivências afetivas comportam um sistema de sinais instituído por impressões, por marcas da experiência que se conservam como parâmetros, como modelos na memória em razão de seus matizes emocionais. A qualidade

desses matizes advém tanto do fato de determinadas estimulações induzirem modificações fisiológicas de bem-estar ou mal-estar quanto da relação imediata entre os motivos da atividade e seus resultados para o sujeito, unificando, portanto, componentes orgânicos e psicológicos. (MARTINS; CARVALHO, 2016, p. 707)

As autoras explicam ainda que a vivência afetiva compreende contínuas contradições que, resolvidas, dão origem a outras, fazendo da vida afetiva um contínuo movimento, marcado por oscilações entre maior e menor estabilidade tonal em relação ao experienciado. Entende-se, portanto, que a predominância de dados sentimentos pode conduzir a manifestações emocionais, tal qual comoções emocionais podem seguir-se de determinados sentimentos (MARTINS, CARVALHO, 2016).

Ademais, Martins e Carvalho (2016) evidenciam que a emoção não é um reflexo fossilizado nem uma força desorganizadora do comportamento, a ser contida ou reprimida; entretanto, para uma diretividade objetiva e cultural da ação humana, as emoções precisam ser reguladas. Para as autoras, se é equivocado o imperativo à sua repressão, como afirmaram Vigotski, Leontiev e Rubinstein, sua regulação se revela uma necessidade à vista da diretividade objetiva e cultural da ação humana, na qual os sentimentos exercem papel primordial.

Assim, a regulação das manifestações emocionais não se resolve a partir, meramente, do campo afetivo, determinando a formação qualitativamente superior da complexa personalidade humana, objetivo maior do desenvolvimento de todas as funções psíquicas superiores. (MARTINS; CARVALHO, 2016, p. 709)

E as autoras concluem que, para a regulação das emoções, é necessário o desenvolvimento do autodomínio da conduta, objetivo maior da formação de cada processo funcional em si e, conseqüentemente, do próprio sistema psíquico.

3.2.3 As crises do desenvolvimento

Conforme discutiremos de modo mais detalhado no capítulo cinco, o desenvolvimento humano é caracterizado por uma certa periodização, em que são produzidas as neoformações e gestadas as atividades-guia de cada período (TULESKI; EIDT, 2016).

Vygotski (1932/2006a, p. 258) define as crises, que se intercalam entre os períodos estáveis, como os pontos críticos, de virada no desenvolvimento, confirmando seu caráter dialético, com a passagem de um estágio ao outro por via revolucionária. Assim, a crise é entendida como parte do processo de desenvolvimento, no qual se realiza uma transição entre

dois períodos, baseada nos ganhos de desenvolvimento da pessoa no período anterior e a partir de que se exige uma mudança em sua situação social de desenvolvimento (TULESKI; EIDT, 2016). Vygotski (1932/2006b) afirma ainda que todas as idades críticas se caracterizam por um desenvolvimento impetuoso da vida afetiva.

No estudo da dinâmica das idades, Vigotski traz o conceito de situação social de desenvolvimento para explicar as mudanças na personalidade das crianças.

Ao início de cada período de idade a relação que se estabelece entre a criança e o entorno que a rodeia, sobretudo o social, é totalmente peculiar, específica, única e irrepetível para esta idade. Denominamos esta relação como *situação social de desenvolvimento*. A situação social de desenvolvimento é o ponto de partida para todas as mudanças dinâmicas que se produzem no desenvolvimento durante o período de cada idade. Determina plenamente e por inteiro as formas e a trajetória que permitem à criança adquirir novas propriedades da personalidade, já que a realidade social é a verdadeira fonte do desenvolvimento, a possibilidade de que o social se transforme em individual. (VYGOTSKI, 1932/2006b, p. 264)

Na situação social de desenvolvimento se originam as neoformações na personalidade, pela modificação da hierarquia interfuncional. Vygotski define como novas formações

o novo tipo de estrutura da personalidade e de sua atividade, as mudanças psíquicas e sociais que se produzem pela primeira vez em cada idade e determinam, no aspecto mais importante e fundamental, a consciência da criança, sua relação com o meio, sua vida interna e externa, todo o curso de seu desenvolvimento no período dado (VYGOTSKI, 1932/2006b, p. 254-255).

Estas neoformações requalificam o psiquismo da criança, pois não são produzidas pelo meio, mas pela relação que a criança estabelece com o meio social (VYGOTSKI, 1932/2006b; PASQUALINI, 2016).

De acordo com Chaiklin (2011), cada nova formação se organiza em uma situação social de desenvolvimento por uma contradição básica entre as capacidades atuais da criança (que se manifestam nas funções psicológicas verdadeiramente desenvolvidas), as necessidades e desejos das crianças e as demandas e possibilidades do ambiente. Para realizar sua atividade, busca superar essa contradição e se engaja em diferentes tarefas concretas e interações, que podem resultar na formação de novas funções ou no enriquecimento de funções já existentes.

A situação social de desenvolvimento, específica para cada idade, determina, regula estritamente todo o modo de vida da criança ou sua existência social. [...] Essas novas formações, que caracterizam em primeiro lugar a reestruturação da personalidade consciente da criança não são uma premissa, senão o resultado ou o produto do desenvolvimento da idade. As mudanças na consciência da criança se devem a uma forma determinada de sua existência social, própria da idade dada. Por isso as novas formações maturam sempre no final de uma idade e não no começo (VYGOTSKI, 1932/2006b, p. 264).

Em que pese sua dimensão criativa, de dar origem a uma nova fase de desenvolvimento, a crise é também destrutiva, ao desintegrar a situação social anterior e reorganizar o comportamento, exigindo o desaparecimento do velho para o surgimento do novo (TULESKI; EIDT, 2016). Vygotski (1932/2006b) atenta para a determinação das condições exteriores sobre o caráter concreto dos períodos críticos, ou seja, para o transcurso do desenvolvimento é necessário que o entorno social crie novas formas de lidar com a pessoa. Caso contrário, pode haver uma dificuldade em superar a crise.

Toassa e Souza mostram que

[...] nem sempre essa transformação é bem recebida pelo meio social – uma das razões para as potenciais crises de desenvolvimento, que evidenciam (via de regra) o não acolhimento das novas capacidades conscientes da criança pelo referido meio. A criança vivencia sua realidade de um modo qualitativamente superior com relação à idade antecedente, mas não tem a possibilidade de efetivar seus novos interesses e capacidades. (TOASSA; SOUZA, 2010, p. 768)

Leontiev (1972-1981/2006) acrescenta que, na transição de uma idade a outra, revelam-se contradições entre o modo de vida e as potencialidades de ação e apropriação do mundo pelo ser humano. Com isso, produzem-se mudanças no desenvolvimento humano, que podem ocorrer de forma brusca e impetuosa³⁷.

Com base nos aspectos apresentados, percebemos aspectos em comum entre as crises do desenvolvimento e os momentos críticos da depressão e da bipolaridade. Essas relações serão retomadas no sexto capítulo.

³⁷ Leontiev (1972-1981/2006, p. 67) apresenta uma concepção diferente de Vigotski, entendendo as crises por essas mudanças que ocorrem de modo brusco e impetuoso. Assim, para ele, as viradas qualitativas, chamadas de momentos críticos é que seriam inevitáveis, enquanto as crises representariam um momento crítico que não se deu em seu tempo.

3.3 As alterações patológicas na personalidade

Neste item, apresentamos brevemente alguns parâmetros para a análise do sofrimento psíquico na dinâmica da personalidade. Como já apresentado, toma-se o psiquismo humano não como uma formação inata, mas que se forma ao longo da vida nas relações sociais, por meio da atividade. Do mesmo modo, a forma de funcionamento da atividade psíquica já desenvolvida pode passar por alterações, se desintegrar ou mesmo se recuperar.

Nos transtornos do humor aqui estudados, nota-se uma tendência na atividade psíquica como um todo: na depressão, uma diminuição ou ausência da atividade psíquica, levando a alterações não apenas em funções psicológicas específicas, mas em todo o sistema; na mania, percebe-se uma aceleração e desorganização global da atividade psíquica com inibição no autocontrole da atividade. Mas como ocorrem esses processos na dinâmica singular de cada personalidade?

3.3.1 Os sistemas psicológicos e as alterações na hierarquia das funções

Vigotski, Luria e Leontiev dedicam vários estudos e escritos para a análise do desenvolvimento das funções psicológicas (VYGOTSKI, 1931/2000; LEONTIEV, 1978a; LURIA, 1979). Nestes estudos, diferenciam as funções psicológicas elementares, tidas como naturais, herdadas pelos indivíduos de sua espécie e caracterizadas fundamentalmente por peculiaridades biológicas, das funções psicológicas superiores, que nascem ou se transformam com o desenvolvimento histórico-social e reorientam toda a conduta humana. Segundo Vigotski (1930/1999a), estas são síntese de processos psíquicos e de processos fisiológicos, em cujo desenvolvimento assume papel central a linguagem. Como diz Luria (1979, p. 81-82), "A importância da linguagem para a formação da consciência consiste em que ela efetivamente *penetra em todos os campos da atividade consciente do homem*, eleva a um novo nível o desenrolar dos seus processos psíquicos", na percepção, na atenção, na memória, na imaginação, no pensamento, nas emoções e na relação entre elas.

Entretanto, seria um grande equívoco tomar essas funções e seu respectivo desenvolvimento como processos isolados uns dos outros, sem que uns modificassem o curso dos demais. As funções psicológicas não se desenvolvem de forma independente umas das outras, mas se articulam em um sistema psicológico, em que a cada momento do

desenvolvimento da personalidade se produz com uma hierarquia distinta, de acordo com a situação social de desenvolvimento e com as neoformações correspondentes.

Vigotski admite que

A idéia principal (extraordinariamente simples) consiste em que durante o processo de desenvolvimento do comportamento, o que muda não são tanto as funções, tal como tínhamos considerado anteriormente (era esse nosso erro), nem sua estrutura, nem sua parte de desenvolvimento, mas o que muda e se modifica são precisamente as relações, ou seja, o nexos das funções entre si, de maneira que surgem novos agrupamentos desconhecidos no nível anterior. É por isso que, quando se passa de um nível a outro, com frequência a diferença essencial não decorre da mudança intrafuncional, mas das mudanças interfuncionais, as mudanças nos nexos interfuncionais, da estrutura interfuncional. (VIGOTSKI, 1930/1999b, p.105)

Ganha centralidade na idade de transição – que é como Vigotski denomina a adolescência – o pensamento conceitual, que reorienta a atividade interfuncional, modificando desde as sensações até o processo imaginativo. Assim, entende-se que a partir da idade de transição o pensamento por conceitos terá um papel muito significativo no desenvolvimento da personalidade humana. Vigotski (1934/2001) entende a formação de conceitos como um processo vivo e complexo de pensamento com função de assimilar, comunicar, entender e resolver algum problema.

O autor acrescenta que “[...] o homem pode com certeza reduzir a um sistema não apenas funções isoladas, mas também criar um centro único para todo o sistema” (VIGOTSKI, 1930/1999b, p. 134). Almeida (2006) explica que esse centro único se desenvolve na ontogênese e caracteriza a personalidade para-si, dando ao indivíduo a percepção integrada, totalizada do psiquismo, em seus aspectos biológicos e culturais.

Vygotski (1931/2006a, p. 11) argumenta que as funções psicológicas do ser humano, em cada etapa do desenvolvimento, não são anárquicas nem automáticas, mas estão regidas, dentro de um certo sistema, por determinadas aspirações, atrações e interesses sedimentados na personalidade. Essas, que são forças motrizes do comportamento, mudam a cada etapa do desenvolvimento e consistem na chave da psicologia das idades.

Do mesmo modo, nos processos patológicos, essa hierarquia e, portanto, o papel que cada função cumpre no sistema psicológico se modificam. Nessa direção está a formulação de Vigotski, quando ele diz que

A diferença entre o doente mental e o saudável e entre diferentes doentes mentais não está tanto em que a) as leis da vida psíquica dos doentes mentais

são violadas ou b) têm algo (novas formações) que não têm os saudáveis (tumor). Ou melhor, os saudáveis têm o mesmo que têm os doentes: delírios, suspeitas. 'Beziehungswahn', idéias fixas, medo, etc. Mas o papel de tudo isso, a hierarquia de todo sistema é diferente. Isto é, outra função, que não aquela que está em nós, destaca-se em primeiro plano e recebe funções reguladoras. Não é a loucura que diferencia o doente mental de nós, mas o fato dele acreditar neste delírio, obedecer, enquanto nós não". (VIGOTSKI, 1929/2000, p. 38)

Ademais, inclusive o que se considera delírio varia de uma sociedade para outra, conforme o que seja validado socialmente. Ratner (1995) esclarece que cada ato pode ser considerado ou não psicótico a depender de seu caráter sócio-psicológico. Ele exemplifica com práticas sociais como a religiosa, quando as pessoas afirmam comunicarem-se com deus, ouvirem sua voz e dizerem que sabem que deus teria agido de maneira certa, sendo que não há um referente empírico para a crença em deus. Da mesma maneira, com os adolescentes que desenvolvem relação fantasiosa com pessoas famosas, conversando com suas fotografias, sentindo que participam de suas vidas etc. Nestes casos, não se pode considerar tais comportamentos como psicóticos.

A razão por que não o são é o fato de serem socialmente institucionalizadas e psicologicamente demarcadas. Isso lhes dá certa solidez e as mantém sob controle do agente. Se os mesmos delírios carecessem de validação consensual (expressão de H. S. Sullivan), tivessem livre curso, fossem irreprimíveis e interferissem com os objetivos pessoais do indivíduo e com as interações sociais, elas seriam psicóticas. (RATNER, 1995, p. 207)

Ou seja, como salientou Vigotski (1929/2000), ainda que não haja diferenças importantes nas funções psicológicas em si entre aqueles que estão em sofrimento psíquico e os que não, a hierarquia do sistema é diferente e, portanto, o papel regulador das funções na relação umas com as outras se altera. Uma questão central para diferenciar os processos patológicos seria, então, a autoregulação – o controle – da pessoa sobre esses processos, produzindo obstruções em seus modos de andar a vida, tal qual definido por Canguilhem (1943/1995).

Entretanto, do mesmo modo que o sofrimento advém da vivência de situações que impactam negativamente a pessoa, é possível que o sistema se reorganize de modo a superar ou compensar o que foi alterado, visto que a pessoa se mantém em atividade no meio social – esteja ela diminuída, aumentada ou desorganizada. No entanto, para isso, são necessárias mediações culturais que favoreçam tais processos de superação.

3.3.2 As contribuições da patopsicologia

Na esteira dos estudos de Vigotski, Luria e Leontiev, a psicóloga lituana Bluma Zeigarnik propõe a patopsicologia, uma disciplina psicológica dos transtornos mentais, entendendo-os como alterações da atividade psíquica, em termos qualitativos. Tal disciplina opera com conceitos e categorias psicológicas (como atividade, motivação-necessidade, personalidade) e não médicos (ZEIGARNIK, 1979; SILVA, 2014).

Faremos aqui uma exposição geral bem introdutória da patopsicologia, por sua significativa contribuição à Psicologia Histórico-Cultural. Mas a análise da depressão e da bipolaridade à luz desses fundamentos será realizada no capítulo seis.

Para Zeigarnik (1981, p. 8), o ponto de partida da patopsicologia são as leis de desenvolvimento, bem como as leis de desagregação da atividade psíquica e das propriedades da personalidade. Zeigarnik (1981) recupera alguns postulados de Vigotski que baseiam as investigações na patopsicologia, dentre as quais destaca: 1) o cérebro humano organiza suas funções por princípios distintos dos que regem os animais; 2) o desenvolvimento das funções psíquicas superiores não é determinado somente pela morfologia do cérebro ou pela maturação de estruturas cerebrais, mas as funções se formam durante toda a vida e são resultado do estudo, educação, relações e assimilação da experiência da humanidade; 3) lesões em determinadas regiões do córtex não têm o mesmo resultado nas distintas etapas do desenvolvimento psicológico.

Como elucidam Silva e Tuleski (2015), a patopsicologia experimental aborda os transtornos mentais como alterações da atividade mental, considerando seu caráter histórico e dependente das relações sociais e fundamentada no materialismo histórico-dialético. Baseada nos estudos de Leontiev, Luria e Vigotski – muitos dos quais citavam a afasia, a esquizofrenia, o mal de Alzheimer, a doença de Parkinson, a doença de Pick – Zeigarnik desenvolveu um campo de estudo experimental com destaque para o papel das apropriações sociais no desenvolvimento (SILVA, TULESKI, 2015).

O método experimental da patopsicologia apresenta três objetivos para o experimento psicológico: objetivar o diagnóstico diferencial, analisar a estrutura da alteração do processo e investigar o grau de alteração da atividade mental (GOLDER, 1986; ZEIGARNIK, 1965 apud SILVA, TULESKI, 2015).

Assim, muito diferente da concepção da psiquiatria com a tipificação dos transtornos de personalidade, Zeigarnik (1981) analisa as alterações da personalidade com base

em suas categorias psicológicas centrais, como o processo de mediação, a ordenação dos motivos, a formação de significações, o controle do comportamento.

De acordo com Silva (2014), há três aspectos centrais para a patopsicologia: tomar os processos mentais como atividades; a relação entre biológico e psicológico; e a relação entre desenvolvimento e desintegração do psiquismo. A esse respeito, reiteramos a unidade biológico social no desenvolvimento psíquico e a assertiva de Vigotski de que o desenvolvimento anormal lança luz sobre o desenvolvimento normal.

Zeigarnik (1981, p. 9) afirma que

Os dados das investigações psicopatológicas adquirem singular importância ao analisar a estrutura dos motivos e necessidades. [...] a enfermidade psíquica ao destruir e falsear a sucessão de motivos e ao diminuir sua função na formação de significados, nos proporciona valiosíssimos fatos reais para a comprovação e demonstração dos postulados teóricos da psicologia geral. Isto é possível porque a enfermidade mental com frequência conduz não somente à destruição dos processos já formados de motivos e necessidades, senão também à formação de novos motivos (ainda que patologicamente alterados) aparição de novas propriedades e aspectos da personalidade.

Tendo isso em vista, Zeigarnik (1981) define as alterações da personalidade pelo estreitamento dos interesses da pessoa, diminuição de suas necessidades, pela indiferença frente ao que antes a inquietava, pela perda de finalidade de suas ações e quando seus atos se fazem ilógicos, por deixar de regular sua conduta e não estar em condições de valorar adequadamente suas possibilidades (ZEIGARNIK, 1981; ALVAREZ, 2003).

Devemos ter cuidado para não supor que a enfermidade, por si mesma e deslocada da totalidade do indivíduo, leva a todas as alterações na personalidade. Isso porque, como já expusemos longamente, entendemos que a saúde-doença é socialmente determinada e singularmente vivenciada e o meio social cumpre importante papel nesse processo. Assim, as pessoas em sofrimento, a partir do momento em que passam a precisar de cuidado em saúde mental (inclusive com experiências de internação, uso de psicofármacos etc.) estabelecem relações com outras pessoas e grupos no meio social, que podem contribuir para potencializar ou dificultar seu desenvolvimento. Somente para dar um exemplo, é diferente o transcurso do tratamento a depender de como as relações com os familiares se estabelecem como potencializadoras ou não de desenvolvimento – ajudando na manutenção de relações ou dificultando-as e isolando cada vez mais a pessoa em sofrimento. Do mesmo modo, quando se afirma a possibilidade de compensação dos processos psicológicos alterados pelo sofrimento, isso depende significativamente das possibilidades oportunizadas pelo meio social.

Sem desprezar as significativas contribuições de Zeigarnik, nos deparamos também com alguns limites da sua abordagem, pelo menos nos textos a que temos acesso. A autora explica de forma coerente as enfermidades psíquicas em sua gênese, revelando os processos psíquicos que envolvem as patologias. Mas, em nossa opinião, muitas vezes não estabelece relações mais amplas com as determinações sociais do processo de adoecimento. Sobre um caso de alcoolismo, Zeigarnik (1981) explica os mecanismos psicológicos pelos quais o álcool, que não figura entre as necessidades humanas naturais e cujo uso inicialmente se mostrava motivado pelos contatos interpessoais em comemorações, passa a uma nova necessidade, patologicamente alterada, motivando o seu uso como atividade independente, já não relacionado com os contatos interpessoais nem com as comemorações. No exemplo da anorexia nervosa citado pela autora, temos o inverso, uma necessidade vital – de alimentação – é deliberadamente ignorada, tendo em vista a correspondência a um ideal de beleza que privilegia os corpos magros aos quais não se está amoldada. Em ambos os exemplos, ficam claras as alterações na estrutura da personalidade, com o deslocamento e alteração do conteúdo dos motivos na atividade. E essa parece ser a análise privilegiada por Zeigarnik, o que, sem dúvida, nos traz contribuições muito significativas. Entretanto, a exceção da anorexia, quando se refere aos padrões sociais de beleza como determinantes na conduta da abstinência de comida, não encontramos nos estudos de Zeigarnik por nós analisados, outras discussões que remetessem à determinação social. Cabe-nos, portanto, buscar essas conexões, com base nas explicações mais profundas do sofrimento psíquico, especificamente da depressão e da bipolaridade. A título de exemplo, nas histórias de vida dos participantes de nossa pesquisa, percebemos que os conflitos no trabalho, as questões familiares, os requisitos de produtividade social, a exigência de adequação a determinados padrões de gênero, as situações de violência etc. tiveram papel central na determinação de seu sofrimento.

Um aspecto que nos parece importante na análise das alterações da personalidade em sofrimento é uma debilidade no autodomínio da conduta. Em que pesem as diferenças expressas nas diferentes apresentações do sofrimento, observamos que de modo geral os processos passam a ser mais imediatos e impulsivos. Isso parece concordar com a ideia de Canguilhem (1974/1995), exposta no primeiro capítulo, sobre a patologia obstruir a normatividade, isto é, a capacidade da pessoa de instituir novas normas e modificá-las de acordo com os processos da vida. Igualmente, aproxima-se da formulação de Kinoshita et al (2016) quando dizem que para a pessoa em sofrimento colocam-se obstáculos em que as mediações não são efetivas na preservação de unidade e que levam a pessoa a uma estagnação e à

percepção ou sentimento da iminência de decomposição. Ou seja, há uma dificuldade na criação ou preservação dessas mediações, isto é, no autodomínio da conduta.

Os prejuízos no autodomínio da conduta contribuem para desorganizar a dinâmica da personalidade e da vida como um todo. Entre os relatos dos participantes de nossa pesquisa, aparece a debilidade das mediações no controle do comportamento – explosivo, agressivo – característico dos episódios de mania. De outro lado, aparece também a dificuldade na criação de mediações para realização de ações impulsionadas pela vontade, nos episódios depressivos.

As alterações na dinâmica da personalidade características da depressão e da bipolaridade serão tratadas de forma mais detalhada no sexto capítulo. Por enquanto, como já dissemos, sublinhamos alguns conceitos e aspectos gerais da concepção da Psicologia Histórico-Cultural a respeito das alterações patológicas da personalidade presentes no sofrimento psíquico. Para a análise com mais detalhamento, é necessário trazer a trajetória percorrida no trabalho.

CAPÍTULO 4 – O PERCURSO METODOLÓGICO

“Vivendo, se aprende; mas o que se aprende, mais, é só a fazer outras maiores perguntas.”

(Guimarães Rosa, Grande sertão: veredas)

No caminho traçado inicialmente para essa pesquisa, aparentemente bem definido, descobrimos uma série de obstáculos, previstos e imprevistos, a serem enfrentados. Para lidar com essas questões, recuperamos alguns pressupostos teórico-metodológicos que nos serviram de base, para que as considerações resultantes desse estudo possam ser avaliadas à luz destes pressupostos.

É muito conhecida a 11ª tese de Marx sobre Feuerbach: "Os filósofos apenas *interpretaram* o mundo de diferentes formas; porém, o que importa é *transformá-lo*." (MARX; ENGELS, 1845-1846/2007, p. 539). Este parece um bom ponto de partida para a primeira questão, aplicável não só ao nosso, mas a qualquer objeto de estudo. Para que realizar esta investigação? Porque é necessário transformar a realidade. A realidade que produz sofrimento psíquico em proporções tão preocupantes e crescentes, que obstrui o desenvolvimento humano, favorecendo o adoecimento dos indivíduos em detrimento da acumulação privada de riquezas. E é esta convicção que nos move e nos faz continuar, mesmo em meio a tantas intempéries, acreditando em nosso trabalho como parte de um esforço coletivo de produção e sistematização teórica sobre esse fenômeno.

Nas mesmas *teses sobre Feuerbach*, Marx (1845/2007) traz os limites da contemplação, dando ênfase à prática como forma de conhecimento. Para transformar a realidade, é preciso agir sobre ela. No entanto, se esta prática for irrefletida pode levar a resultados distantes do desejado. Para transformar o mundo, produzindo um devir conforme certa intencionalidade, é necessário conhecer suas leis de desenvolvimento, buscando entender o máximo possível os efeitos que as ações podem vir a ter.

Apesar da necessidade incontestável de conhecer a realidade para transformá-la conforme um propósito, tal propósito não está condicionado apenas pela vontade abstrata dos indivíduos e grupos sociais. Como ressalta Germer (2009, p. 79) “se o ser humano puder identificar com precisão as leis de desenvolvimento da sociedade, poderá promover seu desenvolvimento de modo deliberado, o que não significa arbitrariamente, pois está sujeito aos limites impostos por essas leis.”. Isso nos remete à clássica formulação de Marx (1852/2002, p. 21): “Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob

circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado".

São, portanto, os próprios seres humanos que produzem a história, ainda que de modo não consciente. Ao inserirmo-nos nesse movimento de forma mais consciente, devemos ser capazes de provocar transformações mais condizentes com determinado projeto. Reforçamos, pois, de antemão, nosso compromisso com um projeto de emancipação humana, conquistado por meio de uma revolução social, que tenha como protagonista a classe trabalhadora.

Feitas essas observações iniciais, advertimos que não é intenção desse trabalho dissertar sobre o método do materialismo histórico-dialético. Estaremos satisfeitas se conseguirmos fazer uso rigoroso do método trazendo luz e contribuindo com o projeto coletivo de entender melhor o sofrimento psíquico – que tem existência real independente de nossa pesquisa – em algumas de suas expressões, a depressão e a bipolaridade. Segue, portanto, uma breve sistematização dos aspectos considerados essenciais a este trabalho.

4.1 Breves considerações sobre o método do materialismo histórico-dialético

O método do materialismo histórico-dialético tem como objetivo a reprodução ideal, no pensamento, do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa (NETTO, 2011) em busca de um conhecimento orientado para a transformação social (MARTINS, S. T. F., 2005).

A despeito de algumas deformações positivistas e neopositivistas do método de Marx (NETTO, 2011), que levam a concepções deterministas, a perspectiva da totalidade é fundamental para explicar a realidade social em seus diversos aspectos.

Ademais,

[...] para ambos [Marx e Engels], *o ser social* – e a sociabilidade resulta elementarmente do *trabalho*, que constituirá o modelo da *práxis* – *é um processo, movimento* que se dinamiza por *contradições*, cuja superação o conduz a patamares de crescente complexidade, nos quais novas *contradições* impulsionam a outras superações. (NETTO, 2011, p.31, grifos no original)

Sendo assim, em nossa investigação devemos captar a constituição de algumas formas específicas de apresentação do sofrimento psíquico em seu movimento e em suas contradições.

Marx (1859/1982, p. 14) localiza o ponto de partida do conhecimento no real e concreto, apreendidos inicialmente como uma "representação caótica do todo". Por meio da *análise* é que se chega a conceitos cada vez mais simples, passando a abstrações, a partir de onde se retorna com uma "rica totalidade de determinações e relações diversas". Com isso, afirma que "as determinações abstratas conduzem à reprodução do concreto por meio do pensamento" e que "O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso." (MARX, 1859/1982, p. 14).

Nesta pesquisa, no entanto, temos um acúmulo teórico-prático pretérito sobre o objeto de estudo que, ainda que possa ser parcial e enviesado ideologicamente, precisa ser apropriado, até para que seja superado. Além disso, tomamos os pressupostos do materialismo histórico-dialético, que orientam uma determinada forma de analisar o sofrimento psíquico na relação com a totalidade.

Ainda que a produção e reprodução da vida sejam, em última instância, determinantes para o curso da história, não são os únicos fatores a influenciá-la. Com isso, Marx e Engels previnem contra perspectivas reducionistas e atentam para a realidade como síntese de múltiplas determinações (ENGELS, 1890/s/d; NETTO, 2011).

As categorias situam-se, dentro desse arcabouço, como expressões das relações concretas. Marx (1846/1984) salienta que do mesmo modo que os seres humanos produzem as relações sociais de acordo com a sua realidade material, produzem também as ideias, as categorias, que são a expressão abstrata, ideal, dessas mesmas relações sociais. "As categorias são, portanto, tão pouco eternas quanto as relações que elas expressam. Elas são produtos históricos e transitórios" (MARX, 1846/1984, p. 438).

Para o autor,

as categorias exprimem portanto formas de modos de ser, determinações de existência, frequentemente aspectos isolados dessa sociedade determinada, desse sujeito, e que, por conseguinte, essa sociedade de maneira nenhuma se inicia, *inclusive do ponto de vista científico*, somente a partir do momento em que se trata dela *como tal*. (MARX, 1859/1982, p. 18)

Assim, a categoria mais simples pode exprimir relações dominantes de um todo menos desenvolvido ou relações subordinadas de um todo mais desenvolvido e, portanto, o curso do

pensamento abstrato que se eleva do mais simples ao complexo corresponde ao processo histórico efetivo (MARX, 1859/1982). Por sua vez,

[...] até as categorias mais abstratas – precisamente por causa de sua natureza abstrata –, apesar de sua validade para todas as épocas, são, contudo, na determinidade dessa abstração, igualmente produto de condições históricas, e não possuem plena validade senão para essas condições e dentro do limite destas. (MARX, 1859/1982, p. 17)

Vigotski (1927/1999c) parece concordar com essa proposição e acrescenta que em todo conceito científico – por mais abstrato que seja – há sempre um sedimento da realidade concreta da qual surgiu, bem como em todo fato científico isolado – por mais empírico que seja – já se encerra uma abstração primária, pois já é reconhecido dentro de determinado sistema.

Enfrentamos, pois, nesta tese, o desafio de encontrar as categorias conceituais que melhor expliquem nosso objeto de estudo. Para tal, recuperamos algumas teses fundamentais da epistemologia marxiana sistematizadas por Martins (2001): 1) a afirmação da concreticidade aparente do fenômeno imediatamente perceptível; 2) a mediação das abstrações pelo pensamento para representar o objeto em sua síntese; 3) o processo de análise como via para a produção das abstrações pelo pensamento, entendidas como totalidades menores; 4) o reconhecimento de que os fenômenos em sua concretude existem fora e independente da consciência e do pensamento humano.

Desse modo, pelo contato com um concreto real e empírico, representado pelos indivíduos em sofrimento psíquico, sua conduta, atividade e funções psicológicas foram apreendidas inicialmente por meio de observações e nas entrevistas grupais e individuais. Esse contato inicial era já mediado por um sistema de conceitos, a partir do qual buscamos a mediação de outras abstrações, desde o início e cada vez mais intensa e sistematicamente ao longo da pesquisa e por meio dos quais fomos desenvolvendo nossa análise.

Ainda sobre esse processo de elaboração do conhecimento, o epidemiólogo equatoriano Breilh, fundamentado no materialismo histórico-dialético, diz que

O método científico se desenvolve por um processo dialético, onde a dedução e a indução, a análise e a síntese, a teorização e a observação empírica avançam em unidade e movimento até construir, de acordo com as leis objetivas dos processos da realidade que constituem o objeto, um reflexo objetivo da realidade, de seus determinantes e de suas possibilidades de transformação. É na fase de verificação onde se demonstra a consistência dos argumentos da hipótese segundo a correspondência dialética com o comportamento fenomênico e a prática transformadora. (BREILH, 1979/1991, p. 191)

Com isso, afirma-se que nosso método não privilegia apenas um dos polos entre dedução e indução ou entre análise e síntese, senão considera que o método científico necessita de todos estes processos a fim de apreender as leis da realidade. Além disso, Breilh destaca na passagem acima que a validação do conhecimento científico se dá pela prática social. Isto quer dizer que, tal como a realidade, o conhecimento está em permanente movimento e que a forma de verificar se dado conhecimento corresponde ao fenômeno estudado se dá quando a ação prática na realidade resulta na transformação enunciada teoricamente.

Nesta direção, e buscando traduzir estes fundamentos em metodologia de pesquisa, Martins (2001) organiza três princípios que orientaram seu estudo sobre a formação da personalidade do professor a partir do relato biográfico de uma professora, e que buscamos seguir em nossa pesquisa: 1) o papel ativo do pesquisador na interpretação do objeto estudado, com o objetivo da produção do conhecimento; 2) o caráter dinâmico e interativo do processo relacional pesquisador-pesquisado; 3) a legitimidade da construção do conhecimento a partir da singularidade, neste caso, a personalidade, ao ser tomada na relação singular-particular-universal.

Em relação ao primeiro princípio, Martins explica algo fundamental em nossa pesquisa, pois

[...] partimos da narrativa biográfica, que apresenta-nos uma representação geral, inicialmente “nebulosa” sobre o processo de personalização de seu narrador. Esta narrativa constitui o objeto da análise, a ser implementada pela integração entre as categorias teóricas de base e os dados objetivos da vida narrada. Por esta análise torna-se possível a decodificação e a reconstrução, pela reflexão do pesquisador, das múltiplas relações entre os dados que compõem a biografia. Uma vez identificados os pontos essenciais que sustentam o processo de personalização, torna-se possível o “caminho inverso”, ou por outra, a elaboração da síntese pela qual (re)elabora-se no plano teórico a biografia, compreendida então, na totalidade de sua concreticidade histórico social (MARTINS, 2001, p. 130).

Em nosso caso, buscaremos reconstituir o processo de sofrimento, na forma dos chamados transtornos do humor, em sua relação com a totalidade da vida destes indivíduos.

No que se refere ao segundo princípio, a autora destaca, trazendo reflexões de Duarte (2000 apud MARTINS, 2001), que é ao elevar e superar, dialeticamente, a própria singularidade, que o pesquisador consegue adentrar o universo intelectual, linguístico e emocional do pesquisado sem se deixar dominar por ele. Nesse processo, muitas vezes, como veremos na descrição de nossa pesquisa, o próprio lugar de pesquisadora é colocado em

questão, tornando necessário responder a certas demandas próprias do contexto em que se dá a pesquisa, em nosso caso, um serviço de saúde mental, e do momento de cada participante. Por se tratar de um relato de história de vida por pessoas que estão em sofrimento, foi necessário estabelecer uma relação de confiança entre a pesquisadora e os participantes, assim como manter uma postura de acolhimento e abertura a mudanças na proposta prevista para alguns encontros, de acordo com o momento no processo de sofrimento dos participantes.

Quanto ao terceiro princípio, interessa dizer que "o singular não existe em si e por si mesmo, e sua análise só se revela possível a partir do reconhecimento de suas relações com a totalidade, com a universalidade. Estas relações por sua vez, expressam-se nas determinações particulares, produtos do desenvolvimento histórico-social" (MARTINS, 2001, p. 133).

Por sua importância em nossa discussão, deteremo-nos um pouco mais sobre essa questão. Conforme exposto por Pasqualini e Martins (2015), Lukács trará importantes contribuições, mostrando, em primeiro lugar, que a dialética entre singular-particular-universal é uma propriedade objetiva dos fenômenos, a ser captada no processo de conhecimento.

Conforme destacado pelas autoras, "a singularidade se refere às definibilidades exteriores irrepetíveis do fenômeno em sua manifestação imediata, acessível à contemplação viva" (PASQUALINI; MARTINS, 2015, p. 364), ou seja, está na dimensão da aparência fenomênica. Ao mesmo tempo, a singularidade contém determinações universais, expressando, portanto, em alguma medida, a universalidade. A universalidade, por sua vez, remete aos traços essenciais, às determinações universais de um fenômeno, nas quais se revelam as conexões internas e as leis gerais de movimento de um fenômeno. E a particularidade diz respeito às mediações pelas quais a universalidade se materializa na singularidade, condicionando o modo de ser do singular (PASQUALINI; MARTINS, 2015). Oliveira (2005) nos chama a atenção para a importância da particularidade, por se constituir em mediações que explicam os mecanismos que interferem decisivamente no modo de ser da singularidade, pois é por meio delas que a universalidade se concretiza na singularidade.

Pode-se dizer, então, que o universal se especifica em particularidade e, no processo de conhecimento, temos um grande desafio, qual seja, o de "transformar a universalidade abstrata em uma totalidade concreta de determinações particulares que se vincula com a natureza específica da singularidade" (PASQUALINI; MARTINS, 2015, p. 367).

Ao tratar da particularidade, Pasqualini e Martins (2015) trazem o conceito de tipicidade de Lukács, segundo o qual algumas trajetórias individuais típicas expressam as dinâmicas e conflitos de seu tempo, remetendo a traços essenciais de outras singularidades construídas na dialética entre o indivíduo e as tendências histórico-sociais de seu tempo e do

gênero humano. Por isso, desde a seleção dos participantes da pesquisa buscamos identificar algumas trajetórias típicas, que pudessem nos dar luz, por meio de seus traços singulares àquelas tendências de nosso tempo e do gênero humano. Na análise dos relatos trazidos pelos participantes de nossa pesquisa, buscamos identificar esses traços essenciais da trajetória típica de pessoas com depressão e bipolaridade, bem como buscar entender os mecanismos singulares pelos quais se produziram, em seu contexto específico de vida, esses traços.

Ao analisar nosso objeto de estudo, a partir de tais aportes sobre a dialética singular-particular-universal, consideramos a singularidade, que se manifesta imediatamente no plano empírico, como o **indivíduo em sofrimento psíquico pelos transtornos do humor**, com os quais tomamos contato por meio da pesquisa. A universalidade estaria no processo de **reprodução social**, constituída da relação produção-consumo mediada pela distribuição (BREILH, 1979/1991). O processo saúde-doença, entendido como um processo social, articula-se a outros processos sociais (LAURELL, 1983), os quais necessitam ser explicados para que se possa efetivamente compreender o adoecimento. Entendemos que o processo da reprodução social da vida engloba os vários processos sociais, sendo necessário explicá-lo para entender como ele se expressa nas formas de adoecimento. É preciso entender a sociedade em seu grau de desenvolvimento e organização social, em suas especificidades históricas. Como vimos no capítulo dois, na dimensão universal do sofrimento psíquico é fundamental a caracterização e explicação do modo de produção capitalista, suas principais leis gerais, tanto em aspectos econômicos, como em políticos e ideológicos. Além disso, buscamos as peculiaridades da atual fase deste modo de produção, denominada de imperialista, e as especificidades advindas do processo de reestruturação produtiva que levaram ao que se denomina hoje de acumulação flexível.

Isso é importante porque, embora a fase atual esteja sujeita às mesmas leis do capitalismo em geral, desenvolve características próprias que implicam em formas específicas de adoecimento e sofrimento psíquico. E a mediação por meio da qual essa universalidade se traduz na vida dos indivíduos, inclusive na dimensão do sofrimento, é a particularidade.

Identificar a particularidade nessa relação foi nossa principal dificuldade. Oliveira (2005) já alertava para isso, mostrando que as mediações sociais que constituem o particular bem como suas conexões não são facilmente perceptíveis. Ela acrescenta:

Essa não percepção e/ou não consideração [da particularidade] elimina a possibilidade de aproximação do pensamento ao ser, já que desse modo, o pensamento jamais pode aproximar-se o mais adequadamente possível do ser

da realidade, em sua concreticidade. Daí cai-se no agnosticismo que acaba gerando um irracionalismo. (OLIVEIRA, 2005, p. 49)

Consideramos que ao identificar corretamente a particularidade, evitamos as perspectivas agnósticas tão presentes no campo da saúde e da epidemiologia, que não estabelecem uma hierarquia entre os fatores de determinação do processo saúde-doença (LAURELL, 1983), conforme discutido no segundo capítulo.

Em nossa pesquisa, a particularidade refere-se aos **padrões de desgaste e reprodução dos diferentes grupos sociais** dos quais os indivíduos singulares participam. Isto é, o indivíduo singular se insere em diferentes grupos sociais, conforme sua inserção nas relações sociais, que levam a uma dada combinação entre desgaste e reprodução. Por exemplo, a sociedade se constitui de classes sociais e o pertencimento a uma ou outra classe determina a forma como esses padrões de desgaste e reprodução individuais ocorrem. Sendo desprovida de meios de produção, não me resta alternativa senão dedicar meu tempo e energia à venda de minha força de trabalho, fazendo-me, portanto, parte da classe trabalhadora. No entanto, a depender do trabalho concreto que eu realizo, isto é, se sou professora ou motorista de ônibus, se sou bancária ou operária industrial, os padrões de desgaste e reprodução a que estou submetida variam. Da mesma forma, é diferente se sou mulher ou homem, se sou negra ou branca, se sou heterossexual ou homossexual, se sou usuária de um serviço de saúde mental, e assim por diante. Enfim, essas particularidades passam a condicionar a singularidade.

Em nossa pesquisa, a análise dos relatos dos indivíduos sobre seu processo de adoecimento parte da relação entre o singular e o universal, mediada pela particularidade. Isto quer dizer que os relatos são tomados como expressões singulares da universalidade e que remetem a esta, contribuindo na elaboração de concepções explicativas que revelem nexos e leis do desenvolvimento da depressão e da bipolaridade na relação com a produção da vida social e mediadas pelos modos específicos de vida dos diferentes grupos sociais.

Assim, entende-se o indivíduo em sofrimento psíquico como apresentação singular do modo capitalista de reprodução social mediada pelos padrões de desgaste e reprodução de cada grupo social de que participa. Isso significa tanto o reconhecimento de sua subordinação a determinadas tendências gerais como o entendimento de suas dinâmicas próprias na relação tensa com o movimento geral na medida em que reage sobre este.

Destacamos a importância metodológica da apreensão da dialética singular-particular-universal do sofrimento psíquico nos transtornos do humor e, por consequência, da necessidade de buscar contribuições para nossa investigação em diferentes campos do

conhecimento, tais como a saúde coletiva, a epidemiologia, a psiquiatria, a psicologia, a sociologia. Significa que reconhecemos que esses campos do conhecimento trazem subsídios importantes, mas ao mesmo tempo, muitas vezes de forma limitada, parcial e, não raro, ideologizada. Portanto, é preciso incorporá-los de forma crítica, considerando seus métodos e conclusões e submetendo-os à lógica do método do materialismo histórico-dialético.

Na busca de coerência com este método, essa pesquisa foi desenvolvida em fases combinadas de sistematização teórica de categorias de análise, de obtenção de dados por meio de pesquisa de campo com uso de técnicas de pesquisa qualitativa e de análise dos dados. Tomamos também como fontes de nossa pesquisa dados e discussões já obtidos em outras investigações, bem como dados obtidos no campo de investigação.

Apesar do uso das técnicas de pesquisa qualitativa, preferimos nos referir à nossa investigação apenas como pesquisa, até porque buscamos na literatura dados de investigações enquadradas como quantitativas. A diferenciação entre pesquisas quantitativas e qualitativas é objeto de controvérsia no campo marxista. Martins (2006) defende que a epistemologia materialista histórico dialética é suficientemente elaborada para o fazer científico, dispensando a adoção das abordagens ditas qualitativas. De modo geral, segundo a autora, tais perspectivas buscam se contrapor aos modelos positivistas de investigação, além de afirmar a não separação entre sujeito e objeto do conhecimento e negar a possibilidade de que o conhecimento científico seja neutro (MARTINS, 2006). Apoiando-se em alguns estudos na área (BOGDAN; BIKLEN, 1982; LÜDKE; ANDRÉ, 1986; GODOY, 1995 apud MARTINS, 2006), a autora mostra que apesar de diferentes perspectivas teóricas reivindicarem a pesquisa qualitativa – tais como teoria sistêmica, etnometodologia, fenomenologia e materialismo histórico – essa abordagem tem alguns pontos em comum: a) toma o ambiente natural como base da investigação conferindo valor ao contato direto do pesquisador com o campo de estudo; b) o caráter descritivo da investigação, com a preocupação de manter relação com o contexto em que os dados foram produzidos; c) volta-se a uma compreensão processual e dinâmica do objeto de investigação; d) as questões analíticas são resultantes do confronto entre princípios teóricos e conteúdos apreendidos, tendo como preocupação essencial a fidedignidade aos significados que as pessoas atribuem aos fenômenos; e) o caráter indutivo da investigação, sem hipóteses definidas a priori ou uma linha teórica pré-determinada. Embora alguns desses aspectos tenham relevância para apontar as especificidades da pesquisa em ciências humanas, como contraponto às ciências naturais, há limites importantes quando se tomam os pressupostos do materialismo histórico-dialético. Por exemplo, a pretensão de que o estudo seja descritivo, a indução como forma de conhecimento ou a ausência de hipóteses a priori ou linha teórica pré-determinada.

Em seu estudo sobre a personalidade, Martins (2001, p. 125) reconhece que esteve próxima a cometer o equívoco de adotar métodos de pesquisa empírica que feriam os pressupostos filosóficos do materialismo histórico e dialético. Nesse sentido, Martins (2006) aponta a fragilidade das metodologias chamadas qualitativas, pois referendam o princípio da exclusão, segundo o qual dentro de um sistema dedutivo não podem coexistir opostos e que sejam ambos verdadeiros ou falsos e um dos polos precisa ser excluído. A lógica dialética, inversamente, considera a identidade de contrários, que entende os opostos em uma unidade indissolúvel. Assim, para o materialismo histórico e dialético, é necessário considerar as relações entre quantitativo e qualitativo, entre subjetividade e objetividade, entre indução e dedução, não como dicotômicas, mas como unidades dialéticas.

Não obstante concordemos com as colocações de Martins, em nossa opinião, algumas técnicas metodológicas adotadas em nossa pesquisa, como a observação participante, os grupos focais e as entrevistas semiestruturadas, apesar de aparecerem no bojo das abordagens qualitativas, não são sua exclusividade. Pelo contrário, entendemos que é possível utilizarmos dessas técnicas, mesmo que parcialmente, de forma coerente com o método materialista histórico dialético, desde que as adequando aos seus pressupostos e às características de nossa investigação.

Um aspecto fundamental trazido à tona por Martins (2006) é sobre a excessiva importância dada ao fenômeno empírico, em detrimento de sua análise teórico-prática e suas consequências. Com isso, os modelos qualitativos de pesquisa acabam encerrando-se na análise da empiria fetichizada que caracteriza a sociedade capitalista. De acordo com a autora, “Descentrando suas análises das metanarrativas, os percursos qualitativos aprisionam-se ao empírico, ao imediato, furtando-se ao entendimento essencial dos fundamentos da realidade humana” (MARTINS, 2006, p. 9).

Ao discorrer sobre o papel do fetichismo da cotidianidade alienada sobre o entendimento dos fenômenos, Martins (2006) recorre ao conceito de pseudoconcreticidade (concreticidade aparente) de Kosik, segundo o qual a essência do fenômeno não se revela de modo imediato, senão pelo desvelamento de suas mediações e contradições internas fundamentais. Com isso, remete à formulação de Marx sobre a não coincidência entre forma e conteúdo dos fenômenos e a necessidade de a ciência superar as descrições, partindo para explicações que tratem das múltiplas determinações da realidade (MARTINS, 2006).

Ao fazer uso dessas técnicas, pretendemos observar esses cuidados e evitar seus riscos empiristas, indo além do conteúdo aparente trazido em cada um dos momentos pelos participantes da pesquisa.

Desenvolvemos uma pesquisa bibliográfica a partir de autores de referência da Medicina Social Latino-Americana e da Saúde Coletiva, bem como da Psicologia Histórico-Cultural. Realizamos a leitura do material e sistematizamos categorias de análise condizentes com o objeto de nossa pesquisa. O trabalho de campo teve em vista a necessidade de buscar dados na história de vida de indivíduos para a análise da determinação social dos transtornos do humor e as respectivas alterações na atividade, consciência e personalidade desses indivíduos, o que não encontramos em outros estudos. Consideramos que, por mais que os casos individuais sejam marcados por uma vivência singular, trazem elementos de análise que remetem a processos gerais. Assim, pensamos ser possível esboçar algumas generalizações sobre o processo saúde-doença nos transtornos do humor que se refiram não apenas aos indivíduos participantes da pesquisa e suas singularidades, mas que, pela análise mediada pelas abstrações, seja possível orientar-se para e aproximar-se da universalidade.

Em nossa pesquisa, as diferentes técnicas utilizadas foram nos permitindo apreender as determinações do processo saúde-doença de pessoas diagnosticadas com depressão e humor bipolar pela análise de sua trajetória de vida. As singularidades captadas nas histórias de vida devem ser compreendidas em seu movimento, como síntese de múltiplas determinações, a partir do confronto entre as categorias teóricas de base e os dados da vida narrada.

As técnicas de pesquisa devem ser as mais adequadas para captar o objeto em sua essência e em seu movimento. Nosso objeto é a determinação social dos transtornos do humor e pretendemos captá-lo tanto em sua dimensão geral e mediações particulares, quanto entender o desenvolvimento dos transtornos do humor no indivíduo singular, apreendendo as relações entre seu processo de adoecimento e a produção de sua personalidade, consciência e atividade.

Para isso, escolhemos técnicas que combinaram momentos grupais e individuais. As técnicas de pesquisa buscaram incentivar que os participantes narrassem tanto sua trajetória de vida como também explicitassem suas significações sobre a depressão e a bipolaridade, envolvendo suas características, possíveis causas e consequências.

Por meio dos grupos focais, buscamos captar o discurso coletivo sobre esse fenômeno, trazendo à tona as contradições, convergências e divergências presentes nas diferentes compreensões. Por meio das entrevistas individuais, foi possível reconstruir as histórias de vida e com isso entender os mecanismos subjetivos de constituição dos processos de adoecimento, ou seja, como a produção social da saúde-doença ocorreu nestes indivíduos. No entanto, mesmo nos grupos focais, surgiram relatos das histórias de vida, como forma de responder às questões lançadas. O material resultante do campo da pesquisa foi analisado em

sua totalidade, ainda que considerado o contexto de produção de cada relato e os objetivos da pesquisa em cada fase.

As histórias de vida são, portanto, o modo pelo qual os indivíduos encarnam a história social de modo singular e, para nós, um modo de captar a relação singular-particular-universal. De acordo com Queiroz (1988, p. 20), podemos defini-las como o

relato de um narrador/ sobre sua existência através do tempo, tentando reconstituir os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência que adquiriu. Narrativa linear e individual dos acontecimentos que nele considera significativos, através dela se delineiam as relações com os membros de seu grupo, de sua profissão, de sua camada social, de sua sociedade global, que cabe ao pesquisador desvendar. Desta forma, o interesse deste último está em captar algo que ultrapassa o caráter individual do que é transmitido e que se insere nas coletividades a que o narrador pertence.

Apesar de nem sempre tais narrativas serem lineares, conforme a definição de Queiroz, foi possível recuperar em alguma medida as situações mais significativas, localizando-as no tempo e no espaço. A partir desses relatos, pretendemos não apenas reconstruir a história de cada participante da pesquisa e compreendê-la em si mesma, mas buscamos as regularidades nas diferentes narrativas, de modo a desvelar o que há de essencial entre elas, com o objetivo de melhor entender a determinação social do sofrimento psíquico nos transtornos do humor.

Para apreender as histórias de vida, utilizamos essencialmente a técnica denominada por Martins (2001), em seu estudo sobre a personalização, como **relato oral autobiográfico**. Esta técnica visa à "apreensão da dialética subjetividade-objetividade partindo da maneira como o próprio indivíduo (re)produz de forma descritiva sua história ou, sua biografia" (MARTINS, 2001, p. 133). A opção da autora, assim como a nossa, por essa técnica, se dá por interessar não apenas o conteúdo objetivo da narrativa, mas também por ser o pesquisado o seu autor, expressando sua relação com a própria história, base da personalização. Isso porque nos interessa entender também esse conjunto de alterações na personalidade a que se denomina como depressão e como bipolaridade. A autora salienta ainda que no uso desta técnica busca-se identificar os dados objetivos de realidade e a sua representação subjetiva (MARTINS, 2001).

Assim como cada indivíduo é singular, é também ao mesmo tempo uma apresentação do universal. Seus relatos referem sua vida pessoal e expressam movimentos e tendências histórico-sociais determinadas, mais ou menos predominantes na formação social e no momento histórico estudados (GOMES, 2010). Assim, por meio de trajetórias muito

específicas e singulares, os participantes expressam com alguma frequência reflexões em comum.

Por captar o fenômeno por meio da representação subjetiva dos indivíduos, teremos que considerar como um aspecto indispensável na análise, o papel da ideologia na formação da representação subjetiva da realidade. Isso porque na constituição de nossas consciências, somos formados a partir de um pensamento ideológico, que acaba por velar aspectos da realidade, naturalizando-a e justificando-a segundo os interesses da classe dominante. Em nosso caso, isso aparece na disseminação e incorporação pelas pessoas de uma ciência biomédica que naturaliza o sofrimento psíquico, ao atribuí-lo a fatores predominantemente biológicos e individuais. Isso leva a ignorar ou mesmo negar certos aspectos da vida, por exemplo, o papel do trabalho, no adoecimento.

Laurell (1983, p. 150) aponta que "o processo biológico estudado no indivíduo não revela, de modo imediato, o social". Com isso, a autora mexicana afirma a necessidade de ir além da medicina clínica e da epidemiologia, as quais teriam seu foco nessa dimensão individual-biológica.

Desse modo, em nossa análise, observamos nos relatos o que aparece de forma mais explícita, mas também o que não aparece ou aparece nas entrelinhas. Além disso, considera-se que cada relato foi produzido em dado momento do processo de sofrimento psíquico de cada participante. As características destes distintos momentos também precisam ser levadas em conta, já que essa condição altera significativamente a autopercepção e tem consequências sobre a forma como se narra a história de vida. Por exemplo, quando a narrativa foi produzida em um momento de depressão mais intenso, percebemos uma tendência de que os relatos fossem perpassados por impressões mais negativas de si e do mundo, sem projetos e perspectivas para a vida.

Dado que o processo saúde-doença é dinâmico, concordamos com Vigotski (1931/2000) de que a análise deva ser genética, ou seja, em sua gênese, em suas bases dinâmico-causais, já que "Estudar algo historicamente significa estudá-lo em movimento" (VYGOTSKI, 1931/2000, p. 67).

Em seguida, passaremos à descrição dos procedimentos metodológicos adotados na pesquisa, com algum detalhamento do local em que foi realizado o campo da pesquisa, dos participantes, das fases e suas respectivas técnicas, além de alguns aspectos éticos envolvidos.

4.2 Procedimentos metodológicos

Neste trabalho, produzimos uma quantidade significativa de material. Foram 111 páginas de diários de campo, 8 horas e 50 minutos de gravação de áudio dos grupos focais que resultaram em 155 páginas transcritas e 22 horas e 12 minutos de gravação de áudio de 18 entrevistas com 11 pessoas que resultaram em 422 páginas transcritas. Além das 18 entrevistas, foram realizadas duas conversas com dois participantes da pesquisa, que foram registradas em diário de campo.

4.2.1 Local da pesquisa de campo

A pesquisa de campo foi realizada com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Curitiba-PR. Os CAPS são serviços de saúde abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde, criados a partir do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Constituem-se como

lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004, p. 13).

São pontos de atenção psicossocial especializada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), responsáveis pelo atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial (BRASIL, 2013). A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3088 de 2011, como uma das redes indispensáveis do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Entre seus objetivos estão: 1) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; 2) promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e 3) garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2013).

De acordo com a Portaria 3088/ 2011 (BRASIL, 2013), o cuidado no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial é realizado por meio de Projeto Terapêutico Individual, em cuja construção devem se envolver a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado estará

sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2013).

O município de Curitiba, capital do estado do Paraná, tem uma população de cerca de 1.750.000 habitantes, em uma área de cerca de 435 km². Tem um PIB de aproximadamente 53,4 bilhões de reais (IBGE, 2010) e um PIB per capita de 24.720 reais. Seu índice de desenvolvimento humano é de 0,856³⁸. É um município urbanizado e industrializado e, conforme critérios do IBGE, é considerado uma metrópole. Possui uma rede de saúde estruturada contando com cerca de 105 unidades municipais de saúde (além das estaduais e federais). Esses aspectos fazem do município de Curitiba e sua rede de saúde um *locus* adequado à nossa investigação, sendo possível apontar para algumas generalizações e realizar uma análise das condições sociais de vida e sua relação com a produção da saúde.

A pesquisa de campo realizou-se em um Centro de Atenção Psicossocial III Transtorno Mental do município de Curitiba (CAPS III TM, conforme designação neste município). Os CAPS III são serviços 24 horas, com leitos de acolhimento noturno, o que faz com que o perfil de usuários atendidos seja de pessoas em situação mais agravada, muitas vezes em crise ou em condição mais cronicada.

Na rede de saúde do município de Curitiba, as pessoas em sofrimento psíquico em acompanhamento no CAPS apresentam, em geral, suas formas mais intensificadas, incluindo os casos de depressão e de bipolaridade. Os casos considerados mais leves em geral são acompanhados na rede de atenção básica.

4.2.2 Sobre os participantes da pesquisa

Sabemos que a escolha por um CAPS III tem repercussões sobre a forma de apreensão de nosso objeto. No entanto, entendemos tais repercussões positivamente, respaldadas pelo método do materialismo histórico-dialético. Em primeiro lugar, o fato de ser um serviço especializado em saúde mental com profissionais mais qualificados e de os usuários apresentarem quadros considerados mais graves, severos e/ou persistentes diminui a possibilidade de inclusão de casos que não cumprissem os critérios em nossa seleção. Considerando o processo de medicalização da vida, que patologiza de modo crescente os processos da vida como a tristeza e a agitação, a chance de incluir pessoas com um diagnóstico

³⁸ O índice de desenvolvimento humano varia de 0 a 1, sendo uma medida comparativa que avalia vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e padrão de vida decente. O IDH de Curitiba é superior ao do Brasil, que em 2016 foi de 0,754.

equivocado ou impreciso seria muito maior em serviços da atenção básica, onde sabemos que há uma grande prevalência de transtornos mentais comuns ou sofrimento difuso (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008), bem mais inespecíficos e que referem um universo diferente do objeto em questão nessa pesquisa,

Em segundo lugar, essa escolha é justificável metodologicamente, tendo em vista que as apresentações mais agravadas da depressão e da bipolaridade, encontradas nas pessoas usuárias dos CAPS III, permitem observar de forma mais explícita as alterações na personalidade que acompanham esses processos de sofrimento psíquico. Isso ocorre até mesmo porque algumas pessoas em situação mais agravada já estiveram, em outros períodos de sua vida, em situação menos intensa, referindo as diferenças entre esses períodos. Do mesmo modo, é possível examinar seu desenvolvimento em perspectiva, na dinâmica do processo saúde-doença. Vigotski afirma que "A patologia nos proporciona a chave para entender o desenvolvimento e o desenvolvimento a chave para entender as mudanças patológicas." (VYGOTSKI, 1931/2006a, p. 206). Para entender o desenvolvimento e o respectivo impacto dos processos considerados patológicos, parece-nos mais interessante, pelo menos em um primeiro momento, analisar os casos mais agravados. Consideramos que o conhecimento desses processos ilumina e contribui no entendimento dos casos considerados mais leves. Ainda assim, esses casos deverão ser analisados também a partir de suas especificidades.

Em terceiro lugar, a opção de realização da pesquisa com usuários de um CAPS III teve em conta a necessidade ética de suporte e acompanhamento aos participantes da pesquisa para eventuais dificuldades ou problemas decorrentes da participação na pesquisa. Apesar de considerarmos que não há prejuízos significativos nessa participação – em alguns casos esse elemento foi levantado como benéfico para o processo terapêutico – sabemos que o relato da história de vida pode levar à recordação de aspectos e situações da vida que podem suceder em momentos de maior instabilidade, até mesmo agravando o sofrimento. Nesse sentido, pudemos contar com a parceria permanente da equipe técnica, inclusive para a intermediação com os participantes e suas famílias, já que a pesquisadora não se encontrava a todo momento no serviço.

Perfil dos participantes

O número previsto de participantes era de 16 pessoas para os grupos focais e de 10 pessoas para as entrevistas, sendo metade delas diagnosticadas com depressão e metade com transtorno bipolar. Participaram efetivamente desta pesquisa: **15 pessoas nos grupos focais**, um a menos que o previsto, sendo oito com diagnóstico de depressão e sete com diagnóstico de

transtorno bipolar. Destas, participaram **11 pessoas nas entrevistas**, sendo cinco com diagnóstico de depressão e seis com diagnóstico de transtorno bipolar.

A definição dos participantes foi realizada buscando garantir diversidade e heterogeneidade e ao mesmo tempo expressar as apresentações mais típicas dos transtornos do humor na atualidade. A escolha dos participantes foi feita com mediação da equipe de profissionais do CAPS, com base em seus diagnósticos e suas apreensões dos critérios de inclusão.

Foram utilizados como **critérios de inclusão**: usuários da rede de saúde mental de Curitiba no CAPS III selecionado, diagnosticados com transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar), com presença dos sintomas há pelo menos dois anos, com idade acima de vinte e cinco anos, bons falantes, ou seja, pessoas com capacidade cognitiva e de verbalização preservadas. Estas características pessoais dos participantes da pesquisa tinham como objetivo permitir uma melhor apreensão das histórias de vida marcadas pelo sofrimento advindo de um transtorno do humor. Consideramos esses critérios importantes porque a apresentação dos sintomas por pelo menos dois anos torna possível avaliar o impacto do desenvolvimento do transtorno do humor na personalidade e a idade mínima de 25 anos, seleciona pessoas já na vida adulta, possibilitando o relato de diferentes momentos da história de vida. Em relação ao critério de possuir o diagnóstico, conforme parâmetros da equipe técnica do CAPS, que acaba tomando como base a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª edição), consideramos uma questão a ser mais bem discutida. Entendemos que a classificação diagnóstica apresenta limites significativos, alguns deles já apontados anteriormente, que vão desde a forma de chegar ao conceito e agrupar determinados sinais e sintomas até a ausência de uma discussão de natureza etiológica. Ainda assim, foi necessário tomar como ponto de partida os conceitos de depressão e de transtorno bipolar reconhecidos pela comunidade científica, sobretudo pela psiquiatria, em especial na seleção dos participantes, mas também na discussão teórica.

Inicialmente, havíamos estabelecido ainda outro critério de inclusão, qual seja, a escolaridade mínima do ensino fundamental completo. Entretanto, por indicação da equipe na ocasião da reunião de apresentação do projeto, houve flexibilização neste critério, considerando-se mais importante que as pessoas tivessem boa capacidade cognitiva e de verbalização. De acordo com um dos técnicos da equipe, os casos mais graves de depressão ocorrem em pessoas com baixa escolaridade e este critério poderia excluir estas pessoas (Diário de campo, 23/03/2015, p. 01). Algumas outras técnicas acenaram no mesmo sentido, colocando

que nem sempre a escolaridade garantia boa capacidade de verbalização e cognição, motivos apontados para este critério.

Os **critérios de exclusão** dos participantes selecionados foram: a composição de um grupo de pessoas que abarcasse variabilidade etária, de gênero e de tipo de transtorno (depressão e transtorno bipolar); o não comparecimento aos encontros agendados, em até três tentativas no caso das entrevistas; situação de crise que prejudicasse capacidade cognitiva e de verbalização ou que impossibilitasse a participação por algum motivo (como internação hospitalar) até que a condição dessas pessoas permitisse o retorno às atividades da pesquisa e caso isso ocorresse no período de duração das atividades de pesquisa no CAPS; por solicitação da própria pessoa ou de um familiar (neste caso, a depender da situação em que esse pedido se realizasse).

Algumas questões não previstas de antemão foram sendo consideradas ao longo do processo de pesquisa. Uma delas foi a necessidade de contextualizar os relatos de cada participante com seu momento na dinâmica de adoecimento, conforme já referido anteriormente. É evidente que os processos depressivos e maníacos concorrem com mudanças na autopercepção, na consciência sobre si e na autoavaliação. E essa forma de se posicionar no presente sem dúvida perpassa os relatos das histórias de vida. Na medida em que buscamos entender também as implicações dessas alterações sobre a personalidade, a representação subjetiva da pessoa é fundamental, já que é uma base importante do processo de personalização. Ao mesmo tempo, a postura ativa da pesquisadora diante dos relatos, permite explorar possíveis contradições, trazendo informações e impressões de períodos de vida anteriores.

Outra questão a ser considerada é o efeito do uso de medicação no processo de desenvolvimento e alteração das funções psíquicas nos transtornos do humor. Apesar de considerarmos que a medicação não é capaz de produzir, sozinha, repercussões terapêuticas que levam a uma compensação dos processos alterados, ainda lhe é dado um papel central em muitos serviços de saúde, produzindo efeitos reais sobre a dinâmica dos processos psíquicos, o que deve ser levado em conta no processo de análise.

O quadro a seguir traz algumas informações sobre os participantes da pesquisa. Os nomes verdadeiros foram substituídos aleatoriamente de modo a preservar o anonimato e garantir o sigilo das informações. Nas colunas "Grupo Focal" e "Entrevistas" estão o número de sessões das quais cada um participou.

Quadro 9. Caracterização dos participantes

	Participante	Idade	Sexo	Diagnóstico	Ocupação	Grupo Focal (nº encontros)	Entrevistas (nº sessões)
1	Andrea	52	F	Depressão	Aux. Limpeza	1	-
2	Dolores	52	F	Depressão	Téc. Enfermagem	1	-
3	Gilberto	48	M	Bipolaridade	Padeiro	3	2
4	Graça	55	F	Bipolaridade	Do lar	1	-
5	Ivonete	46	F	Bipolaridade	Copeira	3	1
6	João	63	M	Bipolaridade	Bancário	2	2
7	Leila	43	F	Bipolaridade	Do lar	3	3
8	Lucila	52	F	Depressão	Bancária	3	2
9	Marina	45	F	Depressão	Educadora	3	1
10	Maurício	56	M	Depressão	Vendedor	2	1
11	Renato	46	M	Bipolaridade	Vendedor	3	1
12	Roberto	49	M	Depressão	Cobrador	2	2
13	Rodrigo	45	M	Bipolaridade	Motorista	1	2
14	Suzana	55	F	Depressão	Educadora	2	3
15	Zeca	47	M	Depressão	Mont. móveis	1	-

Em síntese, temos como características dos participantes:

- Foram 15 participantes no total, sendo oito diagnosticados com depressão e sete diagnosticados com bipolaridade.
- Entre os diagnosticados com depressão, temos cinco mulheres e três homens, entre 45 e 56 anos de idade. Entre os diagnosticados com bipolaridade, temos três mulheres e quatro homens, entre 43 e 63 anos de idade. No total, foram oito mulheres e sete homens e a faixa etária de 43 a 63 anos. A proximidade etária entre os participantes caracterizou certa identidade geracional, com reconhecimento entre eles de questões em comum, inclusive por terem vivido certas situações em uma mesma época da vida.
- Todos os participantes pertencem à classe trabalhadora e já tiveram alguma experiência de trabalho, alguns deles com uma trajetória profissional mais ligada a uma profissão específica, outros com diversas experiências de trabalho distintas.
- A quase totalidade dos participantes estava, no momento da pesquisa, afastada do trabalho, alguns recebendo auxílio-doença, outros não. Apenas um dos participantes estava trabalhando, de modo informal.

- Entre os tipos de trabalho temos: uma trabalhadora da limpeza de serviço de saúde, uma técnica de enfermagem, um padeiro, duas "do lar", uma copeira, dois bancários, duas educadoras infantis, dois vendedores, um cobrador de transporte coletivo, um motorista e um montador de móveis.
- Temos informações mais completas apenas das 11 pessoas que realizaram as entrevistas, momento em que se apresentou algumas questões, que sistematizamos a seguir.
 - Escolaridade: quatro pessoas com ensino fundamental incompleto, duas pessoas com ensino fundamental completo, uma pessoa com ensino médio incompleto, três pessoas com ensino médio completo (uma com ensino técnico) e uma pessoa com ensino superior completo.
 - Religião: uma espírita, quatro católicas, duas evangélicas, uma da igreja messiânica e três que declaram não ter religião, mas creem em deus.
 - Renda mensal: três pessoas estavam sem renda própria, dependendo de renda de familiares, sendo que uma delas administra a renda da filha de 10 anos que recebe BPC (Benefício de Prestação Continuada); seis pessoas com renda de um a dois salários mínimos, sendo que três delas dependiam exclusivamente da própria renda; três pessoas com renda de três a quatro salários mínimos. Algumas pessoas não souberam informar a renda familiar, por isso tivemos que restringir à renda própria. Uma delas não soube informar a própria renda, já que é o marido que administra, segundo ela, desde que fez despesas e dívidas em situações de crise.
 - Estado civil: seis casados ou com união estável; cinco separados ou divorciados.
 - Aparecimento dos sintomas: o tempo decorrido desde os primeiros sintomas não foi informado com muita precisão, mas todos superavam os dois anos estabelecidos como critério de inclusão. Algumas pessoas relataram que apresentaram os primeiros sintomas já na infância, enquanto outros na adolescência ou na vida adulta.
 - Etnia: não houve pergunta direta sobre essa questão, portanto não temos essa informação autodeclarada pela maioria das pessoas. Usando a heteroatribuição de pertença, conforme critérios do IBGE, poderíamos dizer que cinco pessoas são brancas e seis pardas ou pretas.

- Tratamento em saúde mental: entre os entrevistados o tempo de acompanhamento no CAPS atual era de 1 a 4 anos; sendo que apenas dois (Lucila e Rodrigo) nunca passaram por internações em hospitais psiquiátricos. Entretanto, a maioria já havia realizado outras formas de tratamento, fossem ambulatoriais, internações ou mesmo em outros CAPS.

4.2.3 Fases da pesquisa

Contato com equipe

Depois da aprovação do projeto nos respectivos Comitês de Ética e contato inicial com a coordenação do CAPS, foi realizada a apresentação do projeto em reunião de equipe em março de 2015, buscando explicitar os objetivos do trabalho e o papel da equipe na pesquisa. Nesta ocasião, a equipe se mostrou solícita e fez algumas sugestões relacionadas aos critérios utilizados.

Desde então e no decorrer do período de duração do trabalho de campo, que finalizou em agosto de 2016, a pesquisadora buscou contato, sempre que necessário, com as técnicas de referência (TR's) que indicaram usuários para participação na pesquisa e com a coordenação do CAPS para informar e combinar ações relacionadas à pesquisa. Realizou-se apresentação do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as técnicas de referência, uma a uma, quando buscamos retomar os objetivos e procedimentos da pesquisa, o papel da equipe na seleção dos participantes e a relação entre pesquisadora e equipe para troca de informações e suporte aos participantes da pesquisa.

Observação participante

A observação participante é definida como o

[...] processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles em seu cotidiano natural, colhe os dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo, modificando e sendo modificado por este contexto. (SCHWARTZ; SCHWARTZ apud VICTORA; KNAUTH; HASEN, 2000, p. 64)

A observação está voltada para a descrição de uma problemática previamente definida e, como citado, a presença do pesquisador se constitui como parte da situação observada.

Utilizamos a observação participante em atividades terapêuticas, tais como assembleias, ambiência³⁹ e grupos de referência, com o objetivo de uma aproximação inicial do campo de estudo para conhecer a dinâmica do serviço, divulgar a pesquisa, iniciar vínculo com os usuários do serviço e conhecer seu perfil, a fim de estabelecer os participantes da pesquisa e estabelecer relação com equipe. A pesquisadora participou de algumas atividades no período de abril a julho de 2015. Desse período, podemos destacar: um desconforto inicial da pesquisadora e alguma dificuldade decorrente da necessidade de ter uma postura condizente com seu papel no CAPS, que é distinto do que se fosse uma trabalhadora do serviço, para o qual era algumas vezes demandada pelos usuários; a rotina intensa e atribulada dos técnicos do CAPS; a disponibilidade das técnicas de referência a estabelecerem relação com a pesquisadora e indicarem usuários para a pesquisa; a boa receptividade da coordenação do CAPS; a observação da rotina quase sempre imprevisível do CAPS, que eventualmente estava tranquilo e frequentemente muito agitado; a variabilidade dos quadros e das condições dos usuários do CAPS. Em nossa avaliação, esse período foi indispensável para a criação de vínculo com as técnicas de referência, sem o que a pesquisa teria ficado bastante comprometida. Por meio das técnicas, foi possível também uma maior aproximação dos usuários.

Definição dos participantes

A definição dos participantes foi realizada em junho e julho de 2015 com o auxílio da equipe a partir dos critérios de inclusão, com base no conhecimento prévio das técnicas de referência sobre os casos acompanhados pelo CAPS e nos dados obtidos ao longo da observação participante. No total, envolveram-se diretamente na pesquisa nove técnicas de referência.

A partir das atividades de grupo observadas e do contato com a equipe nos espaços do CAPS, as TR's foram realizando indicações que em sua opinião cumpriam os critérios do estudo.

³⁹ Conforme site do Ministério da Saúde (2009), "Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana". No CAPS em que se realizou a pesquisa, em geral ficavam três profissionais responsáveis pela ambiência a cada período, realizando atividades como acolhimento e acompanhamento de usuários em crise ou no leito.

Com base nos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas pessoas que tivessem disponibilidade no dia e horário definidos para a realização do grupo, conforme disponibilidade de espaço físico no CAPS. Inicialmente foram listados 18 usuários do CAPS para o grupo de pessoas diagnosticadas com depressão e 11 para o grupo de pessoas diagnosticadas com bipolaridade. Considerando uma possível quebra, devido ao perfil dos participantes e conforme alerta da equipe, definimos por convidar a todos os listados. A depender da preferência de cada TR, foram utilizadas diferentes estratégias para o contato inicial com os participantes, para a realização do convite: 1) explicação da proposta da pesquisa pela TR, que fazia o convite e avisava que eu entraria em contato posteriormente; 2) contato direto com a pesquisadora mediado pela TR.

Alguns usuários indicados não participaram da pesquisa por motivos como: não comparecimento aos grupos e entrevistas, impossibilidade de presença nos horários estabelecidos, ausência de interesse na participação.

Sobre a seleção dos participantes

A seleção dos participantes foi feita com a mediação da equipe técnica do CAPS, o que trouxe algumas potencialidades e algumas dificuldades. A mediação da equipe foi interessante, pois pelo acompanhamento prévio dos casos, as profissionais tinham maiores condições de avaliar quais usuários no universo do CAPS estavam próximos aos critérios de inclusão. Em contrapartida, verificamos dificuldade por parte de algumas técnicas no entendimento de alguns desses critérios. Como já exposto anteriormente, os critérios eram: usuários da rede de saúde mental de Curitiba no CAPS III selecionado, diagnosticados com transtornos do humor (depressão e transtorno afetivo bipolar), com presença dos sintomas há pelo menos dois anos, com idade acima de vinte e cinco anos, bons falantes, ou seja, pessoas com capacidade cognitiva e de verbalização preservadas. Esses critérios foram apresentados à equipe em duas ocasiões: na reunião de apresentação do projeto a toda a equipe e nas conversas individuais com cada técnica de referência que concordou em participar da pesquisa. De posse desses critérios, as técnicas de referência (TR's) levantaram entre os usuários àqueles que consideravam que cumpriam os critérios e que estavam em condições, naquele momento, de participar do processo de pesquisa. A pesquisadora teve oportunidade de participar de alguns grupos de referência para conhecer os usuários indicados e trocar impressões com as TR's, mas, devido à própria dinâmica do serviço e dos horários de realização dos grupos, isso não foi possível com todas as TR's e usuários indicados. Desse modo, foi necessário confiar nas indicações das TR's e a avaliação de possíveis problemas deveria ser feita posteriormente.

De modo geral, a equipe parece ter compreendido os critérios. Entretanto, verificamos duas dificuldades principais. A primeira foi na indicação de pessoas consideradas **boas falantes**. Entre os 15 participantes, podemos considerar que três pessoas não cumpriam efetivamente este critério. Uma delas participou apenas de um encontro do grupo focal, em que teve dificuldade para manter o foco e dois deles realizaram as entrevistas, quando foi possível acessar boa parte de suas histórias de vida, no entanto com prejuízos, já que respondiam a algumas perguntas de forma monossilábica, sem margem para maior entendimento de algumas questões. Apesar disso, como realizamos entrevistas com todos os participantes que conseguimos, consideramos que esse fato não trouxe prejuízos à análise de nosso objeto.

Uma segunda dificuldade diz respeito a uma questão já há muito apontada como controversa em psiquiatria (DALGALARRONDO, 2008), a do **critério diagnóstico**. Buscando coerência com as recomendações da literatura sobre a constituição dos grupos focais, com base na homogeneidade da percepção do assunto em foco (CARLINI-COTRIM, 1996), dividimos em dois grupos: 1) pessoas diagnosticadas com depressão e 2) pessoas diagnosticadas com bipolaridade. O critério para que cada participante estivesse em um ou outro grupo era o atual diagnóstico considerado pela equipe. Notamos algumas incoerências nessa questão, algumas delas imprevisíveis de antemão. Tomamos como base para os apontamentos a seguir, nossas observações, os relatos dos participantes da pesquisa e informações fornecidas pelas técnicas de referência.

- Marina participou do grupo de depressão e colocava-se muito pouco no grupo, sempre de forma monossilábica e quando demandada. Na entrevista, tinha muita dificuldade em relatar e principalmente elaborar sobre as situações de sua vida. Ela tem características muito apáticas e alucinações auditivas (com conteúdo suicida) e visuais (vultos) constantes, com momentos em que se sobressaem. Em relação às alucinações, ela mantém criticidade. Já trabalhou em um berçário, mas está afastada do trabalho há muitos anos. Em contato com sua técnica de referência, posterior à fase de grupos e à sua entrevista, ela comentou que a equipe estava reavaliando seu diagnóstico, considerando como possibilidade o transtorno esquizotípico.
- Maurício, apesar de ter o diagnóstico de depressão atualmente, já teve outros, como transtorno bipolar e transtorno de personalidade. A técnica de referência refere ter dúvidas quanto ao seu diagnóstico, o que foi corroborado pela pesquisadora, pois os sintomas relatados por ele não parecem condizentes com sua conduta global, com o modo como ele se expressa e se comporta.

- Entre as pessoas diagnosticadas em cada um dos grupos, há uma heterogeneidade muito significativa. No grupo de pessoas diagnosticadas com bipolaridade há duas pessoas, João e Leila, que apresentam episódios de mania bem delimitados, conseguindo inclusive falar sobre esses episódios e diferenciá-los. Há outras duas pessoas, Ivonete e Renato, que relatam episódios de maior agitação expressa principalmente na forma de irritabilidade/ agressividade e hiperbulia/ diminuição de sono, respectivamente, mas que se consideram depressivos. Há ainda o Rodrigo que aparentemente tem o diagnóstico de transtorno bipolar por apresentar episódios de impulsividade em que se autoagride (cortes com objetos pontiagudos no corpo, especialmente), mas que não apresentou até o momento outros sintomas de mania ou hipomania, sendo muito evidentes sintomas da depressão. Ao mesmo tempo, no grupo de pessoas diagnosticadas com depressão, notamos que Suzana tem um perfil muito semelhante ao de Renato, do grupo bipolar, com episódios de irritabilidade e agressividade mais pontuais, enquanto Zeca, do grupo depressão, tem um perfil muito semelhante ao de Rodrigo, do grupo bipolar. Nesse sentido, notamos que o critério diferencial do diagnóstico entre estes dois transtornos do humor, tomando como referência os critérios diagnósticos da literatura psiquiátrica (OMS, 2000; DALGALARRONDO, 2008) é bastante impreciso, colocando em grupos diferentes pessoas com perfis próximos.
- Entre as seis pessoas entrevistadas com diagnóstico de transtorno bipolar, notamos que de modo geral há uma identificação com a depressão, apontando para os episódios considerados como mania ou hipomania como momentos que lhe são alheios, ou seja, em que pela falta de autocontrole da conduta não reconhecem como lhes pertencendo. Apenas Leila traz aspectos mais contraditórios, tomando ao mesmo tempo com estranhamento e reconhecendo como aspectos que têm relação com sua vida, mas que aparecem de forma exacerbada e descontrolada.

No CAPS em questão, o processo diagnóstico ocorre da seguinte forma: os usuários passam por acolhimento inicial e sendo observada a necessidade de inserção no serviço, indica-se técnico de referência e passa por avaliação da equipe. O diagnóstico psiquiátrico em geral é indicado pelo médico psiquiatra, mas discutido e reavaliado em equipe. A equipe multiprofissional divide-se em duas mini-equipes de referência e em cada uma delas há um médico psiquiatra e um residente em psiquiatria. Em vários casos, o diagnóstico é atribuído

mesmo antes da chegada ao CAPS, quando da passagem por outros serviços de saúde, desde unidades básicas até internações em hospitais psiquiátricos.

A partir desses apontamentos, consideramos que a pesquisa nos trouxe o diagnóstico como uma questão relevante a ser discutida, o que já iniciamos no primeiro capítulo. Aqui, cabe acrescentar algumas reflexões.

Dalgalarrondo (2008, p. 40) considera que "há, no processo diagnóstico, uma relação dialética permanente entre o particular, individual (aquele paciente específico, aquela pessoa em especial) e o geral, universal (categoria diagnóstica à qual essa pessoa pertence)". Consideramos, como o autor, a necessidade de conhecer os fenômenos da realidade e categorizá-los, para que o processo de conhecimento sobre a realidade avance. Ao se deparar com fenômenos semelhantes em um momento posterior, teremos condições de melhor apreendê-lo e atuar sobre ele ou com ele. No entanto, parece-nos que a concepção do autor sobre as dimensões singular, particular e universal e também sobre o diagnóstico é distinta da nossa. Isso porque para nós, fundamentadas no materialismo histórico-dialético, o universal não se constitui apenas dos traços comuns entre determinados fenômenos, como o identifica a psiquiatria. O universal representa a apreensão das leis gerais e essenciais de desenvolvimento de um fenômeno. É, pois, insuficiente identificar como universal, o diagnóstico psiquiátrico baseado em sinais e sintomas característicos da depressão ou da bipolaridade. Apesar de importante como um momento do processo de conhecimento, isso não é mais que descrever os traços em comum que os indivíduos em sofrimento apresentam. É imperativo avançar para explicações mais consistentes, que revelem a gênese, isto é, a origem e a constituição dos diferentes processos de sofrimento.

Nesse mesmo sentido, temos ainda a questão da fronteira entre o normal e o patológico, sempre muito controversa. Consideramos que o processo saúde-doença é social e historicamente determinado (LAURELL, 1983) e, portanto, tal fronteira varia de acordo com os distintos padrões de desgaste e reprodução sociais e conforme os critérios socialmente estabelecidos para delimitar o que é e o que não é doença.

Tais questões nos trazem a necessidade de ultrapassar a aparência dos fenômenos e buscar entender e aprofundar o que há de essencial e semelhante entre eles. Para isso, pretendemos discutir, com base nos princípios da Psicologia Histórico-Cultural, a dinâmica do adoecimento nestas pessoas, com vistas a captar o que há de mais essencial na distinção entre o desenvolvimento da depressão e da bipolaridade na atividade, consciência e personalidade.

Grupos focais

O grupo focal é um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos visando à obtenção de informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consensos ou explicitar divergências (MINAYO, 2008) e seu valor principal está na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (KRUEGER, 1988 apud MINAYO, 2008).

Segundo Minayo (2008, p. 271), com o grupo focal "Junto com o uso das histórias de vida, das entrevistas abertas ou semiestruturadas e da observação participante, o pesquisador constrói uma série de possibilidades de informações que lhe permitem triangular olhares e obter mais informações sobre a realidade." Ainda de acordo com a autora, os grupos focais podem ser usados para focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas e para complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções. (MINAYO, 2008)

Conforme nos apresenta a literatura (CARLINI-COTRIM, 1996; MINAYO, 2008), o grupo focal constitui-se de um pequeno número de informantes: de seis a doze. Além disso, exige a presença de um facilitador e um relator. Em nosso caso, a pesquisadora teve o papel de facilitadora e contamos com dois assistentes de pesquisa em cada grupo em virtude do perfil dos participantes. Como se tratavam de pessoas em intenso sofrimento psíquico, em muitos casos em processo de crise, era necessário além do relator, de um assistente que ficasse como suporte em caso de algum participante precisar de atenção mais particularizada. No total, três pessoas participaram voluntariamente como assistentes de pesquisa, sendo que uma delas participou dos encontros tanto do grupo de depressão como nos do grupo de bipolaridade. Todos têm formação de graduação e mestrado em Psicologia e experiência na área de saúde mental e participaram de reuniões preparatórias para os grupos focais.

Considerando que os grupos devem se constituir de forma mais homogênea possível (CARLINI-COTRIM, 1996), desenvolvemos dois grupos focais: um composto por pessoas diagnosticadas com depressão unipolar e outro composto por pessoas diagnosticadas com transtorno afetivo bipolar.

Os grupos focais foram organizados em três fases, baseadas nas indicações de Victora, Knauth e Hasen (2000):

- 1) Convite aos participantes em potencial e preparação dos encontros (roteiro com questões abertas e reunião com assistentes de pesquisa);
- 2) Encontros: em que o papel da facilitadora e de um dos assistentes foi de manter foco do grupo, ouvir atentamente, demonstrar envolvimento e encorajar os participantes,

sendo flexível a mudanças, sugestões, interrupções, além de garantir a palavra a todos;

3) Transcrição e compilação dos dados.

Com os grupos focais, tivemos como objetivos: a) subsidiar a pesquisadora com questões a serem exploradas nas entrevistas individuais; b) levantar os aspectos convergentes e divergentes entre os participantes sobre os temas abordados; c) promover uma aproximação do campo de pesquisa, criando vínculo com os participantes; d) contribuir para os processos de reflexão dos participantes, por meio da coletividade, sobre as percepções relacionadas aos sintomas, possíveis determinações e características desta forma de sofrimento e o desenvolvimento dos transtornos do humor, preliminarmente às entrevistas. Com isso, estimula-se o confronto com outras opiniões sobre o assunto, permitindo com que as próprias opiniões sejam objeto de reflexão e assim potencializa-se a autopercepção e sua narração nas entrevistas individuais.

Para cada grupo focal, foram previstos três encontros, com duração de cerca noventa minutos.

No roteiro (Apêndice A), buscamos contemplar três aspectos principais: 1) caracterização do adoecimento e suas implicações psíquicas e comportamentais 2) determinações e possíveis causas 3) consequências para a vida social. Cada um desses aspectos foi foco de uma das sessões dos grupos focais, no entanto, aparecem questões relacionadas nos diferentes encontros.

O grupo focal com as pessoas diagnosticadas com depressão teve três sessões, nos dias 17, 24 e 31 de agosto de 2015. O grupo focal com as pessoas diagnosticadas com bipolaridade teve quatro sessões, nos dias 14, 21 e 28 de setembro e 05 de outubro de 2015. Embora inicialmente estivessem previstos três encontros, no terceiro encontro compareceram dois participantes, os quais não haviam participado do segundo encontro e uma terceira participante chegou atrasada. Com isso, optou-se por repetir as questões do segundo encontro com estes participantes e reconvocar todos os participantes para o último encontro.

Segue abaixo um quadro com o número de sessões de cada um dos grupos focais e o número de participantes por sessão. Em cada uma das sessões não estiveram os mesmos participantes, mas alguns deles estiveram em mais de uma ou em todas as sessões.

Quadro 10: Grupos focais – número de sessões e de participantes

Grupo Focal	Total de sessões	Sessões	Nº Participantes	Total Participantes
Depressão	3	1	6	8
		2	6	
		3	4	
Bipolaridade	4	1	5	7
		2	4	
		3	3	
		4	4	

No início dos encontros dos grupos, apresentou-se a pesquisa aos participantes, realizou-se a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No início de cada encontro, apresentávamos uma sistematização das principais ideias desenvolvidas no encontro anterior e perguntávamos para o grupo se havia alguma questão a complementar. Consideramos que esse procedimento acabou servindo como uma espécie de devolutiva não formal aos participantes. Ao final dos encontros foi feita uma breve devolutiva às técnicas de referência.

Sobre os grupos focais com pessoas em sofrimento psíquico

Como já salientado acima, os participantes da pesquisa são usuários de um CAPS III TM que, por característica da organização da rede no município, apresentam quadros graves, em nosso caso, de depressão ou bipolaridade. Apesar de o quadro atual ter sido considerado a cada momento da pesquisa, inclusive na seleção dos participantes, de modo a garantir que a cognição e a capacidade de verbalização estivessem preservadas, o processo de adoecimento é muito dinâmico e as pessoas apresentavam muitas oscilações, estando ora mais organizadas, ora mais desorganizadas, algumas vezes dependendo de outras pessoas para as acompanharem ao serviço, por vezes em crises mais agravadas. Tendo isso em vista, encontramos algumas situações desafiadoras no processo de pesquisa, fazendo com que fosse necessário flexibilizar e adaptar algumas das indicações da literatura sobre a moderação e a condução dos grupos focais e das entrevistas.

Ao buscar bibliografia específica sobre o uso de grupos focais com usuários de serviços de saúde mental, encontramos poucas referências. Entre eles, há alguns estudos com familiares e cuidadores (BARROS; JORGE; VASCONCELOS, 2013; FIRMO; JORGE, 2015), outros com os trabalhadores (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015; CAERAN, DIAS, 2015) e

os poucos que encontramos com usuários são relativos especialmente à avaliação de serviços (ONOCKO-CAMPOS et al, 2009; FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Dessa maneira, não tivemos respaldo da literatura estudada para o desenvolvimento de algumas estratégias por nós utilizadas, necessárias para lidar com as questões mobilizadas nos participantes no processo de pesquisa. Foi necessário flexibilizar várias condutas relativas, por exemplo, ao horário de entrada no grupo, à incorporação de pessoas que não compareceram ao primeiro encontro, à não interferência por parte da pesquisadora nos assuntos em debate etc. Como fizemos mais de uma sessão com o mesmo grupo e o grupo era bastante instável, consideramos que haveria perdas entre uma sessão e outra. Assim, incorporamos pessoas que não compareceram ao primeiro encontro, no segundo encontro, tanto no grupo de depressão como no de bipolar. Assim, não tivemos seguimento dos mesmos participantes em todas as sessões de cada grupo focal. Em relação ao horário de entrada, indica-se que só deve-se aceitar que os participantes participem da sessão se chegarem até o aquecimento, antes de ser colocada a questão em foco. Em três ocasiões, abrimos para os participantes que chegaram depois desse momento, situando-os sobre o andamento junto ao grupo em duas ocasiões e fora do grupo (por uma assistente de pesquisa) em outra. Como o assunto do grupo focal era o processo de adoecimento, tema comum a outros grupos realizados no serviço, foi necessário retomar o objetivo do grupo focal em algumas situações, para que não se convertesse em grupo terapêutico. Ainda assim, muitas vezes, foi necessário ofertar espaço de fala e escuta sobre algumas situações vividas recentemente e ainda não levadas à equipe técnica do CAPS.

Avaliamos que, por ser uma fase exploratória, se o grupo fosse esvaziado seria mais prejudicial do que a presença de pessoas que não tivessem participado do primeiro encontro, já que as pessoas que realizariam as entrevistas deveriam ter participado dos grupos. Ademais, o grupo focal é análogo a uma entrevista coletiva, da qual se busca captar uma "voz coletiva". Assim, não consideramos que tenha havido prejuízo significativo na ausência de um ou outro participante em alguma das sessões. Do mesmo modo, a quebra de alguns protocolos na forma de condução foi necessária e acabou contribuindo para o processo de vínculo e confiança entre os participantes e a pesquisadora, necessários ao desenvolvimento desse estudo.

A questão que se apresentou mais difícil de lidar foi em relação à postura de moderadora do grupo focal. O moderador tem como papel garantir, por meio de uma intervenção discreta e firme, que o grupo cubra os tópicos de interesse do estudo da forma menos diretiva possível (MORGAN, 1988 apud CARLINI-COTRIM, 1996). Assim, de acordo com a literatura, o moderador não deve emitir juízos, cumprindo mais o papel de favorecer a participação de todos e conduzir a questão de foco. Tal orientação faz sentido à medida que

buscamos captar as representações subjetivas dos participantes sobre o tema em questão, sem constrangimento para que seja emitida sua opinião. Ao mesmo tempo, há que se cuidar para não coadunar com a ideia de uma suposta neutralidade da pesquisadora no campo de pesquisa, que além de impraticável não é desejada. Ao pontuar ou recortar uma questão do universo trazido pelos participantes e recolocar para todo o grupo, já estamos intervindo em um determinado sentido. Justifica-se, pois, nossa postura, sobretudo nos casos que envolviam um compromisso ético.

Apresentaram-se situações muito diversas e muitas delas, inesperadas. Alguns exemplos:

- a) No primeiro encontro do ‘grupo focal depressão’, logo na rodada de apresentação, Dolores entrou em crise, provavelmente desencadeada pelo relato da história de outra participante que se assemelhava a uma situação crítica enfrentada por ela há pouco tempo. Dolores ficou muito agitada, gritou e saiu do grupo repentinamente;
- b) Colocações dos participantes como "a vida não tem nenhum sentido", "se eu morrer é melhor pra todo mundo" ou mesmo comunicação direta de ideação suicida intensa ou tentativa dias antes do encontro e que ainda não havia sido levada à equipe pelo participante;
- c) No primeiro encontro do ‘grupo focal bipolar’, João estava muito sonolento, lentificado e com dificuldades motoras decorrentes de problemas com a medicação psiquiátrica, chegando a cochilar em alguns momentos; no encontro seguinte, ele lembrava pouco do que havia ocorrido, incluindo a assinatura do TCLE, do que ele lembrou por ter encontrado sua cópia no bolso;
- d) No último encontro do ‘grupo focal bipolar’, Ivonete chegou atrasada, em crise, com discurso acelerado e em alguns aspectos desorganizado, mas participou do grupo;
- e) Um dos participantes do ‘grupo focal depressão’ tinha uma postura difícil de lidar, fazendo falas longas que fugiam do assunto, fazendo pontuações (algumas vezes, complicadas), puxando para si o centro do grupo e tentava-se diferenciar do restante do grupo, colocando-se de forma superior, possivelmente aos moldes do que observou e vivenciou em grupos terapêuticos nos serviços pelos quais já passou.

Buscamos desenvolver formas de lidar com essas diversas situações. Já ao planejar os encontros, definimos pela presença de dois assistentes de pesquisa e, nos casos em que se

fazia necessário, um deles acompanhava algum dos participantes para fora do grupo e outro se mantinha no grupo. Contamos ainda com o suporte da equipe, que ficava de sobreaviso e sempre foi muito solícita. Consideramos que, no grupo, foi menos comum a realização de pontuações com caráter mais terapêutico, pois o próprio grupo fazia pontuações, possivelmente trazendo a referência de outros espaços grupais vivenciados por eles no CAPS ou em outros serviços de saúde. Ainda assim, ao fim do encontro, a pesquisadora colocava-se à disposição para conversar e buscava contato com o participante e/ou com sua TR para reportar situações mais preocupantes. Já nas entrevistas, foi comum a necessidade de assumir uma postura mais terapêutica, pois o vínculo já era mais próximo e algumas questões importantes e em alguns casos urgentes que foram levadas à pesquisadora ainda não haviam sido colocadas para a equipe. Tanto os assistentes de pesquisa quanto a equipe tiveram um papel muito importante durante todo o processo para que os participantes estivessem resguardados.

Consideramos que, de modo geral, os participantes conseguiram compreender os objetivos do grupo focal e buscaram contribuir, falando e mantendo o foco nas questões apresentadas. Algumas vezes, mesmo não mantendo foco na questão, o conteúdo esperado foi surgindo.

Transcrição e pré-análise do material

A transcrição da gravação dos áudios dos grupos focais foi feita pela própria pesquisadora, ao longo dos meses de agosto, setembro e outubro de 2015. Em conjunto, foi feito um levantamento geral do conteúdo dos grupos. Esse levantamento subsidiou a preparação das entrevistas, tanto na avaliação do roteiro de questões quanto na sistematização de aspectos da história de vida dos participantes já trazidas nos grupos.

Entrevistas individuais

As entrevistas são utilizadas para captar as narrativas ou histórias de vida e podem ser consideradas conversas com finalidade (MINAYO, 2008). Como nos mostra Schraiber (1995), as técnicas de entrevistas individuais são muito ricas em explorar o coletivo pela reconstrução pessoal. "Trata-se da *re-produção* do fato social na experiência pessoalmente vivida e na reflexão que a relata" (SCHRAIBER, 1995, p. 65).

As entrevistas semiestruturadas foram compostas de perguntas abertas, para que o entrevistado tivesse a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, fornecendo dados objetivos e subjetivos, que se referiam diretamente ao indivíduo entrevistado (MINAYO, 2008).

Segundo Schraiber (1995, p. 65), estudar uma realidade social e coletiva por meio de narrativas individuais e vivências singulares leva a duas questões: "o social e o coletivo por referência ao individual-singular que o apreende e o real objetivo por referência à dimensão subjetiva que o evidencia". Assim, cada relato constitui-se como uma forma pessoal de expressar o grupo e o social. Nesse sentido, optamos pelas entrevistas como uma técnica adequada para captar as histórias de vida e suas relações com o processo de reprodução social.

Realizamos entrevistas semiestruturadas, com uma a três sessões com cada participante e cada sessão teve duração de 60 a 90 minutos. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora e gravadas em áudio. Inicialmente, havíamos previsto utilizar o "critério de 'exaustão' ou 'saturação', segundo o qual o pesquisador verifica a formação de um todo e reconhece a reconstituição do objeto no conjunto do material" (SCHRAIBER, 1995, p. 67). Entendemos que a saturação pode se dar em dois âmbitos: para definir o número de pessoas a serem entrevistadas e para determinar o momento de encerrar as sessões de entrevistas com cada entrevistado. Sobre o primeiro, optou-se por entrevistar todos os que participaram dos grupos focais, exceto aqueles que por algum motivo não puderam ou não quiseram. Para que esse critério de saturação fosse levado em conta, talvez tivéssemos que ter hierarquizado os participantes para uma sequência de entrevistas, de acordo com sua capacidade de verbalização e de representar a tipicidade entre os grupos estudados. Por diversos motivos, não foi possível realizar esta priorização, fazendo com que, por exemplo, uma pessoa com uma apresentação bastante típica do transtorno bipolar, por ter passado por uma crise bastante intensa no percurso da pesquisa, tenha sido a última entrevistada. Além disso, o processo da pesquisa levantou expectativas tanto para a equipe técnica como para os participantes, comprometendo-nos a entrevistar cada um. No processo de análise, ao olhar para o conjunto do material optamos pelo aprofundamento de análise de algumas singularidades representativas do conjunto, mas buscamos dar uma visão ampla das histórias de vida relatadas.

O critério de encerramento de cada uma das sessões e na definição do número de sessões com cada participante se deu, dentro do possível, com base na saturação interna. De acordo com Schraiber (1995), conforme sua experiência, repartir a narrativa por várias sessões de gravação é produtivo porque, para o trabalho de refletir e lembrar, o intervalo entre uma sessão e outra produz efeitos relevantes, já que, ao início de cada sessão, mesmo que pareça que determinado tema já tenha sido trabalhado, o entrevistado solicita espontaneamente o registro de outros novos aspectos lembrados, por ter prosseguido em sua reflexão após o registro anterior. Além disso, o intervalo permite combinar o uso do caderno de campo com o estudo sistemático do segmento discursivo já gravado, permitindo explorar com mais segurança as

narrativas (SCHRAIBER, 1995). No entanto, em alguns casos, precisamos considerar como critério para a interrupção das sessões o fato de que os indivíduos narravam em suas histórias de vida, condições e situações de vida muito sofridas, cuja lembrança, por vezes, provocava-lhes perturbação. Em algumas situações, consideramos possível seguir com a entrevista, mas em outras, foi necessário seu encerramento ou a mudança do assunto em questão, inclusive a pedido dos participantes. No caso de três participantes – Marina, Maurício e Renato – optou-se por encerrar com uma sessão de entrevista, dada a dificuldade em aprofundar os seus relatos.

As entrevistas tiveram como objetivo produzir relatos que trouxessem à tona as lembranças das histórias pessoais da vida dos entrevistados junto com reflexões mais gerais sobre o processo saúde-doença e o desenvolvimento dos transtornos do humor. Foram realizadas durante os meses de outubro a dezembro de 2015 e fevereiro a agosto de 2016, totalizando 20 sessões (duas não formais) com 11 pessoas, as quais haviam participado dos grupos focais. O material obtido na forma de áudio foi transcrito por uma profissional remunerada para este fim, de confiança da pesquisadora, com formação em psicologia e mestranda em Saúde Coletiva. A pesquisadora escutou novamente os áudios e realizou a revisão das transcrições.

Nas entrevistas semiestruturadas, o roteiro "assume o papel de guia da narrativa e é utilizado para orientar o pesquisador na colocação de temas estimulantes do relato, constituindo apoio ao trabalho de reflexão ou memória auxiliar." (SCHRAIBER, 1995, p. 68)

Utilizamos um roteiro (Apêndice B), que passava por dados gerais de identificação, com algumas características socioeconômicas, e por dois grandes eixos. O primeiro, mais geral, explorava diversos aspectos da infância, da adolescência e da idade adulta, desde os locais de moradia e relação familiar até relações de trabalho, convívio social e rotina diária. O segundo investigava mais especificamente o processo saúde-doença, desde o surgimento dos primeiros sintomas, as crises e as circunstâncias da vida na ocasião, até os impactos sobre a vida e os processos de tratamento.

No início da primeira sessão, a pesquisadora fazia uma breve explicação sobre o objetivo das entrevistas, de narração da história de vida para entender como foi se constituindo a depressão ou a bipolaridade. Depois de questionar os dados gerais na forma de questionário, sugeria-se que o entrevistado relatasse sua vida, iniciando pela infância. A maioria seguia essa sugestão, mas alguns traziam logo alguma questão que considerasse mais relevante em sua trajetória ou que lhe estivesse preocupando no momento. Com o diálogo estabelecido, a pesquisadora ia pontuando, quando considerava necessário e conforme os temas iam seguindo, e não conforme a ordem pré-estabelecida, as questões do roteiro.

Por meio das narrativas, as pessoas passam por um processo de reflexão incomum em seu cotidiano, na medida em que para relatar precisam reconstruir o vivido (GOMES, 2010). No caso dos participantes desta pesquisa, não podemos dizer que essa narrativa seja exatamente uma novidade. Por serem usuários de um serviço de saúde mental muitas vezes são demandados por contarem sobre suas vidas, em especial no tocante ao processo de sofrimento psíquico. Ainda assim, o processo de relato da história de vida – mais esmiuçado nas entrevistas, mas já trazido nos grupos focais – mobiliza uma série de questões e, no caso de pessoas em sofrimento, essa é uma questão a ser observada com muito cuidado. Além disso, por estarem em acompanhamento em um serviço de saúde mental, sabíamos que os participantes poderiam apresentar momentos de agravamento. Houve várias situações de crise com participantes da pesquisa entre as sessões dos grupos focais e das entrevistas:

- Rodrigo pediu para agendar uma conversa para explicar que não queria dar continuidade à participação na pesquisa, pois depois de uma das entrevistas não ficou bem e acabou se autoagredendo;
- A filha de Ivonete pediu para que ela não continuasse na pesquisa, por considerar que depois de uma das entrevistas a mãe apresentou uma piora; a equipe avaliou que havia outros motivos mais importantes, como seu possível retorno ao trabalho e o adoecimento do marido, mas o pedido foi acatado;
- Leila entrou em crise de mania entre duas sessões de entrevistas, ficando no leito do CAPS e depois internada, sendo necessário aguardar seu retorno ao CAPS para dar continuidade;
- João, Roberto, Rodrigo, Suzana e Zeca tiveram tentativas de suicídio em algum momento do processo, acompanhadas pela equipe;
- Suzana relatou tentativa de suicídio não relatada para a equipe em uma das entrevistas.

Questionamo-nos se as crises estariam sendo desencadeadas pelas intervenções da pesquisa, avaliando com a equipe possíveis prejuízos e se era o caso de descontinuar, em cada uma dessas situações. Embora as TR's com quem conversamos considerassem que a pesquisa poderia ter mobilizado em algumas ocasiões conteúdos que contribuíram para a crise, não tomaram esse como o principal fator, atribuindo maior importância à dinâmica do adoecimento e da vida de cada um. Neste CAPS, esse tipo de situação é bastante frequente, então assemelhava-se às situações acompanhadas pela equipe com usuários que não participavam da pesquisa.

Apesar destes eventos, vários entrevistados expressaram satisfação pela oportunidade de relatarem de forma mais aprofundada e detalhada, manifestando inclusive que há algum tempo não recordavam de algumas situações de suas vidas ali rememoradas. Ainda que o relato atualizasse dores e conflitos, apareceu para alguns como uma oportunidade de reflexão. Desse modo, além de uma descrição de fatos experienciados, os relatos constituíram-se como um trabalho de recordação em que as pessoas além de descrever, emitiam juízos, avaliavam as situações a partir de sua posição e situação no presente (GOMES, 2010).

Análise de dados

De modo geral, o caminho traçado para o desenvolvimento da análise foi anunciado no primeiro item deste capítulo. A análise de dados foi sendo realizada, reavaliada e rediscutida a cada momento da pesquisa. Para dar sequência a este processo, tomamos como base o arcabouço teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético em geral e em específico nas áreas da Saúde Coletiva e Psicologia Histórico-Cultural para discutir os dados obtidos na pesquisa de campo. Da Saúde Coletiva, temos lido e sistematizado as contribuições de autores como Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, George Rosen, Maria Cecília Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Lilia Schraiber, entre outros; e da Psicologia Histórico-Cultural, Liev Semenovitch Vigotski, Alexis Leontiev, Alexander Luria e Bluma Zeigarnik. Além destes, buscamos também autores contemporâneos que estivessem discutindo as temáticas relacionadas com nosso objeto de pesquisa.

Para dominar o todo de uma história como forma de confrontá-la com outras, caminhamos para um exame totalizador e uma leitura transindividual dos relatos, (SCHRAIBER, 1995). Assim, a partir das categorias de análise oferecidas por nossa teoria de referência, buscamos lançar luz à questão da determinação social dos transtornos do humor. Para seguir com nosso objetivo e dado o caráter da pesquisa, que busca apreender a dialética singular-particular-universal, realizamos dois momentos de análise: inicialmente, buscamos apreender cada história de vida em sua totalidade; depois, apreender as dinâmicas que atravessam as histórias singulares em direção a uma análise transindividual, buscando suas semelhanças e diferenças, sua relação com os processos a que se subordinam (GOMES, 2010).

Utilizamos um caderno de campo para registrar fatos e impressões produzidas na relação com o CAPS e com os participantes da pesquisa, cujo conteúdo foi considerado na medida em que houvesse dados relevantes aos objetivos da pesquisa.

A partir da finalização da obtenção de dados em agosto de 2016, pudemos nos dedicar à análise de forma mais aprofundada e sistematizada. Foi mantida a possibilidade de

contato com as técnicas de referência e/ou com os participantes da pesquisa, caso fossem notadas lacunas importantes no desenvolvimento da análise, o que não foi necessário.

Para a análise, realizamos leituras repetidas do material transcrito e estabelecemos relações com as categorias teóricas que fundamentam nosso trabalho. O resultado desse processo pode ser verificado nos capítulos consequentes.

Devolutiva para equipe e participantes da pesquisa

Após a conclusão e defesa desta pesquisa de doutorado, pretendemos retomar o contato com a equipe do CAPS e com os participantes para a realização de uma devolutiva com os acúmulos de nossa investigação e suas possíveis contribuições.

No dia 06 de outubro de 2016, foi realizada uma devolutiva parcial à equipe, como forma de encerrar com o CAPS a fase de obtenção de dados e justificar a ausência da pesquisadora no próximo período, até a finalização do processo de escrita. Inicialmente foi lido um documento, que foi entregue à equipe (Apêndice C), e em seguida aberto um espaço para comentários e questões. De modo geral, os comentários da equipe foram elogiosos, com destaque para a postura cuidadosa e comprometida da pesquisadora tanto com a equipe quanto com os usuários e para o acompanhamento de diferentes momentos de alguns usuários, realizando intervenções que foram consideradas importantes e benéficas (Diário de campo, 06/10/2016).

4.2.4 Formas de registro

As formas de registro utilizadas foram gravações de áudio e cadernos de campo. Schraiber (1995) afirma que o uso do gravador amplia o poder de registro, mas ao mesmo tempo gera muito material a ser transcrito. Para isso, contamos com uma profissional que auxiliou na transcrição do material gravado das entrevistas.

Além disso, o gravador introduz a presença de um terceiro, "a consciência de que o fiel retrato da narrativa e na forma exata de sua anunciação, está se tornando público, por vezes inibindo o relato ou trazendo a excessiva preocupação com desempenho pessoal." (SCHRAIBER, 1995, p. 72). Desse modo, procuramos tomar algumas precauções para deixar o entrevistado à vontade. Em geral, encontrava-se o entrevistado na recepção do CAPS ou no espaço de convivência. Ali já se iniciava algum aquecimento, com questões despreziosas, envolvendo o clima, o CAPS, os últimos acontecimentos. Por vezes, já se perguntava como a pessoa estava, mas ainda de forma mais geral. Ao chegar à sala destinada à entrevista, com o

gravador à vista, questionava-se se podíamos ligá-lo. Apesar de todos responderem de forma tranquila afirmativamente, percebia-se que causava incômodo inicial em alguns. No entanto, conforme a entrevista prosseguia, os entrevistados iam sentindo-se mais à vontade, parecendo até mesmo terem esquecido da presença do gravador. Uma das entrevistadas, por exemplo, ao final da entrevista, quando eu desligo o gravador, afirma: "Você tá gravando tudo que eu te falei?" (Entrevista 1, Suzana). Não porque ela não soubesse, mas porque naquele momento se deu conta da presença do gravador, que ao longo da entrevista passou despercebido.

Sobre os cadernos de campo, Schraiber (1995) aponta que são anotadas as próprias percepções do pesquisador sobre a investigação em curso, desde a própria experiência vivenciada na entrevista até informações sobre o entrevistado (seu comportamento geral na entrevista e em particular nos temas abordados), informações fornecidas fora da gravação. Segundo a autora essas informações são muito valiosas, já que "Pode-se mesmo dizer que outra entrevista se passa nos intervalos, na 'hora do cafezinho', ou ao término da sessão, após concluída a gravação. As falas nesse momento são descontraídas e recobrem assuntos de todos os tipos" (SCHRAIBER, 1995, p. 71). Nossos registros foram realizados desde o primeiro contato com a equipe, na ocasião de apresentação da pesquisa, em cada uma das idas ao CAPS, fossem para observações, grupos, entrevistas, conversas com as técnicas de referência.

4.2.5 Aspectos éticos

Em nossa pesquisa foram observadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁴⁰ (BRASIL, 2013), com destaque ao respeito e autonomia das pessoas e para a obtenção de consentimento livre e esclarecido dos participantes e a garantia da confidencialidade e privacidade das informações. O projeto foi aprovado pelo parecer número 969.261 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e pelo parecer número 973.073 do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Curitiba – SES.

Foi garantida aos participantes da pesquisa a voluntariedade de sua participação e esclarecida sua possibilidade de retirada sem quaisquer prejuízos a qualquer momento, bem

⁴⁰ Em 7 de abril de 2016, data posterior à realização de nossa pesquisa de campo, o Conselho Nacional de Saúde publicou a resolução 510/2016 que dispõe "sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana".

como o anonimato dos dados e materiais. A pesquisadora apresentou o TCLE a cada participante antes do início dos grupos focais e entrevistas.

Entendemos que a pesquisa pode trazer contribuições, de modo geral, tanto às pessoas em sofrimento psíquico por transtornos do humor quanto aos trabalhadores da área de saúde mental, já que se busca analisar as determinações do processo de adoecimento e com isso favorecer estratégias de atuação. Em particular, a participação na pesquisa pode trazer benefícios, já que a retomada da história de vida contribui para o processo de autoconsciência e isso pode auxiliar no desenvolvimento de maiores níveis de autonomia e de autodomínio da conduta. No entanto, não podemos deixar de considerar que as reflexões advindas da narração da história de vida, como já salientamos acima, podem produzir também uma agudização de sintomas e do sofrimento, ainda que momentâneo. Para lidar com essa questão, foi necessário o suporte da equipe do CAPS. Foi tendo em vista os potenciais riscos decorrentes do fato de que os participantes da pesquisa são pessoas diagnosticadas com transtornos do humor e que podem estar em situação de sofrimento e fragilidade que optamos pela realização da pesquisa com pessoas vinculadas a um serviço da rede de saúde mental. A relação da pesquisadora com a equipe técnica desse serviço visou garantir que os indivíduos tenham suporte terapêutico, inclusive para lidar com possíveis questões advindas das entrevistas.

CAPÍTULO 5 – TRAJETÓRIAS COLETIVAS E SINGULARES DOS TRANSTORNOS DO HUMOR: ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS E DAS ENTREVISTAS

"Os cientistas dizem que os humanos são feitos de átomos, mas a mim um passarinho contou que somos feitos de histórias."

(Eduardo Galeano, Os filhos dos dias)

Temos por objetivo, neste capítulo, entender o desenvolvimento da depressão e da bipolaridade na dinâmica da personalidade de pessoas diagnosticadas com essas manifestações do sofrimento psíquico, tomando por base o material obtido nos grupos focais e nas entrevistas. Para isso, inicialmente apresentamos uma síntese de alguns pontos observados a partir dos temas abordados nos grupos focais, bem como a apresentação da sistematização da história de vida de nove participantes de nossa pesquisa. Efetuamos um exercício de análise mais descritivo, tomando como base a periodização do desenvolvimento de acordo com a Psicologia Histórico-Cultural e identificando as principais questões relacionadas com o processo de sofrimento psíquico, a partir das aproximações e diferenças na trajetória de vida de pessoas diagnosticadas com depressão e com bipolaridade. Foram destacados os aspectos considerados mais salientes de cada uma das histórias de vida na relação com o momento do desenvolvimento. A análise sobre alguns participantes da pesquisa aparece mais detalhada considerando-se a potencialidade de desenvolver as discussões e a riqueza de seus relatos.

5.1 Os transtornos do humor no discurso coletivo dos grupos focais

5.1.1 Temas abordados nos grupos focais

O roteiro para as sessões dos grupos focais (Apêndice A) previa uma temática de foco para cada um dos três encontros: 1) caracterização do sofrimento psíquico na forma de depressão e bipolaridade; 2) determinação/ causalidade do sofrimento psíquico; 3) consequências do sofrimento psíquico. Cada uma dessas temáticas não apareceu exclusivamente no encontro previsto, mas também ao longo dos demais encontros. O material resultante dos grupos focais já foi sendo utilizado também nos capítulos anteriores. Neste tópico, organizamos uma breve sistematização sobre os principais conteúdos que emergiram do grupo relacionados a cada um dos temas.

Caracterização do sofrimento psíquico: sintomas e processos psicológicos afetados

Os participantes abordaram a caracterização da depressão e da bipolaridade, tomando como referência a si mesmos e, algumas vezes, com a tentativa de identificar o que há de comum entre as pessoas com essa forma de sofrimento psíquico. De modo geral, a descrição dos sintomas apresentada pelos participantes da pesquisa assemelhava-se com a literatura psiquiátrica. Ou seja, de modo geral, os sintomas listados nos manuais eram referidos pelas pessoas. No entanto, essa referência aparecia de modo mais descritivo e superficial, poucas vezes acompanhada de uma reflexão sobre os aspectos subjacentes a esses sintomas.

Por exemplo, esteve presente nos relatos dos participantes uma incompreensão dos próprios sintomas na relação com suas histórias de vida e, sobretudo, uma ênfase na incapacidade de autocontrole sobre esses sintomas e de modificá-los.

Por isso, então, aquela alegria de viver que eu tinha muito tempo atrás não sei onde que ela foi. Eu tento procurar e não acho. Tento fazer um monte de coisa, tento, vou lá, tento estudar, vou lá, tento ler qualquer coisa, conhecimento a gente tem, a gente procura na internet, a gente procura não sei aonde. Quando eu peguei o câncer, eu procurei direitinho pra ver o que que eu tinha, com'ê que era, qual a cura, qual, sabe, qual o procedimento, acertei tudo. Porque a gente sabe procurar as coisas. Só que nessa parte da depressão eu não tô conseguindo encontrar o caminho reto. (Lucila)

No caso da mania, aparece ainda certo estranhamento em relação às manifestações dos sintomas, como se fossem alheios a si.

Porque eu pareço uma pessoa triste e, quando eu tô eufórico, parece que é de outro mundo, que não é de mim. [...] do jeito que eu sou não é... parece que não é de mim, sabe. Porque mesmo eu tando triste ou tando alegre, eu sou fechado. Sabe. Não sou explosivo, assim. Quando eu tô assim, é... então, é diferente. (Gilberto)

No 'grupo focal depressão', ao tratar da caracterização, destacou-se que nem todos os dias são iguais, havendo dias melhores e outros piores. Nos piores, os participantes sentem vontade de morrer, sem motivação para a vida, com episódios de auto agressividade e tentativas de suicídio. De modo geral, não há vontade e ânimo para realizar as atividades, mesmo as cotidianas, como se arrumar, cuidar da casa, trabalhar. Além disso, relataram alguns sintomas de ansiedade, como 'pânico', taquicardia, falta de controle e conseqüente medo de sair de casa e isolamento.

Eu diria, assim, sabe, que a pessoa que não tem [depressão], eu diria que ela é alegre e quem tem não é alegre, não sente alegria, é angustiante, é triste. Você pode, é... eu diria assim... ó, você se arruma porque você se sente bem, você não tem isso, mas eu que tenho, me arrumo pra querer me sentir melhor, pra me esforçar, pra estar bem, mas nada tá bem. Posso me arrumar do jeito que for. Posso tentar sorrir, mas não tá bem, porque dentro é uma bola, que ela vai enchendo, vai enchendo, vai enchendo, não sabe a hora que ela vai explodir, né. Muita pressão na cabeça. É isso que eu diria. Que não desejaria isso pra ninguém, pras pessoas que não têm. Porque é horrível. É muito horrível. [...] É horrível, é horrível, porque você não tem, às vezes, força, você não tem ânimo pras coisas, é horrível quem tem isso. (Suzana)

No ‘grupo focal bipolar’, houve uma caracterização das fases distintas, de agitação e depressão e da alternância entre elas. Sobre as fases de depressão, as características destacadas foram tais como as do ‘grupo focal depressão’, que se sentem sem ânimo e energia, ficam sem apetite e sem sono, isolados e trancados no quarto, sem vontade de sair de casa ou mesmo tomar banho, além de mais tristes. Foram relatados também pensamentos de morte e tentativas de suicídio. Sobre as fases de mania, em geral denominadas por eles de 'agitação' ou 'euforia', nem todos conseguiam distingui-las no curso de sua vida. Os que a identificam ressaltam que ficam com mais energia, muito agitados, falantes, com muitas atividades sem concluir. Alguns disseram ficar mais impulsivos, fazendo compras excessivas, se envolvendo em brigas e sem lembrança posterior. Outros trouxeram ainda incômodo com sensação de perseguição e algumas formas de alucinações, como visões e ouvir coisas. Relacionado a isso, essas fases não aparecem necessariamente como mais alegres. Como exemplo, podemos citar Leila, que fica muito eufórica, com humor expansivo e alegre, apesar de desorganizada, chegando a cantar e dançar. Já João, pelo predomínio de sintomas persecutórios, fica muito mais apreensivo e ansioso, com acentuada irritabilidade. Em que pesem as diferenças para cada um, no geral, os participantes destacam que as fases depressivas são mais duradouras que as maníacas e, à exceção de Leila, todos destacam maior prejuízo relacionado às fases depressivas.

Chamou a atenção que entre os principais sintomas das fases maníacas não tenha aparecido a elação do eu, diferente da literatura psiquiátrica. Isso pode ter ocorrido pela ausência do sintoma nestas pessoas ou pela dificuldade em sua autopercepção, o que é alertado na própria literatura. De todo modo, mesmo aquilo que é apontado nos relatos como incômodo pelos familiares e pessoas próximas parece mais relacionado à agitação do que à euforia ou “alegria patológica”, com prevalência de irritabilidade e impulsividade e não exatamente de alegria. Isso mostra que a psiquiatria descritiva tem alguma correspondência com a realidade, o que favorece a aceitação do discurso psiquiátrico ideologizado. Por outro lado, revela sua

parcialidade e insuficiência, visto que não contribui para avançar em explicações para além da aparência sintomática. Além disso, como já abordado no capítulo anterior, percebemos certa indistinção diagnóstica entre a depressão e a bipolaridade, verificando alguns sintomas considerados típicos da mania nas pessoas com diagnóstico de depressão, por exemplo. Do mesmo modo, algumas pessoas com diagnóstico de bipolaridade, não apresentavam, em seus relatos, episódios de mania ou hipomania bem delimitados.

Determinação/ Causalidade

Esse eixo foi abordado principalmente no segundo encontro dos grupos focais. Inicialmente, tínhamos como hipótese que a explicação causal que emergiria de forma hegemônica seria a biomédica, por considerar que essa é uma concepção muito difundida no senso comum. Entretanto, percebe-se explicações diversas e justapostas, presentes de algum modo no pensamento social de nossa época, a exemplo das místico-religiosas.

Ao tratar das possíveis causas do sofrimento psíquico, apareceram desde as explicações místico-religiosas até as mais coerentes com o pensamento científico atual, algumas vezes expressando as opiniões dos participantes da pesquisa e outras vezes as de outros indivíduos e instituições com quem têm contato.

A concepção místico-religiosa, por exemplo, foi expressa por uma das participantes de nossa pesquisa na seguinte colocação:

Eu penso que é permissão de deus. Porque tem gente que tá com câncer, tem gente que tá com a Aids, tem gente que tá cortado, com o braço cortado. Então, pra nós, deus quis que nós ficasse com essa doença. (Ivonete)

Ao mesmo tempo, a concepção biomédica irrompe mesmo na colocação de Ivonete, com a afirmação do sofrimento como uma forma de doença, cuja origem seja essencialmente orgânica. Um dos participantes chegou a comentar que as mudanças no modo de denominar não alteram o fato de que seja inata, tomando como referência uma revista de grande circulação, com alguma credibilidade no senso comum por seu discurso supostamente científico.

Olha, na década de 90, a revista Veja: "depressão, a doença do século". Depois do ano 2000, revista Veja: "transtorno mental". Em 2013 teve uma reunião em Pinhais [refere-se ao I Encontro Nacional da RAPS, do qual participou], que tavam chamando de sofrimento. Eles mudaram o nome do boi, mas o boi continua o mesmo. Nero era extremamente esquizofrênico, mandou queimar Roma, só pra fazer uma poesia. Quer dizer, o ser humano, desde que ele nasce, ele já vem com esse problema, de entender certas coisas. (Maurício)

Além de alertar para as mudanças na forma de conceituar a depressão, Maurício expressa, no fundo, uma concepção próxima da biológica, ao expor que o ser humano já nasce 'com esse problema', independente do nome que venham a dar.

Junto da explicação biologicista vem a noção de cronicidade e ausência de cura, reforçada pela psiquiatria e expressa, por exemplo, na seguinte fala:

Porque a depressão é como uma sementinha plantada na tua mente. Você vai regando, vai regando, ela se torna um arbusto, de repente ela se torna uma árvore, chega uma hora, ninguém corta. E a tendência, ela é progressiva, a tendência é piorar, não é? (Maurício)

Outro argumento utilizado para reforçar a tese biológica foi sua hereditariedade, levantada no último encontro do 'grupo focal bipolar' por uma das participantes e com concordância do restante do grupo.

Também tem que pode ser genético. Porque minha tia tinha. [...] Ela saía nua, assim, na rua. E agredia as pessoas também. Só que na época não faziam tratamento. Esperava passar. (Leila)

Eu acho que também é genético, porque a minha vó também tinha o mesmo problema. Daí foi minha prima. (Gilberto)

Também tem bastante. [...] O meu avô, meu pai, por parte da minha tia. [...]. Muito parecido. E outra que eu disse, né. Meu pai se suicidou. [...] Minha tia tá lá. Perdeu a memória... (Renato)

Como vemos, a herança genética aparece como amplamente difundida como um aspecto fundamental dos transtornos mentais, embora muitas vezes de forma imprecisa. Por exemplo, verifica-se a associação de quaisquer problemas tidos como 'mentais' relacionados, como na fala de Renato que relaciona a sua bipolaridade com a doença de Alzheimer da tia e o suicídio do pai. Como discutido no capítulo dois, verificamos que o observador – sejam os participantes da pesquisa ou mesmo os profissionais de saúde que os acompanham – estabelecem analogias entre as pessoas de suas famílias por apresentarem características que não necessariamente indicam presença de sofrimento.

Eu tô achando que meu filho tá com algum transtorno. O de 18 anos. Tá, que ele tá, bem, como se diz, fora da casinha. Tem dias que ele tá bem triste, sonolento, não quer saber de fazer nada, não quer saber de trabalhar. Tem dia que ele levanta umas seis horas da manhã e já começa a fazer as coisas, daí sai de casa, passa o dia inteiro brincando de skate, vai pra cima, vai pra

baixo. Tem dias que não, sabe. Ele foi, semana passada, ele foi lá no CEM, porque não tava conseguindo dormir. Daí marcaram uma consulta pra ele, pra ele ir no mês que vem. Ele não tá dormindo, sabe. De noite ele não dorme, só vai conseguir dormir de dia. (Gilberto)

Com isso não propomos ignorar indícios de sofrimento que demandem cuidado e acompanhamento em serviços de saúde, mas alertar para possíveis inferências baseadas em uma suposta herdabilidade genética como mais determinante do que a herdabilidade das condições de vida, como argumentado no segundo capítulo.

Como vimos, apareceram entre as explicações causais levantadas nos encontros dos grupos focais a místico-religiosa e a biológica. Tais concepções apareceram principalmente quando questionado de forma mais abstrata e insistente quais as causas da depressão ou do transtorno bipolar. Entretanto, ao questionar inicialmente "qual a causa da depressão/ do transtorno bipolar, na opinião de vocês?", houve um aceno geral tanto no 'grupo focal depressão' quanto no 'grupo focal bipolar' de que a causa do adoecimento deve ser buscada em suas histórias de vida. Além disso, há um destaque de que não seja uma única causa, mas um conjunto de situações e vivências que se acumulam e em algum momento produzem uma espécie de ruptura.

Não foi de hoje pra ontem que tá acontecendo isso comigo, já faz mais de 10 anos que eu tô assim. (Gilberto)

Eu acho que já vem da infância, você ir crescendo com... [...] Acho que problemas de meio ambiente onde cresce, vendo certas coisas, cabeça de criança, com certas coisas que acontece, que marca a vida da gente. [...]E são coisas que, às vezes, a gente guarda, não consegue falar, não consegue se expressar, desabafar. E isso acumula, vai acumulando tudo. Até a hora explode tudo. (Suzana)

Entre as situações citadas estão: agressões físicas e verbais contra si ou alguém próximo; violência sexual; violência e assédio moral; preconceito e discriminação; relações de trabalho com pressão e cobrança, assaltos, excesso de responsabilidade; sensibilidade excessiva. A situação identificada como o momento de ruptura em geral está relacionada com uma vivência que leva a uma "crise" e com a busca por algum tipo de tratamento. Alguns exemplos de situações citadas como situações desencadeadoras tanto da primeira crise quanto de outras posteriores são: casamento; morte do pai e/ou mãe; morte dos filhos; gravidez e/ou parto; pressão no trabalho; uso de drogas; críticas de outras pessoas; outros processos de

adoecimento, como câncer e AIDS; frustração; eventos ocorridos com filhos. Abaixo, alguns exemplos.

Uma emoção muito forte. [...] Sempre é uma emoção que me leva a cair no transtorno. (Leila)

Eu já tinha esse problema, desde a infância, por eu ser meio discriminado. [...] Porque eu era discriminado pelos meus pais, pelos meus irmãos, por ser uma coisa que eu nunca fui, sabe. E isso foi indo desd'os 10 até os, até a morte do meu pai. [...] que eu era 'viado'. [...] Daí, com o passar do tempo, eu fui perdendo a vontade de viver, não queria mais... [...] Daí, pra mim provar que eu não era o que eles diziam eu tive um caso, casos, com mulheres muito cedo. Mas mesmo assim não... parece que não adiantava. Eles diziam que era só pra, pra abafar o caso. É... tive filho com 16 anos, sabe. E mesmo assim, até hoje, eu chego em casa, no lugar do meu irmão me chamar pelo meu nome ou um apelido, ele fala: "ô, gay, e aí", sabe, "ô gayzão". E aí isso continua até hoje. E eu tô com 48 anos, 7 filhos. Sabe. (Gilberto)

O meu é porque eu fui uma menina que não tive infância, não tive adolescência, sabe. Eu não tive amiga. Eu vivi muito sozinha quando eu era jovem, quando eu era criança. E daí aquilo acho que por causa d'eu, d'eu não ter essa coisa assim, sabe, eu não estudei, eu não sei andar de bicicleta, eu não sei nadar, eu não estudei, eu não tenho estudo, sabe. Eu fui uma menina muito maltratada. (Graça)

E sempre quando acontece alguma coisa muito assim, me dá já as crises do transtorno. [...] em 2014 eu não sei, eu não posso dizer assim certo que que aconteceu. Mas o que aconteceu que me deixou muito emocionada, que eu não posso ter uma emoção assim, eu fui na formatura da minha filha. [...] E ela ainda apresentou meu futuro genro. Então eu levei até um susto, sabe? (Ivonete)

Eu venho do transporte coletivo, aonde foi que se desencadeou essa doença [...]. Tô no transporte coletivo desde 86. E realmente lidar c'o povo é pior que lidar com animal. E, agora por último, por último tempo, sofri catorze assaltos. Foi o que me deu um tombo. Chegou um ponto, que eu comprei chumbinho e tomei o chumbinho. Então, eu acho que... eu acho que vem desde criança acumulando tudo aquilo, que chega uma hora que você não aguenta. (Roberto)

Daí no serviço mesmo, eu trabalho com montagem de móveis sob medida, um cliente lá daí, deu errado um negócio, o cliente falou mal, veio um armário errado da fábrica, e foi aí que explodiu daí, daí eu comecei a chorar, juntei minhas ferramentas, e abandonei a casa dele. Fiquei três dias chorando. (Zeca)

Consequências para a vida social

O processo de adoecimento, bem como do próprio tratamento, traz diversas consequências para a vida social, algumas mais diretas e outras mais indiretas. O afastamento do trabalho, por exemplo, decorrente do processo de sofrimento pode ser necessário tanto pelas dificuldades em manter as atividades cotidianas como pelo fato de ser o trabalho a principal fonte de sofrimento. Nos dois casos, o afastamento traz consequências importantes para a vida em geral, com implicações que vão desde restrições no processo de consumo e manutenção das condições de vida – pois muitas vezes o auxílio-doença é menor que o salário recebido e em outras sequer há a concessão do auxílio-doença – até repercussões subjetivas como a desorganização da rotina e o sentimento de inutilidade, por exemplo.

Eu me afastei por problema de depressão, deu esgotamento nervoso, deu um monte de coisa, né. Então de lá pra cá eu tô afastada. Então agora eu tô começando, começando a tentar a me sintonizar, né. Então, assim, têm coisas que eu consigo fazer e têm coisas que eu não consigo fazer, né. [...] Parece que depois que eu me afastei, parece que tá tudo caindo, parece que tá tudo caindo. (Lucila)

Eu era atendente infantil em escola particular. Hoje eu num tenho mais paciência com crianças. Num faço mais minhas atividades que eu fazia. (Marina)

Eu não consigo trabalhar, que eu não consigo, eu não consigo fazer um pão dentro de casa. E olha que eu tenho 29 anos de panificadora e eu não consigo fazer um pão dentro de casa, sabe. (Gilberto)

Eu tô afastada do meu trabalho desde dois mil e... desde 2014. Dia três de setembro foi meu último dia de trabalho. Porque eu não tava bem. [...] eu sentia diferença, porque eu saía de casa, trabalhava o dia inteiro, eu era útil. Eu tava sendo útil. Eu tava fazendo as minhas coisas. (Ivonete)

A incapacidade de realização das atividades que outrora faziam com desenvoltura aparece como uma questão significativa nos relatos dos participantes, tanto pela sensação de fracasso pessoal como pela cobrança social e pela forma como as demais pessoas passam a se relacionar com eles. O afastamento do trabalho traz ainda outra importante repercussão, de rompimento com as relações interpessoais ali estabelecidas. No geral, inclusive pelo tempo de dedicação ao trabalho exigido em nossa sociedade, as relações pessoais estão circunscritas ao trabalho e à família, ultrapassando no máximo às relações entre vizinhos ou em espaços como a igreja. Com o sofrimento psíquico, notadamente com o afastamento do trabalho, há um

aprofundamento do isolamento, com a restrição das relações ao âmbito familiar e, quando muito, ao serviço de saúde em que fazem o acompanhamento terapêutico.

Existe que, antes da depressão, você é valorizado pelas pessoas. Você tem amigos, os parentes te olham com olhar diferente. Depois que pega a depressão, é que nem eu falei pra você agora há pouco, eu fui chamado até de louco, pela família. (Roberto)

Queria ter mais amigos, queira mais não, queria ter amigos. [...] Porque os únicos amigos, as pessoas que eu converso são aqui do Caps, fora os parentes. (Leila)

Por sua vez, as internações psiquiátricas acentuam esse isolamento, com a ruptura de laços comunitários. E a frequência ao CAPS vem acompanhada do preconceito social e discriminação. Isso é devido, de um lado, à significação social do sofrimento psíquico de incapacidade e periculosidade e, de outro, à limitação da vida aos espaços destinados a tratamento.

Antes eu era mais comunicativa, mais, é... como que pode dizer, tinha mais contato. É... agora eu sou uma pessoa fechada, isolada. Mudou. Não tenho mais, não faço mais parte da comunidade. Eu sou taxada como louca e não como uma pessoa normal. (Leila)

Quando você fala em Caps, quando você fala em... que frequenta esse tipo de coisa, que é depressivo, as pessoas criam uma barreira, um preconceito muito grande, porque todo mundo tem medo daquilo que não conhece. (Maurício)

Eu praticamente perdi duas filha, por causa do transtorno.[...] Quando a mãe delas morreu, em 2009, uma tava com quatro ano e outra tava com 12, né. Não, 6 e 12. A vó dela entrou com um processo de guarda e ganhou a causa por dizer que eu era prejudicável à saúde física delas. Que eu era um... [...] É... que eu poderia matar as meninas, com a minha doença. Que eu era perigo de vida p'as menina. Daí o juiz deu a guarda pra ela. (Gilberto)

Ademais, a ausência de entendimento sobre as determinações e desenvolvimento do próprio adoecimento, expressa na forma de incômodo com a imprevisibilidade de cada crise, na impossibilidade de identificar sinais de piora etc, contribuem para a não elaboração ou realização de projetos.

Tirava só notas boas. Agora se eu for estudar novamente, eu não passo no Enem, com certeza. [...] Eu gostaria, mas eu não, eu já sei que a memória não ajuda.[...] Não terminei o segundo grau. Faltou um ano.[...] Eu queria terminar o segundo grau, fazer o Enem, fazer uma faculdade, mesmo tendo idade já... [...] Pelo fato de eu achar que eu não consigo, eu nem escolhi [um

curso] (ri). [...] Vai que eu volto a estudar e me dá uma crise no colégio.
(Leila)

5.2 As histórias de vida dos participantes da pesquisa

“O passado nunca está morto. Nem sequer é passado.”
(William Faulkner – Réquiem por uma freira)

Com base nos relatos dos participantes, sobretudo nas entrevistas, mas também nos grupos focais, organizamos sínteses biográficas de cada um, de modo a reconstituir as principais situações, conflitos e vivências que contribuíram para o processo de sofrimento psíquico singular. Nem sempre as informações foram suficientes para refazer a trajetória pessoal e entender a gênese do sofrimento psíquico destes participantes. Ainda assim, verificamos que os relatos tomados como conjunto foram capazes de nos fazer observar aspectos das histórias de vida em suas dimensões particular e universal.

Os dados aqui compilados são relativos ao momento da pesquisa de campo, principalmente das entrevistas com cada participante, realizadas de outubro de 2015 a agosto de 2016. Não atualizamos com informações posteriores a esse período. Sistematizamos as biografias de nove pessoas, excluindo quatro pessoas que participaram dos grupos focais – Andrea, Dolores, Graça e Zeca – e por distintos motivos não participaram das entrevistas, bem como outras duas pessoas – Marina e Maurício – por uma dúvida razoável quanto aos seus diagnósticos e pela pouca profundidade do material obtido.

As histórias seguem apresentadas em ordem alfabética, com os nomes fictícios.

Gilberto

Gilberto tem 48 anos, ensino médio completo, sempre trabalhou como padeiro, atualmente está afastado do trabalho e recebe auxílio doença em valor pouco acima do salário mínimo. Tem sete filhos (um de 28 anos, com Dalva; quatro filhos com Shirlei; duas filhas, com cerca de 19 anos e 17 anos, com Gabriele). O momento das entrevistas é marcado por uma mudança importante na vida de Gilberto, com sua mudança de cidade para viver com quem ele define como o amor de sua vida. Isso demarca de forma significativa suas respostas e avaliação sobre atual condição e perspectivas futuras.

Gilberto participou, nesta pesquisa, de três encontros do ‘grupo focal bipolar’, nos meses de agosto e setembro de 2015 e de duas sessões de entrevista, em fim de outubro e início de novembro de 2015, com poucos dias de intervalo entre uma e outra. Como Gilberto estava

com data marcada para mudança de cidade, foi necessário priorizar sua entrevista para garantir sua participação nesta fase da pesquisa. Nos encontros do grupo focal, Gilberto ainda morava com Rosana, sua última esposa e trazia muitas queixas sobre a relação entre eles, especialmente sobre a falta de incentivo e compreensão da parte de Rosana em relação ao tratamento no CAPS. Nos grupos, Gilberto sempre teve boa participação e um ótimo entendimento sobre os objetivos da pesquisa e dos encontros, com boa capacidade de verbalização e interação com os demais participantes. Nestes encontros, ele relatava predomínio dos sintomas depressivos e um grande incômodo com alucinações com sua falecida mulher, Gabriele, em que ela falava para ele ir se juntar a ela. Relatou também pensamentos de morte. Pouco tempo depois, nas entrevistas, apesar de ainda apresentar algum nível de sintomas depressivos, seu estado de ânimo já era diferente, muito influenciado pelo novo projeto de vida.

Gilberto nasceu em Curitiba, onde viveu até os sete anos de idade. Na infância, tinha condições precárias de vida e morava com o pai, a mãe e cinco irmãos. Mudaram-se para o Ceará quando Gilberto tinha sete anos, onde todos tiveram que trabalhar para não passar fome. Ele e os irmãos trabalhavam vendendo pães e doces que o pai, que era padeiro, produzia. Descreve o pai como uma pessoa rígida e pouco afetuosa e a mãe como submissa ao pai. Nessa época, parou de estudar, quando estava na 2ª série, para trabalhar. Já adulto, a partir de 2004, quando vivia com Gabriele, retomou os estudos, concluindo o segundo grau no ensino supletivo para jovens e adultos.

A relação com os pais e irmãos é descrita como muito negativa, atravessada pela violência física e situações de humilhação. Gilberto considera que seu processo de sofrimento tem início com as situações de discriminação pelas quais passava em casa, por parte dos pais e irmãos. Desde a infância, por volta dos 10 anos de idade, todos o chamavam de 'viado', o que lhe provocava intenso sofrimento. Ele afirma que essa discriminação ocorria por apresentar traços considerados próprios de mulher, como a voz mais aguda e uma sensibilidade mais aguçada. Segundo ele, até hoje, pelo telefone, as pessoas acham que estão falando com uma mulher, o que o incomoda. Além disso, gostava de escrever poemas. Ele lembra com mágoa da primeira vez que o pai o chamou de 'viado'. Foi depois de comemorar um gol em um jogo de futebol quando abraçou os amigos. Como resultado de repetidas ofensas dirigidas a ele, foi se retraindo, se isolando, parou de jogar bola e foi "perdendo a vontade de viver". Esses fatos foram tão significativos para Gilberto, que ele construiu sua vida buscando negar o estereótipo que a família lhe impunha, para provar que não era gay. Desde muito cedo começou a ter relações sexuais com mulheres, casou quatro vezes, teve sete filhos. No entanto, considera que

nada disso adiantou, pois os irmãos ainda o chamam de 'gay' ou 'viado', ao invés de chamá-lo pelo nome.

Sobre a época da adolescência, descreve uma situação marcante. Aos 15 anos, mantinha relação com uma mulher de 36 anos, que tinha um filho de 18 anos, com quem ela morava. Para ajudar na renda familiar, Gilberto vendia cocadas e, quando ele encontrava com essa mulher, ela comprava suas cocadas, para que ele voltasse para casa com o dinheiro e não fosse repreendido pelo pai. Ela costumava buscá-lo de carro para os encontros, que ocorriam na casa dela. Certo dia, ela não pode ir e o filho dela o buscou, cena flagrada pelo pai, que o viu entrando no carro com o rapaz. Ao chegar em casa, o pai lhe deu uma surra de facão e Gilberto ficou proibido de sair por cerca de duas semanas.

Depois disso, teve relação com uma mulher casada e o pai "achou que era muita coisa" e o mandou para a casa de uma tia num bairro distante. Ficou isolado da família por aproximadamente um ano e meio. Gilberto sofria por ser discriminado por algo que não era e aponta isso como fonte de intenso sofrimento e razão de seu adoecimento.

Desde os 10 ou 12 anos até os 18 anos, ele gostava muito de escrever "pensamentos e poesias com temas de amor, carinho e afeição", mas certa vez o pai encontrou seu caderno cheio de poemas e pensamentos, rasgou e jogou no banheiro, que era uma casinha, fora da casa. O pai fez isso por considerar que esta seria uma expressão da suposta homossexualidade do filho. Foi um episódio que ficou muito marcado para Gilberto.

Aos 17 anos, conheceu Dalva, considerada o amor de sua vida. Apesar de seu histórico de sofrimento, pela perseguição do pai, aos 17 anos, quando conhece Dalva, diz que seu "coração se abriu". O pai e a sogra investiram contra a relação e os separaram, fazendo-os morar em bairros distantes. Eles continuaram se vendo e ela engravidou. Passaram a morar juntos e tiveram seu primeiro filho, em 1987.

O filho estava com apenas um mês de idade quando o pai de Gilberto foi ameaçado por ter se envolvido com uma mulher casada. Por causa disto, a família precisou voltar para Curitiba. Como o filho de Gilberto era muito novo para uma viagem tão longa, Dalva viria depois, quando Gilberto lhe enviasse dinheiro. Ele demorou para conseguir o dinheiro, que foi levado por um irmão. Em seu retorno, o irmão disse que Dalva já estava casada com outro homem e não viria mais. Foi uma grande decepção para Gilberto, que acabou perdendo o contato com ela e com o filho.

Desde então, vivia em Curitiba. Aos 19 anos aproximadamente, conheceu e casou com Shirlei, mesmo sem amá-la. Com ela, Gilberto teve quatro filhos. Ele diz que sempre buscou fazer as coisas em casa, cuidar e manter a casa, mas ela acabava estragando, quebrando,

rasgando. Quando ele trabalhava na padaria de um supermercado, ela ficava o esperando na porta e não fazia as coisas da casa. Na hora do almoço, ele ia até em casa, para cozinhar e dar de comer para os filhos. Viveu com ela, mesmo separado, por causa dos filhos. Ela chegou a vender a casa em que moravam, o que, segundo ele, voltou a fazer outras vezes depois que já estavam separados.

Gilberto conheceu Gabriele, com quem casou e teve duas filhas. Eles tinham uma boa relação e ele diz que gostava dela, apesar dos empecilhos colocados pela sogra, que considerava que Gilberto não estaria à altura da filha.

Em 2005, quando morre sua mãe, Gilberto tem sua primeira crise, que segundo ele foi como uma explosão de um processo que vinha se acumulando. Ele relata que ficou desesperado, já que apesar de a mãe não protegê-lo, por não conseguir enfrentar o pai, sentia que ela gostaria de fazê-lo e tinha mais afeto por ela. Tomou remédios por três dias seguidos, para evitar lembrança de que a mãe havia morrido e tentou suicídio em seguida, sendo diagnosticado com depressão.

Dois anos depois, em 2007, morre um irmão de Gilberto, depois de uma briga com o pai, quando este comunicou que iria casar. O irmão ficou nervoso e, como tinha um problema cardíaco (estava na fila do transplante), teve um ataque e morreu. O pai não pareceu se importar com a morte do filho e acabou casando-se no dia do velório do irmão, inclusive comparecendo ao velório para convidar as pessoas para comerem pizza em comemoração ao casamento. A ocasião da morte do irmão também é relatada como algo sofrido por Gilberto.

Em 2008, a esposa Gabriele é convencida por sua mãe a fazer uma cirurgia de redução de estômago. Gilberto não queria que ela fizesse a cirurgia, mas para não brigar com a sogra acabou aceitando. Em decorrência da cirurgia, Gabriele teve várias complicações e acabou morrendo meses depois, no início de 2009. Logo que soube da morte da esposa, ainda no hospital, Gilberto tentou se jogar em frente de um caminhão, na estrada em que se localiza o hospital, tendo sido impedido pelo primo. Foi sua segunda tentativa de suicídio. Poucos meses depois, a sogra consegue a guarda das duas filhas na justiça. Nesta ocasião, tenta suicídio novamente, por enforcamento, mas a corda arrebenta. As situações de perda – a morte da mãe e de Gabriele – e a perda da guarda das filhas aparecem como vivências muito dolorosas e desencadeadoras de crises e tentativas de suicídio. Seu pai morreu em 2012.

Gilberto tem, portanto, sete filhos de três esposas diferentes e quatro netos. A relação com os filhos é descrita como boa, mas acentua que eles são muito fechados e não expressam o que sentem, que não é "aquela relação amigável, que conversa". A única relação mais carinhosa seria com o neto que morava no mesmo terreno que ele. Ele fazia muitas coisas

pelo neto, desde levar e buscar na creche, buscar o leite etc. Diz que tenta dar o melhor para seus filhos, mas que eles não reconhecem sua dedicação.

A última esposa, Rosana, com quem não teve filhos, ele conheceu no ônibus. Sua relação era muito conturbada, pois ela o tratava com hostilidade, sempre o xingando e o "jogando pra baixo". Apesar de "ter o mesmo problema", pois também faz acompanhamento psiquiátrico, não o entendia e o desestimulava a manter o tratamento no CAPS. À época dos grupos focais, Gilberto estava morando com Rosana e um inquilino nos fundos da casa de um dos filhos, sempre relatando problemas na relação com ela.

Poucos anos antes, em 2012, uma filha do segundo casamento de Dalva, sua primeira esposa, o encontrou no *facebook*. A partir daí, Gilberto retomou contato com Dalva, chegando a ir ao Ceará, onde conheceu o filho, que estava então com 26 anos. Foi um momento bem significativo e emocionante para Gilberto e contribuiu para mais conflitos entre ele e Rosana. Por iniciativa de Gilberto, ele se afastou de Dalva e do filho novamente, para preservar a relação com Rosana. Em 2014, chegou a ir mais uma vez para o Ceará. Desde mais ou menos agosto de 2015, retomou o contato e passou a falar com Dalva diariamente pelo *facebook*, assim como com seu filho e a filha de Dalva. Pouco antes das entrevistas, em outubro de 2015, passou a planejar sua mudança para o Ceará, para viver com Dalva. Mudou-se para a casa de dois filhos, separando-se de Rosana, mas não disse à Rosana sobre o que estava ocorrendo, dizendo que iria para São Paulo. Gilberto reconhece que não estava completamente bom, pois se não tomasse os remédios não conseguia dormir e via coisas. No entanto, disse que vinha se sentindo feliz, mesmo com momentos de desânimo ainda. Estava com passagem de avião comprada para o dia 10 de novembro para fazer sua mudança para o Ceará. Os filhos de Dalva apoiaram a decisão de ambos de morarem juntos e os filhos de Gilberto que moram em Curitiba apesar de não apoiarem diretamente, disseram que ele fizesse o que queria. Gilberto estava preocupado porque exames de próstata deram alterados, assim como diabetes, triglicérides e colesterol, mas iria verificar a continuidade dos tratamentos e exames na nova cidade (inclusive fez cópia do prontuário do CAPS para levar). Ele estava com grande expectativa em relação à mudança.

Gilberto demonstrou sempre boa capacidade de memória, com relatos detalhados, lembrando inclusive de datas dos principais acontecimentos. Apresenta ainda boa capacidade cognitiva, boa expressão verbal e capacidade de abstração.

Sobre a atividade de trabalho, identifica-se com a profissão de padeiro, que exerceu por 29 anos. Antes disso, desenvolveu algumas outras atividades de trabalho, desde a infância, como: venda de pães e doces que o pai fazia, fiscal de pista em danceteria, metalúrgica. No Ceará, pretende fazer crochê, atividade que ele já realiza e a ser vendido pela nora e voltar a

fazer pão (talvez colocar placa em frente à casa). Diz que gostava de trabalhar com padaria e demonstrou sentimento de incapacidade ao relatar que atualmente não consegue fazer pão e nem mesmo lembrar das receitas. Disse fazer tentativas, mas as receitas não dão certo. É uma profissão que foi seguida por muitos familiares, como o avô, cinco tios, o pai e irmãos. Desde os seis anos o pai levava-o à padaria para ajudá-lo.

Em relação aos sintomas, diz que no geral é depressivo, sem ânimo para fazer as coisas, fazendo por ser obrigado. Relaciona o início dos sintomas depressivos com os sucessivos episódios de agressão por parte do pai. À época dos grupos focais, relatou que estava tendo alucinações visuais com a falecida esposa, que lhe dizia para suicidar-se e ir encontrá-la. Tinha pensamentos de morte frequentes, chegando a colocar a corda em volta do pescoço, mas desistia. Relata períodos de euforia, em que ficou agitado, elétrico, "como que ligado no 220" e fez compras desnecessárias. Refere-se a estes períodos como se não se reconhecesse: "parece de outro mundo, não é de mim". As crises eufóricas ocorreram todas quando já fazia tratamento e estava com a Gabriele. Segundo seu relato, quando a sogra os deixava em paz, ele se alegrava e acabava ficando agitado, fora de controle, comprava e gastava excessivamente. Estas crises duravam de duas a três semanas. Disse que faz pelo menos um ano que não tem episódios de euforia. Estas crises se seguiam de crises depressivas intensas, quando não tinha ânimo, não saía da cama, nem mesmo para cuidar das filhas. Apenas fazia comida porque a filha mais velha insistia, dizendo que estavam com fome.

Citou apenas uma amiga, que fez no CAPS que frequentava antes.

Diz que tem dificuldade em expressar o que sente. Muitas vezes coloca que não consegue reagir, explodir, que escuta tudo quieto e não reage. Cita que sua mãe era assim, sempre submissa ao pai e sem expressar o que sentia. Acredita ter aprendido a ser assim com ela.

Ivonete

Ivonete tem 47 anos, é casada e tem três filhas – Isabel (23 anos), Manuela (22 anos) e Simone (20 anos). Possui o ensino fundamental incompleto e trabalha na cozinha de um hospital psiquiátrico de Curitiba, mas estava afastada do trabalho desde setembro de 2014. Ela e o marido estão sem renda, pois ele também está afastado do trabalho; as filhas e a igreja que os ajuda a se manter. Ela mora em casa própria, construída recentemente e frequenta uma igreja evangélica.

Na pesquisa, Ivonete participou de três encontros do ‘grupo focal bipolar’, nos meses de agosto e setembro de 2015, e de uma sessão de entrevista no mês de março de 2016.

Nesse período, Ivonete ficou no leito do CAPS. No relato, algumas questões de temporalidade ficam confusas. Embora avaliássemos a pertinência de mais uma sessão, as filhas solicitaram a interrupção da participação de Ivonete na pesquisa, avaliando que depois da primeira entrevista ela teria ficado remoendo questões e mais desorganizada. Sua técnica de referência ponderou que haveria outros fatores, como o iminente retorno ao trabalho, que eram mais importantes para essa desorganização da conduta, mas acatamos ao pedido da família. Ivonete foi bem participativa nas atividades, mas apresentava alguma dificuldade de entendimento, acentuada no período em que ficou mais desorganizada, em que apresentou discurso acelerado e confuso, inclusive um pouco delirante.

Ela nasceu em uma cidade de pequeno porte na região centro-norte do estado do Paraná. Quando criança, morava com a mãe, o pai e os irmãos em um sítio. O pai teve três filhos com sua primeira esposa e sete filhos com a mãe de Ivonete. Aos 12 anos, Ivonete ficou cuidando da casa e das atividades domésticas em geral com a mãe, pois as irmãs mais velhas foram trabalhar como domésticas na cidade. Ivonete se lembra de alguns aspectos da infância de forma detalhada, como o nome completo das professoras, uma música de alfabetização e alguns conteúdos escolares. Refere também que aprendeu muito com a mãe, como cozinhar, cuidar da casa, lavar e passar roupas, cuidar dos irmãos. Na infância, tinha bronquite e teve broncopneumonia, o que parece ter exigido muito cuidado dos pais. Frequentou a escola até a quinta série, em torno dos 11 anos, quando abandonou, pois se mudaram para longe.

No grupo focal, disse que a infância foi perfeita até o primeiro internamento, aos 16 anos. No entanto, em outro momento, relatou que quando tinha 13 ou 14 anos viu a mãe cair ou se jogar no poço, o que não é claro para ela até hoje. Na ocasião, a família estava de mudança para um sítio e no momento em que o caminhão de mudança estava de saída, a mãe caiu no poço, situação que foi observada por Ivonete, da janela da casa. Ela pensa que a mãe não queria ir para a nova casa, pois iriam passar necessidades, sem condições de sobreviver. A mãe sobreviveu à queda, mas continuou doente, segundo Ivonete, porque a mãe "não foi atendida nas necessidades que ela tinha". Ela acredita que a mãe teria depressão. Essa situação fez com que mudassem os planos da família, que ao invés de se mudarem para o sítio, foram morar em situação precária na casa de uma irmã em outro pequeno município da região, onde trabalharam na colheita de algodão. Algumas semanas antes da participação de Ivonete no grupo focal, ela presenciou uma situação de mudança, com um caminhão, perto de sua casa e pensa que, por causa das lembranças desse momento da mãe, acabou entrando em crise. No grupo focal, Ivonete refere que não teve infância, com responsabilidades desde muito cedo.

Logo depois dessa situação com a mãe, Ivonete disse que ficou muito doente. Relata que saía andando, ia parar no cemitério, pensando se a mãe ia sobreviver, que ficava sem tomar banho e que precisava de alguém para cuidar dela, mas que não tinha. A mãe morreu cerca de dois anos depois da queda no poço. Ivonete acredita que nessa época que surgem seus sintomas de depressão, quando tem a primeira crise. Ainda morava no interior do estado, era jovem e não sabia o que fazer na vida. Relata que nessa época "aceitou Jesus". Tinha um namorado, com quem o pai esperava que ela casasse, mas ela resolveu terminar com ele. Em relação a essa história, ela traz algumas questões confusas sobre a cunhada ter escrito uma carta para o ex-namorado. Ivonete comenta que essa internação foi bem triste e que não podia receber visitas nas primeiras semanas. Acha que ficou de quatro a seis meses no hospital psiquiátrico e que foi internada porque estava chorando, saiu pelada na chuva e o irmão teve que ir atrás dela.

Depois da alta, continuou morando na mesma cidade, com um irmão mais novo. Ficou uma época sem conseguir limpar a casa e fazer as tarefas domésticas. Sentia-se "jogada". O pai morreu quando Ivonete tinha cerca de 18 anos.

Mudou-se para Curitiba em 1989, aos 20 anos, e trabalhava inicialmente como doméstica. A patroa dizia para Ivonete guardar dinheiro, porque iria se casar. Em visita realizada pela igreja conheceu um rapaz doente, seu futuro marido. Ela comenta que a mãe dele é "a outra mulher do meu pai". Gilson tinha crises convulsivas e estava bem mal. Namoraram por uma semana, noivaram e depois de 11 meses, casaram. Depois do casamento, Ivonete foi para a cidade do interior, onde ficou por cerca de dois meses. Chegou a ficar um tempo sem passar por internação, mas foi internada quando Manuela estava com 11 meses. Ivonete comenta sobre algumas brigas com o marido, uma vez em que ele a agrediu e outra vez em que agrediu as filhas.

Quando solteira, Ivonete trabalhava em casa de família como doméstica. Depois de casar, o marido não quis que ela continuasse trabalhando e ela acabou saindo desse trabalho. Mais tarde, foi trabalhar em uma empresa de limpeza, em um prédio. Depois que as filhas nasceram, Ivonete trabalhava como diarista em alguns dias da semana.

Atualmente, Ivonete está afastada do trabalho, mas sem renda, o que a preocupa, pois não pode comprar coisas para si, sua família e sua casa. Em algumas das vezes que conversamos, Ivonete estava mais desorganizada, sendo que em um dos grupos, Ivonete estava no leito e um pouco delirante, sendo o trabalho o tema desses delírios. Trabalhava na cozinha de um hospital psiquiátrico, desde 2009, com uma equipe de cerca de 30 pessoas. Inicialmente ela não queria trabalhar no hospital, pois já esteve internada lá e diz que foi "uma coisa bem grande" que precisou enfrentar. Ivonete diz que gostava do trabalho, que aprendeu quase tudo

da cozinha, desde a forma de se vestir, tom de voz, até temperatura, preparo das alimentações. Refere muito a relação com as líderes da cozinha e algumas dificuldades a partir da saída de uma delas. Alguém lhe disse que ela deveria ser líder, mas ela nunca achou que tinha capacidade. Apesar de dizer que era feliz no trabalho, Ivonete diz que era muito cansativo, por falta de funcionários. Ela comenta que tinha muita pressão com o horário, para que tudo estivesse pronto quando o motorista tivesse que sair com as refeições. Ainda assim, Ivonete fala sobre o trabalho de forma positiva, como um sinal de que está bem.

Ivonete mora atualmente com o marido e as três filhas. Ela tem estado preocupada com o fato de as filhas estarem crescendo e começando a ter suas próprias vidas. Às vezes se preocupa com o fato de ela ter buscado a mãe nas situações em que precisou, como quando menstruou, e as filhas não lhe buscarem para falar sobre essas questões. O esposo tem crises convulsivas e está afastado do trabalho, como segurança particular em residências, desde 2013. Sofreu um acidente no trabalho e ficou traumatizado.

Em relação aos sintomas, comenta que às vezes tem períodos em que começa a fazer um monte de coisa em casa, mas não consegue concluir (como arrumar o guarda roupa). Diz que tira tudo e depois tem preguiça de arrumar. Fala também que quando está assim troca de roupa o tempo todo e toma muitos banhos no dia. Às vezes chora sem motivo, fica sem vontade de fazer nada, nem de sair de casa para comprar leite, com vontade só de ficar na cama, trancada no quarto. Às vezes sente angústia, mas nunca pensou em se matar. Fala sobre a dificuldade para dormir como um sintoma importante. Sobre as causas, afirma: "eu penso que é permissão de deus. Porque tem gente que tá com câncer, tem gente que tá com a Aids, tem gente que tá cortado, com o braço cortado. Então, pra nós, deus quis que nós ficasse com essa doença". No último grupo, estava em crise: agitada, com fala desconexa, fuga de ideias e talvez um pouco delirante. O trabalho apareceu de modo muito forte em sua fala quando em crise. Ela ressalta muito a importância da medicação para o controle das crises.

Já passou por 15 internações e é a primeira vez que faz tratamento em CAPS. Disse que chegou a ficar seis anos sem crise. A mais forte foi em 2006 e a última em 2014. Supõe que é quando algo de ruim acontece ou alguma emoção forte. Em 2006 foi demitida e em 2014 foi a formatura da filha.

Ivonete reclama que desde a última crise convulsiva, em dezembro de 2015, o marido está sem afeto, muito quieto. A crise foi bem feia, na rua, no caminho para a igreja. Refere medo de ele a estar traindo. Ele nunca quer sair de casa. Ela diz que é complicado ficar três ou quatro meses sem um beijo. Eles trabalhavam com venda de lingerie, mas ele quis que parassem. Ele estava sem acompanhamento e está reiniciando. Estava sem receber auxílio-

doença, mas deve começar a receber em breve. De acordo com sua TR, a preocupação com uma suposta traição do marido está relacionada com o fato de na roda de conversa que frequenta no CAPS, todos falarem que foram traídos, mas seu marido está em condição de saúde muito frágil, sem nem conseguir sair de casa.

Atualmente, além das atividades da casa, frequenta o CAPS e o CRAS. Refere que tem uma amiga na cidade do interior em que morou na infância e uma amiga em Curitiba, com quem conversa quando uma delas está precisando de algo, além de uma amiga na igreja. Quando está mal, quem lhe ajuda são as filhas. A última vez que foi internada em hospital psiquiátrico foi há cerca de um ano e meio. No entanto, passou três ou quatro noites no leito do CAPS algumas semanas antes da entrevista. Ela diz que a filha a internou porque estava deitada na cama e resolveu fazer xixi ali mesmo, porque quis e não vê problema algum nisso.

Na entrevista, Ivonete estava angustiada com uma conversa com a médica do trabalho que disse que ela estaria apta para voltar ao trabalho, mas que a contratação seria via empresa terceirizada. Possivelmente, ela retornaria ao trabalho em breve.

João

João tem 63 anos, ensino médio completo, é divorciado e pai de quatro filhos (um homem de 45 anos e uma mulher de 40 anos, anteriores ao casamento; um homem de 34 anos com a ex-esposa e uma moça de 20 anos, tida fora do casamento). Trabalhou como bancário e está aposentado por invalidez há 17 anos, com uma renda mensal bruta de pouco mais do que três salários mínimos. Atualmente mora em casa própria com o filho de 34 anos, que tem o mesmo nome do pai. Considera-se católico e frequenta a Igreja Messiânica Mundial do Brasil.

Nesta pesquisa, João participou de duas sessões do ‘grupo focal bipolar’ no mês de setembro de 2015 e de duas sessões de entrevista, em abril e junho de 2016. João é participativo e conta sua história de vida com desenvoltura, dando detalhes sobre seu processo de adoecimento. Entretanto, no primeiro encontro do grupo focal, parecia com sintomas de intoxicação pela medicação, com grande dificuldade motora (incluindo a fala) e na respiração, chegando a cochilar algumas vezes. Apesar disso, participava sempre que demandado e buscava estar atento e acompanhar o andamento do grupo. No segundo encontro de que participou, já melhor, teve maior interação com os demais participantes, mas com indícios delirantes em seu discurso. Depois dos encontros do grupo focal e antes das sessões de entrevista, João recebeu alta melhorada do CAPS, mas acabou retornando em seguida. No período, teve sua primeira tentativa de suicídio e ficou no leito do CAPS por alguns dias. Depois disso, realizamos as entrevistas, em que foi bastante solícito, narrando fatos que parecia já ter narrado muitas vezes

ao longo da vida. João diz não lembrar de suas crises de mania, com pouca capacidade de autoconsciência desses episódios.

Ele viveu em um município de pequeno porte no interior do estado do Paraná até os 10 anos de idade, quando se mudou para Curitiba, onde vive até então. Na infância, morava com pai, mãe, cinco irmãos (uma mais velha e os demais mais novos), avô e bisavó paternos. O pai trabalhava em Curitiba com venda de autopeças e ia para casa aos fins de semana. Relata que sofreu um trauma muito cedo, quando a mãe o amamentava. O pai chegou em casa alcoolizado e foi ameaçar a mãe com um canivete que brilhava e ela o colocou na frente para se defender. Ele diz que vê "esse canivete até hoje". Considera que sua vida foi tranquila até os 20 anos, embora nunca tenha sido totalmente normal.

Frequentou a escola, caçava passarinho, comia sabiá (que era frito pela avó). Considera uma época muito boa da vida, "era uma festa".

A partir de 1962, quando se mudaram para Curitiba, aos seus 10 anos, o pai desenvolveu alcoolismo, o que foi muito difícil. Isso gerou muitos conflitos, pois o pai chegava agressivo, quebrando as coisas e tentando bater na mãe. João colocava-se em defesa da mãe, pois "sempre foi escudo da mãe" e vice-versa. Pai e mãe eram funcionários públicos, a mãe, detetive e o pai, motorista. O pai faleceu em 1986 e a mãe faleceu em 1993, de complicações da diabetes. Ela ficou hospitalizada por 60 dias e de acordo com João foi o tempo mais torturante de sua vida.

Na adolescência, parou de ir à escola, pois não tinha cabeça para estudar. Concluiu o ensino fundamental aos 31 anos e ensino médio aos 44 anos, quando trabalhava no banco. Começou a trabalhar cedo, aos sete ou oito anos, entregando revista e jornal. Aos 15 anos, passou a trabalhar como office-boy, o que fez por cerca de quatro anos em diferentes empresas. Sempre gostou de trabalhar. Com 20 anos foi trabalhar como recepcionista de hotel.

Aos 20 anos, em 1972, João teve a primeira crise de bipolaridade. Segundo ele, teve uma decepção amorosa e foi para Paranaguá fazer um curso de marinho. Era março e o curso iniciaria em outubro. Nesse tempo, trabalhou no cais do porto, limpando porão de navios, quando começou a ter alguns apagões, de início, leves. Um conhecido o colocou no trem para Curitiba e foi para casa. Disse que se sentia "fora do ar". Nessa primeira crise, ficou desorientado, saiu andando e acredita que foi socorrido pela polícia e levado para internação. Ele relata que na época não havia tratamento, apenas eletrochoque.

Comprou sua casa em 1976 e casou em 1978, quando João estava com 26 anos e ela, 36 anos. Ela era recepcionista em um hospital próximo à casa de João, onde ele a conheceu. Considera que foi algo "meio terrível", pois casou com alguém que não gostava dele, mas que

se acostumou a ele. Segundo ele, ela teria "personalidade dúbia". Diz que só teve sossego na vida enquanto a sogra foi viva, porque depois a mulher se tornou "perversa", exigindo coisas dele. Deu como exemplo o fato de ter refeito três vezes a calçada da casa em curto espaço de tempo, pois ela não ficava satisfeita. Desde 1992, estavam separados, mas morando na mesma casa. Há dois anos, em 2014, ela saiu da casa e fizeram o divórcio, quando João fez denúncia contra ela e o filho, com base no estatuto do idoso, pois o obrigavam a tomar remédio em excesso.

Sua segunda crise foi em 1984, quando trabalhava como porteiro de uma fábrica. Nessa ocasião, considera que entrou em crise em decorrência do sofrimento pela morte da avó materna.

Começou a trabalhar em um banco público com 35 anos, na área de "relações humanas". Fazia pesquisa de atendimento médico com os funcionários do banco e depois passou a dar autorizações médicas por telefone para procedimentos. Chegava a atender 60 ligações por dia. Diz que o trabalho era bom, mas muito desgastante. Era um serviço muito tenso, pois se lidava com morte e com "doenças malignas", como o câncer, e às vezes tinha que consolar os funcionários. Conta de uma vez que precisou atender o caso de uma menina que foi estuprada por um médico. Em suas palavras: "era muito esforço mental para se manter lúcido para atender os funcionários", sendo o único nessa função, onde passou 10 anos.

Em 1998, houve a venda do banco em que trabalhava para um grande banco privado, levando a muitas demissões e situações de pressão no trabalho. João preocupava-se muito em ser demitido. Ele comenta que dos 17 mil funcionários, cerca de 10 mil foram demitidos e oito suicidaram-se nessa época. Sua terceira crise ocorreu dentro de uma agência do banco, pouco depois de ser transferido de local de trabalho, em 1998. No novo local, precisou aprender a função, pois nunca a havia exercido. Na crise, disse que parecia um bicho e que foi retirado de dentro do banco e internado. Então, foi pegando licença desde fevereiro de 1999, como estratégia para não ser demitido. Saiu sua aposentadoria por invalidez em 2002. Relata que nesse período chegou ao ponto de não reconhecer os netos.

Atualmente mora com o filho João, de 34 anos, com quem não morou apenas por um período curto. Em 1995, morou por cerca de um ano com a mãe da filha mais nova, logo que ela nasceu. Em seguida, foi morar com a mãe dos filhos mais velhos, também por cerca de um ano, voltando a morar com a esposa e o filho, já "falido e doente". A relação com o filho João é conturbada, pois ele é "viciado em cocaína desde os 14 anos". O filho trabalhou pouco ao longo da vida e alega que não trabalha atualmente para cuidar do pai, de quem depende

financeiramente. No entanto, João diz que é ele quem tem que cuidar do filho, já que faz a comida, limpa a casa. A convivência de cada um deles restringe-se ao outro.

Ele fala com mágoa que pagou pensão para a filha, que ela comprou carro zero, mas não lhe faz visitas. No entanto, sua técnica de referência no CAPS presenciou João em crise sendo visitado pela filha, mas gritando e sendo grosseiro com ela.

Até o momento das entrevistas havia passado por 18 internamentos, contando com as vezes em que ficou no leito no CAPS. A cada crise fica internado por cerca de um mês. Considera que teve cerca de 10 crises eufóricas e 10 depressivas, todas acabando em internação. De acordo com a técnica de referência, as crises parecem ter um caráter mais eufórico do que depressivo, pelo menos as mais recentes, com sintomas delirantes e paranoicos, sem autoconsciência de João. Ele acha que nas crises fica desfigurado, ora parecendo-se com uma criança, ora com uma aparência terrível, ora com uma mulher. Nos grupos, ele trouxe essa questão de forma muito enfática, dizendo que sua feição muda e que as pessoas o veem com outra aparência. Deu o exemplo de uma situação em que um homem encostou o carro nele, na rua, chamando-o para sair, o que o fez concluir que ele se aparentava com uma mulher. Disse que isso ocorre geralmente próximo às crises e interpreta que nesses momentos desfigura-se. Ele considera-se ainda sensitivo, paranormal. Em relação às crises, ele refere que é como se desse um "apagão de memória", sem lembrar depois o que fez e como foi parar internado. Para João, as pessoas ao seu redor não sabem lidar com suas crises, não dialogam e algumas vezes nesses momentos chegou a arrumar suas coisas para mudar de casa. Entre as crises, tem períodos de melhora, que já foram mais longos, mas que se tornaram mais curtos.

Em maio de 2016, no curso desta pesquisa, teve sua primeira tentativa de suicídio, depois do que ficou no leito do CAPS por um período. Ele disse que sentia muita tristeza e que agiu por impulso, comprando e tomando veneno, mas logo se arrependeu. Nessa época, relata que estava ouvindo vozes que o guiavam, vozes que vinham de seu ventre e que lhe diziam o que fazer. Essa tristeza, segundo ele, é motivada principalmente pelo filho, que gasta muito dinheiro com bebida e cocaína.

João diz que não tem amigos, pois quando se tem um problema psíquico as pessoas se afastam. Sua rotina "é de dono de casa": acorda, ajeita a louça da noite anterior, faz o almoço para mais de um dia, lava a roupa, limpa a casa quando necessário. Diz que seu filho não come a comida que ele faz, então compra para ele salgado ou sanduíche na padaria.

Estava frequentando o CAPS e um grupo de psicologia na Unidade Básica de Saúde. Considera o CAPS muito melhor do que as internações, pois passou a ter mais consciência sobre si, com tratamento mais individualizado.

Na conversa com sua técnica de referência, ela relata que seu primeiro contato com João foi em crise, em 2014, quando João estava agitado, irritado, intolerante com os demais, muito hostil e arrogante, com postura de superioridade com os profissionais. Não dormia há várias noites e estava com a sexualidade aflorada, masturbando-se em alguns cantos do CAPS e falando de forma desinibida sobre suas parceiras e relações sexuais. Foi seu primeiro tratamento no SUS e o filho demandava internamento, já que foi o encaminhamento em todas as crises anteriores. Outro sintoma importante é que ele fica paranoico, em especial com o filho. Segundo sua técnica de referência, isso tem fundamento na realidade, já que o filho não ajuda em casa, é usuário de drogas e vive às custas do pai. Em visita domiciliar, ela relata que viu que João pintou e desenhou várias cruzes pela casa como forma de proteção contra o filho. Nas outras crises, além da falta de sono, da irritabilidade e da persecutoriedade, sempre presentes, João trazia questões relacionadas à sua religião, dizendo-se mediúnico, chegando a colocar-se certa vez como deus frente a um delírio de outra usuária do CAPS. Ele já colocou para sua TR que percebe que está entrando em crise porque começa a ficar sem dormir. João tem um bom vínculo com o CAPS e com a sua TR, pois nesses momentos de exagero de João, como as crises de mania, ela consegue pontuar com ele e ele consegue ouvi-la. A TR lembra ainda que mesmo na mania, suas crises são sempre com sofrimento, sem predomínio de humor alegre, tanto porque fica paranoico quanto porque se coloca com o papel de salvar as pessoas.

Leila

Leila tem 44 anos, é divorciada e tem três filhos (Julia de 23 anos, Bernardo de 15 anos e Laura de 10 anos). Mora em uma casa herdada do pai, no mesmo terreno que a irmã Antonia, o cunhado e o sobrinho. Os dois filhos mais velhos moram com o pai deles e a filha mais nova mora com Leila. No entanto, no período em que Leila esteve em crise, Laura ficou com a irmã, Julia. Leila não tem renda própria, sua fonte de sobrevivência é o benefício do INSS recebido por Laura, no valor de um salário mínimo. Tem ensino médio incompleto e trabalha nas atividades domésticas da casa.

Nesta pesquisa, Leila participou de três encontros do ‘grupo focal bipolar’, nos meses de agosto e setembro de 2015 e de duas sessões de entrevista, uma em março de 2016 e outra em agosto de 2016. Nos encontros do grupo focal, Leila aparentou estar em um período de humor mais estável, demonstrando boa compreensão sobre os objetivos da pesquisa e engajamento nas questões propostas. Teve boa interação com as demais pessoas do grupo, inclusive fazendo pontuações sobre o que elas traziam. Demonstrou ter bom nível de consciência sobre seu processo de adoecimento e sobre suas crises. Na primeira sessão de

entrevista, Leila passava por uma fase de humor mais depressivo e desânimo, exigindo da pesquisadora uma condução mais diretiva. Seu tom de voz estava mais baixo e o tempo de latência entre as perguntas e respostas era grande. Ela considerou que "deixou a desejar", pois normalmente fala bastante, diferente deste dia. No mês de abril, Leila entrou em crise de mania, logo antes do encontro agendado para a segunda entrevista. Houve duas conversas informais neste período, quando Leila estava no leito do CAPS. Ela estava muito agitada, com pensamento e fala desorganizados e ideias delirantes, atribuindo a fatos corriqueiros (como a chuva ou quebra de um copo) significados excepcionais (como uma revelação). Na segunda entrevista, Leila aparentou inicialmente estar um pouco confusa, com certo ar de perplexidade e mais lentificada, sintomas possivelmente decorrentes do uso de medicação. No entanto, com o decorrer da conversa, foi parecendo melhor, embora em alguns momentos seu discurso não fosse muito lógico.

Leila nasceu em Curitiba e é a filha mais nova de sua mãe, que teve outros cinco filhos, duas mulheres e três homens. De acordo com Leila, os irmãos são todos de pais diferentes. Até os sete ou oito anos, Leila morava com a mãe, o pai e a irmã, Antonia, que é cinco anos mais velha que ela. Tanto o pai quanto a mãe eram alcoolistas. Leila não gostava quando eles estavam alcoolizados e conta que o pai agredia a mãe. Lembra uma cena que considera "chocante", em que o pai carregava a mãe pelos cabelos e uma tia pegou uma faca e foi na direção deles. Leila pensou que iriam matar sua mãe, mas a tia pegou a faca para cortar o cabelo da mãe, que o pai agarrava. Ao mesmo tempo, lembra com alegria dos bailes realizados em casa pelos pais, com música e dança, quando o pai tocava sanfona. Orgulha-se de ter aprendido a dançar nessa época, ainda menina. Os pais se separaram quando Leila estava com sete ou oito anos. A mãe, ela e a irmã mudaram-se para uma casa de um cômodo, "na beira de vala", que não tinha luz nem água. Sua condição de vida era bastante precária. A irmã passou a trabalhar na roça, para trazer alimento para casa e a mãe trabalhava como doméstica. Às vezes, Leila acompanhava a mãe no trabalho, para ter uma refeição. Outras vezes, ficava na casa da irmã, Márcia, aos cuidados de uma babá, Luiza. De acordo com Leila, Luiza foi tirada de uma tribo indígena para casar com um sujeito de uma família rica quando perdeu a virgindade. Acabou fugindo e, quando iria se jogar de um precipício, foi resgatada pelo marido de Márcia, passando a cuidar das crianças da casa. Mais tarde, veio a casar-se com Carlos, irmão de Leila. Ela considera que Luiza a criou, tanto por esse tempo que a teve como babá na casa de Márcia, como pelo tempo que foi morar com ela e com o irmão, depois que a mãe morreu. Leila pensa que Luiza, que faleceu em 2013, não lhe ensinou noções de higiene e limpeza de si e da casa, o que ela considera que a prejudicou, tendo aprendido tardiamente com o marido e a sogra. Ela

gostava de ir à casa dos irmãos para assistir televisão. Leila diz que ia com frequência ao bar para comprar bebida para a mãe e, no caminho, vinha jogando um pouco da bebida no chão, para que a mãe não ficasse tão bêbada.

A mãe morreu jovem, de uma broncopneumonia, enquanto dormia, quando Leila tinha 10 anos. Então, Leila passou a morar com os irmãos e outros familiares, "pulando de casa em casa". Ela supõe que esses familiares a acolhiam com a expectativa de que, por ser menina, ela os ajudasse nas tarefas domésticas, as quais, no entanto, ela não sabia realizar muito bem. Quando havia algum conflito, ela passava a morar com outro familiar. Por seus relatos, sua infância parece ter sido difícil e conturbada, mas Leila não se queixa nem refere sofrimento, comentando que prefere não guardar mágoas.

Na adolescência, Leila relata que gostava de ir a festas, dançar e jogar sinuca, mas que não aproveitou tanto quanto gostaria. Aos 14 anos, começou a trabalhar na guarda mirim, fazendo serviço de *office girl* em uma estatal, onde ficou até os 18 anos. Ela era próxima de uma sobrinha, mais ou menos da mesma idade, com quem saía e que também trabalhava na guarda mirim. Até essa época, Leila também estudava, sobre o que não dá muitos detalhes. Ela disse que sua primeira relação sexual foi "bem criança, com 13 anos", mas se arrependeu, não contou para ninguém, com receio de que a obrigassem a casar com o rapaz. "Segurou" até os 17 anos para ter outras relações sexuais, por medo de engravidar. Teve vários relacionamentos, mas nenhum que tenha marcado, em geral, mais casuais.

Aos 18 anos, morava com a irmã Márcia, quando mudou-se para a casa da irmã Antonia, em outro bairro. Foi então que conheceu e passou a se relacionar com Marcos, que frequentava a casa de Antonia. Logo engravidou da primeira filha, Julia. Ela pensava que eles não precisariam casar, pois ele poderia pagar pensão e ela criaria a filha sozinha. Leila não tinha projeto de casar e ter filhos, pois não queria ninguém lhe controlando, mas a irmã, Antonia, insistiu que eles teriam que casar. Assim, aos 19 anos, casou-se com Marcos e precisou parar de estudar e trabalhar.

Leila afirma que não havia recebido informações sobre como seria o trabalho de parto, portanto tudo era novidade e ela não sabia como agir. Realizou o parto pelo SUS e, segundo ela, ficou muito tempo esperando, sem atenção e com dor. Em um dos grupos focais, chegou a dizer que sofreu maus tratos durante o parto. Ficou muito constrangida, pois não lhe fizeram lavagem intestinal, aparentemente por descuido, e na hora do parto "veio mais que a criança". Logo depois do nascimento, ela não sabia o que fazer, pois se sentia suja e gostaria de tomar banho, teria que amamentar, mas estava sem leite e a criança chorava muito. Essas situações são relevantes, já que ela considera que aqui se desencadeou sua primeira crise. Logo

em seguida ao parto, relata que ficou "fora da casinha". Ficou agitada, só queria "fazer festa" e nem se lembrava de cuidar da filha. Acabou sendo internada pela primeira vez, recebendo o diagnóstico de depressão pós-parto, ainda que os sintomas não fossem condizentes com episódio depressivo. Em um primeiro momento, ficou internada em uma clínica psiquiátrica, onde doou todas as suas roupas, por estar muito agitada, e como era inverno, ficou passando frio. Por isso, a irmã Márcia lhe tirou de lá, internando-a em outro hospital psiquiátrico. Leila não tem certeza, mas pensa que ficou internada por cerca de três meses. A gravidez e a consequente obrigatoriedade do casamento apareciam para Leila como questão desde o início de sua vida sexual, aos 13 anos. Assim, embora a crise tenha se expressado nesse momento pós-parto, supõe-se que todo esse processo tenha mobilizado subjetivamente conflitos entre as necessidades e desejos de Leila e aquilo que ela teve que fazer.

Ao sair do hospital, sentia muita vergonha pelas coisas que tinha feito, muitas das quais ela não se lembrava, mas ficou sabendo pelos relatos das outras pessoas. Ela voltou a viver com o marido Marcos e a filha Julia, que esteve com sua sogra no período da internação. Depois dessa primeira crise, seguiu-se um período depressivo. Ela diz que, na época, em 1992, não se conhecia nada sobre depressão ou transtorno bipolar e que não sabiam como tratá-la. Apenas mais tarde lhe foi dado o diagnóstico de "depressão bipolar".

Leila comenta que seu primeiro marido, Marcos, sempre a incentivou, tanto a voltar a estudar como a trabalhar. No entanto, diz que não sabe se o amou, acha que o afeto estava mais relacionado à convivência. Nunca gostou de depender financeiramente, citando que o marido não gostava que ela fumasse e não queria lhe dar dinheiro para comprar cigarro. Durante o tempo em que ficou casada com Marcos, teve várias crises de mania e alguns períodos mais depressivos. Em uma das crises, mandou pintar a casa, comprou sofá e cortina novos. Ela chegou a voltar a estudar, mas precisou parar quando engravidou do segundo filho, Bernardo. Concluiu o segundo ano do ensino médio, que estava cursando, já grávida. Diferente da primeira gravidez, Leila ficou muito feliz quando descobriu que estava grávida novamente, assim como os demais familiares, embora o marido não tenha gostado muito. Ela comenta que apesar de durante a gravidez e no período de amamentação ter ficado sem a medicação psiquiátrica, não entrou em crise.

Quando Bernardo estava com três anos de idade, por incentivo de Marcos, começou a trabalhar na limpeza de uma instituição escolar. Ela não trabalhava fora desde que engravidou da primeira filha. No entanto, ficou por apenas cerca de um mês, pois segundo ela não deu conta do trabalho. Acabou entrando em crise, indo muito agitada ao local de trabalho e fazendo uma "bagunça" lá. No grupo focal, Leila comentou que um dos sintomas da mania para ela é o

aumento da libido, o que se confirma em vários de seus relatos. Nessa crise, ela ficou bastante agitada e desorganizada e teve relações sexuais com alguns homens desconhecidos, dos quais não se lembra bem. Como consequência dessas relações, Leila engravidou. Era conhecido que Marcos havia feito vasectomia e, portanto, de acordo com ela, eles tiveram que se separar. Como ela não tinha renda própria, buscou a ajuda de seu pai, por sugestão do marido. Marcos ficou com a guarda dos dois filhos e vendeu a casa em que moravam, dando a ela 30% do valor, além de ter ajudado a construir uma casa para Leila no terreno da irmã. Depois, o pai comprou a casa de Antonia, deixando uma casa para Leila, além de lhe oferecer uma pequena renda mensal, que a ajudava a cuidar de Laura. No começo, a separação foi difícil, chorava muito, pois se separou inclusive dos filhos. Depois que Laura nasceu, diz ter melhorado, pois estava feliz por ter sua casa e sua vida própria. Laura nasceu com uma deformidade congênita denominada "mão torta radial". Devido a esse problema, Laura passou a ter direito a um benefício, atual fonte de renda de Leila.

Quando Laura tinha cerca de um ano de idade, Leila conheceu Anderson, em um baile, passaram a se relacionar e ele foi morar com ela. Ele a ajudou a cuidar de Laura e, diferente de seu sentimento por Marcos, Leila considera que amava Anderson. Ele trabalha como motorista carreteiro e, de acordo com ela, para conseguir trabalhar, Anderson usa cocaína. Foi então que Leila também começou a fazer uso de drogas, maconha e cocaína. Eles ficaram juntos por cerca de sete anos, período em que Leila apresentou novas crises e internações. Ela contou de um episódio em que ela estava em uma unidade 24h aguardando a internação com a irmã e cunhada, quando ele saiu, levando sua identidade, e voltou horas depois por ter ficado assistindo a um jogo de futebol em um shopping. Depois disso, ele a amarrou com uma corda, a colocou no carro e a levou para o hospital psiquiátrico indicado. Quando ela estava internada, ele levava Laura para visitá-la.

Em 2014, cerca de dois anos antes das entrevistas, Leila resolveu parar com o uso de drogas, pois percebeu que não estava lhe fazendo bem. Como Anderson não quis parar, Leila optou por separar-se dele. Apesar de estarem separados, eventualmente ele a visitava e eles mantinham relações sexuais. Essa separação parece ter lhe afetado, pois ela relata que, depois disso, entrou em uma crise, que considera que se estende até agora, sendo a mais longa que já teve.

Leila não manteve muita proximidade com o pai. Ele ia visitá-la para ver a Laura, mas nunca teve vínculo com os outros netos. Ele adoeceu de câncer e faleceu há cerca de três ou quatro anos. Leila disse que quando ele morreu, não ficou muito sentida. Ele chegou a pedir ajuda de Leila mais no fim da vida, pois morava com uma senhora que, de acordo com Leila,

estava interessada nos bens de seu pai. Mas como elas não se davam bem, Leila se mantinha mais distante. Por não ter ajudado tanto o pai nesse período, sente um pouco de culpa.

Leila refere muitas vezes a importância para ela dos vínculos comunitários, da relação com a vizinhança e familiares. Quando ela entra em crise, considera que tais vínculos ficam prejudicados, já que fica muito agitada e faz coisas das quais depois não lembra, mas que acha que incomoda os vizinhos e que quando lhe contam depois o que ela fez, ela fica muito envergonhada. Ela citou alguns episódios como quando saiu nua para a rua, quando bateu no cachorro de uma vizinha, quando emprestou dinheiro para comprar drogas ou mesmo quando ia à casa dos vizinhos, muito falante. No entanto, Leila avalia que depois dos internamentos anteriores, conseguia se "reintegrar à sociedade". No entanto, agora, depois dos dois últimos, não se sente mais parte da comunidade, por quem é "taxada de louca". Ela avalia que por ter associado o uso de drogas, essa relação comunitária ficou mais abalada, inclusive ouvindo algumas provocações de vizinhos eventualmente. Leila enfatiza, em diferentes momentos de sua participação na pesquisa, que o isolamento é sua principal dificuldade e razão de sofrimento. Ela comenta "o que judia bastante é esse negócio de não se relacionar com ninguém. Porque [...] o ser humano precisa ter um contato com o outro. E isso faz falta". Ultimamente, vinha pensando em mudar de sua casa, pela relação desgastada com a vizinhança.

Leila tem boa relação com Antonia, que é sua irmã mais próxima, tanto por ter sido com quem morou na infância, quando a mãe ainda era viva, quanto por atualmente Antonia morar no andar de cima da casa de Leila. Entretanto, quando Antonia faz uso abusivo de álcool, Leila fica incomodada. Ainda assim, coloca que às vezes "se abre" com a irmã, mas como a irmã também precisa se abrir com alguém, em geral seu cunhado, Leila se sente exposta demais. Por isso, evita falar muito de si.

Com os filhos, relata ter boa relação e expressa afetividade ao falar deles. Julia e Bernardo moram com o pai deles, no mesmo terreno de suas ex-cunhadas, e este fato faz com que Leila não goste de ir à casa deles. Laura mora com ela, mas quando ela está em crise, fica com Julia. Em um dos grupos focais, Leila comentou que a saída de suas crises sempre se deu por causa dos filhos, já que pensa que precisa melhorar para cuidar deles. Demonstra admiração por Julia, por estar conseguindo fazer o que ela gostaria de ter feito, no sentido de construir sua vida de forma independente, sem ter casado ainda e estar estudando. Sobre o Bernardo, pensa que ele também tem depressão, pois passa muito tempo no quarto no computador ou jogando videogame. Sobre a Laura, às vezes tem receio que, ao entrar na adolescência, ela se afaste. Leila comenta ainda que às vezes acha que Julia não a entende, lhe exigindo um ânimo que não consegue ter, por exemplo. No entanto, Julia parece um importante suporte para Leila,

assumindo o cuidado de Laura quando Leila está em crise e mesmo colocando-se como mediadora na relação com a equipe do CAPS, por exemplo.

Em um dos grupos focais, Leila comentou que gostaria de voltar a estudar, o que vinha sendo incentivado por sua técnica de referência no CAPS, mas às vezes duvida de sua capacidade. Além disso, vinha se sentindo sem ânimo. Nas fases mais depressivas, tem dificuldades para realizar mesmo as atividades domésticas, das quais não gosta, mas acaba fazendo mais devagar.

Sobre outros interesses, o único citado por ela com algum entusiasmo foi a dança. No entanto, por sentir vergonha, acaba não dançando, exceto nos períodos de crise. Na crise, ela considera que é como se voltasse à adolescência, porque fica mais solta, veste roupa curta e vai a festas. Além disso, deixa de pensar no julgamento das pessoas, o que é uma preocupação permanente fora da crise de mania. Isso inclusive faz com que por vezes ela não fale ou pergunte coisas para seus familiares, com receio do que eles possam pensar.

Leila passou por aproximadamente doze internações psiquiátricas e ficou cerca de quatro vezes no leito do CAPS. Atribui a "causa" do transtorno bipolar a uma emoção muito forte ou um trauma. Nos períodos de euforia, diz que fica agitada, falante, sem sono, com comportamento desorganizado, perde o controle sobre si mesma e, às vezes, fica agressiva. Além disso, gosta de dançar, ir à casa dos vizinhos, faz gastos excessivos, tem aumento da libido e só quer se divertir. Já nos períodos depressivos, fica isolada, dentro de casa, sem querer falar com ninguém e sem vontade de fazer nada, inclusive tomar banho. Dentre esses sintomas, considera que o pior é ficar sem se relacionar com as pessoas e se sentir julgada ou mesmo perseguida pelas pessoas.

Sobre essa última crise, ocorrida entre a primeira e a segunda sessão de entrevista, quando questionada posteriormente sobre suas possíveis razões, Leila cogitou alguns fatores, como ter diminuído por conta a medicação, ter recebido uma amiga da Laura em casa para elas brincarem e elas terem feito bastante bagunça com sua permissão e ter se agitado para organizar uma festa de aniversário para sua irmã Antonia. No entanto, para ela ainda não estava claro se isso tudo provocou ou acentuou sua agitação. Leila passou um período no leito do CAPS, muito agitada e acabou fugindo umas três vezes. Quando voltava, estava ainda mais desorganizada. Em uma das vezes, chegou ao CAPS à noite, sem calçados e não pôde entrar, se envolvendo com um rapaz. Em um dos dias em que estava no leito do CAPS, conversou com a pesquisadora e apresentou ideias delirantes e comportamento desorganizado, aparecendo com uma calcinha na cabeça. Leila acabou sendo internada em um hospital psiquiátrico, onde ficou por dois meses. Ao sair, estava melhor. Acabou se relacionando com Anderson, mas eles brigaram e ele

saiu de sua casa e ela não teve mais notícias. Depois disso, a irmã, o cunhado e sobrinhos foram jantar na casa de outra sobrinha numa noite e não a convidaram, segundo o que disseram para ela, por não ter lugar no carro. Leila ficou muito chateada, sentindo-se abandonada, por Anderson e pelos familiares e usou drogas como forma de alívio. Arrependeu-se, conversou com Julia e elas negociaram com o CAPS que ela ficasse uns dias no leito até que conseguisse se organizar de novo. Foi então que se deu a segunda entrevista. Em sua avaliação, o uso de drogas agravou essas últimas crises, mas não é o seu maior problema e sim algo mais passageiro.

Leila relata que teve pelo menos 12 crises nos últimos 25 anos, desde a primeira, identificando a crise sempre com os períodos de agitação/ mania. Ela tem dificuldade de elaborar sobre esses períodos em si, pois tem pouco registro na memória. Ela avalia que na depressão não prejudica ninguém, por isso toma esses períodos como mais próximos do 'normal'. Apesar disso, são nesses períodos que aparecem duas características que mais lhe afetam: o isolamento e a preocupação com o julgamento dos outros sobre ela.

Ao ser questionada se ela identificava situações desencadeadoras das crises de agitação, Leila conta que essas crises ocorrem quando "tem muito agito em volta". Deu como exemplo o período de Natal, quando precisa fazer os preparativos e acaba ficando agitada e entra em crise. Segundo ela, isso já aconteceu mais de uma vez. Inclusive, vinha preferindo ou não fazer mais ou deixar sob responsabilidade de outras pessoas.

No dia da segunda entrevista, Leila esteve em casa pela manhã, acompanhada da ambulância, para buscar algumas roupas, e foi à unidade de saúde para fazer exames para DST's, em especial HIV, que ainda não havia realizado depois da última crise. Em casa, ela conversou um pouco com a irmã Antonia e disse que foi muito bom. A irmã está afastada do trabalho, de acordo com Leila, possivelmente por depressão. Na última conversa, Leila comentou que tinha combinado com sua técnica de referência do CAPS de fazer as seguintes coisas: tratamento para problema na vesícula, tratamento dentário, frequentar o CAPS e cuidar da filha Laura.

Lucila

Lucila tem 52 anos, é casada e mora com o marido e com os dois filhos (um com 22 e outro com 17 anos). É bancária desde 1983, atuando na área de informática dentro do banco até 2010, desde quando está afastada do trabalho. A renda familiar é composta pelo rendimento do marido e de seu auxílio-doença, além do salário dos filhos, que ainda estudam. Tem ensino superior completo em Ciências Contábeis. É católica, mas não frequenta a igreja.

Nesta pesquisa, Lucila participou de três encontros do ‘grupo focal depressão’, no mês de agosto de 2015 e de duas sessões de entrevista, em novembro e dezembro de 2015. Lucila indicou boa capacidade de verbalização sobre sua história de vida, ainda que a consciência sobre seu processo de adoecimento não seja sempre muito clara. Nos encontros do grupo focal, Lucila teve boa participação, inclusive contestando algumas colocações de outro participante que exercia uma postura dominante no grupo. Nas entrevistas, Lucila parecia evitar aprofundar alguns assuntos, como se a lembrança a fizesse reviver as situações. Ao falar sobre sua vida, fica bastante emocionada, chorando em vários momentos.

Lucila nasceu em Curitiba e sempre viveu nesta cidade. Na infância, vivia com o pai, a mãe e com as duas irmãs mais velhas. Considera uma época boa da vida. A família teve uma sorveteria na própria casa, onde faziam as vendas. Em certa época chegaram a ter quinze carrinhos de sorvete para revenda. Nessa época, Lucila relata que seu pai foi enganado por uma contadora, para quem ele repassava o dinheiro para os pagamentos, sem recibos, e esses não eram realizados por ela. Com isso, acumularam uma dívida, quase perdendo a casa. Desde então, Lucila interessou-se pela área de contabilidade e advocacia, entendendo que assim poderia ajudar seu pai. Acabaram fechando a sorveteria e, depois, abriram uma mercearia, também na própria casa. Ela e as irmãs auxiliavam os pais no trabalho nestes comércios. De acordo com Lucila, os pais eram exigentes e muito amorosos: cobravam estudo, trabalho e tarefas; Lucila fazia poucas atividades fora de casa. Nessa fase, a vida familiar aparece como o centro de sua vida.

Na escola, relata que era um tanto levada, "uma traste". Não tinha o hábito de estudar e, embora sempre tirasse notas vermelhas, conseguia passar de ano. Lucila disse que sempre teve facilidade com coisas mais técnicas, que "pegava no ar", mas apresentava dificuldade para estudar concentrada e ficar lendo. Essa característica é identificada em seu desempenho tanto na escola como na faculdade por ela cursada. Avalia que sempre foi boa em matemática. Contou com saudosismo sobre algumas situações vividas na escola e na infância, como uma época muito boa da vida. Disse ainda que foi muito bom rememorar esses tempos e que há muito tempo não pensava nisso.

Ao ser questionada sobre sua adolescência, responde que não sabe se chegou a passar por esse período. Disse que era como antes, pois sempre estava junto com o pai e a mãe, sendo que a única diferença em relação à infância era que saía com as irmãs. Teve alguns 'ficantes' e três namorados, com um deles ficou cinco anos, mas não parece dar importância a isso em seu relato.

Lucila relata com certo orgulho, mas também com aparente humildade, que chegou longe com os estudos. Depois de terminado o segundo grau, trabalhou por um tempo. Seus dois primeiros empregos foram na área de contabilidade, ainda que não tivesse formação específica, mas já demonstrando que se mantinha como um interesse. Chegou a iniciar duas faculdades, em áreas diferentes, mas acabou abandonando ambas.

Passou a trabalhar na área de informática de um grande banco privado a partir de 1983, quando estava com 20 anos. Sua função era analista de produção sênior e assumiu diferentes tarefas nas equipes de trabalho. Ressalta que sempre buscou investir em sua carreira, tanto dedicando-se ao trabalho, como realizando diversos cursos internos no banco, entre eles, administração para bancários. Quando Lucila fala sobre o trabalho, nota-se como este se constituiu como sua perspectiva de vida e futuro, condicionando os demais aspectos de sua vida.

Quando já trabalhava no banco, a mãe adoeceu gravemente – vesícula inflamada estourou e precisou passar por cirurgia – e Lucila tirou férias para cuidar dela. Depois de um tempo, os pais fecharam a mercearia e, eventualmente, passaram a pescar. Certa vez, na volta de uma pescaria, houve um acidente e a mãe precisou novamente de cuidados de saúde mais constantes de Lucila. Ela ressalta que sempre buscou ajudar os pais e, a partir dessas duas situações, nota-se que ela busca salientar a centralidade da família, notadamente de seu pai e de sua mãe, em sua vida e sua correspondente dedicação.

Lucila adverte que nunca almejou ter filhos, sequer pensava nisso, pois considerava que tinha uma boa vida, com seu emprego, seu carro. Conheceu seu marido, Paulo, quando ele trabalhava no banco, no mesmo local que ela. Nesta época, ela trabalhava de madrugada, fazendo oito horas e ele fazia seis horas. Paulo ficou pouco tempo no banco. Ele disse a ela que não aguentava trabalhar com ela, pois além de ela ser muito elétrica, tinha ciúmes por ela conhecer muita gente no local de trabalho. Depois de sair do banco, Paulo foi trabalhar autonomamente com compra e venda. Atualmente, ele trabalha concedendo empréstimo para aposentados. Casaram-se quando Lucila estava com 29 anos, grávida. Aos 30 anos, nasceu seu primeiro filho. O segundo filho nasceu cerca de seis anos mais tarde. Quando o filho mais velho tinha sete anos e o mais novo meio ano, Lucila inicia a faculdade de Ciências Contábeis, cursando até o fim. A faculdade não tinha relação direta com o trabalho e, ao falar sobre isso, ela diz que pensava "agora eu vou estudar uma coisa diferente, pra mim". Além disso, ela relata que na época não existia o curso de informática, cuja relação com seu trabalho seria mais direta.

Sobre o trabalho no banco, Lucila sempre se esforçou e se dedicou consideravelmente. Sentia que tinha muitas responsabilidades, muitas tarefas a cumprir, além

de muita cobrança e críticas, sem o devido reconhecimento. Ao mesmo tempo, era chamada a trabalhar de madrugada, em feriados. Relata que ficava sempre à disposição do banco, pois quando havia algum problema, precisava resolver imediatamente. Não aponta isso como uma exigência do banco, ainda que ligassem para ela do banco a qualquer horário, mas atribui a uma característica pessoal de responsabilidade profissional. Outro aspecto do trabalho destacado por Lucila é o sistema de metas. Eram estabelecidas metas para o ano, em geral relacionadas à automação de processos do banco, para o que era necessária criatividade. Em um primeiro momento, aponta que, por ser organizada, nunca teve problemas em cumpri-las, mas em seguida diz que às vezes as metas eram "escabrosas" e que nem sabia por onde começar. O sistema de metas pontuava o desempenho de um a cinco, sendo um o melhor desempenho e cinco, o pior, quando o trabalhador deveria se preparar para ser demitido. Para cumprir as metas, era necessário pedir ajuda aos colegas, pois exigiam coisas para além de sua alçada. Ficava nervosa até que conseguisse atingir a meta, pois não gostava de deixar de fazer o que lhe pediam. Além disso, sentia medo de não fechar a meta e acabar perdendo o emprego. Lucila costumava tirar três, sendo que uma vez chegou a tirar dois. Por causa disso, levantou desconfiança do sindicato, do qual fazia parte há pouco tempo. Era comum que os demais membros do sindicato tirassem quatro. Como Lucila era bastante conhecida em seu local de trabalho e, também por já ter sido da CIPA, foi convidada a participar do sindicato, em torno de 2008. No entanto, enfatiza que sempre separou suas atividades do sindicato, das do serviço e das de casa. Em relação ao sindicato, considerava-se como um saco de pancadas, entre a empresa e o sindicato, nas situações de greve por exemplo, além de "curral eleitoral", o que ela não explica muito bem, mas poderíamos supor que quis dizer que por ter reconhecimento dos colegas, conseguia votos. Apesar de parecerem impressões negativas, Lucila afirma que se sentia bem com a participação no sindicato, por estar fazendo algo por si e pelos outros.

Lucila considera que seu processo de sofrimento é resultado de um "pacote", em que estão incluídas situações no trabalho, a morte do pai e a morte da mãe. Observa-se que na estrutura motivacional e emocional de sua personalidade, tanto a preparação e dedicação ao trabalho e carreira quanto o núcleo familiar representado pelos pais ganham centralidade. Assim, quando algumas vivências negativas produziram rupturas nestes núcleos, desenvolve-se um processo de sofrimento intenso. Antes disso, Lucila pensa que não tinha o problema da depressão, pois mesmo quando já trabalhava no banco sempre foi alegre, brincava com todo mundo, era a "palhaça do setor".

Sobre as situações no trabalho, Lucila relata que sofreu assédio moral. Como já citado, havia metas a serem atingidas de acordo com uma agenda distribuída por uma das

pessoas da equipe de trabalho. Pelas informações dadas por Lucila, parece que as tarefas assumidas por cada pessoa da equipe eram rotativas, sendo que ela já havia assumido essa mesma responsabilidade. No entanto, ela começou a se sentir pressionada, quando alguns chefes, ou mesmo pessoas que "se achavam chefes", começaram a lhe dizer para ter cuidado com o emprego, como se ela estivesse fazendo algo errado. Além disso, ela relata que há muito tempo ouvia comentários depreciativos sobre seu desempenho e as promoções que recebia, "E todo mundo achava que eu tava dando pra alguém porque não acreditava que uma mulher podia subir daquela maneira". Isso foi lhe preocupando e a fazendo sofrer pouco a pouco. Ela passou a fazer uso de algum tipo de medicação psiquiátrica, da qual ela não se lembra, receitada em consultas médicas de acompanhamento e a precisar de afastamentos de um ou dois dias ou até mesmo de uma semana. Em seu relato, parece que nesse momento o processo de sofrimento vivido não lhe era muito claro. Inclusive, conta que outras pessoas certa vez lhe disseram que com o código de doença do seu atestado, ela deveria procurar um psiquiatra. O estopim desse processo foi em uma reunião, quando foi humilhada, no meio de todos, lhe "apontaram dedo na cara" e ela não conseguiu reagir. Ela disse ter vivenciado essa humilhação com muita vergonha, possivelmente pelo papel que o trabalho ocupava em sua vida. Lucila fala que havia outras pessoas, inclusive cita outra mulher, mas sua grande decepção foi com um colega, que neste momento era seu chefe, para quem ensinou tudo e a quem incentivou. Conforme Lucila, "foi por causa desse cara que fiquei assim virada". Ela saiu desta reunião, voltou para sua mesa e foi fumar, uns dois ou três cigarros seguidos. No grupo focal, ela relata que sua primeira crise foi depois disso, quando se trancou no banheiro e chorou muito, sem querer conversar com ninguém e sem que ninguém lhe tirasse de lá. Trabalhou ainda mais uns dois dias e, na consulta já agendada com psiquiatra, foi afastada. Considera que uma coisa pequena, estragou sua vida. Diz que se preparou muito para ter um bom futuro, mas que hoje não vê futuro para si, pois não tem forças para se manter naquilo para o que se preparou para fazer. Em sua narrativa, ela não responsabiliza o banco ou o processo de trabalho, mas atribui com evidência a responsabilidade às pessoas com quem trabalhava, considerando que elas a prejudicaram, quase que por uma crueldade pessoal. Essa compreensão tem repercussões significativas sobre a forma absolutamente desconfiada com que Lucila passa a se relacionar com as pessoas atualmente, buscando manter-se afastada das pessoas em geral, vendo-as com desconfiança, pois diz que não quer ser magoada novamente. Entretanto, em uma das sessões do grupo focal, ela verbaliza, sobre o banco: "eles moldaram do jeito que eles queriam a minha pessoa, né. E hoje eu já não sei mais quem eu sou... Tô tentando buscar as raízes, ver o que eu posso fazer, né, pra tentar voltar a ser o que eu era". Ela considera que quando se afastou do trabalho, passou por um

período conturbado em sua casa, pois tanto ela como o marido tiveram dificuldades para lidar. Nesse momento, ela chegou a pensar em largar a família.

Não quer mais qualquer contato com as pessoas do banco e hoje não consegue sequer passar em frente ao local onde trabalhava. Ao mesmo tempo, quando questionada sobre a possibilidade de voltar ao trabalho ou se aposentar, ela diz "Eu tenho que terminar tudo aquilo que eu tinha que fazer, não posso ficar... [...] Não. Tenho que terminar. Tenho que chegar lá, terminar bonitinho né. Não assim, vergonhoso assim, né. Tenho que ir lá, tenho que voltar a trabalhar legal, tem que, tem que por um ponto final, sabe, porque ali que me incomodou muito, me incomodou."

Em relação à morte dos pais, Lucila conta que o pai faleceu há cinco anos, quando ela ainda estava trabalhando, mas já fazia acompanhamento com psiquiatra e já tinha passado por períodos de afastamento. Depois da morte do pai, considera que a mãe mudou, brigava com todo mundo. Elas brigaram e ficaram seis meses sem se falar, quando ela morreu, há um ano e meio, depois de um procedimento cirúrgico. Apesar de ter ido ao hospital e ficado no corredor e se preocupado, Lucila remói o fato de estar brigada com a mãe quando esta morreu. Até mesmo por estar em um momento de maior fragilidade, isso tudo a afetou muito.

Lucila teve um câncer de pele, que tratou, mas ainda exige certos cuidados. Por não gostar da cor de sua pele, considerando-a muito vermelha, ia ao dermatologista frequentemente. Portanto, descobriu o câncer precocemente e tratou. Nesse relato, demonstrou possuir certa vaidade, mas não se incomoda com a cicatriz no rosto, que é bem discreta. Uma psiquiatra lhe disse que o câncer pode ter se desenvolvido em decorrência do estresse, o que ela acha que pode fazer sentido.

Atualmente, mora com o marido e os dois filhos. O mais novo está no segundo ano do ensino médio e o mais velho passou no vestibular; ambos trabalham. Considera que se dá bem com os filhos, com brigas esporádicas em especial porque ela cobra deles que sejam independentes e que ajudem em casa. Sobre a relação com o marido, pensa que não está muito boa e que já chegou a cogitar que ele estivesse com outra pessoa. Ela tem pensado que gosta mais dele do que ele gosta dela. O marido administra as finanças da casa, inclusive o dinheiro recebido do auxílio doença. Essa prática vem mesmo de antes do afastamento, pois ela fez muitas dívidas, comprando coisas em excesso e sem necessidade, como tecidos, esmaltes, roupas, utensílios para a cozinha. Lucila diz que fazia compras como forma de fugir dos problemas e que isso lhe fazia bem. Diz também que, às vezes, comprava para não atrapalhar ou ajudar os vendedores. Por uma época conseguiu segurar, mas chegou a estourar a conta de seu cartão, que foi quando o marido passou a administrar suas finanças.

Lucila não se relaciona bem com uma das irmãs, por ela ter lhe chamado de louca – em virtude do tratamento no CAPS – em uma ocasião, e fala com ela só quando necessário. Com a outra irmã sempre teve mais afinidade, mas considera que não está como antes. Chegou a se questionar se é sua responsabilidade, por acabar sempre afastando as pessoas de si.

Em sua rotina, coloca que passa o dia mais quieta, com dificuldade para realizar as tarefas domésticas, porque lhes parecem muito pesadas. No entanto, se incomoda com sujeira, mas sente que antes conseguia limpar a casa rapidamente e agora tem que limpar aos poucos, um ou dois cômodos por dia. O marido e os filhos ficam responsáveis por cozinhar e Lucila pela limpeza da casa. Descreve que gosta de "mexer no mato", um trecho do terreno em que planta. Fez recentemente um curso de corte e costura, por cerca de um ano, mas parou, porque estava tendo muitas faltas, por não conseguir ir. Costuma deixar a televisão ligada e às vezes fica assistindo. À tarde, fica mais sonolenta e costuma cochilar.

Diz que gosta de ir ao CAPS, mas tem dificuldade de sair de casa, então precisa que o marido a acompanhe na ida. Na volta, consegue ir sozinha. Faz acompanhamento no CAPS desde abril de 2013, sendo que ficou um tempo sem ir, por medo, quando uma psicóloga foi ameaçada por um usuário. Mas depois voltou, com intervenção do marido.

Menciona que se sente bem apenas em sua própria casa, mas gosta também de ir à casa de sua sogra e de uma de suas amigas. Tem boa relação com duas vizinhas, que se constituem como suporte. Uma delas é manicure e tem um salão na própria casa, que fica a meia quadra da casa de Lucila. Ela vai frequentemente visitar Lucila, que diz que a amiga é como se fosse sua psicóloga, pois a conhece há muito tempo e é uma das poucas pessoas que sabe que ela faz CAPS. Lucila vai na casa dela uma vez por semana, onde encontra a outra amiga, que está com câncer.

Ela relatou ainda com importância sobre sua relação afetiva com o gato de estimação, que foi trazido pelo marido há cerca de três anos. Quando ela não está bem, ele lhe faz companhia e a acalma. Identifica ainda como relações de suporte o marido, os filhos e a sogra, dizendo que busca afastar as pessoas que não lhe fazem bem. Para Lucila, ela e o marido têm uma boa relação, sendo que nunca brigaram, tendo apenas alguns conflitos pontuais. No entanto, traz com desconforto que já teve desconfiança de que o marido pudesse ter relações extraconjugais. Quando questionada por maiores detalhes, disse que preferia não falar sobre a relação com o marido. Ao mesmo tempo, ao descrever sua rotina, o marido aparece com frequência, como alguém bastante presente em sua vida.

Lucila tem poucas perspectivas em relação ao futuro, se preocupa com o retorno ao trabalho e sente medo. Seu maior medo é de encontrar novamente as pessoas que trabalhavam

lá, pois pondera que não pode confiar nelas. Sente que tem que voltar ao trabalho para "terminar o que começou", para sumir do banco e mudar a sua vida. Ao mesmo tempo não consegue visualizar como seria isso. Reafirma muitas vezes que o seu problema são as pessoas, que são traiçoeiras e que não se pode confiar nas pessoas. Não consegue relatar coisas boas que aconteceram em sua vida, estando muito centrada nas situações ruins.

Relata como principais sintomas: ansiedade, angústia, vontade de morrer, desânimo, não conseguir fazer as coisas, isolamento, pouco contato com as pessoas, cansaço fácil, não se alegrar, medo de sair de casa e de estar em lugar com muita gente. Às vezes tem sintomas de ansiedade mais intensos, como suor nas mãos, rubor no rosto, taquicardia, como se o coração fosse sair pela boca, sensação que nada do corpo a obedece. Queixa-se de dificuldades com a memória, que não consegue cozinhar, pois esquece panelas no fogo e queima a comida. Às vezes sente que tem algo diferente, fica nervosa e pede que as pessoas se afastem para não perder o controle, como já fez, arranhando a si própria ou correndo na varanda e batendo-se contra a parede, por exemplo. Considera que perde o controle quando é contrariada, quando algo não está de seu agrado. Relata que muitas vezes já teve ideação suicida, com uma tentativa de suicídio, mas sem coragem de seguir adiante. Em relação a isso, diz ter prometido à família não fazer novas tentativas. Quando não está bem, para tentar melhorar, tenta dormir, fica com seu gato de estimação ou vai na casa da amiga. Na ocasião da entrevista, estava tentando parar de fumar há três semanas, em tratamento na Unidade de Saúde.

Lucila considera que na infância não apresentava qualquer problema relacionado à depressão e que, pelo contrário, sempre brincava com todo mundo, e hoje não consegue sentir alegria com nada.

Renato

Renato tem 57 anos, ensino fundamental incompleto, é casado e tem quatro filhas (de 32 anos e 29 anos com a primeira esposa e de 12 anos e uma recém-nascida com a atual esposa) e uma neta. Está afastado do trabalho como motorista de taxi há quatro anos, mas sem receber auxílio doença há cerca de três anos. Mora com a esposa, Roseli, e as duas filhas em casa própria e a renda familiar atual vem somente da esposa, que trabalha com cozinha industrial. Renato fala pouco espontaneamente, sendo necessário perguntar muito. Possivelmente devido a isso, não referiu uma das filhas no início da conversa, apenas posteriormente.

Nesta pesquisa, Renato participou de três encontros do 'grupo focal bipolar', nos meses de setembro e outubro de 2015, e de uma sessão de entrevista no mês de março de 2016.

Em geral, apresentou uma postura mais passiva, falando apenas quando demandado. Apesar disso, parecia acompanhar o grupo e se envolver nas questões. Tinha dificuldade de abstrair certos elementos de sua história de vida e na entrevista respondia apenas ao que era perguntado, sem desenvolver o assunto e, em geral, com respostas lacônicas. Em razão disso, a cronologia e detalhes da história de vida não ficaram bem claras.

Nasceu em uma pequena cidade do noroeste do Paraná, onde viveu até os seis anos de idade. Em seguida, mudou-se para um município um pouco maior, no sudeste de Mato Grosso do Sul, onde viveu até os 12 anos, quando voltou para a cidade de origem. Morava com os pais e quatro irmãos, sendo o segundo filho. Acha que a infância foi boa, moravam no sítio e brincavam muito. Renato diz que a relação com o pai era boa, que ele nunca brigava, diferente da mãe que brigava e batia neles. Convivia com os tios e primos que moravam próximos e trabalhavam na fazenda do avô.

Começou a frequentar a escola aos 11 anos, mas era distante e tinha que ir a pé, com irmãos e primos. Não gostava muito da escola, pois preferia "fazer arte", mas mesmo assim tirava boas notas. Depois do segundo ou terceiro ano começou a gostar, principalmente de jogar bola. Jogou futebol por muito tempo, chegando a disputar alguns campeonatos em times dos bairros de Curitiba. Aos 12 anos começou a trabalhar com o pai na fazenda do avô, quando voltava da escola, para ajudar no sustento da família. De acordo com Renato, era difícil conciliar estudo e trabalho, pois era cansativo.

A partir de 1970, diz que o pai começou a adoecer, apresentando problemas de memória, de esquecimento. Foi por isso que voltaram para o Paraná, para o tratamento do pai, onde ficaram por dois anos. Considera que a mudança foi difícil e, nessa época, parou de estudar. Nesse mesmo ano, quando Renato tinha 12 anos, o pai suicidou-se, tomando veneno. Ele relata que um dia antes de o pai se matar, eles estavam plantando amendoim e os dois irmãos estavam trabalhando com um vizinho. No mesmo dia pela manhã, o pai havia falado em casa para sua mãe que iria matar Renato na roça. Ela contou para um primo e este primo disse para Renato ir trabalhar no vizinho e que iria em seu lugar. Depois do almoço, o pai tomou café e foi para a roça. Quando o primo chegou, o pai já estava caído no chão. Ele diz que foi difícil, pois aos 12 anos virou praticamente o chefe da casa. Segundo ele, o irmão mais velho não se importava e Renato assumiu as responsabilidades. A mãe ainda é viva, tem 80 anos e vive com um neto que criou.

Passados dois anos, mudaram-se para outro município pequeno na região, onde ficaram mais seis anos. O irmão mais velho mudou-se para Curitiba para servir ao exército e, então, quando Renato tinha 18 anos, mudaram-se todos para Curitiba, pois a vida estava muito

difícil no interior e, segundo o irmão, em Curitiba seria mais fácil conseguir trabalho. Quando chegaram, Renato começou a trabalhar com montagem de móveis. Trabalhou ainda como vendedor em loja de roupas, loja de móveis, como subgerente em supermercado e em outras lojas e, nos últimos três anos antes de se afastar do trabalho, como motorista de taxi. Ele disse gostar de trabalhar como taxista, apesar de sofrido, pois fazia turnos de 24 horas trabalhando por 24 horas de descanso. Relata que entregou a chave no dia que foi assaltado, às 14h, por um rapaz que pegou na rodoviária, assaltou um mercadinho e o fez levá-lo com o taxi. O trabalho que mais gostou foi como vendedor de eletrodomésticos, com o que trabalhou em várias lojas. O que menos gostou foi em uma recapadora de pneus, pois era muito calor, por causa das caldeiras. Comenta que se pudesse gostaria de voltar a trabalhar no comércio, mas acha que não teria mais paciência, diferente de antes, quando tinha muita paciência. Diz que às vezes deixa de fazer as atividades domésticas por falta de paciência.

Conheceu a primeira esposa quando era gerente de uma loja e ela trabalhava no depósito. Casou aos 22 anos e viveram juntos por 19 anos, tendo duas filhas. Separaram-se por estarem brigando muito. Renato saiu de casa, ela se casou de novo, teve mais uma filha e são amigos até hoje.

Conheceu a segunda esposa, Roseli, quando era subgerente de uma loja e ela trabalhava em outra. Estão juntos há 12 anos e têm duas filhas, Amanda de 12 anos, de quem Renato cuida e uma recém-nascida, Sofia. Não vê as filhas mais velhas com muita frequência, ficando até três meses sem vê-las, pois são ocupadas com estudo e trabalho. Mas diz que sente falta de vê-las mais.

No dia a dia diz que não costuma fazer muita coisa, por falta de vontade, diferente de antigamente, quando não parava quieto. No entanto, afirma que limpa a casa, cozinha e cuida da filha. Tem alguns vizinhos, mas conversa pouco com eles.

Seus sintomas começaram a aparecer quando trabalhava no supermercado. Considera que o nervosismo e irritação são constantes, sem melhoras, sendo o nervosismo o que mais o incomoda. Atribui uma piora recente no quadro à mudança na medicação. Relata ter episódios em que não consegue se controlar e quem está por perto, procura não discutir. Teve um episódio de tentativa de suicídio, por envenenamento, mesma forma do pai, há cerca de oito anos, durante as férias. Estava sozinho em casa, tomou veneno e foi para a rua, de onde foi levado para o hospital. Passou por cinco internações, quando pensava em suicídio. Disse que a experiência da internação psiquiátrica foi ruim, pois parecia uma cadeia e que saía pior. Atualmente vai duas vezes por semana no CAPS e uma vez no posto de saúde. Disse que vai

ao CAPS porque tem que ir, mas também não gosta, assim como no posto. Afirma que continua indo para tentar voltar ao normal, como era antes, quando era mais brincalhão e dava risada.

Começou o tratamento quando trabalhava em uma loja, antes de trabalhar com taxi. Estava muito nervoso, irritado, em especial no trabalho. Nessa época, estava casado com Roseli e Amanda tinha cerca de quatro anos, quando consultou um médico que lhe receitou calmantes. Considera que a vida toda teve esse nervosismo, o que destoa um pouco da outra afirmação sobre já ter sido mais brincalhão. De acordo com ele, normalmente é calmo, mas de repente fica muito nervoso. Quando fica nervoso, tem que se isolar, senão briga e xinga. Ficava nervoso e brigava também quando jogava futebol.

Fez tratamento para transtorno bipolar por 12 anos em um ambulatório e depois foi encaminhado para o CAPS, há cerca de quatro anos, onde o médico pensa que o diagnóstico mais adequado seria de depressão. No entanto, Renato discorda, com o argumento de que "se fosse depressão, tinha sarado já". Para reforçar o diagnóstico de bipolaridade, Renato diz que tem problemas de esquecimento, tremores, irritabilidade e nervosismo e depressão não ataca tudo isso. Tomava risperidona e clonazepam, que foi retirada há poucos meses e segundo ele está fazendo falta. Atualmente toma ácido valpróico, lítio e mais dois de que não lembra.

Roberto

Roberto tem 49 anos, ensino fundamental completo, é divorciado e mora com a filha de 17 anos em uma casa alugada. Trabalhou por muito tempo como cobrador de transporte coletivo e atualmente está afastado, recebendo auxílio-doença no valor de cerca de um salário mínimo e meio.

Roberto participou de dois encontros do 'grupo focal depressão' em agosto de 2015 e de duas sessões de entrevista, em março e junho de 2016. Nos grupos em que esteve, se colocou bastante e entendeu a proposta da pesquisa. Na fase de entrevistas, ele passou por um afastamento do CAPS atribuído por ele a conflitos com sua técnica de referência. Na segunda sessão de entrevista, Roberto relatou que depois de uma situação em que a filha falou com ele de um modo áspero, ele fez uso de medicação e bebida alcoólica, com a intenção de se matar, ficando por dois dias sedado, na cama, com períodos em que acordava, mas não conseguia reagir. Nesse momento, passava por uma crise depressiva, "à beira do abismo", com forte ideação suicida, segundo ele precisando de um tratamento mais profundo. Ele foi incentivado pela pesquisadora a conversar com alguma técnica do CAPS. Dias depois, sua TR informou que ele voltou a se vincular ao CAPS e que reconheceu que fica mais intolerante "por causa de sua doença", tendo retomado seu projeto terapêutico.

Passou a infância e adolescência em um município de médio porte no norte do Paraná, onde vivia com os pais e com os sete irmãos. Quando tinha sete anos, os pais se separaram e Roberto teve que começar a trabalhar para ajudar na renda da casa. De início, trabalhou engraxando sapatos e capinando terrenos enquanto as irmãs trabalhavam como domésticas. Frequentava a escola, mas faltava muito às aulas, chegando a ser expulso junto com o irmão uma vez. Roberto diz que como tinha que trabalhar nas horas livres, usava o horário da escola para brincar. Ia nadar no rio com o irmão e mais dois companheiros. Apesar disso, conseguia passar de ano, pois estudava antes das provas. Disse que a relação com os pais e irmãos era "normal" e que a mãe era rigorosa, batendo neles com vara de marmelo. O pai morreu há dois anos, no município de origem, mas Roberto não foi ao seu enterro. Ele perdeu o contato com o pai e nunca o perdoou, por considerá-lo responsável pela situação que a família ficou depois da separação, obrigando Roberto a trabalhar ainda criança em empregos muito desgastantes. Por isso e por ter parado de estudar, Roberto culpa o pai por sua depressão, dizendo que "não foi pai pra mim". Os irmãos retomaram contato com o pai já adultos, mas ele não.

Com 12 anos de idade, teve seu primeiro emprego registrado, como auxiliar de serviços funerários. Fala desse emprego como algo muito negativo e como uma possível fonte de sofrimento, que pode ter lhe levado a adoecer. Foi nessa época, com cerca de 12 anos, que tentou suicídio pela primeira vez tomando cibalena. Ele disse que sentia que não tinha liberdade, mesmo aos fins de semana tinha que trabalhar, a qualquer hora, e que neste emprego sentia-se um "lixo". Relata uma situação, no dia de Natal, que precisou ir recolher uma pessoa morta há três dias em um rio, sem qualquer tipo de proteção nas mãos. Ao mesmo tempo em que diz que isso foi horrível, aponta que a proteção usada atualmente é "frescura". Trabalhou na funerária até os 16 anos, quando passou a trabalhar como cobrador em ônibus intermunicipais, onde ficou por cinco ou seis anos. Desse período, refere-se ao trabalho como algo bom, dizendo inclusive que o pessoal do norte era bem melhor que o de Curitiba, tanto o patrão – que antes de punir, ouvia os funcionários, como ocorreu com ele em uma situação – quanto os passageiros, que lhe presenteavam e com quem tinha relação amigável. Roberto relata que até hoje tem bons sonhos com esse período e essas linhas de ônibus.

Em 1986, aos 20 anos, mudou-se para Curitiba e passou a trabalhar em uma empresa de transporte rodoviário, em linhas dentro do estado. Ficou por cerca de um ano e certo dia encontrou na rodoviária seu ex-chefe, que o convidou para voltar a trabalhar no norte do Paraná. Roberto aceitou e ficou cerca de um ano por lá. Segundo ele, percebeu que queria ficar em Curitiba e voltou. Nessa época, uma irmã mais velha por quem Roberto tinha muito carinho

morava em Curitiba e ele resolveu se estabelecer nessa cidade. A irmã é falecida há oito ou nove anos, mas ele afirma que se ela fosse viva hoje, certamente lhe daria apoio, diferentemente dos demais irmãos.

Em torno dos 22 anos, quando estava de volta à Curitiba, relata que passou por uma situação que pode ter sido uma primeira crise de depressão, ainda que não tenha sido identificada assim à época. Disse que ficou desorientado, andando à toa, pela rodoviária (não trabalhava lá), dormia na rua e sentia muita angústia. Como forma de lidar com isso, viu anúncio de emprego em São Paulo e foi para a região trabalhar com pintura de residências. Passou cerca de seis meses trabalhando por lá, "para ocupar a cabeça". Quando voltou para Curitiba, ficou uns dois meses desempregado e em seguida voltou a trabalhar como cobrador de transporte coletivo, passando por algumas empresas. Nas horas de folga, trabalhava com pintura.

Conheceu a ex-esposa no terminal, quando trabalhava como cobrador e ela era estudante. Ela engravidou e eles se casaram. Roberto disse que tiveram uma relação "normal" e que se davam bem. Separaram-se quando a filha tinha em torno de oito anos. Ela pediu que se separassem e ele ficou com a guarda total, pois ela havia batido na filha certa vez que saiu com ela. A ex-esposa devia pagar pensão, mas não o faz há dois anos. Roberto propôs acordo, que ela comprasse roupas para a filha, mas ela não aceitou. Ele está aguardando passar o aniversário da filha para entrar na justiça contra a ex-esposa. Segundo ele, a filha o apoia nessa decisão. Ele comenta que chegou a ter relação com outra mulher depois, mas como ela tinha um filho homem e ele uma filha mulher, ele avaliou que poderia não dar certo. Quanto às relações posteriores, disse ter tido algumas, mas "sem interesse".

Quando trabalhava em uma das empresas de transporte coletivo, aos 42 ou 43 anos, passou por um internamento e esteve no CAPS pela primeira vez. Roberto relata o episódio do internamento de forma detalhada e diz que foi uma experiência muito ruim. Foi internado pela família depois de uma tentativa de suicídio em que tomou "chumbinho" e fugiu do hospital depois de 10 dias, "pulando o prédio". Na fuga, quebrou o calcanhar e dedos do pé. Disse que não pode contar com a família, que queria lhe internar de novo, mas um amigo advogado e sua esposa lhe deram suporte e o ajudaram quando estava mal.

Fala sobre como o trabalho foi desgastando, como não tinha mais paciência com os passageiros, começou a reagir a assaltos e dava sinal para o motorista fechar a porta antes dos passageiros terem descido, intencionalmente. Atribui esse desgaste aos 17 assaltos sofridos, de 1992 a 2014 e à pressão que os passageiros faziam sobre ele, quando subia a passagem, por exemplo, como se fosse culpa dele e não da empresa de ônibus. Sobre isso diz que "lidar com o povo é pior que lidar com animal". Foi um colega de trabalho que o incentivou a buscar ajuda.

Roberto foi ao médico, que o encaminhou para um psiquiatra de um ambulatório. Depois de dois meses, este psiquiatra o encaminhou para o CAPS.

Considera que antes da depressão era valorizado pelas pessoas e que depois passou a ser considerado como louco. Diz que sua família o chamava de louco, por ter perdido o controle e feito coisas que não faria se tivesse normal naquele momento. Pensa que foi um processo de acúmulo, desde o trabalho na funerária quando criança, até o trabalho como cobrador, mais recente.

Considera que a filha o valoriza e lhe dá atenção. Vive com a filha em Curitiba e parecem ter boa relação. Preocupa-se muito com ela e diz que é a única coisa boa em sua vida. Ele diz que fica ansioso quando ela está fora, acalmando-se apenas quando ela chega em casa e vai lhe dar oi. Um dia antes de um dos grupos, citou situação em que filha foi visitar a mãe e, por ela ter demorado um pouco, ele ligou mais de 40 vezes em seu celular. Depois ela até desligou o telefone. Ele diz que conta com ela e que quando ele está chorando, ela leva um pano para secar suas lágrimas. Neste ano, além de estudar, a filha começou a trabalhar meio período. Assim, Roberto cozinha à noite, prepara sua marmita e pela manhã a acompanha até o ponto de ônibus. Quando está sem ânimo, faz comida para uns três dias para não ter que cozinhar diariamente.

Sobre seus sintomas, refere que fica muito isolado, que não gosta de se relacionar com ninguém (exceto a filha), tem insônia, falta de ânimo para fazer as coisas, fica trancado em casa, coberto até a cabeça. Não sente prazer com a vida, nem com coisas de que gostava. Nesses momentos, diz que fica pensando na vida, "como um filme", em tudo que já aconteceu. Percebe-se por seus relatos que Roberto fica remoendo mágoas, antigas e recentes. Não gosta de ficar em meio a muitas pessoas, não foi à festa de 15 anos de uma sobrinha, por exemplo. Relata que já teve alucinações auditivas, vozes que chamavam pelo seu sobrenome (como é conhecido) e vê vultos em casa. Em relação a isso, diz que sabe que é "coisa da sua cabeça". Por várias vezes diz que se sente um lixo, que não presta para nada e que "não vale a pena ficar fazendo peso em cima da terra". Refere não lembrar a última vez que sentiu alegria e que acha que não tem sentimento nenhum, pois quando o pai morreu não foi ao seu velório e parecia que não sentia nada. Ainda tem pensamentos de morte e ideação suicida, mas nessas ocasiões pensa que deus é quem deve dar ou tirar a vida e desiste. Considera que piorou depois que sofreu os assaltos e que fica um pouco melhor quando está perto da filha. Roberto refere ainda que esquece muito das coisas, deixa torneira aberta, porta destrancada e atribui essas dificuldades aos medicamentos.

Estava no CAPS há aproximadamente três anos e relata ter abandonado o CAPS durante a realização da pesquisa por situações relacionadas com uma psicóloga do serviço, das quais demonstrou ter muita mágoa. Entretanto, antes do encerramento da pesquisa de campo, ele havia retornado ao serviço. Roberto frequentava também um grupo na unidade de saúde, mas considerava que não estava bem, chegando a pensar em pedir internação. Disse que fez uso de álcool em um período pois o acalmava e dava sono. Relata que tem momentos em que fica irritado e perto de explodir.

Tem poucas relações de convívio social, poucos vizinhos que cumprimenta e quatro amigos, entre eles o casal de advogados. Considera que se recolhe e que acaba se isolando, sem socialização. Às vezes se afasta inclusive desses que considera amigos.

Rodrigo

Rodrigo tem 47 anos, ensino fundamental incompleto e relação de união estável com Nívea, com quem teve dois filhos, já falecidos. Trabalhava como motorista, mas foi aposentado por invalidez há cerca de três anos e tem renda mensal de cerca de um salário mínimo e meio. Atualmente, mora em um quartinho na casa da mãe, onde moram mais dois irmãos. A esposa o visita com frequência e às vezes dorme com ele lá. Considera-se cristão, mas não frequenta igreja, prefere fazer suas orações no seu quarto mesmo.

Nesta pesquisa, ele participou de um encontro do ‘grupo focal bipolar’ em setembro de 2015 e de uma sessão de entrevista em março de 2016. No grupo, ele foi participativo, mas centrado nas questões de seu próprio sofrimento, sem entrar tanto na proposta do grupo focal. No geral, apresenta postura bastante depressiva e com dificuldades importantes de memória. Suas lembranças são imprecisas, não sabendo especificar quando exatamente ocorreram, prejudicando a reconstrução de sua história de vida. Em contrapartida, alguns eventos – especialmente os relacionados à morte dos filhos – são lembrados com detalhes. Aparentemente, seu foco de atenção está muito voltado para o próprio sofrimento e para as memórias relacionadas, com significativa redução da percepção dos eventos ao seu redor. Depois do primeiro encontro do grupo focal, ele não lembrava de ter participado, por exemplo. Nesse período, Rodrigo teve uma tentativa de suicídio com ingestão de medicação e vários episódios de automutilação. Conversamos algumas vezes informalmente ao nos encontrarmos no CAPS e ele pareceu confuso e desorganizado. Na sessão de entrevista ele estava mais organizado e conseguiu relatar fatos da história de vida, ainda que de forma inexata. Embora fosse importante outra sessão de entrevista para complementar as informações, Rodrigo disse que não ficou bem depois da conversa realizada e pediu para não realizar a segunda sessão.

Apesar disso, ele acatou sugestão de sua TR de conversar sobre isso pessoalmente. Esta conversa acabou tendo um caráter mais terapêutico, a pedido da equipe, pois sua TR estava em férias e ele havia se automutilado no dia anterior, cortando-se nos braços e abdômen com um alicate de unha, depois de ter sonhado com o filho Lucas e uma discussão com esposa. A esposa lhe diz que ele a agride verbalmente, do que ele não lembra depois.

Desde a infância, Rodrigo morou em Curitiba, com os pais e os seis irmãos – uma mulher e cinco homens. Ele é o filho do meio. Moraram por um período no terreno do avô materno, mas relata que o avô não gostava dele. O avô, descendente de russo, tinha pele e olhos claros e Rodrigo tinha pele escura. O avô os maltratava, não os deixava ver TV na casa dele, referia-se a ele e aos irmãos como "bugres" e dizia "vão pra lá, seus negrinho" (sic), o que o incomodava e também ao seu pai, o que levou à mudança da família. Alugaram uma casa onde a mãe mora até hoje. Chegou a visitar o avô, antes que ele falecesse, depois de cerca de 40 anos acamado.

A relação entre o pai e a mãe de Rodrigo não era muito boa, pois brigavam muito. O pai chegava em casa alcoolizado e os xingava. Os pais brigavam e Rodrigo ficava fora da casa, às vezes acompanhado de algum irmão, quando um vizinho lhes trazia comida. Sobre os motivos das brigas comentou que as tias queriam ficar com o pai e que uma vez o pai chegou a ficar com uma tia. Afirma ter perdoado o pai, que morreu ainda durante a infância de Rodrigo, de uma doença no coração, em uma véspera de Natal. Ele sentiu bastante a morte do pai. Nesta ocasião, um amigo que treinava capoeira com ele, o levou para sua casa, onde ficou por uma ou duas semanas. Em relação à mãe, Rodrigo disse que ela sempre o tratou bem e que até hoje ela o entende quando ele está mal.

Rodrigo casou com Nívea aos 19 anos e eles foram morar um pouco distantes de onde a mãe mora. Nívea tinha uma filha de outro relacionamento que foi morar com eles. Cerca de um ano depois do casamento, nasceu Lucas, seu filho mais velho. Passados cerca de 10 anos, nasceu Artur, o filho mais novo. De acordo com Rodrigo, ele era totalmente diferente nessa época, pois eram muito felizes. Ele relatou situações em que brincava com os filhos embaixo do cobertor enquanto a esposa fazia a janta, por exemplo.

Trabalhou em diversos lugares, como fábrica de fazer fios, fábrica de tintas, garagem de ônibus. Trabalhou na lavanderia de um hospital, mas foi demitido depois de participar de uma greve. Então, começou a trabalhar como motorista, de uma empresa de sorvete, depois em mercenarias, onde acabou fazendo alguns serviços administrativos também. Disse que gostava do trabalho, pois "ia pra tudo quanto é lado". Seu pai também foi motorista e vendedor, ensinou-o a dirigir, o que serviu de incentivo para Rodrigo.

Quando Artur, o filho mais novo, tinha dois anos, precisou passar por uma cirurgia e veio a falecer. Rodrigo disse que nessa época já foi difícil, trabalhava chorando, ia pra casa chorando. Trocou de emprego, de uma marcenaria para outra, que tinha salário melhor. A esposa de Rodrigo já buscou acompanhamento psicológico nessa época, mas ele disse que como 'não tinha tempo' não foi. Relata que ficava irritado por qualquer coisa e os amigos diziam que ele precisava procurar ajuda. Começou a fazer tratamento há cerca de oito anos, em um hospital-dia. Nívea precisou fazer uma cirurgia na coluna e ele precisou pegar dias de licença. Essa situação deixou-o nervoso e preocupado, por medo de perdê-la. Depois passou a frequentar uma clínica dia, três vezes na semana. Quando a clínica fechou, foi encaminhado para outra, que depois o indicou para o CAPS.

Em 2009, o filho mais velho Lucas foi assassinado, aos 21 anos. Ele levou um tiro enquanto ouvia música no carro com amigos, próximo da casa deles. Chegou a ser socorrido, levado para um hospital de referência, mas morreu no dia seguinte. Esse acontecimento o marcou profundamente. Rodrigo fica sempre muito emocionado ao falar do filho.

Um mês depois da morte de Lucas, Rodrigo reagiu a um assalto em uma mercearia próxima de sua casa e levou um tiro no ombro que se alojou no pescoço. Passou cerca de 12 dias em coma, acordou entubado. Ficou cerca de quatro meses sem falar, pois teria que passar por fonoaudiologia, mas acabou melhorando espontaneamente. Rodrigo disse não ter sentido dor quando levou o tiro (só depois de acordar) e considera que isso ocorreu porque deus quis lhe mostrar que o filho Lucas não sentiu dor antes de morrer. Ao ser socorrido, não quis ser levado ao hospital de referência da região, pois foi para onde Lucas havia sido levado, então o levaram para outro hospital. Considera que depois disso "não tinha mais ninguém" e não foi mais ao cemitério visitar o Artur, onde ia acompanhado de Lucas.

Depois de um tempo, começou a apresentar um problema nas mãos, fibrose palmar e problemas nos tendões. Ele sente dor e tem limitações de movimento. Rodrigo disse que um médico sugeriu que o problema nas mãos poderia ser decorrente do seu processo de sofrimento.

Ele passou a morar com a mãe, por não conseguir voltar para sua casa, pela lembrança de seus filhos. A esposa Nívea continuou morando na casa deles, mudando recentemente para uma casa alugada, pois o terreno está num lugar rebaixado e começou a ficar alagada. Moram com ela hoje a filha, a neta e uma sobrinha. A filha e a sobrinha são usuárias de drogas e, de acordo com Rodrigo, atrapalham-na muito. Nívea também é aposentada, por problema na coluna, e trabalhava como sanitizadora (higienização) em um hospital. Rodrigo diz gostar quando Nívea vai na casa da mãe para ficar com ele, mas que às vezes a xinga e depois não lembra. Ele atribui esses rompantes a problemas com a medicação.

Considera que se dá bem com os irmãos, mas quando o irmão que mora com ele bebe, ele fica mal, ansioso e eles acabam brigando. O irmão caçula já teve convulsões duas vezes e Rodrigo o auxiliou, salvando sua vida.

Atualmente, tem contato com amigos de infância, que ainda moram nos arredores da casa de sua mãe. Disse que esses amigos ajudam e que evitam falar "sobre o acontecido". Tem boa relação com a dona de uma mercearia perto da casa da mãe, que o conhece desde que nasceu.

Em relação ao seu processo de sofrimento, mostra um baixo nível de autoconsciência, dizendo não saber o que ele tem, com pioras bruscas e imprevistas, as quais não consegue controlar e não entende. Tem como principais queixas a falta de memória/esquecimento, distraibilidade, não ouvindo o que as pessoas ao redor estão falando, as brigas com a esposa, ansiedade, medo de sair de casa e ideias persecutórias (que carros o estão seguindo, que querem lhe fazer mal ou matá-lo). Quando se sente mal, tem o hábito de se automutilar, produzindo lesões com objetos cortantes (como alicates de unha, parafusos, pregos). Já teve tentativas de suicídio, entre as quais uma em que disparou um revólver, mas a bala não estourou. Ele diz que deus não quis que ele morresse. Ele sonha muito com os filhos, principalmente Lucas e ao acordar, fica pior. Rodrigo considera que esses sonhos o atrapalham.

Como estratégia para lidar com situações de ansiedade, faz orações e copia trechos da bíblia. Quando está persecutório, anota as placas dos carros, verificando de quem são. Rodrigo valoriza muito o uso da medicação. Nunca passou por internação em hospital psiquiátrico, mas frequentou clínica dia.

Suzana

Suzana tem 56 anos, ensino fundamental incompleto, é separada e tem sete filhos (Túlio, de 37 anos, Gustavo de 36 anos, Augusto de 33 anos, Sara de 31 anos, Leonardo de 30 anos, Guilherme de 21 anos e Heitor de 20 anos) e sofreu um aborto ao cair de moto com o marido bêbado há muitos anos. Se diz católica, mas frequenta igreja evangélica. Recebe aposentadoria por invalidez, por causa de problemas na coluna, no valor de um salário mínimo. Tem um terreno herdado do falecido marido, onde tem algumas casas, que aluga para uma inquilina e para um filho, complementando a renda com mais ou menos mais um salário mínimo. Um dos filhos, Guilherme, mora com ela; sua mãe e seu filho Leonardo com a esposa moram no mesmo terreno, cada um em sua casa. Os demais filhos, com exceção do Heitor, moram próximos e ela os vê diariamente, constituindo-se no principal centro na vida de Suzana.

Nesta pesquisa, Suzana participou de dois encontros do ‘grupo focal depressão’ em agosto de 2015 e de três sessões de entrevista em dezembro de 2015 e fevereiro de 2016. Ela foi bem participativa, com boa capacidade de verbalização, contando sua história de vida e omitindo alguns episódios que preferiu abordar apenas nas entrevistas individuais. Nos relatos, fica muito emocionada, chorando em vários momentos. Preocupa-se em estar arrumada, maquiagem e unhas por exemplo, dedicando esforço para isso. Tem uma agitação constante nas pernas e nas mãos, que apresentou melhora no período entre os encontros do grupo focal e das entrevistas. Ficou chateada por não comparecer ao último encontro do grupo por estar com intoxicação alimentar. Nas duas primeiras sessões de entrevista, Suzana estava mais animada, um pouco logorreica, diferente do habitual, e relatou que passou dias sem dormir, bastante agitada, tal como um episódio de hipomania. Relata que esteve "como se fosse uma tomada ligada", fazendo muita coisa ao mesmo tempo, como limpar, trabalhar, mas sem deixar de sentir angústia. Depois de ficar assim, deitou e acordou no dia seguinte às 15h, com dor no corpo e triste. Ela relatou a história de vida com muitos detalhes. Na terceira e última sessão, ela estava pior e contou que fez tentativa de suicídio semanas antes, depois de brigar com a mulher do ex-marido no trajeto de volta para casa.

Suzana relata que não conheceu seu pai biológico. A mãe passou a viver com outro homem, a quem Suzana chama de pai. Com este homem, a mãe teve outros dois filhos (Raul e Vitória), a quem ela considera como irmãos. O pai fazia uso abusivo de álcool e, apesar disso, Suzana diz que ele cuidava da família e que era uma boa pessoa. A mãe tinha uma mercearia e casa própria na época, mas acabou perdendo tudo por causa do vício do pai, quando chegaram a morar na favela. A mãe se separou e passou a viver com outro homem, chamado de padrasto, com quem teve mais dois filhos (Álvaro e Estela).

Sua mãe saiu de casa para morar com este padrasto e deixou Suzana cuidando dos irmãos, que os colocou em uma creche e passou a trabalhar como babá, para ter alguma renda. Ela começou a trabalhar aos 13 anos de idade. Em um emprego como babá, ela dormia no emprego e ia para casa aos fins de semana. Acabou saindo por causa da situação da mãe nessa época. Um dos irmãos perdeu a visão e ela se considera responsável, já tendo ouvido inclusive de sua mãe que era a culpada. Suzana disse ter visto sua mãe correr de madrugada ensanguentada com os filhos no colo porque o padrasto queria esfaqueá-los. Apesar de todos os erros que considera que a mãe cometeu, a perdoou, por ser sua mãe.

Suzana disse que tinha o sonho de ser médica pediatra, pois gostava muito de criança e atribui a este padrasto a responsabilidade de não ter possibilidade de ter estudado e realizado este sonho. Ela sempre vivia com muito medo do padrasto, que agredia a mãe e

ameaçava Suzana no caso de ela contar para a mãe as coisas que ele lhe dizia. Cresceu com medo e diz sentir medo até hoje. Quando a mãe estava grávida de Álvaro, o padrasto tentou agarrar Suzana, que conseguiu se esquivar. Enquanto a mãe dormia, ele a agarrou novamente e com muito custo se livrou dele. Ao contar para a mãe, ela não acreditou, mas ainda assim foi cobrar dele. O padrasto agrediu a mãe violentamente, deixando a ensanguentada e disse que era culpa de Suzana.

Para ficar longe do padrasto, com medo de uma nova agressão, fugiu de casa, com a intenção de conseguir um emprego e não retornar, e foi acolhida pela família de um amigo que usava drogas. Como Suzana era menor de idade, a mãe do amigo não quis que ela ficasse dentro de casa, então eles dormiram no carro. De acordo com seu relato, esse rapaz “nunca faltou com o respeito” com ela. O padrasto acusou-a de estar usando drogas e dormindo com aquele rapaz, chamando a polícia para buscá-la. Quando a polícia estava atrás dela, Suzana tentou se matar, se jogando em frente aos carros, sendo necessários muitos policiais para segurá-la. Ela foi levada de camburão para o juizado de menores, onde passou a noite, como castigo. Na manhã seguinte, obrigaram-na a fazer um exame no IML para verificar se “ainda era moça”, a pedido da mãe. O exame confirmou que ainda era virgem. No dia seguinte, o padrasto tentou agarrá-la violenta e forçosamente mais uma vez, embora sem penetração, o que foi enfatizado por ela. Ela conseguiu fugir e pediu ajuda em um prédio, de onde chamaram a polícia. O padrasto havia se escondido embaixo da casa, mas a polícia o encontrou e o levou algemado. No entanto, no meio da noite, o soltaram e ele voltou, arreventou o portão, com flores e uma faca na mão. A mãe estava no fim da gestação. Suzana conseguiu jogar os irmãos pela janela e disse que eles fossem pedir ajuda e chamassem a polícia que ela ficaria para proteger a mãe. Nesse dia, ela diz que se encorajou ao ver o padrasto bater na mãe grávida. Entrou no meio e disse para que fizesse o que queria com ela para deixar a mãe em paz. O padrasto lhe deu um tapa e foi novamente preso. Depois disso, Suzana procurou o pai, contou o que estava acontecendo e ele, revoltado, levou ela e os dois irmãos para dormirem na casa dele, que era dentro do seu local de trabalho. O pai alugou uma casa para morar com os filhos e Suzana cuidava dos irmãos e tinha medo de sair na rua. Suzana sabia que a mãe estava sendo violentada e se preocupava.

Suzana diz odiar a irmã (Estela), pois ela sempre defendeu o padrasto, mas conversa com o irmão (Álvaro).

Suzana começou a trabalhar de doméstica próximo de casa. Considera que ali aprendeu muita coisa sobre as tarefas domésticas, como cozinhar. Foi nessa época, aos 18 anos, que conheceu o primeiro marido, já falecido, que também morava nas proximidades. Eles

dormiram juntos e ela engravidou do filho mais velho. Ela diz que não sabia nada da vida e nem notou que estava grávida. Casou por estar grávida e para sair de casa. Nessa época ainda trabalhava como doméstica e foi registrada em carteira para receber licença maternidade. Um ano depois engravidou do segundo filho e em seguida do terceiro, da quarta e do quinto. Aos 26 anos, Suzana estava com cinco filhos. Ela trabalhou ainda como auxiliar de produção em fábrica de reciclagem de papel por cerca de dois anos. Depois disso começou a trabalhar como zeladora em um colégio, no período da noite e como perdia o último ônibus às vezes, acabou saindo. Depois trabalhou como auxiliar de cozinha por pouco tempo, pois foi assediada pelo chefe e acabou saindo. Foi então que entrou na empresa de ônibus como zeladora, servindo café. O marido era mecânico e eles viviam bem, até que ele começou a beber e se envolver com outras mulheres. Ela diz que não sabe se gostava dele, pois casou mais para fugir de sua casa. Certa vez, o marido bateu nela e por não querer que acontecesse com ela o mesmo que com a mãe, resolveu se separar. O marido saiu de casa e ela teve que trabalhar. Foi difícil, pois dependia da ajuda de vizinhos para cuidar dos filhos. Chegou a deixar a filha com sua madrinha, por considerar que ela sendo mulher não podia ficar sozinha com os meninos, mesmo eles sendo irmãos. Suzana sustentava os filhos com dificuldade e uma vez entrou em desespero na prefeitura porque não tinha como pagar uma conta. Uma advogada se compadeceu de sua situação e resolveu ajudá-la. Ela entrou com liminar para solicitar pagamento de pensão, mas quando foi levar para o ex-marido de Suzana ele tinha acabado de falecer. Então, ela encaminhou o processo para fazer escritura do terreno, que ficou com Suzana.

Sentia-se sozinha e com um encargo grande sobre si, quando conheceu o segundo marido, Inácio. Nessa época, Suzana saía para dançar, atividade que ela diz gostar até hoje, mas hoje não gosta de dançar com homens. Ela trabalhava em uma empresa de ônibus, das 6h às 19h45, com intervalo para almoço, quando corria em casa para fazer tarefas domésticas. Inácio era cobrador e começou a "mexer" com ela. Suzana diz que tem "complexo de homem" e considera que seu casamento não deu certo porque nunca sentiu prazer sexual, tinha pavor, pois lembrava do padrasto. Quando casou com Inácio, não queria alguém para fazer sexo, mas para ajudá-la a cuidar dos filhos, mesmo que ele tivesse relação sexual com outras mulheres fora de casa. Pode-se dizer que foi estuprada muitas vezes pelo marido, pois Suzana relata que mentia para ele dizendo que estava menstruada ou com dor de cabeça, mas ele lhe dizia que era sua obrigação como esposa e ela acabava cedendo. Suzana teve dois filhos com Inácio. Seu filho mais novo nasceu prematuro e, segundo seu relato, ela teve um episódio depressivo em seguida. Ao falar sobre o Inácio, diz que foi a pior coisa que ela poderia ter feito, pois ele era igual ao seu padrasto, bebia e era um homem sujo. Ela se trancava no quarto, chorava e desejava que as

coisas fossem diferentes. Por iniciativa de Suzana, ficaram um ano separados. Mas para não criar os filhos sem o pai, resolveu lhe dar uma chance e voltaram a viver juntos. Em casa, considera que era mãe e pai de seus filhos, pois o marido não contribuía e ainda bebia.

Teve um período que os dois filhos mais novos estavam com problemas na escola, faltavam às aulas e ela era chamada na escola. Eles frequentavam o CAPSi e o médico dos filhos recomendou que ela fizesse acompanhamento psiquiátrico. Certo dia, ligaram da escola e ela pediu que falassem com o marido que estava em casa, pois ela não tinha como sair do trabalho. O marido não resolveu e o Conselho Tutelar foi até o trabalho de Suzana. Isso a deixou muito nervosa e quando ela chegou em casa teve um episódio de raiva, quebrou muita coisa e queria bater no marido, só não o fez porque os filhos a seguraram. Não ficou claro, a partir de seu relato, se foi nessa mesma situação, mas Suzana havia comprado uma faca com o objetivo de se matar e, além de jogar as coisas de casa para fora, foi para cima do marido com a faca tentando matá-lo. Foi preciso que os filhos e vizinhos a segurassem para retirar a faca de sua mão. Sua patroa já havia comentado que ela parecia deprimida, que ela não se arrumava mais. Alguns dias depois, Suzana seguiu o marido e o flagrou com outra mulher, segundo ela, uma prostituta com quem ele vive. Ela sentiu-se usada, pois descobriu que ele estava cheio de contas e pagava outra pessoa para trabalhar em seu lugar, para alugar uma casa com outra mulher. Suzana bateu muito na amante do marido, deixando cicatrizes que ela tem até hoje. Ao voltar para casa, tomou todos seus comprimidos de diazepam e foi para o trabalho. Lá, ela ficou desorientada e sua patroa percebeu que ela não estava bem. De repente, ela saiu pelo portão para se jogar em frente de um ônibus, mas a patroa e colegas a seguraram e chamaram uma ambulância. Quando Suzana acordou, estava internada em um hospital psiquiátrico. Foi sua primeira internação. Diz que ama muito os filhos e só está viva por causa deles.

Suzana trabalhou ainda como zeladora em uma faculdade particular, depois em uma escolinha que acabou fechando. Lá conheceu Rita que abriu uma nova escola e a contratou. Suzana fala com carinho sobre Rita, que a ajudou a fazer um curso para trabalhar no berçário. Suzana acabou indo trabalhar em uma creche próxima de sua casa, pois essa outra era muito longe. Ela diz que gostava muito desse trabalho e que as crianças gostam dela. Ela estava há cerca de dois anos trabalhando no berçário, quando começou a piorar. Quando se sente bem, Suzana vai até lá para ver as crianças e as colegas. Relata que gostava muito de brincar com as crianças; que na Páscoa pediu para a patroa para se vestir de coelho e ela autorizou porque consideravam-na divertida.

Suzana diz que gostaria de consertar muitas coisas em sua vida e na da mãe. Hoje a mãe mora no mesmo terreno que ela, está com 76 anos e ainda trabalha como cobradora de

ônibus. Atualmente, o filho de 21 anos mora com Suzana. Ele teve envolvimento com drogas, chegou a agredir a esposa, que tinha recém dado à luz a Paloma, e passou por tratamento em hospital dia. Estava melhor, frequentando a igreja e estava se reconciliando com a esposa. Ocasionalmente, encontra com Inácio, já que ele trabalha em uma linha de ônibus que vai à casa de Suzana. A mulher com quem ele vive hoje passa o dia no ônibus com ele. Suzana expressa vontade de “acabar com a vida” de ambos, principalmente a dele. Ela responsabiliza Inácio pelo que aconteceu com ela e com os filhos. Ao mesmo tempo, em outros momentos do relato, considera a si mesma responsável, dizendo que repete com os filhos coisas que ela viveu e que não gostaria de repetir. Como exemplo, Suzana comenta que receia que tenha cometido o mesmo erro que sua mãe em relação à Sara, com um possível assédio de Inácio (que ela não esclareceu bem), quando a mandou morar com a madrinha. Ela acha também que manteve os filhos muito fechados, sempre próximos dela. Está separada há quatro anos e não cogita voltar, mas sabe que Inácio às vezes pergunta por ela e que a atual mulher tem ciúmes.

Fez dívidas depois de sair de uma internação, pois se sentia mal e ficava bem ao comprar. Comprou jogo de quarto, jogo de cozinha, televisão, rack, roupas, sapatos, tintas, esmaltes.

Relata que tem uma “angústia sem fim” dentro de si. Faz uma metáfora repetidamente de que é como se tivesse retirado uma porca de um parafuso e não encontrasse mais essa porca. Suzana relata que já se sentia deprimida ao ver a situação da mãe, a relação com a irmã e a situação em casa, de que o marido não ajudava. Com frequência chorava. Ela afirma que teve uma crise depois do nascimento prematuro do filho mais novo, chorava muito, “não tomava banho, não tinha vontade de fazer nada.” Um médico diagnosticou como depressão pós-parto e chegou a lhe dar antidepressivo, mas por medo de passar pelo leite para o filho tomou apenas por uma semana. Disse ter piorado depois de acidente de moto de outro filho e a doença de uma neta, quando foi tudo piorando, até que explodiu. Está pior há seis anos, mas diz que é assim desde a infância, por todo o sofrimento que passou. Relata que sempre ficou mais isolada. Na escola em que trabalhava, sua patroa chegou a lhe cobrar que ficasse mais com as outras pessoas. Refere muito desânimo e necessidade de muito esforço para conseguir fazer as coisas, se arrumar. Ela dá ênfase muitas vezes ao fato de conseguir se arrumar ou não, como um sinal de que está bem ou mal. Diz ter dias melhores e dias piores e refere dificuldade de ficar no meio de muita gente, inclusive falar no grupo. Às vezes fica nervosa, por não poder resolver algumas situações ou pelos conflitos entre os filhos e noras. Relata preocupação excessiva, como um “pânico”, quando o filho de 21 anos está fora de casa. Diz que sofre por antecipação por coisas que não aconteceram, como se esperasse que algo ruim estivesse para

acontecer. Considera-se um estorvo para a família e, às vezes, pensa que se morresse as coisas melhorariam. Relata episódios de falta de controle, em que agride verbalmente e joga objetos nas pessoas. Já teve tentativa de suicídio, com ingestão de medicação. Passou por uma internação em hospital psiquiátrico com duração de seis meses, passando em seguida para um hospital dia por três meses. Depois fez acompanhamento em um CAPS conveniado pela prefeitura, quando teve uma segunda tentativa de suicídio, tomando medicação. Foi levada para uma Unidade 24h, onde ficou por três dias. Pediu que não fosse novamente internada e voltou a acompanhar no CAPS. Quando o CAPS fechou passou a ser acompanhada na Unidade de Saúde, por uma psicóloga e em ambulatório de psiquiatria. Atualmente, está em acompanhamento no CAPS. Atualmente toma fluoxetina, carbamazepina e depakene.

Suzana faz acompanhamento também de outros problemas de saúde, de circulação, coluna e labirintite. Está fazendo ginástica na unidade de saúde. Passou um período se sentindo melhor, chegou a costurar e fazer alguns chaveiros cujo modelo pegou na internet. Quando está bem, gosta de fazer crochê, porque se envolve com a atividade e esquece os problemas.

Ela esteve impossibilitada de ver a neta por situação de agressão do filho contra a nora, depois do que ele se internou para tratamento de abuso de drogas. Ela se sente responsável por filho usar drogas. Os filhos acham que Suzana "passa a mão na cabeça" dele, mas ela diz que não, embora admita que tem uma relação próxima dele. Quando ele usava drogas, Suzana lhe dava dinheiro com medo que ele roubasse outras pessoas. Quando ela chegava do trabalho e ele não estava em casa, ela saía pela rua atrás dele, dia, noite, madrugada. Ela tem muito medo que ele repita com as mulheres o mesmo que Suzana sofreu, agredindo física e sexualmente.

Suzana não gosta de datas festivas, como aniversários, Natal e Ano Novo, por causa do barulho, som, muita gente falando. Fica nervosa também porque costuma ter discussões entre membros da família, pois eles são bem diferentes. Quando sai com a filha para fazer compras para essas festas, fica com a sensação de que as pessoas estão olhando para ela, falando dela e pensam que ela é louca, mas a filha diz que é coisa de sua cabeça. Seu filho Gustavo trabalha como motoboy e desde que ele sofreu acidente de moto, fica nervosa cada vez que ouve barulho de ambulância. O filho Gustavo não fala com o filho Túlio, porque acha que ele explora a mãe, pagando um valor muito baixo pelo uso de uma peça no terreno da mãe para sua oficina mecânica, o que a deixa nervosa e preocupada. Suzana diz se dar bem com a filha, embora às vezes discutam por pensarem de formas diferentes, porque a filha é evangélica. Suzana tem boa relação com nora, que lhe dá apoio e cuidado e lhe faz companhia, mas tem muita mágoa da irmã, porque ela já bateu na mãe e a responsabiliza pelo que o padrasto fez

com ela. Suzana discute às vezes com a mãe porque ela gasta sua aposentadoria com os irmãos ou com presentes sem necessidade.

Sua rotina inclui as tarefas domésticas, conversa com a nora, assistir à novela da tarde, ir ao bar de sua inquilina para conversar quando não tem mais ninguém, ir ao médico, à ginástica e às vezes à igreja. Gostava de andar de bicicleta, mas faz tempo que não o faz. Quando não está bem fica mais trancada no quarto, isolada e quieta. Atualmente gosta de ficar em casa, porque se sente segura, e gosta de saber onde cada um de seus filhos está. Gosta também de ir ao CAPS, onde participa, entre outras atividades, de um grupo de mulheres que segundo Suzana tem lhe ajudado, pois ela diz ter muita dificuldade na convivência com homens. Ela relata que tem pavor e nojo de homem, reagindo negativamente mesmo ao carinho e abraços dos filhos, por exemplo. Isso ocorre também em relação ao médico do CAPS ou outros homens que participam do grupo, pois Suzana tem medo e insegurança. Fica revoltada quando lhe dizem que ela precisa arrumar namorado. A filha acha que por Suzana ter crescido sem carinho, não transmitiu para os filhos. Ao mesmo tempo, Suzana diz amar muito os filhos e se preocupar muito com eles. Ela tem afinidade com uma amiga que fez no CAPS, com quem conversa por telefone e dão suporte uma à outra. Tem dificuldade em confiar nas pessoas. Sua nora, Camila, com quem se dá muito bem, contou para a Sara que Suzana estava fazendo uma carta para entregar a ela caso lhe acontecesse algo, o que fez com que perdesse a confiança nela também.

Estava com plano de voltar a estudar, tendo ido à escola com a nora, que acabou dizendo para a diretora que teria que ter paciência com ela porque às vezes ela fica agitada, do que Suzana não gostou.

5.3 Quadro com principais acontecimentos da história de vida dos participantes conforme periodização do desenvolvimento

A seguir, apresentamos um quadro elaborado com base nos períodos de desenvolvimento que tem como objetivo uma melhor visualização dos principais eventos e situações vivenciadas pelos participantes da pesquisa, de modo a subsidiar a análise.

Quadro 11 – Principais acontecimentos na história de vida dos participantes da pesquisa conforme periodização do desenvolvimento

Participante da pesquisa	Crise pós-natal	Crise 3 anos	Idade pré-escolar (3-7a)	Crise 7 anos	Idade escolar primária (7-12a)	Crise 13 anos	Puberdade/ Idade escolar média (12-15a)	Crise 17 anos	Puberdade/ Idade escolar juvenil (15-18a)	Crise 17 anos	Vida adulta: Juventude (18-24a)	Vida adulta: Maturidade (24-60a)/ Velhice (60a em diante)
Gilberto	Nasce e vive em Curitiba. Condição de vida precária com pai, mãe e cinco irmãos.	Condição de vida precária com pai, mãe e cinco irmãos.	Condição de vida precária com pai, mãe e cinco irmãos.	-7a: Mudança para Ceará, abandona a escola e trabalho (venda de pães e doces fabricados pelo pai) Estudou até 2º ano do ensino fundamental -10a: pai o chama de 'viado' -10-12a: começa a escrever	-12-13a: Trabalho em distribuidora, Mudança no seu jeito de se vestir, Agressões frequentes pelo pai e irmãos , Pai rasga caderno com seus escritos, Desilusão , Fica sem alegria e sem ânimo	-15a: Envolvimento com mulher mais velha (32a) e sofre agressão do pai por suposta homossexualidade e, Envolvimento com mulher casada -17a: Conhece Dalva, grande amor, engravida e vivem juntos, Nascimento do primeiro filho e retorna a Curitiba sem Dalva e filho por causa do pai	-18a: Desilusão , quando sabe que Dalva havia casado e não o encontraria em Curitiba, Parou com futebol e escrita, Volta futebol mais tarde, Trabalha com padaria -19a: Casamento com Shirlei, com quem tem quatro filhos, Trabalho com padaria	-29a: Separação, Casamento com Gabriele, com quem tem duas filhas -37a: Volta a estudar e completa ensino médio -38a: Morte da mãe, Tentativa de suicídio, 1ª crise , Para com futebol por descoberta de arritmia (sofrimento) -39a: Começa tratamento para depressão, Tentativa de suicídio , Morte do irmão -41a: Morte de Gabriele, Perda da guarda das filhas, Tentativa de suicídio , Internação -Casamento com Rosana, conflituoso -45a: Vai ao Ceará, reencontra Dalva e conhece o filho, Morte do pai -48a/Atual: Separação de Rosana, Muda-se para Fortaleza para viver com Dalva				
Ivonete	Nasce e vive	Vive com	-8a: Começa	-12-13a: Mãe	-16a: Morte da	-20a: Mudança para	-25a: Nascimento da filha Manuela					

	em município de pequeno porte/ sítio no interior do PR.	pais e nove irmãos, trabalho doméstico em casa	escola, lembranças detalhadas -12a: Abandona a escola, Trabalho doméstico com mãe	caí/ se joga no poço, Mudança de casa e cidade, Vida precária -Relação com igreja	mãe, 1ª Crise , Internação -Dificuldade para realizar tarefas domésticas -Trabalho como doméstica -18a: Morte do pai	Curitiba, Conhece Gilson -22a: Casamento com Gilson, Para de trabalhar como diarista -Trabalho como faxineira em empresa -24a: Nascimento da filha Isabel -Trabalho como diarista	-Crise -27a: Nascimento da filha Simone -37a: Demissão, Crise mais intensa -40a: Trabalho como copeira em hospital psiquiátrico vinculado a instituição de ensino -44a: Gilson afasta do trabalho -45a: Formatura da filha, Crise , Afastamento do trabalho, Caps -47a/Atual: Crise , Caps
João	Nasce e vive em município de pequeno porte no interior do PR, com família, pais, irmãos e avós. -Foi 'escudo' para a mãe, enquanto ela o amamentava, contra o pai alcoolizado.	Infância considerada boa.	-Frequenta a escola e gosta -7-8a: Trabalho como entregador de jornal -10a: Mudança para Curitiba, Presença nas agressões do pai alcoolizado contra a mãe	-Abandona a escola, por causa do trabalho	-15a: Trabalho como <i>office-boy</i>	-18a: Nascimento primeiro filho -20a: Trabalho como recepcionista de hotel, Decepção amorosa, Trabalho no porto, 1ª Crise, Internação (eletrochoque) -23a: Nascimento segunda filha -24a: Compra casa própria	-26a: Casamento com mulher 10 anos mais velha -29a: Nascimento do filho João -31a: Conclusão ensino fundamental -32a: Morte da avó materna, 2ª Crise , Trabalho como porteiro em fábrica -34a: Morte do pai -35a: Início do trabalho no banco -40a: Separação da esposa, continuam morando juntos -41a: Morte da mãe -43a: Envolve-se com outra mulher, com quem tem uma filha e mora com elas por um ano -44a: Conclusão ensino médio, Mora um ano com mãe dos filhos mais velhos e retorna para esposa e filho

							<p>-46a: Ameaça de demissão (venda do banco), 3ª Crise, Afastamento Trabalho</p> <p>-50a: Aposentadoria por invalidez</p> <p>-Várias crises e internações</p> <p>-61a: Crise, Caps, Divórcio oficial da esposa e saída dela de casa</p> <p>-63a/Atual: Crise, Tentativa de suicídio, Caps</p>
Leila	Nasce e vive a infância em Curitiba e região metropolitana	-Convivência com pais alcoolizados, Aprende a dançar nas festas em casa	-Frequenta a escola -7-8a: Separação dos pais, vida precária -10a: Morte da mãe, passa a morar com irmãos mais velhos	-13a: Primeira relação sexual, abdica de relações sexuais por , medo de engravidar -14a: Trabalho como <i>office-girl</i> , Estudo	-17a: Volta a ter relações sexuais -Continua trabalhando, e estudando, gostava de sair para dançar e ir a festas	-19a: Gravidez, Casamento com Marcos -20a: Nascimento de Julia, Parto traumático, 1ª Crise , Internação	<p>-Crises</p> <p>-Volta a estudar e conclui ensino médio</p> <p>-29a: Nascimento de Bernardo</p> <p>-33a: Trabalho (limpeza), Crise, Gravidez fora do casamento, Separação</p> <p>-34a: Nascimento de Laura</p> <p>-35a: Casamento com Anderson Cerca de 3 crises, uso de drogas</p> <p>-40a: Morte do pai</p> <p>-42a: Separação de Anderson</p> <p>-44a/Atual: Crise e internação, Caps</p>
Lucila	Nasce e vive a infância em Curitiba, boa condição de vida.		Frequenta a escola e trabalha com os pais em comércio próprio, Infância boa	Estudo, trabalho e festas	-Estudo, trabalho e festas -Alguns namorados -Trabalho com contabilidade -Iniciou	-20a: Começa a trabalhar no banco na área de informática -Cuidado da mãe adoecida	<p>-Conhece Paulo no trabalho</p> <p>-29a: Casamento com Paulo, grávida</p> <p>-30a: Nascimento do 1º filho</p> <p>-37a: Nascimento 2º filho</p> <p>-38a: Inicia faculdade de Ciências Contábeis e conclui</p> <p>-Situações de assédio moral</p>

					faculdade, mas abandonou		-45a: Participação no sindicato -47a: Morte do pai, 1ª Crise , Afastamento do trabalho -Câncer de pele -Gato de estimação -50a: Morte da mãe, Início Caps -52a/Atual: Caps
Renato	Nasceu e viveu em cidade de pequeno porte no noroeste do PR	-6a: Mudança para cidade maior no MS, com pais e quatro irmãos. Convivência com família, avós, tios e primos	-11a: Frequenta a escola -12a: Trabalho no sítio com o pai, Adoecimento do pai, Suicídio do pai	-14a: Mudança de cidade, Responsabilidade pela casa	-Abandona a escola	-18a: Mudança para Curitiba, Trabalho como vendedor em diversos lugares -22a: Casamento com primeira esposa -25a: Nascimento da primeira filha -28a: Nascimento da segunda filha -Joga futebol	-41a: Início tratamento ambulatorial -45a: Casamento com Roseli, Nascimento da terceira filha -49a: Tentativa de suicídio , Internação -Ideação suicida e internações -53a: Trabalho em loja, Irritabilidade, Caps, Para de jogar futebol -54a: Trabalho como taxista, Assalto, Afastamento do trabalho -57a/Atual: Caps, Nascimento da quarta filha
Roberto	Nasce e vive a infância no norte do Paraná	-7a: Começa a trabalhar por necessidade (servente de pedreiro, engraxate e jardineiro) -Frequenta a escola, com	-12a: Trabalho na funerária, Primeira tentativa de suicídio		-16a: Sai da funerária, Trabalho como cobrador em linhas intermunicipais	-20a: Muda-se para Curitiba, mora com irmã, Trabalho como cobrador em linhas intermunicipais -21a: Retorna para norte PR -22a: Retorna para Curitiba, Crise , Trabalha em SP por	-34a: Casamento e nascimento da filha -40a: Morte da irmã -43a: Separação, Guarda da filha Crise , Primeira internação, Caps (solicita alta) -44a: Retorna ao trabalho, Passa a reagir aos assaltos, Irritabilidade com passageiros -Muitos assaltos no trabalho

		muitas faltas para brincar				um período, volta a trabalhar como cobrador em Curitiba e pintura nas folgas	-47a: Morte do pai, Caps, Afastamento do trabalho -49a/Atual: Afastado do trabalho, tentativa de suicídio , Caps
Rodrigo	Nasce e vive em Curitiba com os pais e seis irmãos	-Morou no terreno do avô, de quem sofria preconceito -Pai agredia a mãe	-Abandona a escola na quinta ou sexta série -Morte do pai, Passa uma semana na casa de um amigo		-Trabalho em fábricas de tecidos e tintas	-19a: Casamento com Nívea -20a: Nascimento do primeiro filho Lucas -Trabalho em hospital, demitido por fazer greve -Trabalho como motorista em várias empresas	-30a: Nascimento do segundo filho Artur -Trabalho como motorista em marcenarias -32a: Morte de Artur depois de uma cirurgia -Início sintomas -39a: Cirurgia Nívea, Início tratamento psiquiátrico -40a: Assassinato do filho Lucas, Mudança para casa da mãe, onde Nívea o visita, Baleado por reação a um assalto -44a: Aposentadoria por invalidez -47a/Atual: Caps, Tentativa de suicídio, Automutilação
Suzana	Nasce e vive em Curitiba, Não conhece o pai biológico	-Mãe casou, teve outros dois filhos com bomem a quem chama de pai.	-Mãe se separa e casa com padrasto, que a agredia violentament e, e tem mais dois filhos -Cuidado	-13a: Trabalho como babá, Situações recorrentes de violência do padrasto contra a mãe, inclusive grávida - Estupro pelo	-Trabalho como doméstica -Trabalho como babá	-18a: Engravidada do primeiro filho e casa com primeiro marido -Trabalho como auxiliar de produção em fábrica -19a: Nascimento do filho Túlio -Trabalho como	-25a: Nascimento da filha Sara -26a: Nascimento do filho Leonardo -Marido começa a abusar do álcool e a agredir uma vez, Separação -Morte do marido -Casamento com Inácio, depois de um tempo passa a abusar do álcool -35a: Nascimento do filho Guilherme, Crise depressiva

				com os irmãos	<p>padrasto</p> <p>-Fuga de casa, polícia a busca em casa de amigo,</p> <p>Tentativa de suicídio, submetida a exames no IML</p> <p>-Mudança para casa do pai com dois irmãos</p>		<p>zeladora</p> <p>-20a: Nascimento do filho Gustavo</p> <p>-23a: Nascimento do filho Augusto</p> <p>-Trabalho como auxiliar de cozinha, sofre assédio de patrão</p> <p>-Trabalho como zeladora</p>	<p>-36a: Nascimento do filho Heitor</p> <p>-Separação por um ano e deixa ele retornar, pelos filhos</p> <p>-Inicia acompanhamento psiquiátrico por sugestão de médico dos filhos no CAPSi</p> <p>-45a: Tentativa de matar Inácio, Flagrante de Inácio com amante, Episódios de fúria, Agressão à amante, Tentativa de suicídio, Internação</p> <p>-Trabalho como zeladora de escola</p> <p>-Curso para trabalhar como cuidadora em berçário</p> <p>-Trabalho em escola infantil como cuidadora</p> <p>-Tentativa de suicídio</p> <p>-47a: Morte do pai?</p> <p>-50a: Piora dos sintomas</p> <p>-Preocupação com filho usuário de drogas</p> <p>-52a: Separação de Inácio</p> <p>-56a/Atual: Caps, Tentativa de suicídio</p>
--	--	--	--	---------------	---	--	--	--

Fonte: Elaboração da autora.

5.4 A gênese dos transtornos do humor nas histórias de vida

Neste tópico, realizamos uma análise inicial baseada nas histórias de vida a nós relatadas, tomando como parâmetro as formulações sobre a periodização do desenvolvimento da Psicologia Histórico-Cultural. Todos os participantes de nossa pesquisa encontravam-se na idade adulta, mesmo porque este foi um de nossos critérios de inclusão. As vivências da infância e da adolescência, portanto, foram reconstituídas a partir dos relatos do momento presente, que são atravessados pelos sentidos atribuídos aos fatos a partir da síntese da personalidade deste atual momento. Embora isso nos permita ter uma apreensão apenas limitada da dimensão dessas fases da vida e as repercussões sobre a personalidade, não consideramos que isso seja de todo um problema. Como já justificamos ao adotar essa metodologia, os sentidos dessas vivências antigas atribuídos pelas pessoas no momento atual dizem muito do como tais situações repercutem sobre a personalidade ainda hoje. Ademais, ainda que distorcidos ou interpretados de maneira parcial a partir da existência social deste indivíduo, os relatos subjetivos guardam relação com o conteúdo objetivo dessas vivências. Há que se considerar ainda que todos os participantes de nossa pesquisa estão vinculados a um serviço que oferta cuidado em saúde mental e em sua maioria já passaram por outras instituições de tratamento, como unidades de saúde, clínicas ou hospitais psiquiátricos. Assim, nota-se que a concepção médica atravessa os significados sobre o processo de sofrimento e as terapêuticas propostas assumidas por vários dos participantes.

Considerando que a personalidade é processo, é necessário investigá-la em sua transformação, isto é, de acordo com as suas fases de desenvolvimento. Pasqualini (2016) adverte que a existência de fases de desenvolvimento não decorre diretamente da maturação do organismo, mas sim da historicidade do psiquismo humano. Dado que está na atividade humana a chave para a explicação do psiquismo, a periodização do desenvolvimento psíquico advém das mudanças no conteúdo da atividade.

Os próprios limites etários e o conteúdo de cada período dependem das condições históricas concretas em que o desenvolvimento ocorre (LEONTIEV, 1972-81/2006; PASQUALINI, 2016). Elkonin (1998 apud PASQUALINI, 2016) argumenta que o período do jogo de papéis, por exemplo, é resultado do desenvolvimento histórico da sociedade que muda o lugar da criança no sistema de relações sociais.

Ademais, há que distinguir a sistematização da periodização do desenvolvimento psíquico teorizada pela escola de Vigotski que, por seu contexto histórico-social, toma como

referência a formação humana omnilateral (PASQUALINI, 2016), da parcialidade mutilada permitida sob a alienação. Pasqualini (2016) afirma que nas atuais condições sociais e educacionais brasileiras nem todas as crianças em idade pré-escolar alcançam os níveis mais desenvolvidos do jogo protagonizado e uma parcela ínfima das crianças em idade escolar forma a atividade de estudo tal como concebida por Davidov. Ou seja, a teoria cumpre um papel de instrumento teórico para subsidiar uma ação transformadora (PASQUALINI, 2016).

Como forma de melhor visualizar as principais características da periodização do desenvolvimento, organizamos o quadro 12, tomando como referência as elaborações de diversos autores. Trata-se de uma síntese em processo de elaboração, a ser melhor aprimorada futuramente. Embora o quadro tenha sua validade como recurso didático de representação, é indispensável um cuidado para não tomá-lo de maneira formal, destituindo o desenvolvimento de seu movimento dialético.

De acordo com Leontiev (1972-81/2006), o que caracteriza a transição de um período a outro do desenvolvimento é a mudança do tipo principal de atividade na relação dominante da pessoa com a realidade. Por atividade dominante, atividade principal ou atividade-guia entende-se “a atividade cujo desenvolvimento governa as mudanças mais importantes nos processos psíquicos e nos traços psicológicos da personalidade da criança, em um certo estágio de seu desenvolvimento” (LEONTIEV, 1972-81/2006, p. 65). A atividade principal caracteriza-se por três atributos: 1) é a atividade em cuja forma surgem outros tipos de atividade e dentro da qual eles são diferenciados; 2) é aquela na qual processos psíquicos particulares tomam forma ou são reorganizados; 3) é a atividade da qual dependem, de forma íntima, as principais mudanças psicológicas na personalidade, observadas em certo período de desenvolvimento (LEONTIEV, 1972-81/2006, p.64-65).

Pasqualini (2009) recupera de Vygotski a necessidade de investigar o novo tipo de estrutura da personalidade e da atividade da criança, as mudanças psíquicas e sociais que se produzem pela primeira vez em cada idade e determinam a consciência da criança e sua relação com o meio. Como já apresentamos no terceiro capítulo, as neoformações indicam as mudanças psíquicas e sociais produzidas pela primeira vez em cada idade (VYGOTSKI, 1932/2006b) e emergem da situação social de desenvolvimento da criança, que vai exigir determinadas reações. “Tais exigências, por sua vez, mobilizam funções ainda não completamente desenvolvidas, as quais se colocam em movimento para atender às exigências sociais externas”, produzindo e modificando a atividade infantil, o que leva a reconfiguração das funções psíquicas em novos patamares (TULESKI; EIDT, 2016, p. 53-54).

Vygotski (1932/2006b, p. 255) considera que no desenvolvimento se alternam períodos estáveis e períodos críticos. Nas idades estáveis, as mudanças do desenvolvimento são microscópicas com base em um acúmulo gradual. Nos períodos de crise, ocorrem as rupturas, marcadas por uma formação repentina qualitativamente nova. As interrelações entre as crises de desenvolvimento e os momentos críticos presentes nos processos de sofrimento psíquico serão desenvolvidas no próximo capítulo.

A situação social de desenvolvimento de um dado período fundamenta a próxima fase, preparando e dando as bases para a produção da neoformação característica da fase seguinte. Vemos, por exemplo, que em suas análises alguns autores enfatizam a nova formação psicológica que se acumulou no período anterior e aparece como guia das demais funções no período em questão, enquanto outros autores dão destaque à nova formação que vai se formando ao longo de um dado período. Essas diferentes ênfases dependem da questão investigada. Percebemos que Asbahr (2016), ao analisar a idade escolar e a atividade de estudo, mostra a importância da formação do pensamento teórico durante este período, justamente porque traz o papel da educação escolar no surgimento desta neoformação, que será característica da fase seguinte, a adolescência. Já Pasqualini (2016), ao analisar o desenvolvimento em seu processo de acúmulo e saltos qualitativos, destaca a neoformação surgida na idade escolar e que rege este período do desenvolvimento, a orientação consciente das vivências.

Ademais, não se pode desprezar que a situação social de desenvolvimento depende das condições histórico-sociais da pessoa, de sua inserção de classe em cada fase da vida. Isso significa que em nossa sociedade, onde estas condições são desiguais, não há uma correspondência necessária a cada uma destas atividades, situações sociais de desenvolvimento, neoformações indicadas pela literatura. Como nota Pasqualini (2009), seria incoerente com os pressupostos destes autores supor uma transposição linear e imediata desses períodos, descritos conforme as condições histórico-sociais da União Soviética no início do século XX, para nossa realidade atual. Inclusive verificamos que na sociedade capitalista hoje, parte significativa das pessoas não chega a desenvolver alguns desses processos, não por insuficiência biológica ou incapacidade psíquica, mas por impedimentos sociais derivados da alienação.

Quadro 12 – Principais características da periodização do desenvolvimento

Período	Atividade dominante	Características	Neoformação	Situação social de desenvolvimento
Vida uterina				
Crise pós-natal				
Primeiro ano (2m-1a)	Comunicação emocional direta com os adultos	<i>atividades que se formam em sua base:</i> premissas para atividade objetual manipulatória: ações sensorio-motoras, de orientação e manipulação <i>processos psíquicos particulares:</i> <u>emoção</u> : "complexo de <u>animação</u> " (vocalizações expressivas, riso, excitação motora geral); sensação: concentração no objeto em movimento, convergência dos olhos, contemplação; linguagem: imitação de fonemas e associação nome-objeto. <i>mudanças na personalidade:</i> vida psíquica individual	Estados sensitivos emocionais	Passividade e dependência Relação afetiva com mãe/ cuidador Desenvolvimento motor permite deslocamento e comportamentos mais ativos
Crise 1 ano				
Primeira infância (1-3a)	Atividade objetual manipulatória	<i>atividades que se formam em sua base:</i> premissa para o jogo/brincadeira: entrelaçamento lógico das ações <i>processos psíquicos particulares:</i> linguagem: primeiras palavras; <u>emoção</u> : busca elogio/incentivo; inteligência prática: ação com objetos; percepção: verbal/generalizada <i>mudanças na personalidade:</i> crescente autonomia; consciência sobre si	Percepção semântica	Dependência da situação concreto-visual Desenvolvimento da linguagem como meio de comunicação Apropriação dos objetos e suas funções sociais
Crise 3 anos				
Idade pré-escolar (3-7a)	Jogo/Brincadeira de papeis	<i>atividades que se formam em sua base:</i> premissa para o estudo: aspiração para realizar ação socialmente significativa/valorizada <i>processos psíquicos particulares:</i> imaginação: criação de	Memória	Atividade mais autônoma com autocontrole da conduta Apropriação das relações sociais humanas e das normas sociais

Período	Atividade dominante	Características	Neoformação	Situação social de desenvolvimento
		objetos e situações; pensamento: opera com significados na ausência do objeto; linguagem: organizada, coerente; memória: fixação e recordação dos conteúdos da ação; <u>volição: controle da conduta, intenção voluntária</u> <i>mudanças na personalidade:</i> assimilação de funções sociais e padrões de comportamento; modelagem das relações entre as pessoas e do sentido social da ação; conscientização das próprias ações.		
Crise 7 anos				
Idade escolar primária (8-12a)	Estudo	<i>atividades que se formam em sua base:</i> premissa para a comunicação íntima pessoal: ampliação e estreitamento das relações interpessoais <i>processos psíquicos particulares:</i> comportamento, atenção, memória e inteligência voluntários; pensamento: formação dos conceitos científicos <i>mudanças na personalidade:</i> desenvolvimento moral: relações pautadas nos interesses coletivos	Orientação consciente das vivências	Estudo, conhecimento científico, leitura e escrita Incentivo ao pensamento teórico Novas obrigações, organização sistemática de seu trabalho, novos direitos e deveres
Crise 13 anos				
Puberdade/ Idade escolar média (12-15a)	Comunicação íntima pessoal	<i>atividades que se formam em sua base:</i> premissa para a atividade profissional de estudo: pontos de vista sobre a vida, as relações pessoais e o futuro <i>processos psíquicos particulares:</i> pensamento por conceitos; amplo desenvolvimento das funções psicológicas superiores. <i>mudanças na personalidade:</i> independência e	Pensamento conceitual e Autoconsciência (sentimento de maturidade)	Modo de comunicação peculiar na relação com seus pares que reproduz relações entre os adultos Exigência de tomada de posição diante de si e do mundo Aumento de exigências sociais e responsabilidades

Período	Atividade dominante	Características	Neoformação	Situação social de desenvolvimento
		responsabilidade; código moral e ético nas relações pessoais; autoconsciência/consciência social		Alterações orgânicas e maturação sexual
Puberdade/ Idade escolar juvenil (15-18a)	Atividade profissional de estudo	<p><i>atividades que se formam em sua base:</i> premissa para o trabalho: apropriação de ferramentas para execução da prática profissional</p> <p><i>processos psíquicos particulares:</i> pensamento teórico: elevada abstração e generalização.</p> <p><i>mudanças na personalidade:</i> desenvolvimento moral: fortes sentimentos frente aos problemas sociais e interesse em transformar a realidade; busca por sentido social na atividade cotidiana.</p>		Preparação para o mundo do trabalho/ escolha da profissão
Crise 17 anos				
Idade adulta: Juventude (18-24a)	Trabalho	<p><i>atividades que se formam em sua base:</i> complexificação das atividades.</p> <p><i>processos psíquicos particulares:</i> formação de habilidades, capacidades e aptidões; sofisticação de saberes e conhecimentos; criatividade; amplo desenvolvimento das funções psicológicas superiores.</p> <p><i>mudanças na personalidade:</i> aquisição de regras de conduta e valores; <u>enriquecimento da afetividade e das motivações</u>; construção de autoimagem; desenvolvimento da autoconsciência; desenvolvimento da consciência de classe.</p>	Consciência social	<p>Projeto de vida e de formação profissional: tensão liberdade-necessidade</p> <p>Trabalho alienado/ Desemprego</p> <p>Estudo profissional</p>
Possíveis crises				
Idade adulta: Maturidade (25-60a)	Trabalho			Trabalho alienado: flexível, precarizado, intensificado

Período	Atividade dominante	Características	Neoformação	Situação social de desenvolvimento
				Desemprego
Crise				
Idade adulta: Velhice (60a em diante)	Trabalho e Não-trabalho	Transição do trabalho para a aposentadoria Perda ou diminuição das funções vitais Mudanças na perspectiva de vida	Sabedoria (como atividade fundada em enorme experiência individual, que estabelece vínculo entre as gerações)	Declínio da força física Diminuição do investimento social no desenvolvimento cognitivo Aposentadoria/ afastamento do mundo do trabalho: desorganização da rotina Dependência Proximidade da morte

Fonte: Elaboração da autora com base na formulação de Moro-Rios (2015) e complementado com as contribuições de Silva (2011), Pasqualini (2016), Andrade-Bocato (2016), Cheroglu e Magalhães (2016), Chaves e Franco (2016), Lazaretti (2016), Martins e Facci (2016), Asbahr (2016), Anjos e Duarte (2016), Leal e Mascagna (2016), Abrantes e Bulhões (2016), Carvalho e Martins (2016), Reis e Facci (2016), Lucena (2016), Vygotski (2006).

5.4.1 A infância

Vygotski (1931/2000) apontava para um interesse primordial dos investigadores para os primeiros anos de vida das crianças, considerando o intensivo desenvolvimento do cérebro combinado com o desenvolvimento das principais funções psíquicas. Como já abordado no capítulo três, o desenvolvimento humano é resultado do movimento contraditório da unidade entre o biológico e o cultural. Tal movimento é ainda mais evidente nessa primeira fase de desenvolvimento, a infância. Não à toa, Vigotski, Luria e Leontiev, entre outros autores da Psicologia Histórico-Cultural, como Elkonin, dedicaram a maior parte de seus estudos a essa fase. Eles elaboraram sobre a periodização das idades no desenvolvimento infantil, com um estudo pormenorizado de cada período. Para isso, sistematizaram um conjunto de conceitos para a análise, entre os quais Tuleski e Eidt (2016) destacam os de atividade dominante e neoformação. Em cada momento do desenvolvimento, o indivíduo se relaciona com o mundo de um modo específico e as transformações no psiquismo infantil decorrem das mudanças na atividade dominante de cada período. (TULESKI, EIDT, 2016).

De modo geral, na infância, há um intenso processo de apropriação da cultura por meio das relações sociais, inicialmente mais circunscritas a um núcleo mais imediato, a própria família, e posteriormente ampliado conforme as novas perspectivas de sociabilidade, desde a creche, pré-escola e escola, até outros grupos como a comunidade. Inclusive, todas essas instituições e grupos sociais cumprem também um papel ideológico de reprodução das relações sociais instituídas, para além da sua função mediadora de apropriação dos acúmulos culturais.

No desenvolvimento individual, há um contínuo processo de conquista dos meios culturais, mediado por outras pessoas no aprendizado, o que leva ao desenvolvimento de novas capacidades e transforma radicalmente a base orgânica dos indivíduos possibilitando o domínio do próprio comportamento. Essa nova forma de regulação da conduta é possível graças à vida social (TULESKI; EIDT, 2016).

De acordo com Vigotski (1931/2000), no desenvolvimento cultural das idades, o recém-nascido é um ser natural no sentido mais amplo da palavra, pois representa a etapa mais primitiva do ser humano, em que as formas primárias de conduta cultural ainda têm um caráter semiorgânico, como a reação à voz humana ou à presença do adulto. Com a aquisição das funções sociais da linguagem (como chamar a atenção do adulto pelo balbúcio, por exemplo) e a utilização das primeiras ferramentas (formando as primeiras conexões sensório-motrizas complexas), há uma virada significativa em seu desenvolvimento, abrindo uma transição da

vida natural à cultural. Como ressalta Vygotski (1931/2000), cada ação da criança aqui é uma mescla do animal e do humano, tem um caráter natural-histórico, primitivo-cultural.

Tuleski e Eidt (2016, p. 56) recuperam três teses de Vygotski que caracterizam a configuração interna do desenvolvimento em cada período da infância e que valem também para a adolescência e a vida adulta: 1) o processo de desenvolvimento constitui um todo único com uma estrutura determinada que não pode ser compreendida como soma de partes isoladas e cada período do desenvolvimento tem uma nova formação (neoformação) central que serve de guia para todos os processos de desenvolvimento e reorganiza a personalidade em uma nova base; 2) essa nova formação possui uma dinâmica referente às relações entre a personalidade e o meio social, denominada aqui de situação social de desenvolvimento; 3) a estrutura modificada da consciência da criança influi na reconstrução de sua vida, dado que modificam-se a personalidade e a existência social da criança com a desintegração da situação social de desenvolvimento anterior e uma nova situação social que emerge (VYGOTSKI, 1932/2006b; TULESKI; EIDT, 2016).

Organizamos a periodização do desenvolvimento no quadro 12 conforme proposto por Vygotski e suas respectivas atividades dominantes de acordo com as formulações de Elkonin. Nos relatos das histórias de vida dos participantes da pesquisa, nem sempre foram narradas as atividades e situações ocorridas na infância com precisão cronológica ou detalhes suficientes. Apesar dessas lacunas, julgamos que o que foi narrado permite um conjunto de reflexões iniciais que relacionam o desenvolvimento da personalidade com o sofrimento psíquico.

Na infância, temos as seguintes atividades dominantes: 1) comunicação emocional direta dos bebês com os adultos, durante o primeiro ano de vida; 2) atividade de manipulação de objetos, na primeira infância; 3) brincadeira/ jogo de papéis sociais, na idade pré-escolar; 4) atividade de estudo, na idade escolar (ELKONIN, 1987; TULESKI; EIDT, 2016).

Os participantes da pesquisa narraram muito pouco sobre as duas primeiras, mesmo porque nestes períodos a memória mediada ainda está pouco desenvolvida, com baixa capacidade de retenção. Aparecem mais relatos genéricos, sobre o local de nascimento e condições de vida da família na época. Das nove pessoas, cinco nasceram em Curitiba e quatro em municípios do interior do Paraná, de pequeno ou no máximo de médio porte. O município de origem e as condições de vida da família nestes locais – desde sua fonte de sobrevivência urbana ou rural até a estrutura de moradia e recursos disponíveis – constituíam de algum modo a situação social de desenvolvimento das crianças neste início de vida.

Consideramos relevante apresentar alguns apontamentos a respeito do desenvolvimento emocional nas diferentes fases, como subsídios para entender a dinâmica da depressão e da bipolaridade. Apesar do destaque dado a esta função psicológica, para a Psicologia Histórico-Cultural, as emoções são consideradas sempre na relação interfuncional dos sistemas psicológicos e não de forma isolada.

Os afetos começam seu curso de desenvolvimento desde o nascimento, quando as reações emocionais (por exemplo, o choro) dos recém-nascidos constituem-se como processos orgânicos voltados à satisfação de suas necessidades relacionadas à sobrevivência. Ainda no primeiro ano, as respostas emocionais estão ligadas à percepção (VYGOTSKI, 1932/2006c).

Conforme sistematização das contribuições de autores da Psicologia Histórico-Cultural a respeito do desenvolvimento das emoções realizada por Silva (2011), Luria atenta que com o processo de aquisição da linguagem, a partir de um ano e meio, os aspectos emocionais começam a adquirir sentido para a criança, possibilitando denominá-las na relação com os adultos. Seria, portanto, na relação mediada com as pessoas ao seu redor que a criança atribui um valor afetivo aos objetos ao seu redor.

Segundo Vygotski (1932/2006c, p. 299), o afeto inicial do recém-nascido está limitado a margens estritas, como o sono, a alimentação e o grito. No primeiro ano, adota a forma de um interesse receptivo pelo mundo exterior e vai passando a um interesse ativo pelo entorno, culminando na crise do primeiro ano, quando há o surgimento do afeto da própria personalidade, como um primeiro passo no desenvolvimento da vontade.

Vygotski (1932/2006c) considera que os impulsos afetivos acompanham cada nova etapa do desenvolvimento infantil, da mais inferior a mais superior, iniciando e encerrando o processo de formação da personalidade.

Ao se tornar mais ativa, com a condição física de se deslocar e com a atração afetiva dos objetos sobre o bebê, as emoções vão se tornando cada vez mais socialmente significativas (VYGOTSKI, 1932/2006c; SILVA, 2011). Silva (2011) enfatiza, com base nas leituras de Vigotski, que a atividade da imaginação está ligada aos sentimentos, que torna interessante a educação dos sentidos por meio da atividade artística.

A partir da idade pré-escolar, já são descritos alguns fatos pelos participantes da pesquisa, ainda que apenas os mais marcantes e em geral sem muitos detalhes. Nessa fase, cuja

atividade dominante é brincadeira/ jogo de papéis⁴¹, alguns afirmam que já necessitavam auxiliar com o sustento da família, a exemplo de Ivonete que ajudava sua mãe nas tarefas domésticas ou Renato que contribuía com as atividades no sítio da família. Em nosso país, a educação infantil passa a ser considerada parte da educação básica a partir da Constituição Federal de 1988, mas sem a obrigatoriedade da oferta pela União, estados e/ou municípios, que só passa a valer a partir dos seis anos de idade (LAZARETTI, 2016). Verificamos, por exemplo, que dada a faixa etária dos participantes da pesquisa, entre 43 e 63 anos, não é narrada a frequência à educação infantil, com o início da escolarização provavelmente a partir dos sete anos, idade vigente para o ingresso no ensino fundamental à época.

Pela atividade da brincadeira, com suas regras que refletem as relações sociais entre as pessoas e com os objetos, a criança vai conquistando o autocontrole da conduta. Com a mudança nas esferas afetivas e volitivas da criança e as situações frustrantes ou satisfatórias de seus desejos, aparece a necessidade de começar a controlar suas vontades e emoções (VYGOTSKI, 1932/2006c; SILVA, 2011).

Há que se considerar ainda que, mesmo para os que tiveram condições de se dedicar à brincadeira, esta atividade aparece subordinada à lógica capitalista de produção. Isso quer dizer que a brincadeira tem um caráter normativo, pois por meio dela a criança se apropria dos papéis sociais (DUARTE, 2006). Segundo Duarte (2006), quando a brincadeira é deixada ao sabor da espontaneidade infantil, provavelmente acaba reproduzindo espontaneamente a alienação própria dos papéis sociais em nossa sociedade.

Ainda nesse período, surge como questão relevante nos relatos de João, Leila, Rodrigo e Suzana a exposição a situações de violência doméstica, com agressões físicas e verbais de seus pais ou padrastos contra suas mães e, em menor proporção, a eles mesmos. Essa situação revela, de um lado, as marcas do patriarcado presentes ainda hoje em nossa sociedade, pelo uso da violência como forma de submeter as mulheres destas famílias; e, de outro, um padrão nestas situações de violência que envolve o uso abusivo de álcool pelos homens.

⁴¹ Rossler (2006) explica que a brincadeira se constitui como a atividade dominante da idade pré-escolar e que no desenvolvimento da atividade lúdica essa atividade evolui e origina brincadeiras com papeis e situações imaginárias latentes e regras explícitas, passando dos jogos de enredo para os jogos com regras. Esse desenvolvimento ocorre de acordo com as diferentes motivações da criança, que vão desde a necessidade da criança de dominar o mundo dos objetos humanos, para a apropriação das relações humanas até o autodomínio do próprio comportamento nos jogos com regras explícitas.

O pai comprou a casa ali. Ah, eu não tenho boas... tão boas recordações. O pai batia na mãe. (choro) [...] Meu pai batia na mãe, minha tia batia na mãe. (Leila)

E eu convivi assim com essas coisas na cabeça. Vi minha mãe ensanguentada, grávida, ter que correr de madrugada c'os meus irmãos no colo, porque ele (padrasto) queria esfaquear a gente. Né. E a minha mãe tava cega. (Suzana)

A vivência dessas situações provocava reações diversas, a depender do momento do desenvolvimento em que ocorriam e da natureza da situação em si. Isso porque tratando-se de violência doméstica, expõe as crianças a uma insegurança constante, já que a própria casa se constitui como um local de perigo potencial. Na condição de sujeitos em desenvolvimento, ainda sem capacidade de enfrentamento de situações com tamanha complexidade e violência, com intensa carga afetiva, produzem-se marcas bastante profundas em seu processo de personalização:

O pai e a mãe? Não era muito bom não, não vou mentir pra você. Eu lembro que algumas tias minhas, irmãs da minha mãe, eu lembro que pegavam no pé do pai pra ficar com ele, faziam até 'saravá' pra ficar com ele. E teve uma que ficou, que chegou a ficar com ele. Daí era muita briga com o pai com a mãe. Às vezes, tinha que pousar pra fora, às vezes vizinho tinha que dar prato de comida pra mim comer, me escondia em lugar qualquer pra comer e dividia com o meu irmão, e ficava escutando só a discussão. Dava vontade de entrar lá dentro né e bater no pai né, mas... [...] Xingava um monte, xingava um monte, jogava panela mas não, de chegar a agredir a minha mãe... não tenho lembrança de, de machucadura nela, mas o que ele fazia já era ruim também. Mas eu perdoei ele, quando ele faleceu, que eu gostava muito dele também. (Rodrigo)

Que tinha noites que eu me trancava no quarto, eu chorava, eu queria que as coisas fossem diferentes, queria poder fazer alguma coisa. Daí, teve uma época que meu irmão perdeu a vista, que eu era pequena e cuidava deles, que sou a mais velha que todos. E até hoje eu me culpo por isso. Porque eu escutei uma frase da minha mãe, que disse que eu era a culpada. Que, na realidade, ela abandonou a gente, né. E foi morar com meu padrasto. Né. Eu, eu fui uma mãe pra eles, que eu andava pra cima e pra baixo com eles. (Suzana)

Ao discorrer sobre o desenvolvimento infantil, Vigotski mostra que a criança é uma parte da situação social e as forças do meio adquirem significado orientador graças às suas vivências, ou seja, "A vivência de uma situação qualquer, a vivência de um componente qualquer do meio determina qual influência essa situação ou esse meio exercerá na criança" (VIGOTSKI, 1933-1934/2010, p. 683-684). A chave, portanto, está na *relação* entre cada

pessoa e o meio, que é singular. Como acrescenta Vigotski (1933-1934/2010, p. 686), "de que forma ela toma consciência e concebe, de como ela se relaciona afetivamente para com certo acontecimento". Assim, as vivências dessas situações de violência têm especificidades para cada pessoa, mas também pontos de contato, com destaque para as repercussões na personalidade e no desenvolvimento do sofrimento psíquico.

A partir da idade escolar, com o aumento o nível de compreensão a respeito dessas situações vivenciadas, possibilitado pelo desenvolvimento psíquico e orientação consciente das vivências, há também maior riqueza de informações narradas e sua respectiva apreensão subjetiva como fonte de sofrimento.

A idade escolar, compreendida mais ou menos entre os 7 e 12 anos de idade, tem como atividade dominante a atividade de estudo. O desenvolvimento é impulsionado pelo ensino escolar, cujo conteúdo principal são os conhecimentos teóricos. Para que o pensamento teórico seja formado no decorrer desse período, são necessárias determinadas condições, que incluem a organização e orientação do ensino, a possibilidade de organização da atividade de estudo de forma sistemática (ASBAHR, 2016).

O processo de aquisição da leitura e escrita e a apropriação de conceitos científicos por meio do ensino formal contribuem para mudanças significativas nas relações funcionais e maior consciência das próprias sensações e sentimentos (SILVA, 2011).

Um dado bastante revelador sobre os participantes da pesquisa é que a quase totalidade deles começou a trabalhar nesse período, para contribuir com o sustento da família, e vários acabaram abandonando a escola em consequência disso.

É que a minha vida, Melissa, ela não foi assim um mar de rosas. Nós, aqui em Curitiba, nós sofria muito. É que meu pai trabalhava de mascate, era vendedor. E tinha dia que tinha comida, tinha dia que não tinha, a vida era bem precária. [...] Daí, meu pai resolveu ir embora para (o Ceará) e chegando lá... Daí, aqui em Curitiba, eu estudei até a segunda série. [...] (Fui) Criança, tinha de sete para oito anos. Chegando lá, nós tivemos... Ou estudava e passava fome ou trabalhava e não estudava. Que que nós fizemos? Fomos trabalhar, eu, mais dois irmãos e um primo. Fomos trabalhar de vender cocada, bolo, laranja, essas coisas assim corriqueira, pra gente sobreviver. (Gilberto)

Que só o pai pra sustentar todo mundo né. Aí eu e o mais velho começamos a ir pra roça. [...] Era ruim, eu estudava a noite né, da quarta série em diante. Ia trabalhar, chegava em casa tomava banho e ia pra escola, dava seis quilômetros. [...] Saía 11 horas, andava seis quilômetros até em casa. Eu, com 12 anos, praticamente eu fui o chefe da casa, o irmão mais velho tava com mulher, não ligava pra nós. (Renato)

Embora todos tenham em comum a necessidade precoce de trabalhar, percebemos também uma distinção de gênero, posto que às meninas o trabalho mais demandado era no auxílio nas atividades domésticas enquanto aos meninos, do trabalho fora da casa. Mesmo Suzana, que passou a trabalhar fora de casa, realizava atividades relacionadas ao cuidado de crianças ou da casa, como babá, empregada doméstica ou zeladora.

Além disso, com o tempo preenchido pelo trabalho e pela escola, quase não restavam momentos para descanso, lazer e brincadeira. Como os motivos do estudo eram apenas compreensíveis e não realmente eficazes, em especial quando comparados aos do trabalho, alguns relataram que abriam mão do estudo para brincar.

É, estudar é modo de falar. Por causa que, na realidade, a gente ia pra escola. A gente era criança aquela época, a gente gazeava a aula, a gente passava de ano porque na última hora a gente se esforçava, porque sabia que a surra com vara de marmelo vinha. Então, a gente era obrigado a ir, a gente estudava pra gente não reprovar. Tanto é que uma escola expulsou eu e meu irmão por falta e nós chegamos a perder prova. E aí, a minha mãe colocou nós em outra escola e fez a proposta, “se vocês não passar, eu vou cortar vocês na vara de marmelo”. Mesmo com tudo, nós perdemos prova, nós dois passamos de ano. A gente passamos, sabe. Então, a gente não tinha tempo, sabe, pra brincar. Que a criança quer brincar, sabe. Então, a gente que em vez de estudar, a gente gazeava. Chegava dia de prova, a gente procurava as matérias com os companheiros de escola e estudava pra poder passar de ano. (Roberto)

Asbahr (2016) afirma que na atual organização do ensino na sociedade capitalista, a atividade de estudo não chega a se constituir como a atividade principal para muitos estudantes. Outrossim, a atividade de estudo se estabelece como uma relação alienada, com a ruptura entre seus motivos e as ações correspondentes que ficam esvaziadas de sentido. De acordo com a autora, “Os conteúdos escolares pouco são conscientizados pelo sujeito, pois não ocupam um lugar estrutural em sua atividade, e as significações sociais dessa atividade aparecem como independentes da vida dos indivíduos” (ASBAHR, 2016, p. 190).

Ademais, na sociedade capitalista, o próprio caráter do ensino escolar com a escola primária massiva passou a ser predominantemente marcado pelo pensamento empírico, dirigido a uma preparação utilitária e prática das crianças da classe trabalhadora, em detrimento de uma preparação teórica baseada em conhecimentos científicos e artísticos, voltada aos setores da classe dominante (DAVIDOV, 1988). Esse recorte classista no ensino escolar decorre em diferentes possibilidades de desenvolvimento do pensamento conceitual, por exemplo.

A partir dessas reflexões, verificamos duas questões relacionadas pelos participantes da pesquisa. A primeira delas, diz respeito à necessidade de trabalhar para auxiliar na sobrevivência da família. O exercício precoce da atividade de trabalho ainda na infância, com o decorrente abandono ou irregularidade na frequência da escola, decorre em restrições no desenvolvimento psíquico, em que as capacidades potenciais daquela fase não são desenvolvidas. Supomos que isso tem implicações posteriores sobre o sofrimento psíquico. A segunda refere-se às consequências do abandono da escola no que tange os projetos de futuro limitados e/ou arruinados, como se evidencia para Roberto e Suzana, de quem reproduzimos um trecho abaixo.

Daí, na realidade, eu tinha um sonho né, que eu queria estudar, queria ser uma médica. Tinha pensado em ser pediatra, eu gosto de criança. Mas daí meu sonho foi por água abaixo, porque daí eu não podia muito estudar, porque tinha que cuidar das minhas irmãs pra mãe trabalhar, porque eu sou mais velha que todos eles. E daí o meu padrasto, eu tinha medo de ficar em casa, porque ele bebia, ele puxava a faca e dizia que ia matar a mãe por causa de mim. Nossa, ele fazia... (Suzana)

Das nove histórias de vida narradas para nossa pesquisa, a exceção no que concerne às condições precárias de vida é Lucila. Embora ela também precisasse auxiliar os pais em seu pequeno comércio, a natureza do trabalho e o sentido do estudo aparecem para ela de forma bastante distinta. Com melhores condições de vida, relações familiares estáveis que lhe garantiam suporte afetivo e segurança material, ela permitiu-se traçar projetos de futuro e teve possibilidade de acessar os recursos necessários para um desenvolvimento psíquico condizente com as necessidades de cada período.

Minha infância, minha infância foi boa, foi ótima. Sempre tive meu pai e minha mãe junto. Meu pai e minha mãe tinham mercearia, depois sorveteria, não, tiveram sorveteria depois tiveram mercearia. Daí, assim, na época da mercearia, eu lembro que o pai não deixava a gente sair muito, porque... pra não ficar na rua. Mas a gente tava sempre sendo cuidado por eles. [...] Assim, foram épocas muito boas né, apesar que assim, foi difícil acho que pro pai e pra mãe porque eles sempre trabalharam por conta, mas é... Cara, tinha um amor dos dois ali que... e da gente por eles que era muito bom. Sabe era o que dava força pra gente, o pai e a mãe sempre cobravam da gente o estudo. É, sabe, a gente trabalhava, o pai e a mãe não deixava a gente ficar correndo, brincando com a piçada, não! A gente tinha que ficar em casa, ai tinha que estudar, tinha que trabalhar, sabe, cada um tinha as suas funções né. (Lucila)

Os pais tinham moradia própria e na maior parte da vida tiveram pequenos comércios, contíguos à casa. Lucila e as duas irmãs precisavam ajudar os pais nestes comércios, o que em seu relato não aparece como algo negativo. Apesar disso, por ocupar o tempo disponível, ela ressalta que não tinha muito tempo para brincar, o que acabava fazendo na escola. Sobre os primeiros vínculos com o mundo, Lucila ressalta a relação afetuosa com os pais e irmãs e o quanto a infância foi boa. Apesar da cobrança dos pais, não era muito de estudar em casa, mas fala muito sobre a escola e sobre a forma como se relacionava com os estudos. Considera que pegava o conteúdo facilmente durante a aula e, mesmo com muitas notas abaixo da média, acabava passando de ano. A relação com a família é muito central nas relações e constituição da personalidade de Lucila desde a infância, representando um suporte emocional relativamente seguro. Um fato ocorrido ainda na infância teve repercussão na constituição de um interesse – pela área de contabilidade – que voltou a repercutir já na vida adulta, quando ela cursou faculdade de Ciências Contábeis.

Queria ser ou contadora ou advogada por causa do meu pai. Porque teve uma contadora que deu um tombo no meu pai, que o pai parou em dívida ativa por causa da contadora. O pai pagava os negócios para ela e ela dizia que pagava e não trazia recibo, aí o pai acreditava. Daí quando foi ver a dívida ativa veio em cima dele com os dois pés né. Tava perdendo a casa. (Lucila)

Diferentemente, as condições socioeconômicas dos demais eram de muitas privações, em alguns casos chegando a miserabilidade. Do mesmo modo, foi narrada fragilidade nas relações afetivas familiares, com presença de conflitos e dramas difíceis para uma criança lidar.

Por exemplo, a condição socioeconômica de Leila até aproximadamente os oito anos de idade não foi relatada com detalhes, mas ela refere que tinham casa própria, o que parece estar relacionado com alguma estabilidade financeira. Leila frequentava a escola, mas não fala disso com destaque. Seus vínculos com o mundo nessa época eram intermediados principalmente pela família com quem morava – a mãe, o pai e a irmã Antonia, cinco anos mais velha. Os sentimentos mobilizados nessas relações são relatados de forma ambígua: se de um lado Leila tem grande afeto pelos pais, principalmente a mãe; de outro, as relações são muito conturbadas, atravessadas por situações de violência do pai contra a mãe e pelo alcoolismo de ambos.

Ela (mãe) fazia uso de álcool. Quando ela morava com o meu pai, coisa de mil e bolinhas né, tinha bailes dentro da casa, assim, danças, sanfona. Meu

pai era sanfoneiro. [...] Dai eles ficavam tomando. (risos) [...] vinha bastante gente. Ai, tocando gaita, cantando, tocando violão. [...] Eu gostava, era muito bom (risos). Eu era criança, aprendi a dançar, eu era pequenininha (risos). (Leila)

Inclusive eu lembro de uma cena bem chocante, que ela (mãe) tinha um cabelo comprido, e ele (pai) segurou o cabelo dela e foi rodando em volta da mesa, e aí a minha tia pegou uma faca pra cortar o cabelo dela e eu entrei em desespero (risos), “é agora que vão matar a minha mãe” (risos). (Leila)

Sobre a dança, que se orgulha de ter aprendido com a mãe e com o pai, Leila apresenta como algo que gosta de fazer ainda atualmente, mas que por vergonha acaba fazendo apenas nas crises de mania, quando fica descontrolada. É sintomático que ela consiga abstrair essa vergonha apenas quando em mania, revelando como a repressão social tem um papel importante na formação social da personalidade.

Leila era a filha mais nova e a mãe tinha outros cinco filhos, de pais diferentes. Depois da separação dos pais, ela, a mãe e a irmã Antonia passam a viver em uma situação bastante precária.

Aí a gente foi morar no (nome da vila), lá no (nome do bairro) né, na beira de vala, uma casinha de um cômodo, de madeira, não tinha água, luz, nada, assim. [...] Daí foi nessa época que a Antonia foi trabalhar na roça e trazia alimentação pra gente. A Antonia era de menor ainda e trazia alimentação pra gente. E minha mãe lavava roupa pra fora pra trazer alimentação também. E limpar a casa, diarista né. (Leila)

Aí a mãe trabalhava de doméstica, a minha irmã tava com catorze, quinze anos, menos até, treze ou catorze, e também já ia trabalhar, ia na roça, e eu ia com a mãe na casa de família. E daí o que a mãe recebia, ela tomava tudo em bebida também (risos). E a minha irmã fazia compra, também, e ela vendia, trocava por bebida. Assim, pra mim, ela nunca deixou faltar nada, sempre tinha uma coisinha. Mas ela ficava sem comer, tirava do prato dela e dava pra mim. (Leila)

Às vezes, parece que Leila idealiza um pouco a mãe, talvez por sua morte precoce, quando Leila tinha apenas 10 anos. Parece que ela não considera que o uso abusivo do álcool pela mãe tenha impactos importantes sobre sua vida. Ainda sobre a mãe, Leila refere que ela costumava receber homens em casa. Isso ocorria com o pai de Leila, de quem ela guarda ressentimento, e com outros homens, com quem a mãe não estabeleceu relações mais duradouras. Isso pareceu-nos relevante pois esse modo de se relacionar com os homens parece

ter servido de referência para Leila em suas relações já na adolescência, quando tinha relações casuais, centradas no ato sexual, e perduram até hoje, acentuando-se nas crises.

Depois da morte da mãe, Leila passou a viver com os irmãos mais velhos, já casados e com suas famílias.

E eu fiquei nessa, vai pra uma casa, vai pra outra, volta pra essa e vai pra outra, não dá nessa vai na outra, então, fui vivendo assim até... casar. (Leila)

Em sua interpretação, a razão pela qual cada um dos irmãos a levava para sua casa é que, por ser menina, poderia ajudar nos afazeres domésticos. Ela chega a comentar da relação de interesse de sua irmã Marcia que sacou um dinheiro da mãe depois de sua morte e adotou Leila e Antonia para ficar com a parte delas do dinheiro. Dentre os diversos vínculos que estabelecia nessa fase, Leila deu maior destaque aos familiares, omitindo traços da vida escolar, por exemplo, fazendo-nos supor que na hierarquia de sua personalidade, a vida familiar tinha preponderância sobre a vida escolar.

No caso de Leila, assim como de Lucila, não há relato de sofrimento psíquico ou seus sintomas ainda na infância. Mesmo Leila, que refere situações muito dramáticas, não atribui a elas um sentido negativo nem relaciona esses eventos com seu adoecimento. Diferentemente, nas histórias de vida de Gilberto, Roberto e Suzana – aqui destacadas – as situações críticas vêm acompanhadas de marcas subjetivas que são relacionadas por eles como o início de seu processo de sofrimento psíquico.

No caso de Roberto, o trabalho precoce como agente funerário, que exigiu-lhe lidar com a morte de um modo bastante duro, é apontado como a primeira fonte de sofrimento.

Por causa que tem hora que eu, na realidade, eu culpo um pouco ele (pai) dessa doença minha. [...] Culpo. Talvez, se ele fosse um pai de verdade, certo, a gente teria mais estudo, seria alguém na vida, sabe. Não teria trabalhado nesse serviço, que esse serviço foi me desgastando com o tempo. [...] Já pensou você com 12 anos de idade, que nem eu, no dia 25 de dezembro, não tô lembrado o ano, mas me lembro que era dia 25 de dezembro, tinha uns familiar de Santa Catarina, [...], lá em casa. E uma semana antes faleceu um piá na água, no rio (nome), e não conseguiram encontrar o corpo dele no dia. E após três dias, o corpo boia. E tavam preparando o almoço, eu tava em casa aquele dia, assando carne tudo, e logo chega o companheiro com o carro funerário na frente, com o caixão de transporte, que é o caixão transporte que eles falam, chamando eu que era pra mim ajudar ele a pegar o corpo, que tinham achado o corpo enroscado nuns galhos. Você sabe o que que é você com 12 anos, você pegar uma pessoa uma semana que tá morta, sem luva, sem nada? Naquela época não tinha esse negócio de usar luva, sabe. Que

hoje em dia é uma maior frescura lá, não, vai lá no IML tudo com luvinha na mão, pegar, sabe. Que pra mim é uma frescura aquilo ali, sabe? E no meu tempo não existia esse negócio, sabe. Era tudo pegado na mão mesmo, pegado na mão, sabe. Então, tudo é coisa que marca a vida da gente. (Roberto)

A necessidade de trabalhar adveio da separação dos pais, quando ele e os irmãos precisaram incumbir-se de parte da renda da família. Roberto responsabiliza o pai por sua entrada prematura no mundo do trabalho e relaciona sua baixa escolarização com as péssimas oportunidades de trabalho e, conseqüentemente, com as manifestações de seu sofrimento. A primeira situação crítica narrada por Roberto ocorreu aos 12 anos, quando tem sua primeira tentativa de suicídio, pela ingestão de comprimidos de analgésico. Essa ação não teve efeitos significativos, mas revela a falta de perspectiva de futuro, de oportunidade de desenvolvimento e de desgaste intenso ao pensar na morte de si ainda na infância.

Embora Gilberto tenha em sua história de vida, também visto com amargura, o abandono da escola pela necessidade de trabalhar muito cedo, ele identifica outra questão como centro do início de seu sofrimento ainda na infância. Foi nessa fase que a família começou a identificar algumas de suas características pessoais – voz mais aguda, modo de se vestir, maior sensibilidade afetiva – com estereótipos da homossexualidade e a agredi-lo por isso. Ele recorda daquilo que considera sua primeira decepção na vida, quando estava com cerca de 10 anos.

Ah, foi quando meu pai me chamou de ‘viado’ pela primeira vez. [...] Eu tava brincando, tava jogando bola. E na hora eu fiz um gol, fui comemorar o gol c'os amigos e ele achou que eu tava me agarrando c'os piá. (Gilberto)

As situações de violência por parte do pai e dos irmãos, que muitas vezes chegaram à brutalidade física, foram se repetindo. Entretanto, as agressões simbólicas são as ressaltadas como mais significativas.

Daí eu gostava de escrever, Melissa. Gostava de escrever pensamentos, gostava de escrever poesia. [...] Desde os 10, 12 anos. [...] Ah, coisas de amor, sabe. Poesias de amor, de carinho, de afeição, sabe, pensamentos. [...] Daí uma vez, eu tinha um caderno que eu comprei, de 10 matérias, que eu enchi aquele caderno sabe, de poesia e pensamentos, sabe. E um dia eu fui viajar, que eu tava num serviço, que eu trabalhava num shopping, de festa, e daí eu fui viajar, porque eu fui fazer uma festa longe. Quando eu cheguei em casa no outro dia, meu caderno tava no... eu não sei se você... eu acho que você não se lembra, que antigamente tinha banheiro fora de casa. [...] Tava lá em cima lá, todo rasgado meu caderno. [...] Aí foi uma decepção, sabe. E depois daquilo, Melissa, eu não tive mais alegria, sabe. (Gilberto)

Vemos que Gilberto já no início da constituição de sua personalidade passa a ter como centro as relações afetivas. Inclusive, ele utilizava a escrita como recurso de controle e tomada de consciência de seus próprios sentimentos, mesmo quando já não frequentava a escola. Depois desse episódio, ele não abandona completamente a escrita, mas fica muito frustrado e desanimado, deixando aos poucos de realizar essa prática. A violência que permeou os vínculos familiares foi tão importante e repercutiu sobre toda a sua história de vida, como veremos à frente.

No tocante à presença constante de violência doméstica, a história de vida de Suzana assemelha-se à de Gilberto. O conteúdo dessa violência vincula-se com as relações patriarcais e machistas e se explicitam, no caso dela, no período seguinte, da adolescência. Ainda na infância, ela assume o cuidado dos irmãos e da casa, por ser a irmã mais velha e presencia a violência do pai, e depois do padrasto, contra a mãe. A exigência social de assumir tão cedo a responsabilidade pela casa e pelos irmãos começa a colocar esta questão como central na constituição de sua personalidade.

Com base nas histórias trazidas até aqui, notamos que o sofrimento psíquico aparece relacionado com as situações e vivências de cada pessoa no movimento da própria vida, ratificando que não é uma condição inata, mas determinada socialmente.

5.4.2 A adolescência

Com a passagem da crise dos 13 anos, inicia a fase denominada de idade de transição – entre a infância e a vida adulta – ou adolescência. Na idade de transição, a maturação sexual faz surgir um conjunto novo e complexo de novas atrações, aspirações, motivos e interesses, que constituem novas forças motrizes que orientam a conduta do adolescente em uma nova direção (VYGOTSKI, 1931/2006a). Para Vygotski (1931/2000), na adolescência é quando há a formação da personalidade e a estruturação da concepção de mundo, com a reestruturação das funções psíquicas sobre uma nova base, a formação de conceitos, o que permite ao sujeito que tome consciência de seu próprio pensamento e dos nexos com a realidade de modo mais profundo.

De acordo com Mascagna e Facci (2014, p. 54),

No desenvolvimento dos interesses, ocorrem duas etapas principais: os novos interesses e o desenvolvimento do sistema novo que se forma sobre os novos

interesses. Tais etapas são consideradas por Vygotski (1996) como a base orgânica desse novo sistema. Novas atrações surgem, novas cobranças são efetuadas pelo meio, dando lugar a uma nova forma de viver a vida e a realidade ao adolescente.

Neste período, o pensamento por conceitos aparece como central para o desenvolvimento psíquico e, embora o adolescente continue tendo o estudo escolar como sua atividade, como explicam Anjos e Duarte (2016), as atividades dominantes – que orientam o desenvolvimento psíquico dessa fase – são a comunicação íntima pessoal e a atividade profissional/ de estudo (ELKONIN, 1960 apud ANJOS, DUARTE, 2016).

Como ressaltam Leal e Facci (2014), na adolescência ocorre ainda o desenvolvimento social da personalidade. As autoras trazem Elkonin para explicar que a influência do desenvolvimento sexual sobre a personalidade não é primária, visto que a maturação sexual está mediatizada pelas relações do indivíduo com o mundo circundante, pela comparação de si mesmo com os adultos e com outros adolescentes (ELKONIN, 1987 apud LEAL; FACCI, 2014).

Nos dois relatos a seguir, vemos a conjugação dessas atividades.

Vamos ver, a minha adolescência... Eu fui trabalhar com catorze, quinze anos. Trabalhar e estudar. Ai a gente ia em sarau no final de semana, com a minha sobrinha. [...] Eu trabalhava na guarda mirim, de guarda mirim. (pausa) Eu trabalhei até 18 anos lá. [...] Era a época da lambada (risos). A melhor fase. Tinha um clube lá, também, ao lado da (local de trabalho), a gente ia lá à noite. (Leila)

A adolescência? Eu não sei. Eu não sei se eu tive adolescência porque eu tava sempre junto ali com o pai e com a mãe. [...] Era, era igual, porque a única diferença é que a gente saía para a discoteca, antigamente era discoteca. (Lucila)

Leila, por exemplo, descreve entre suas atividades o estudo, o trabalho e a relação com os amigos. Ela trabalhou como *office girl* em uma estatal, por meio da guarda mirim, dos 14 aos 18 anos. Saía com a sobrinha, que tinha aproximadamente a mesma idade, para festas, onde dançava e se encontrava com outros jovens.

Davidov (1988) cita os estudos de Elkonin e Dragúnova que concluem que a atividade principal da adolescência inicial é a comunicação pessoal, dirigida à autoafirmação diante do coletivo de adolescentes e à realização neste coletivo das normas que regem as relações entre os adultos. Para Elkonin (1987, p. 121), na atividade de comunicação pessoal, o

adolescente forma seus pontos de vista gerais sobre a vida, sobre a relação entre as pessoas, sobre o próprio futuro, ou seja, “se estrutura o sentido pessoal da vida”.

A neoformação psicológica central da idade dada, segundo a opinião destes autores, é o surgimento do sentimento de maturidade como forma de manifestação da autoconsciência, o que permite aos adolescentes comparar-se e identificar-se com os adultos e os companheiros, encontrar modelos para a imitação, construir, segundo estes modelos, suas relações com as pessoas. (DAVIDOV, 1988, p. 83)

Assim, a neoformação psicológica central desta idade é o surgimento da autoconsciência, que tem como uma de suas expressões o sentimento de maturidade (DAVIDOV, 1988). Davidov (1988) acrescenta que as atividades de estudo, laboral-produtiva, social-organizativa, artística, esportiva adquirem a maior importância no desenvolvimento da comunicação entre os adolescentes, pois eles prestam marcada atenção sobre seus êxitos, obtendo uma ou outra valoração social.

Sobre a autoconsciência, Vigotski recorre à seguinte tese, que considera certa, de Busemann (1925-1926 apud VYGOTSKI, 1932/2006a): a autoconsciência não é algo primário, visto que os organismos inferiores interatuam com o meio circundante, mas não consigo mesmos. Portanto, a capacidade de interatuar para consigo é desenvolvida na ontogênese, pela conquista de ferramentas culturais. Ademais, Busemann afirmava também que havia um nexo entre a autoconsciência dos adolescentes e sua posição no meio social.

Com a reestruturação dos interesses ocorrida neste período, principalmente relacionados à sexualidade, vista não apenas como orgânica mas social, produzem-se oscilações no estado de ânimo do indivíduo e alteram-se sua personalidade e visão de mundo (VYGOTSKI, 1932/2006a; SILVA, 2011). Com o predomínio dos processos intelectuais na fase de transição, o adolescente passaria também a compreender melhor seus processos emocionais e ter maior controle sobre eles (VYGOTSKI, 1932/2006a).

Nesse sentido, a atividade de estudo profissional pode se caracterizar como atividade principal na segunda fase da adolescência que, conforme Elkonin (1987), volta-se para a preparação para o futuro, com o surgimento de interesses cognoscitivos científicos. No entanto, a formação do indivíduo para o trabalho sob o capitalismo acaba regida pela adaptação ao mercado, à lógica do capital e à ideologia burguesa (ANJOS; DUARTE, 2016).

Ao trazer a relação entre a adolescência e o mundo do trabalho, Leal e Mascagna (2016) ressaltam que a escolha da profissão é algo marcante nesse período e que é muito distinto

a depender da classe social a que pertença o adolescente, muitas vezes sequer se constituindo como uma verdadeira escolha. Para as autoras, os adolescentes das classes populares frequentemente entram cedo no mundo do trabalho, levando o estudo paralelamente ou mesmo substituindo-o, forçando a entrada precoce no mundo adulto. Entre os participantes de nossa pesquisa, os que ainda não trabalhavam desde a infância, iniciaram durante a adolescência. João e Renato, por exemplo, acabam interrompendo os estudos neste período. Ademais, o tipo de atividade profissional a que se dedicam aparece muito mais como uma contingência da vida e não como uma verdadeira escolha. Alguns seguem as atividades profissionais de seus familiares, como o caso de Gilberto, padeiro como o pai, tios e irmãos; outros dedicam-se a atividades que não exigem grande grau de qualificação, como Renato, que trabalhou por grande tempo como vendedor e depois motorista, Rodrigo, que também trabalhou como motorista e Roberto, que trabalhou grande parte da vida como cobrador de transporte coletivo. Ivonete, Leila e Suzana realizam atividades que aprenderam na experiência pessoal, bastante vinculadas ao papel social da mulher, como cozinha, limpeza e cuidado de crianças em um berçário. João e Lucila, bancários, têm empregos mais estáveis e melhor valorizados, mas nem por isso resultantes de escolhas muito definidas, com base em um projeto anterior. Apesar disso, vemos em Lucila o que estaria mais próximo de um processo de escolha, embora aqui a escolha apareça mais genericamente entre um projeto de carreira e vida independente contra o projeto de casar-se e ter filhos.

Lucila apresenta algumas características peculiares em comparação aos demais participantes da pesquisa. Embora ela também estabelecesse diversas atividades, com novas relações não restritas ao núcleo familiar, com a ida a festas com as irmãs mais velhas e com o trabalho fora de casa, Lucila manteve-se estudando, atividade que ocupa espaço central em sua vida. Ela insiste muito, nos seus vários relatos, na centralidade que a construção de uma carreira profissional sempre teve em seu projeto de vida. Isso se evidencia na idade adulta, mas já aparece nesta fase da adolescência. Em contraposição à atividade profissional, ela ressalta que nunca teve o projeto de ser mãe e, apesar de ter tido uns três "biscates" ou "ficantes", começou a namorar tardiamente, já no fim desse período.

O primeiro namorado eu conheci aí mais ou menos nessa fase. Eu sei que eu comecei a namorar depois dos 18 anos, 20 anos. Nossa senhora, achei que nem ia namorar. Daí namorei um período, daí terminamos, daí voltamos, daí terminamos, daí ele queria voltar de novo, eu falei "agora eu não volto mais". Que história de vai não vai, não dá certo. Daí depois eu conheci o namorado de cinco anos. Daí a gente se separou, também foi naquela mesma coisa,

começa e descomeça, daí na terceira "não dá mais", daí não voltamos. (Lucila)

A questão da maturação sexual, apontada como central nesse período do desenvolvimento, foi enfatizada por vários entrevistados. Não obstante, as referências às vivências da sexualidade são muito distintas.

No caso de Leila, por exemplo, que traz o sexo como algo importante para ela, havia uma grande preocupação com a gravidez, levando-a a se abster de relações sexuais por um período prolongado durante a adolescência.

Tipo assim, sexo, eu comecei cedo, com 13 anos. Aí não contei pra ninguém, me arrependi, e segurei até 17, 18 anos, pra não engravidar. E tinha medo que fizessem eu casar lá, com aquele rapaz dos 13 anos, quando eu tinha 13 anos. [...] Mas era bem criança, né, 13 anos. E daí, quando eu fiz 17 anos, né, 17 ou 18, aí eu comecei mais sair, assim, pra manter relação. Mas também não tinha nada sério, só aquilo ali e pronto. (Leila)

É interessante que ao falar sobre essa questão, ela considera que não aproveitou sua adolescência tanto quanto gostaria, dando a entender que gostaria de ter aproveitado mais, inclusive com mais relações sexuais. Fica clara a presença de uma moral sexual repressora em sua família, condizente com as referências sociais dominantes, que atrela o sexo ao casamento e que se confirma mais tarde quando ela é convencida pela irmã a se casar quando engravida.

É curioso, no entanto, que, no discurso de Leila, aparece que sua mãe estabelecia vínculos mais ocasionais com os homens, chegando a receber vários homens diferentes em casa para relações sexuais. De algum modo, ela parece trazer este modo de lidar com a sexualidade de sua mãe como uma referência, à qual ela correspondeu por um curto período no fim da adolescência, mas que precisou abandonar em seguida em decorrência da gravidez e casamento. Esta referência reaparece nos períodos de mania, quando Leila percebe um aumento da libido: “[...] eu acho que aumenta a libido da pessoa quando está eufórica”. Em algumas destas situações, ela se relaciona com diferentes homens, alguns dos quais ela não se lembra depois, dado seu nível de agitação e desorganização psíquica do momento. Leila se preocupa com as consequências dessas ações, visto que depois das crises de mania em geral precisa passar por uma bateria de exames para verificar se não contraiu algum tipo de doença sexualmente transmissível. A consequência mais importante dessas situações, no entanto, foi a gravidez de sua filha caçula.

A própria Leila vincula seus sintomas na crise com características da adolescência, ao dizer “*Quando eu fico doente eu volto à adolescência (risos)*”. Dentre as características por ela apontadas estão: desinibição social e sexual, ficar mais ‘solta’, dançar, cantar, usar roupas curtas. Como Leila julga não ter aproveitado sua adolescência como gostaria, pode-se considerar que na mania expressam-se desejos e necessidades não satisfeitos desse período. É como se ela realizasse pela via da crise tais desejos obstruídos.

A vivência da sexualidade nesta fase da vida com importantes repercussões sobre a personalidade aparece de forma significativa para outros entrevistados, dentre os quais destacamos dois, Gilberto e Suzana.

No caso de Gilberto, a família – em especial o pai e os irmãos – perpetua as práticas de violência física e psicológica por julgarem seus comportamentos como inadequados moralmente, com base em uma noção de masculinidade – que exclui sua sensibilidade afetiva, seu modo de se vestir, entre outros.

(Meu pai dizia que) Eu não podia sair com amigo, porque eu ia fazer besteira com os piá, que eu era ‘viado’. Que eu andava do jeito que eu gostava de andar. Uma vez daí pra mostrar pra ele que eu não era o que ele pensava, eu comecei a me envolver com mulheres. Eu tinha 16 anos e me envolvi com uma mulher de 32 anos. Daí, só que ela era casada, tinha um filho de 18 anos, ela era dona de um armarinho. E nessa época eu ainda vendia cocada e tudo. Daí, um certo dia, nós tinha marcado, que eu ia sempre na casa dela, pra gente ter relação na casa dela, que ela era separada, mas ela tinha um filho. Um certo dia, ela não pode vir me buscar, ela que vinha me buscar num certo lugar, quem veio foi o rapaz. Eu entrei no carro numa boa. Só que eu entrei no carro e meu pai viu eu entrando no carro, sabe. E eu fui. Quando eu cheguei em casa, eu levei o dinheiro da cocada tudo, e daí, pra que. Ele pegou um facão e ‘oh’ em mim (faz gesto remetendo a surra)... Disse que eu tava saindo com homem, que ele tinha visto eu sair com homem. Eu falei que não era, só que eu não podia, também... não é que eu não podia dizer quem ele era na hora... Aí, no outro dia, eu disse, levei ele lá no armarinho para falar com a mulher e mesmo assim ele não acreditou, sabe. E até hoje, Melissa, eu tenho um irmão que mora no mesmo terreno, e até hoje no lugar d’ele me chamar de Gilberto, ou cara, qualquer coisa, a primeira coisa que ele vem “ô gay, e aí?”, sabe. E isso me incomoda até hoje. Já tenho sete filhos, meu pai morreu e ele continuou achando que eu era ‘viado’. (Gilberto)

Vemos neste trecho o quanto as respostas dadas por Gilberto a esses julgamentos, de modo a negar sua suposta homossexualidade, passam a determinar seus modos de agir e a constituir sua personalidade.

Para Suzana, a sexualidade é vivida de forma ainda mais bruta. Quando estava com cerca de 15 anos, foi violentada pelo padrasto.

Daí um dia, a mãe tava grávida, acho que era do Álvaro, da Estela. Daí ele tentou me agarrar, sabe. E eu consegui fugir dele. Na segunda vez que ele tentou me agarrar, eu fiquei com os braços tudo machucado, ele rasgou tudo minha roupa, ele me tampou a boca e me levou assim pra debaixo da casa, que a casa tinha essa altura assim, debaixo do assoalho né, daí lá... [...] A mãe tava dormindo. Daí ele entrou pela porta, não sei como é que ele conseguiu abrir a porta, entrou e eu tava deitada, quando ele tampou minha boca assim e me levou pra fora. Daí de tanto eu me bater, me rebater, eu consegui escapar dele. Ele me machucou tudo né... Daí minha mãe não acreditou né. (Suzana)

Nesta mesma ocasião, depois de ser levado pela polícia e liberado, o padrasto volta para casa e tenta agredi-la novamente, levando-a a fugir de casa e abrigar-se na casa de um amigo. Mesmo depois de ser vítima dessas situações, ela foi buscada pela polícia e examinada no IML, como prova que não teria perdido a virgindade com este amigo. Na chegada da polícia, para escapar, Suzana faz sua primeira tentativa de suicídio, atirando-se em frente aos carros em uma rua movimentada. Esse conjunto de situações produziram marcas muito profundas na personalidade de Suzana que repercutem ainda hoje e tem papel determinante em seu sofrimento psíquico. Ela relata que jamais teve satisfação sexual e que o sexo nunca passou de obrigação na relação com os dois maridos. Em especial do segundo marido, que também a agrediu várias vezes, tem muita raiva. Relata que as imagens do padrasto a violentando sempre voltam à sua memória. Suzana diz sentir ‘nojo de homem’ e não tem nenhuma confiança em qualquer homem. Tudo isso reverbera em sua relação com os homens em geral, inclusive os filhos – a quem evita abraçar – ou colegas de CAPS – levando-a a abandonar atividades em que possa haver qualquer forma de toque, como a de teatro.

Outra questão referente ao período da adolescência, foi trazida por Ivonete, quando narra sua primeira crise, ainda que com poucos detalhes devido a sua pouca lembrança de como ocorreu. A crise foi aos 16 anos, mesma época da morte de sua mãe. A mãe, aparentemente, tinha problemas de saúde mental. De acordo com Ivonete, quando estava com cerca de 12 ou 13 anos, a mãe caiu ou se jogou em um poço, questão não esclarecida para ela. Ivonete observou a cena e considera que a mãe pode ter se jogado como uma tentativa de suicídio, já que percebe que ela sofria por passar necessidades (dando a entender que estas eram objetivas e subjetivas). Elas eram próximas, já que Ivonete a auxiliava com as tarefas domésticas desde muito cedo. Seu principal destaque para essa primeira crise foi a péssima experiência da internação

psiquiátrica, na qual não tinha contato com a família e de onde não sabia quando sairia. Essas lembranças afloram nos períodos de crise, quando Ivonete fica com o discurso mais acelerado e pouco compreensível.

Percebe-se, pelas narrativas dos entrevistados, que na fase da adolescência há de fato uma maior consciência sobre si, com lembranças mais vívidas e detalhadas. Por outro lado, diversas conquistas culturais não são plenamente alcançadas, dadas as limitações impostas pelas relações sociais capitalistas e as mediações insuficientes para a sua transladação ao nível pessoal.

Anjos e Duarte (2016, p. 200-201) lembram-nos que, de acordo com Vigotski, para o desenvolvimento é fundamental a interação com seres humanos mais desenvolvidos. Visto que, na sociedade alienada, grande parte dos indivíduos chega à idade adulta com um nível de desenvolvimento cerceado pela lógica capitalista, a referência com que as futuras gerações tomam contato mais direto acaba sendo também limitada.

Tal como ressalta Silva (2011), a organização dos processos emocionais com base no pensamento conceitual, desenvolvido nesse período, permitiria o estabelecimento da relação das emoções com o contexto que as produzem, bem como o controle de sua determinação sobre o comportamento. Isto é, “as emoções tornam-se pensadas, compreendidas pela razão”, adquirindo caráter histórico e social em conexão com as demais funções mentais nos sistemas psicológicos (SILVA, 2011, p. 181). Diversamente, nota-se que entre os participantes da pesquisa o autodomínio das emoções se constituiu de forma débil, o que sobressai nos períodos de crise. Isso nos leva a refletir sobre a questão afetivo-volitiva na depressão e na bipolaridade, o que será discutido no próximo capítulo.

5.4.3 A idade adulta

A vida adulta tem como atividade característica o trabalho. A referência de idade para a entrada na vida adulta – assim como nas outras fases de desenvolvimento – pode variar a depender de um conjunto de aspectos sociais. Moro-Rios (2015) retoma que a periodização não é universal e imutável, mas resultado do modo como se produz a vida, pelas relações de trabalho, em cada momento histórico. A autora explica que a partir de um determinado grau de complexificação das forças produtivas as crianças precisaram ser afastadas da atividade de produção e passaram a realizar a atividade de brincadeira e de estudo como momentos preparatórios para a vida adulta.

A sucessão dos estágios também está relacionada a uma necessária ordem para adquirir a experiência social acumulada pela humanidade, isto é, a uma sequência lógica de apropriação das objetivações resultantes do trabalho de gerações humanas, que conduz à humanização do indivíduo. (MORO-RIOS, 2015, p. 95)

Como vimos, entre os participantes de nossa pesquisa, todos iniciaram a atividade de trabalho ainda na infância ou na adolescência, com consequências tanto em seu desenvolvimento psíquico como em seu processo de sofrimento.

Moro-Rios (2015) dissertou sobre o trabalho como atividade principal na vida adulta, dando destaque para as novas capacidades e habilidades e para a reconfiguração da estrutura motivacional, além de revelar seu duplo caráter na sociedade de classes, de humanização e alienação. Assim, no capitalismo, temos o trabalho como atividade principal alienada, que empobrece seu sentido pessoal, mas que nem por isso deixa de impulsionar o desenvolvimento do psiquismo e da personalidade (MORO-RIOS, 2015).

Sendo o trabalho a atividade que determina o salto ontológico para a história humana, nos parece relevante outro aspecto ressaltado por Moro-Rios (2015), baseada em Leontiev, que é o quanto os diferentes estágios do desenvolvimento infantil são graus sucessivos da transformação do indivíduo em um membro da sociedade, portanto, em um trabalhador. Ela exemplifica mostrando que com a manipulação de objetos, a criança está se apropriando, de algum modo, do trabalho humano, pois tais objetos são direta ou indiretamente resultantes da atividade coletiva de trabalho. Do mesmo modo, a criança que brinca reproduz as funções sociais desempenhadas pelos adultos e a criança que estuda aprende os saberes dos adultos, além de realizar pequenos trabalhos que desenvolvem sua submissão às tarefas sociais (MORO-RIOS, 2015).

Abrantes e Bulhões (2016) recuperam o conceito de atividade dominante como guia do desenvolvimento psicológico em um dado momento da existência do indivíduo e advertem que

[...] a atividade dominante encontra-se em unidade dialética com um conjunto de outras atividades sociais, e o fato de exercer dominância em relação a elas, considerando os processos formativos do psiquismo, não elide as mediações das demais atividades como codeterminantes para o desenvolvimento da relação do indivíduo com o mundo. (ABRANTES; BULHÕES, 2016, p. 242)

Para os autores, no período da juventude – início da idade adulta – é mais difícil identificar uma atividade dominante que oriente o desenvolvimento psicológico, pelas multideterminações e pelo intrincado de experiências de que participam os adultos jovens.

Nesse sentido, analisar a periodização do desenvolvimento na fase da juventude e identificar a atividade dominante que permita 'guiar' o desenvolvimento do jovem no intuito de uma práxis consciente é pressupor a unidade contraditória entre a atividade de estudo profissionalizante e a atividade produtiva, destacando que a predominância de uma delas ocorre pela determinação da posição que o jovem ocupa em relação aos meios de produção. (ABRANTES; BULHÕES, 2016, p. 248)

Como na sociedade de classes o trabalho não é apenas marca de humanização, mas também de alienação, a inserção no mundo do trabalho não garante acesso aos benefícios do que é produzido coletivamente (ABRANTES; BULHÕES, 2016).

Carvalho e Martins (2016) explicam que o trabalho, atividade de produção social e atividade-guia na maturidade dos indivíduos, está descaracterizado de sua função desenvolvente pelo modo de produção capitalista e que essa descaracterização irradia para as outras esferas da vida. Ou seja, "as relações interpessoais na esfera da vida pessoal e familiar acabam por reeditar as relações sociais de produção tendendo a firmarem-se também como relações fetichizadas" (CARVALHO; MARTINS, 2016, p. 290).

Evidencia-se ainda que se tem como tendência hoje a não integração de grande parte dos jovens adultos ao mundo do trabalho, articulada a uma inclusão por meio de trabalhos precarizados, levando a um estado de instabilidade e dependência (ABRANTES; BULHÕES, 2016). Ao mesmo tempo, permanecer empregado exige níveis cada vez mais elevados de efetividade e produtividade (ANTUNES, 2006; PALANGANA, 2002), além de uma submissão ideológica baseada nos ideais liberais do indivíduo egoísta e da concorrência (ABRANTES; BULHÕES, 2016).

O processo de trabalho no atual período histórico, além de regido pela reprodução ampliada do capital, é marcado pela reestruturação produtiva, que renova e aprofunda as condições de exploração. Conforme elucidam Carvalho e Martins (2016, p. 288),

[...] o trabalho sobre os imperativos da reestruturação produtiva se esvai, na condição de atividade-guia da idade adulta, não superando em nenhum aspecto a alienação da sociedade capitalista sobre os indivíduos; pelo contrário, intensifica-a de modo que as forças antidialéticas liberadas pela expansão totalitária da forma mercadoria tem se tornado um obstáculo cada vez mais indefectível para a constituição da personalidade dos indivíduos.

Portanto, as possibilidades de desenvolvimento das capacidades humanas ficam reprimidas e deformadas pois submetidas a necessidades que beneficiam a produção do capital em detrimento da pessoa (CARVALHO; MARTINS, 2016).

Esses processos repercutem na subjetividade humana, já que

[...] a sociedade alienada produz pessoas que estão vivas biologicamente, mas defrontam-se com uma espécie de morte simbólica, visto que, muitas vezes, as experiências são marcadas pela falta de projeção e de projetos, portanto uma sociedade esvaziada, despolitizada. Os indivíduos presos na sua particularidade sofrem ensimesmados, almejando, no máximo a simples experiência pessoal na busca do prazer, em um projeto de existência que aparentemente prescinde de comunidade, de luta. (ABRANTES; BULHÕES, 2016, p. 261)

Esse conjunto de aspectos próprios do trabalho alienado e enraizados na vida social em geral produzem contradições que são vivenciadas pelos indivíduos de diferentes formas, dentre as quais destacamos o sofrimento. Com isso, salienta-se que o sofrimento não tem a dimensão biológica como principal determinação. Moro-Rios (2015) observa que, uma vez iniciada sua vida laboral e considerando o processo formativo anterior, o indivíduo dispõe, supostamente, dos requisitos para atuar de forma consciente e autônoma e supõe-se que, no seio da atividade de trabalho, não seja gestada uma nova atividade principal. “Entretanto, entende-se que o próprio trabalho se atualiza e se enriquece na qualidade de atividade principal da vida adulta, reconfigurando, ao mesmo tempo, toda a hierarquia de atividades do indivíduo trabalhador” (MORO-RIOS, 2015, p. 98). Para apreender a determinação social do sofrimento em sua dimensão singular, importa conhecer a hierarquia de atividades, o papel da atividade principal desses indivíduos e as contradições e conflitos nela envolvidos, bem como sua constituição como pessoa na relação com os grupos sociais de que faz parte, que podem potencializar e/ou obstaculizar o desenvolvimento.

As consequências da alienação sobre o desenvolvimento psicológico são notáveis. A humanização das emoções, por exemplo, está relacionada com a imaginação e o ato criativo, envolvido no trabalho, na arte e na ciência (VIGOTSKI apud SILVA, 2011). Em uma sociedade em que as produções artísticas – tais como as científicas, filosóficas etc. – são inacessíveis à maioria da população, o processo de humanização dos sentidos humanos e das emoções fica obstruído, conformado à lógica da propriedade privada.

A depender do modo como o conjunto das funções psicológicas se desenvolveu ao longo da vida, a unidade entre emoção e razão ganha outra qualidade na vida adulta, pela atribuição de significado e sentido por meio do pensamento conceitual às emoções e pela capacidade de um comportamento regulado em relação a elas (SILVA, 2011).

Dessa maneira, os processos emocionais vão se manifestar não apenas nas sensações corporais, como ocorrem quando sentimos alegria e nos encontramos bem dispostos e com pensamentos otimistas diante do mundo; ou quando estamos com medo e, além do tremor e da palidez – entre outras reações orgânicas – nosso pensamento também apresenta imagens e sensações influenciadas pelo sentimento que nos domina. (SILVA, 2011, p. 187)

Em nossa sociedade, com o subdesenvolvimento individual determinado pelas relações alienadas que servem de mediação com o gênero humano, esse controle sobre as emoções e sentimentos na relação com os sistemas psicológicos fica comprometido. Como pretendemos desenvolver melhor no próximo capítulo, essa debilidade no autodomínio da conduta em geral se acentua na depressão e na bipolaridade, por exemplo, quando notamos maior impulsividade e imediatividade dos processos psíquicos e de comportamento. Isso está presente, por exemplo, nas compras excessivas relatadas por Gilberto, João, Lucila e Suzana, nos episódios de irritabilidade e descontrole com acessos de fúria voltados a objetos e outras pessoas narrados por Leila, Renato e Suzana, ou ainda nos atos de autoagressão ou suicidas descritos por Gilberto, Lucila, Roberto e Rodrigo.

Ao discorrer sobre a infância e a adolescência, vimos que o sofrimento psíquico se desenvolveu de diferentes formas em cada período, sendo que em algumas pessoas teve sua origem ainda na infância ou na adolescência e em outras surgirá apenas na vida adulta. De todo modo, a história de vida de cada um, seu desenvolvimento singular condizente com suas condições materiais de vida e com a qualidade dos vínculos estabelecidos com as pessoas participam do seu processo de sofrimento psíquico. Com base nas narrativas dos participantes de nossa pesquisa, que se encontravam na idade adulta e em sofrimento psíquico atual, foi possível perceber como eles atribuíam sentido às suas vivências e a partir disso suas repercussões sobre sua condição atual.

A análise de suas trajetórias de vida e sofrimento na idade adulta envolve várias dimensões, visto que eles realizam um conjunto de atividades, entre as quais podemos genericamente citar o trabalho remunerado, o trabalho doméstico, o cuidado com a família, atividades religiosas, atividades comunitárias, atividades de lazer, a participação no sindicato,

entre outras. A essas, agregam-se, associadas ao sofrimento psíquico e seu tratamento, as atividades no CAPS ou outras instituições de saúde e comumente excluem-se as atividades relacionados ao trabalho remunerado, ainda que temporariamente. Todos os entrevistados estavam afastados do trabalho, alguns formalmente recebendo auxílio-doença pelo INSS – como Gilberto, Lucila e Roberto; dois deles afastados mas sem receber auxílio-doença e dependendo da renda de outros familiares – como Ivonete e Renato; outros já aposentados por invalidez pelo transtorno mental – como João – ou por outros problemas de saúde – como Rodrigo e Suzana; e uma delas – Leila – sem renda própria, vivendo com o benefício de prestação continuada da filha mais nova.

Destaca-se esta condição de afastamento, posto que, por um lado, o trabalho é a atividade principal na vida adulta e que o sofrimento psíquico, ao obstruir os modos de andar a vida, impacta sobre as diversas atividades, inclusive sobre o trabalho. De outro, percebemos que o trabalho é importante fonte de sofrimento, revelando sua dupla dimensão, de humanização e alienação. Diante da expectativa social de produtividade relacionada a um adulto, mesmo para aqueles que identificavam o trabalho como principal fonte de seu adoecimento, tal como Lucila e Roberto, o afastamento vem acompanhado de um sentimento de inutilidade e incapacidade. Ramos, Tittoni e Nardi (2008, p. 210) mostram que nessas situações emerge uma identidade de “trabalhador sem trabalho”, pressionando para uma reconfiguração dos modos de viver e dos projetos de vida dos trabalhadores. “Essa experiência convoca o trabalhador desde um lugar de ‘não trabalho’, no qual, ao considerar a importância que o trabalho possui enquanto referência na vida social, os processos de subjetivação estão marcados pela incapacidade, inutilidade e pelo sofrimento”.

Embora tal sentimento esteja presente nos relatos do conjunto dos entrevistados, observamos diferenças quanto ao sentido pessoal do trabalho na hierarquia de cada pessoa, bem como o papel de cada uma das demais atividades realizadas. As reações emocionais e sentimentos suscitados são mediadoras na relação da pessoa com o trabalho e contribuem para a construção de sentido pessoal relacionado com a atividade (MALAGUTY, 2013).

O campo da saúde do trabalhador vem discutindo a relação entre o trabalho e o adoecimento, de modo a explicitar as consequências da alienação do trabalho sobre o trabalhador e criticar a culpabilização individual dos agravos em saúde. Uma das principais contribuições deste campo tem sido demonstrar a existência de doenças profissionais, desde as consideradas mais clássicas, como intoxicação por chumbo, mercúrio, benzeno ou silicose até as lesões por esforço repetitivo (MALAGUTY, 2013). Em nossa avaliação, a produção deste

campo reafirma a teoria da determinação social do processo saúde-doença, já que retira do centro os fatores hereditários e biológicos, dando destaque ao processo de trabalho na gênese do processo saúde-doença.

Entre essas investigações, encontram-se as referentes aos denominados transtornos mentais comuns ou sofrimento difuso, que concluem que há uma correlação entre o sofrimento psíquico, a inserção produtiva, a escolaridade e a pobreza. Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008), em uma revisão sobre o tema, mostram o papel organizativo do trabalho no cotidiano (com a estruturação do tempo, relações interpessoais para além da família, status e identidade) como um impacto positivo do trabalho sobre a saúde mental. Em contrapartida, o desemprego, os trabalhos menos qualificados em relação aos mais qualificados e a baixa renda como aspectos que aumentam a chance de transtornos mentais comuns (LUDEMIR, 2000 apud FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008). Diversos estudos confirmam também a maior prevalência de transtornos mentais comuns entre pessoas com baixa renda (55,7%), com baixa escolaridade (49,7%), separados ou viúvos (47,9%), pertencentes ao sexo feminino (45,4%), trabalhadores manuais (36,6%), donas de casa (49,6%), maiores de 55 anos (47,9%), com condições de moradia precária (53,2%) e migrantes (44,2%) (LUDEMIR, 2000 apud FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008). Os autores mostram também a relação existente entre diversas dessas variáveis, como a baixa escolaridade com as piores chances ou condições de inserção produtiva ou ainda com a infância em situação precária, que leva ao abandono do estudo para poder trabalhar. Com isso, percebe-se o impacto das condições de vida na produção de sofrimento mesmo de quadros considerados mais leves, ainda não cronificados e que, na medida em que não há respostas ou suporte, pode gerar um agravamento.

Ainda na fase dos grupos focais, os participantes da pesquisa referiram o trabalho como fonte de desgaste e, conseqüentemente, de seu sofrimento, o que já vimos no início deste capítulo.

Nas entrevistas, foi possível aprofundar essas questões e constatar a centralidade do trabalho para as pessoas, tanto pelo tempo e desgaste implicados quanto pelo papel na estruturação e dinâmica da personalidade. Observamos que a dimensão do trabalho com seus processos críticos entra de forma determinante nas alterações da personalidade de Ivonete, João, Lucila, Renato e Roberto. Nos demais, sem dúvida há também um importante papel, dada sua característica de atividade principal. Entretanto, outras razões aparecem como mais decisivas no adoecimento. Cabe a ressalva já apontada de que o modo como se organiza o processo de trabalho repercute sobre as outras dimensões da vida. Isso passa desde as conseqüências mais

diretas do trabalho alienado sobre a vida do trabalhador, que tem seu tempo de vida diário quase todo capturado, limitando as possibilidades de relações para além do trabalho e família, por exemplo até a necessidade de trabalho desde a infância que limita brutalmente o desenvolvimento. Ou ainda para consequências mais indiretas, como a formação de pensamento ideologizado com base na competitividade e na anulação do outro, o que também se espalha para outras relações da vida.

Ivonete, que trabalhou nas atividades domésticas desde criança, já foi empregada doméstica e, antes de se afastar, estava trabalhando na cozinha de um grande hospital de Curitiba. Em sua narrativa, o trabalho reaparece a todo momento, como algo que ela valoriza, pelos aprendizados, organização da rotina e por ser fonte de renda, mas que, ao mesmo tempo, a desgasta, pelo ritmo acelerado, pressão por produtividade e exigência de qualidade no preparo das refeições. Em um dos grupos e em sua entrevista, Ivonete estava um tanto alterada, com o pensamento e o discurso acelerados. Consideramos significativo que, nesses momentos, o trabalho tenha aparecido de forma tão contundente. Ela apresentava uma ambiguidade relacionada ao possível retorno ao trabalho, com uma intensa preocupação aliada a um entendimento de que para trabalhar ela tem que estar bem, portanto um retorno significaria sua melhora.

Como já apontamos antes, Roberto considera que seu sofrimento advém das diversas situações de trabalho que precisou enfrentar, entre as quais destaca a vivência negativa como agente funerário ainda na infância e o trabalho como cobrador do transporte coletivo, que realizou na maior parte da vida. Embora ele mencione alguns processos protetores, principalmente de quando trabalhava ainda no interior, pelas relações fraternas estabelecidas com os passageiros, seu destaque é para os processos destrutivos, que foram ganhando mais peso nos últimos anos.

O trabalho é o seguinte, Melissa, é que nem eu te falei, é que quando eu comecei em Curitiba, é... você não ouvia falar em assalto. Não tinha assalto a ônibus. Logo começou a ter, sabe. De 92 pra... 92 até 2014, sabe, eu tinha sofrido dezessete assaltos. Então, a maioria das linhas que tem em Curitiba, se você pensar, eu fiz, a maioria dos bairros, sabe. Então, eu não podia ver uma pessoa de boné no ponto, que pra mim era ladrão [...] Eu tava numa situação que eu tava reagindo a assalto, sabe. E o cobrador, as portas traseiras do ônibus, é responsabilidade do cobrador. E eu não esperava o passageiro descer, e o passageiro mal colocava um pé pra fora e eu dava sinal pro motorista arrancar o ônibus. Tanto é que o motorista que trabalhava comigo, ele “oh cara, se eu não olho o retrovisor aqui, eu já tinha matado uns cem, mais ou menos. Eu não sei o que tá acontecendo com você, que você dá

sinal pra mim com o passageiro descendo”, sabe. Só que era um motorista cuidadoso. Ele cuidava, tinha um retrovisor aqui e ele cuidava. Ele não ia na minha, sabe, de tocar a campainha e fechar a porta. [...] Ficava nervoso, sabe, e atacava. E outra, quando sobe a passagem, você escuta do... de todos sabe, muitos, muitos não, sabe, a minoria, pensam que o culpado é o motorista e o cobrador. [...] Não, não tava aguentando ver passageiro na minha frente. Não tava aguentando ver passageiro na minha frente, sabe. Não tinha discussão. Eles entravam de manhã, sabe, contudo eu tava daquele jeito, sabe, tava explodindo por dentro tudo, eu falava bom dia, desejava bom serviço tudo, sabe. Só que eu não aguentava, sabe. (Roberto)

Em Curitiba, no primeiro semestre de 2017, houve 976 roubos e arrastões, com uma média de mais de cinco por dia (G1 PARANÁ, 2017). Estudos sobre as condições de trabalho de motoristas e cobradores de transporte coletivo mostram que, diante dos estressores (caos no trânsito, atos violentos dos passageiros e transeuntes, condições dos ônibus, horários atípicos e hierarquia rígida), estes trabalhadores estão vulneráveis ao adoecimento psíquico, com aumento na prevalência de transtornos mentais comuns relacionados às condições de trabalho e de segurança inadequadas (ASSUNÇÃO; SILVA, 2013). Os padrões de desgaste do trabalho de cobrador somados ao histórico de Roberto com o trabalho nos parecem decisivos para seu sofrimento, manifesto em um sentimento de desvalia cuja única exceção é a necessidade de cuidado da filha.

Renato identifica-se com a profissão de vendedor, que exerceu por um tempo significativo na vida. Entretanto, seu afastamento do trabalho ocorreu em consequência de um assalto sofrido quando trabalhava como taxista, quando um assaltante em fuga o fez dirigir apontando-lhe uma arma. Desde a infância, Renato ressalta a importância do trabalho, o que também, em alguma medida, já aparece relacionado com os primeiros sintomas. Em seu caso, percebemos ainda que sua personalidade se constitui em meio a vivências doloridas, como o suicídio do pai, depois de que ele precisou assumir responsabilidades para garantir o sustento da família, passando a ter no trabalho sua principal atividade já aos 12 anos.

Entre os participantes da pesquisa, o trabalho como principal determinação do sofrimento psíquico fica mais evidente nos dois bancários, Lucila e João. Carrijo e Navarro (2009) afirmam que o setor financeiro brasileiro foi pioneiro em adotar a automação e se informatizar, acarretando profundas mudanças no processo de trabalho bancário. Entre as inovações citadas estão as novas tecnologias, a intensificação do ritmo de trabalho, a diversificação das tarefas, a adoção de novas formas de gestão da força de trabalho, as terceirizações e as privatizações que decorreram na eliminação de postos de trabalho,

sobrecarga de tarefas e maior pressão e controle sobre os trabalhadores. Esses novos padrões de desgaste e reprodução levaram e levam a graves repercussões sobre as condições de trabalho, de vida e de saúde dos bancários.

Em seu estudo sobre os efeitos da reestruturação produtiva no adoecimento dos bancários do Paraná, Moronte (2017) aponta que esses trabalhadores convivem com situações relacionadas à intensificação do trabalho por imposição de metas de produtividade, por adoção de remuneração variável e por extrapolação de jornada sem remuneração correspondente, à insegurança no trabalho, por ameaças de desemprego e prejuízos na carreira profissional, à ambiguidade de papéis e sofrimento ético, assim como à gestão do trabalho por estresse, marcadas pela violência psíquica e assédio moral. De acordo com o Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho de 2015 (apud MORONTE, 2017), a atividade bancária é a que apresentou a maior incidência de doenças ocupacionais entre todas as atividades econômicas. Dados apresentados por Moronte (2017) mostram que os transtornos do humor ocorrem 2,52 vezes mais em bancários do que na população geral de trabalhadores segurados do INSS.

Esse conjunto de características do trabalho bancário vai produzindo desgaste que se acumula ao longo da trajetória profissional. Em meio a isso, são diversas as situações que podem servir de estopim na mudança de qualidade do desgaste com a intensificação do sofrimento psíquico.

E dos 10 anos que eu trabalhei no (banco) foram com relações públicas, foram com RH, sempre no atendimento ao funcionário. Depois eu passei a atender, a dar autorizações médicas por folha do computador, eu atendia 60 ligações por dia no computador e no telefone, no tempo que o computador tava engatinhando ainda. [...] Pra dar autorizações médicas, pra exames, internamento, é, etc. [...] Só que foi indo, foi indo e eu me desgastei demais. [...] Apesar d'eu gostar, o excesso de... muita tensão, era um serviço tenso. Que ali você lidava com morte, lidava com câncer, lidava com doenças malignas, mas você tinha que muitas vezes consolar o funcionário, é... ter a psicologia deles, sentir o que a pessoa tava passando. Teve um caso de uma menina que foi estuprada por um médico. [...] Que acabava desgastando, que era muito, muito esforço mental pra conter e se manter lúcido pra atender o funcionário. [...] Em fevereiro de 99, eu saí do banco. Comecei a entrar em perícia, em licença médica, quer dizer, que eu já não estava bem. Que eu corria o risco de ser demitido. [...] Por causa da venda do banco. [...] que nós éramos em 17 mil funcionários, foram demitidos 10 mil funcionários, desses 10 mil, 8 se suicidaram, que nasceram dentro do banco limpando privada, não sabiam fazer mais nada na vida. (João)

João, por exemplo, fala muito sobre o desgaste relacionado às tarefas que desempenhava em sua função, explicitando o processo de intensificação. Entretanto, o estopim para seu afastamento foi a possibilidade de ser demitido, em razão das demissões em massa ocorridas depois da venda do banco e atreladas ao enxugamento de postos de trabalho. Barreto e Venco (2011) citam que apenas entre 1993 e 1995, época em que houve reestruturação dos bancos com privatizações e fusões, em atendimento às políticas neoliberais, ocorreram 72 mortes por suicídio entre os bancários no Brasil.

Como já comentado, Lucila dedicou-se desde o início da juventude à construção de uma carreira profissional, conciliando trabalho com estudos e ao mesmo tempo contribuindo com uma renda em casa, pois morava com os pais. Chegou a iniciar cursos superiores, sem concluir nessa época. Sua entrada na área de informática em um grande banco privado, aos 20 anos, lhe insere no grupo social dos bancários e lhe apresenta uma perspectiva de futuro, a qual ela se agarra. O trabalho passou a orientar seus planos de futuro e condicionar os demais aspectos da vida, inclusive os interesses de estudo. Seus vínculos passam por dois âmbitos: o trabalho e a família. Foi também no trabalho que conheceu seu marido, com quem casou aos 29 anos, por estar grávida.

Na narrativa de Lucila, aparecem tanto os processos críticos protetores quanto os destrutivos relacionados ao trabalho. Entre os destrutivos, vemos as marcas da acumulação flexível, quando ela fala sobre o trabalho em equipes de produção, as metas "escabrosas", a pressão de chefia e colegas, a competitividade exacerbada, a necessidade de estar à disposição do banco, tendo que atender a chamados no meio da noite ou em feriados.

Como eu tinha, todo mundo tinha as suas metas pra fazer, daí aconteceu assim, é, num sei, comecei a perceber algumas coisas meio estranhas, a pessoa chegar, pessoas dizer pra você "cuidado, você já tem tanto tempo de banco, fica esperta", né, "cuidado, fica esperto". Às vezes, duvido uma pessoa que nunca tenha errado na vida, né. Aí às vezes dava uma escorregada, tal, lógico, dava chance de arrumar, mas sempre vinha alguém lá e "craú" em você. (Lucila)

O desgaste reiterado, característico dos padrões desta categoria profissional, aparece inclusive na necessidade de recorrer a acompanhamento médico clínico, que lhe receitou medicação psiquiátrica. Lucila orgulha-se de sempre ter sido boa funcionária cumprindo metas e até superando as expectativas, bem adaptada às regras deste trabalho.

Lembro assim que, muito tempo, eu lembro que eles tinham essa história de metas. Então quem tirasse um era o melhor de todos, o bam bam bam, o dois já era bom né, mas não era..., já era melhor que uma pessoa normal deles né, o três já era normal, o quatro a pessoa já não tava muito gostando e o cinco já tava preparado para ganhar... embora, o pé na bunda. Então, a gente sempre ganhava três. E eu era do sindicato dos bancários e sempre o pessoal do sindicato dos bancários ganhava quatro e eu ganhava três, os caras ficavam doido né. E o dia que eu em vez de tirar três, eu tirei dois. Daí ninguém acreditou né, acharam que tinha coisa errada. Só que eu sempre soube separar o sindicato do serviço, que o que é serviço é uma coisa, sindicato é outra. Na hora de trabalhar pro sindicato, vai pro sindicato, hora de trabalhar pro banco, a gente vai pro banco. Então, é... teve essa vez que eu ganhei, tirei dois de meta, daí teve até prêmio. Na verdade, assim, não era uma má funcionária. Apenas as pessoas, as pessoas, as pessoas, você não pode confiar. (Lucila)

Sua relação com o sindicato foi marcada por conflitos de papéis, pois sua dedicação ao trabalho e o cumprimento das metas eram vistos com desconfiança pelos colegas. O que poderia ser uma forma de buscar organizar mais coletivamente os problemas vivenciados individualmente não ocorreu assim, constituindo-se como mais uma fonte de desgaste. Lucila atribui a origem dos problemas nas relações de trabalho às pessoas, sobretudo aquelas que a assediaram moralmente. Em sua visão, o que a levou ao sofrimento psíquico foi o assédio moral sofrido, conforme relato abaixo.

Eu sofri assédio. Não sexual, mas assédio moral. E daí aquilo me pegou muito, (choro) e sempre aos poucos, aos poucos, aos poucos e daí chegou uma hora que eu me afastei do banco, que eu estava com um monte de problemas devido a pessoas que não merecem meu sentimento, sabe, não merecem essa dor que ficou dentro de mim, pessoas que não merecem. E hoje, assim, sabe, eu fico pensando “poxa, por causa de uma coisinha tão pequena, estragou minha vida”. Porque hoje eu não sei mais o que fazer, eu não consigo ficar bem em lugar nenhum, eu tenho pânico, tenho muita agonia de lembrar dessas situações, sabe. É como se antes fosse zero à esquerda e, poxa, eu acho eu nunca fui zero à esquerda, mas a situação que me deixaram foi essa. Não adianta eu ter todo o estudo se eu não tô tendo a força para poder me manter naquilo que eu consegui me preparar. Cara, me preparei pra tanta coisa. Na verdade, me preparei para ter um bom futuro. E que futuro que eu tenho hoje? Tá, eu tenho meus filhos, tenho, claro, tenho meu marido, tenho, com certeza, mas o futuro que eu vou consegui passar pra eles, eu não consigo mais. É uma coisa assim, uma coisa vergonhosa, que me envergonha por estar numa situação assim de todo mundo dizer “não, que você não tá bem, que você isso, você aquilo, que é uma doença, que não sei o que”. Mas, sabe, quando parece que não desanda não desata, você não consegue melhorar, você tá sempre com uma coisa te pressionando, com medo das coisas, com angústia, com vontade de morrer amanhã. Olhar que você não é nada, que é um misto de

tanta coisa envolvida aqui. Fico pensando "pô, que que adianta eu ter faculdade, bicho, que que adianta?" Não adianta porcaria nenhuma, a faculdade pra mim. (Lucila)

A partir das situações de humilhação vividas no trabalho, os processos destrutivos passam a se sobressair em relação aos protetores. Lucila vai acumulando um processo de desgaste que culmina em uma crise no local de trabalho, com agudização do sofrimento a tal ponto que leva ao afastamento. Como vemos, o assédio moral é percebido, em sua consciência, como uma maldade das pessoas e não como uma estratégia de gestão. Entretanto, como apresentamos no segundo capítulo, o assédio moral é uma das faces da violência no trabalho (BARRETO; HELOANI, 2013) caracterizada pela exposição dos trabalhadores a situações de humilhação e constrangimento, repetitivas e prolongadas, apropriadas ao capital como forma de controle. Essa anulação pelo outro, identificada por Lucila como tão importante para seu adoecimento, aproxima-se do conceito de corrosão do caráter de Sennet (2015), segundo o qual, na atual fase da acumulação flexível, há um enfraquecimento de valores humanos como compromisso, confiança e lealdade entre as pessoas. Contudo, ao não perceber as bases desse processo, o sofrimento de Lucila aprofunda-se, com seu isolamento e desconfiança de todos. Lucila se transforma de uma pessoa brincalhona e obstinada com o trabalho e carreira profissional em uma pessoa desanimada, triste e sem perspectiva de vida. Essa mudança foi ocorrendo paulatinamente a partir de suas vivências que foram esvaziando de sentido pessoal sua atividade. Sua primeira crise ocorre aos 47 anos, tendo como principal determinação as relações de trabalho, mas com participação de outros processos, como a morte de seu pai e de sua mãe e um tratamento para um câncer de pele.

Em sua hierarquia de atividades, o trabalho ocupava uma posição central, motivado pela constituição de uma carreira profissional. Parece-nos que isso tem impacto determinante sobre o modo pelo qual vivenciou o assédio moral e sua manifestação como sofrimento. A depressão e seu decorrente afastamento do trabalho apartam de Lucila a atividade a que atribuía sentido pessoal e perspectiva de futuro.

Eu tenho que voltar a trabalhar. Tenho que voltar a trabalhar, tenho que seguir minha vida. [...] Tenho que terminar... Eu tenho que terminar tudo aquilo que eu tinha que fazer, não posso ficar... [...] Não, tenho que terminar. Tenho que chegar lá, terminar bonitinho né. Não assim, vergonhoso assim, né. Tenho que ir lá, tenho que voltar a trabalhar legal, tem que, tem que por um ponto final. Sabe, porque ali que me incomodou muito, me incomodou. (Lucila)

Ainda que não consiga vislumbrar objetivamente um retorno ao local que lhe produziu tamanho sofrimento, ela ainda tem sentimentos conflituosos, considerando que teria que retornar ao trabalho para terminar algo que não foi terminado. É de se supor que este “ponto final” se refira ao seu próprio projeto de vida, tanto tempo circunscrito ao trabalho no banco e deixado incompleto com o surgimento da depressão.

Em relação aos demais participantes da pesquisa, verificamos que tanto Rodrigo como Suzana são aposentados por invalidez por síndrome de dupuytren ou fibrose palmar e por problemas de coluna, respectivamente. No caso de Suzana, os problemas de coluna parecem ter relação mais direta com sua atividade de trabalho – muito tempo como zeladora – e com as atividades domésticas que sempre desempenhou. Leila, em sua única experiência de trabalho remunerado depois do casamento, também como zeladora, teve uma crise no local de trabalho, por considerar que não dava conta das tarefas.

[...] daí quando o Bernardo já tava com três anos, ele [o marido] me incentivou a voltar a trabalhar. [...] É, que o Bernardo tava indo pra escolinha né. Daí eu tentei voltar a trabalhar. Daí deu a crise, eu tava horrível (risos), deu a crise. Assim ela... elas falaram que eu tinha que dar conta do prédio sozinha né. Tipo, eu era acostumada com a minha casa só né. E eu não dei conta. [...] Não teve pressão [no trabalho]. Elas me deixavam à vontade. Mas eu não dava conta de fazer rapidinho, eu tinha que limpar essa sala aqui, pra elas ocuparem aqui, pra eu limpar a outra lá. Daí quando ela queria usar a sala, a sala tava suja. Daí, nossa, daí eles me mandaram lá pro colégio. Daí no colégio, eu tinha que limpar as mesinhas, o chão, o quadro, e daí lavar os panos de chão. Daí eu também não dei conta. Era quatro salas. [...] (Leila)

Para Leila, a experiência frustrada do trabalho remunerado levou-a à restrição ao trabalho doméstico, o que aparece como um limitador em sua vida independente, por depender da renda do marido. Aliás, a dimensão do consumo mostra-se intrinsecamente relacionada com o trabalho, que inclui cada pessoa em determinados grupos sociais com uma dada faixa de renda que permite o acesso a certos padrões de objetos para satisfação de suas necessidades.

Nessa mesma direção, nota-se uma valorização dos estudos como possibilidade de melhoria das condições de vida e de melhores oportunidades de trabalho. Todos os participantes de nossa pesquisa, com exceção de Lucila, tiveram que deixar os estudos para trabalhar, alguns já na infância e outros na adolescência. E vários deles retornaram à escola depois de adultos. João concluiu o ensino fundamental aos 31 anos e o ensino médio aos 44 anos. Sua entrada no banco foi aos 35 anos, o que provavelmente só foi possível por ter o ensino fundamental completo. Supomos também que a conclusão do ensino médio tenha sido incentivada pelo

trabalho, já que ele não aponta outras motivações para este retorno. Gilberto, que na adolescência utilizava-se da escrita como forma de expressão subjetiva, retornou aos estudos e concluiu o ensino médio por meio de um curso supletivo aos 37 anos.

Pra você ter ideia, Melissa, eu tinha, eu terminei meu estudo em 2004. Eu na época (da infância) eu parei... ou eu trabalhava pra comer ou eu estudava e passava fome. Então eu optei pra trabalhar. Então eu fiquei na quarta série. E fui terminar meus estudos em 2004. A professora de geografia... nós fizemos um grupo de quatro, de seis pessoas, cada um tinha que fazer uma etapa do trabalho. Eu fiquei na escrita, pra fazer o resumo de tudo que eles tinham feito. A professora falou que o meu resumo era de faculdade. Hoje em dia eu não consigo fazer mais. (Gilberto)

Gilberto relata com orgulho sua boa capacidade de escrita, confirmada pela professora do supletivo, mas adenda que, atualmente, em razão das obstruções relacionadas à depressão não consegue mais escrever. Leila tem uma preocupação similar. Apesar de seu interesse em retornar aos estudos – concluir o ensino médio, fazer o ENEM e cursar uma faculdade – diz que não se considera capaz, tanto pela dificuldade de memorização quanto por receio de ter uma crise no colégio. Ela já retornou aos estudos uma vez, em torno dos 30 anos, antes de engravidar do segundo filho, quando teve que parar novamente por causa da gravidez.

[...] eu tava com o meu marido, o pai da Julia. Daí ele começou a me incentivar. Ele sempre me incentivou, sabe, "faça isso, faça aquilo". Ele... Aí eu fui. Ele me incentivou a estudar, aí eu voltei pra escola, estudei um ano, daí engravidei do Bernardo [...]. (Leila)

Lucila concluiu o ensino médio no tempo regular e chegou a iniciar cursos superiores. Diz que não se identificou com os cursos, que não eram úteis ao trabalho no banco e os abandonou. Já depois do nascimento do segundo filho, cursou a faculdade de Ciências Contábeis e a concluiu, quando tinha cerca de 42 anos. O interesse por esse curso não estava relacionado com seu trabalho no banco, mas com o fato do pai ter sido enganado por uma contadora, quando Lucila ainda era adolescente.

E daí como eu já tinha uma profissão, daí eu falei "agora eu vou estudar uma coisa diferente pra mim". Que daí foi lá, com Ciências Contábeis, que não tinha nada a ver com aquilo que eu fazia. Nada, nada. Também, eu me formei, não serviu nem pro banco nem pra mim, quer dizer, pra mim serviu, claro que serviu, que daí eu podia fazer umas coisas pra mim, tipo o imposto de renda, qualquer coisa assim. (Lucila)

Um evento ocorrido há muito tempo, mas com grande significado para Lucila, foi capaz de motivá-la a cursar uma faculdade, conciliando com o trabalho, já adulta, mesmo sem relação direta com seu trabalho, o que demonstra uma diversidade de interesses nesse momento de sua vida.

Suzana, que teve uma escolarização muito curta, tendo inclusive dificuldades de leitura e escrita, vinha manifestando interesse em voltar a estudar e chegou a procurar um colégio acompanhada da nora. Contudo, ficou chateada porque a nora disse à diretora que precisaria ter paciência com Suzana pois ela fazia tratamento. Quando trabalhava em um centro de educação infantil como zeladora, sua ex-patroa lhe ajudou na realização de um curso à distância para se tornar cuidadora no berçário.

É, daí minha patroa me colocou, fez um cursinho, me pôs no curso.... porque ela achava que as mães dos alunos, por eu gostar bastante de criança né... tanto que domingo tem aniversário de uma menina que é da escola, não tá mais na escolinha, e a mãe dela foi lá em casa levar o convite e ver como é que eu tava e falei pra ela que eu não sei se vou porque eu não posso em lugar com muita... fico... nossa, bem agoniada, dá um pânico assim, dá vontade de sair correndo, sabe. Daí ela falou assim “ah, vai só um pouquinho”... [...]então, ela é uma das mães que falou para a Rita que seria bom por eu no berçário. Daí foi que ela fez um cursinho, como não tenho muito estudo, daí minha patroa deu uma força né. [...] É... se fosse por lei, assim, eu não teria passado né, porque eu sei mal ler e escrever né. Daí ela me ajudou, daí ela na realidade foi falando corrigindo os papel que eu tinha que preencher. Daí eu fui pro berçário. Quando eu fui pro berçário eu tava gostando tudo e quando fazia tempo que eu tinha saído da limpeza e ido pro berçário, daí comecei indo ficar, que eu me lembro assim, eu comecei já antes, já tinha dia que eu tava triste assim com as situações que acontecia dentro de minha casa, aí são coisas que fazem eu chorar quando eu lembro. (Suzana)

Para Gilberto, Leila, Rodrigo e Suzana, a questão do trabalho também aparece como atividade fundamental e presente em seus relatos. No entanto, ao buscar entender a gênese de seu processo de sofrimento, ainda que o trabalho tenha sempre alguma participação, outras dimensões da vida ganham relevo. Nos casos de Gilberto, Leila e Suzana vemos diferentes expressões das relações patriarcais, com expectativa de determinados papéis sociais para os homens e mulheres e da violência de gênero.

Souza (2006) explica que o patriarcado se funda na divisão sexual do trabalho, como um sistema de dominação/opressão, que considera os homens superiores às mulheres e subordina o patrimônio – mulher e filhos/ filhas – ao patriarca – o homem – e tem, na atualidade, o significado de uma relação de amor. O patriarcado fundamenta ideologias sexistas, que fixam

as possibilidades de vida a padrões estáveis a homens e mulheres e que, uma vez estabelecidos, ordenam a vida, controlando seus padrões de funcionamento (IZQUIERDO, 2000 apud SOUZA, 2006). Com isso, o sexismo estrutura as subjetividades, assim como as relações econômicas, afetivas e eróticas e reduz a riqueza humana e o campo de possibilidades, tanto de homens como de mulheres (SOUZA, 2006).

Como já exposto no tópico anterior, Leila gostava muito de sua fase adolescente e de juventude, pois conjugava o trabalho, os estudos e as festas como forma de sociabilidade, além de ser um período em que é mais aceitável o exercício da sexualidade de maneira mais casual e livre. A questão da sexualidade é significativa para Leila, que teve sua primeira relação aos 13 anos e voltou a se relacionar apenas aos 18, por medo de engravidar. Seu projeto de vida, neste momento, não incluía o casamento, com intenção de ter uma vida independente.

Eu tinha planejado ter a minha casa, meu trabalho, meu carro, a minha vida, tá bom. Podia até ter filho, mas não precisava ter alguém pra ficar controlando. [...] Tipo a Julia [filha mais velha] tá fazendo, assim. Eu queria ter meu apartamento, ter minha vida tranquila, fazer a minha faculdade, ter meu trabalho, ter minha vida independente. (Leila)

Entretanto, a gravidez inesperada aos 19 anos, marca sua entrada na vida adulta. Leila avaliava que não precisaria se casar, pois poderia receber pensão e cuidar da filha sozinha, mas, por insistência da irmã, que representa aqui um pensamento social, acaba casando com Marcos. Isso aparece também no próprio discurso de Leila, que diz que àquela época toda mulher pensava que queria ter um filho. Então, aparentemente, foi recebida como uma notícia boa, mas o casamento, pelo contrário, nunca foi parte de seus planos, pois, como dito acima, não queria ser controlada por um homem.

Eu tive que parar de trabalhar, tive que parar de estudar, tive de parar de tudo, né. E daí parei de ter o meu dinheiro. É diferente daí, assim, não é a mesma coisa. E ele queria controlar ainda, que eu fumava, ai meu deus, eu nunca larguei da porcaria do cigarro. (Leila)

Esse conjunto de elementos é bastante importante, já que a primeira crise de Leila ocorre aos 20 anos, no período pós-parto de Julia, quando ela estava casada há poucos meses e iniciando uma relação de dependência do marido. De acordo com Leila, o trabalho de parto foi

complicado, já que ela desconhecia os procedimentos envolvidos⁴². Ademais, ela relata ter sofrido maus tratos.

Eu não tenho uma boa recordação, mas, assim, eu não sei se é porque eu já não tava bem. Mas não fizeram a lavagem, aí eu fiquei sem comer, comi escondido e na hora de ter a criança, aí já não veio só a criança (risos), que eu comi escondido e eles não fizeram lavagem. Aí já ficaram, sei lá, chateado comigo, não sei. [...] Aí, eu fui pra cama e trouxeram a criança e tava tudo sem tomar banho ainda. Aí eu queria tomar banho e a criança tava chorando e eu não sabia se tomava banho ou dava de mamar, e não tinha leite, ou se eu levava ela pra outro lugar, pra tomar leite de outra mulher. Eu fiquei bem sem saber o que fazer, sem instrução, né. (Leila)

Ao sair do hospital, Leila ficou muito agitada e desorganizada, sem querer saber da filha e com planos de sair a festas. Embora os sintomas descritos assemelhem-se a um episódio de mania, ela foi internada e recebeu o diagnóstico de depressão pós-parto e, desde então, sua personalidade foi se constituindo atravessada pela significação do diagnóstico. Nos anos seguintes ela teve outras crises de mania, seguidas de internações. Quase 10 anos depois, quando engravidou do segundo filho, ela ficou contente. Como uma gravidez inesperada, mas desejada, é interessante notar que durante a gestação e no período de amamentação Leila precisou parar com a medicação psiquiátrica, mas se manteve sob controle, sem crises⁴³. Cerca de cinco anos depois, em outra crise de mania, Leila ficou bastante agitada e eufórica, novamente com a sexualidade aflorada, o que a levou a ter relações sexuais com homens que ela não conhecia e nem voltou a encontrar. Como consequência, engravidou e por uma questão moral, relacionada à sociedade patriarcal, ela e o marido se separaram.

Que quando eu engravidei da Laura, aí eu me separei do meu marido, que não era dele o filho, tinha feito vasectomia tudo, nem tinha como falar pra sociedade, "ah, olhe...". Ele tinha falado pra todo mundo, que ele tinha feito vasectomia. Aí disse "vou ter que separar" e eu disse "e eu vou morar aonde?". Aí eu fui lá no terreno da minha irmã lá, o marido fez minha casinha, aí depois a minha irmã separou, e daí meu pai comprou o terreno

⁴² Esse desconhecimento relacionado ao trabalho de parto e ao próprio corpo aparece também na narrativa de Suzana, que não fazia ideia de como seria o nascimento do primeiro filho. Isso demonstra que os assuntos relacionados à sexualidade da mulher não eram tratados em suas relações interpessoais e elas não tinham acesso a outras fontes de informação.

⁴³ Em contrapartida, Leila entrou em crise em outros momentos, mesmo com uso regular da medicação. A nosso ver, esses aspectos atestam a insuficiência da terapêutica farmacológica no controle das crises e falam a favor da relação das crises com o modo como as situações são vivenciadas em cada momento da história de vida; ou seja, explicitam os limites da explicação biológica para o processo de sofrimento.

dela pra poder separar, fazer a divisão de bens e eu fiquei com a casinha lá nos fundos. (Leila)

Apesar de no início ter contado com a ajuda do marido, a separação foi uma vivência difícil para Leila, sobretudo porque os dois filhos ficaram com o marido e ela não tinha renda própria. Nessa época, ela voltou a procurar o pai, de quem se mantinha afastada até então e ele a ajudou.

Ah, no começo foi ruim, que eu separei da família né. Chorava bastante. Aí, até que nasceu a neném, aí eu até melhorei, assim, fiquei bem, fiquei feliz, tinha minha casa, tinha minha filha, tinha minha vida própria, tava bem. Daí casei de novo. (Leila)

Apesar das dificuldades oriundas da separação, esse momento foi visto por Leila também como uma oportunidade de ter sua própria vida. A filha mais nova nasceu com um problema na mão, atribuído por Leila a um suposto uso de drogas pelo pai ou por sua medicação. Por isso, Leila passa a receber um benefício para cuidado da filha, que é até hoje sua fonte de sustento.

Ao longo da vida de Leila, nota-se que o drama entre as exigências do papel de mulher e mãe impostas pela sociedade (e por ela interiorizadas) e sua vontade de aproveitar alguns aspectos da vida (como as festas, a dança, a sexualidade) atravessam várias de suas vivências e aparecem com destaque em suas crises. Vigotski explica que "O drama sempre é a luta de *tais ligações* (dever e sentimento; paixão, etc.). Senão, não pode ser drama, isto é, *choque dos sistemas*" (VIGOTSKI, 1929/2000, p. 35). Melo (2001, p. 42-44) acrescenta que o drama é entendido como um conjunto múltiplo e contraditório de relações que se estabelece na vida social de cada pessoa e constitui-se de um choque de hierarquias divergentes entre funções vivenciadas pela pessoa nas suas diferentes relações. Tal conflito se dá tanto entre os significados divergentes dos papéis em confronto, que a pessoa desempenha nas diferentes relações, como entre os sentimentos e valores vinculados a elas.

Parece-nos, com os elementos por ela apresentados em seu relato, que a vivência desse drama na primeira gravidez produz sua primeira crise e passa a constituir a dinâmica de sua personalidade, assim como afirmado por Vigotski: "O drama realmente está repleto de luta interna impossível nos sistemas orgânicos: *a dinâmica da personalidade é o drama*" (VIGOTSKI, 1929/2000, p. 35). A nosso ver, Leila vivencia o drama entre o papel esperado de mulher como mãe e esposa e o papel de adolescente que não se realizou em sua época tanto quanto gostaria. Como descreveu Leila, nas crises ela parece voltar à adolescência, quando as

suas noções de responsabilidade e maturidade eram distintas. É como se na crise ela pudesse, de algum modo, realizar aquilo que em sua adolescência foi obstado. Apesar disso, mesmo em crise, os filhos lhe aparecem como preocupação, sendo inclusive o que a chama para a lucidez, conforme seu próprio relato.

[...] em todas as crises que eu tive, eu só saí da crise por motivo de filho. E sempre minha irmã chegava pra mim e: "ó, cê tem que melhorar pra você cuidar da tua filha", que hoje tá com 23 anos, né. Aí eu ficava lá, "ah, tem que melhorar, tem que melhorar", ficava com aquilo na cabeça, e assim ia indo até conseguir, né, sair daquela crise. E, ela nasceu em 92, aí eu saí da primeira crise pensando na primeira filha. Aí depois no Bernardo, tá com 14 anos. Tive umas crises lá, ele já tava com três, não lembro com quantos anos ele tava. Aí sempre, sempre a mesma coisa, "ó filho tá precisando de você, tátá tátá tátá". Eu: "ah, mesmo!". Aí cai, né, a gente tem essa. Aí agora a caçulinha. Eu tive crise esses tempinho atrás, né. Aí a minha filha mesmo veio me dizer que: "ó, você sabe que a Laura precisa de você. (risos) Você tem que sair dessa". (Leila)

Leila tem muito afeto pelos filhos e vemos que eles cumprem papel muito importante para ela, intensificando o drama vivido.

Assim como Leila, Lucila não tinha como projeto de vida o casamento e, em seu caso, nem mesmo a maternidade, satisfazendo-se com o projeto de vida centrado na carreira profissional e independência financeira.

Eu nunca me imaginei mãe. [...] Nunca me imaginei mãe, só depois que eles nasceram, que até então nunca. [...] É, eu casei grávida. [...] Mas eu nunca me imaginei mãe, mãe, assim, né. Nunca tive aquele sonho, que nem muita mulher, preciso casar pra ter um filho, minha meta. Nesse ponto nunca tive, nunca almejei isso. Eu tava sempre satisfeita com aquilo que eu tava tendo. Então, o que viesse era lucro. Tinha lá os namoradinhos, tinha meu carro, tinha minha vida, tinha... meu pai e minha mãe eram muito gente boa. Então, nossa, eu tinha uma vida boa. (Lucila)

Quando Lucila engravida, já aos 29 anos, acaba casando. Entretanto, com sua vida já mais estruturada, com emprego e carreira, a gravidez, mesmo não planejada, não chegou a desorganizá-la psicologicamente. Embora aparentemente o casamento e os filhos não tenham se constituído como um empecilho em sua carreira, o fato de ser uma mulher fazia com que tivesse que se desdobrar ainda mais nas relações de trabalho. Ainda assim, o sexismo e as atitudes machistas não a poupavam.

Desde a época que eu era mais nova de banco, eu fui crescendo. Todo ano eu tinha uma promoção, mas não promoçãozinha, de coisa, não, promoção de promoção mesmo, de salário, de quinhentão pra cima né. E todo mundo achava que eu tava dando pra alguém, porque não acreditava que uma mulher podia subir daquela maneira. (Lucila)

Lucila comenta o quanto isso era sofrido para ela, tendo que superar além das exigências impostas aos trabalhadores e bancários em geral, as consequências da sociedade patriarcal. Apesar disso, sempre teve o apoio do marido. Diferente, entretanto, de Suzana, a quem as consequências do patriarcado e do machismo assolam de forma bruta e violenta, constituindo-se no centro de seu processo de sofrimento. Conforme explanado anteriormente, ela presenciou diversas situações de violência doméstica ainda na infância e sofreu violência sexual pelo padrasto na adolescência. O casamento aparece como uma oportunidade de sair de casa e se distanciar do padrasto, mantendo relações sexuais como uma obrigação conjugal.

Mas, eu acho que eu comecei a ficar ruim, ruim mesmo, com as situações com o meu marido, né. [...] eu acho que começou, mesmo, quando eu tava grávida do meu filho, do mais velho, que tem 37 anos hoje. Uh, porque, na realidade, eu não queria ter casado. Eu casei pra sair de casa. [...] Daí eles (os filhos) parecia que me davam força de me manter do lado do pai deles, pra mim deitar, dormir com ele, pra aceitar que ele me beijava. Mas que eu não ia reclamar. Parecia que quando ele me abraçava, assim, eu tinha que deixar ele me abraçar, por obrigação. Muitas vezes ele perguntava pra mim porquê que eu chorava, me dava assim um troço e me dava vontade de chorar. Mas nunca contei pra ele. Ele morreu sem saber porquê. Mas era difícil né. Foi muito difícil manter, assim, a convivência com ele assim, sabe, como marido e mulher. Foi muito, muito difícil. (Suzana)

Depois de ser agredida fisicamente pelo primeiro marido, já com cinco filhos, separa-se, pois não queria repetir o destino da mãe. Nesta época, passou por dificuldades de sobrevivência, contando com o auxílio de uma advogada. Preocupada que os filhos tivessem um pai, casou-se novamente e teve mais dois filhos.

E no segundo casamento, eu tinha os filhos pequenos, eu andava cansada, pensava, todo mundo falava pra eu dar uma oportunidade, acho que tava gostando ou tava ali mesmo. Mas foi a pior besteira que eu fiz na minha vida. Porque daí bêbado, nunca respeitou. Daí tive meus filhos, daí eu acho que me mantive do lado dele, porque eu me acostumei, sabe. Daí eu tinha medo de enfrentar mais uma vez, com filho pequeno, sem ter o apoio de ninguém. No fim, não tive apoio de ninguém, praticamente. Foi a pior besteira, mas não me arrependo de ter meus filhos. Só que muitas coisas que aconteceram, ele tem culpa, né. Tem culpa de muitas coisas. E até na educação dos piá, porque

eu dizia “não” e ele dizia “sim”. Então foi bem complicado os meus casamentos. (Suzana)

E minha intenção assim, quando eu conheci o Inácio, a minha intenção não era de eu ter um marido pra ir dormir, dormir do meu lado na cama, fazer sexo, era uma pessoa que me ajudasse a criar meus filhos, assim, sabe. Até passava pela minha cabeça assim não me importa que ele dorme com outra lá fora, mas aqui ele é meu marido, vai me dar as coisas. Eu pensava assim. E aí aconteceu tudo isso. Foi a pior coisa que eu fiz na minha vida foi ter me envolvido com esse homem, ele é um homem sujo, um homem porco, é igual o meu padrasto, sabe. Ele é um homem assim que, nossa, sem noção, coisa assim que me revolta, sabe. (Suzana)

Do segundo marido, sofreu violência moral, física e sexual. Chegou a se separar, mas reatou em prol dos filhos, separando-se definitivamente já com 52 anos. A violência de gênero sofrida por Suzana é uma das expressões máximas das relações patriarcais sob o jugo do capital, assentada na relação de dependência e subordinação da mulher pelo homem. Uma pesquisa do DataSenado (2017) revela o quanto essa é uma realidade comum para as mulheres brasileiras, inclusive com um aumento significativo do percentual de mulheres que declararam ter sido vítimas de algum tipo de violência, indo de 18%, em 2015, para 29%, em 2017. A violência física foi a mais mencionada: 67% das respondentes disseram já ter sofrido esse tipo de agressão, seguida da violência psicológica, com 47% das menções. As violências moral e sexual tiveram 36% e 15% das respostas, respectivamente. Como autores da agressão, 41% das respondentes indicaram o atual marido, companheiro ou namorado. Outras 33% mencionaram o ex-marido, ex-companheiro ou ex-namorado como responsáveis pela violência. Entre os fatores que induziram a agressão, 24% das entrevistadas mencionaram o uso de álcool. Na sequência, as brigas ou discussões (19%) e o ciúme (16%) foram os mais recorrentes (DATASENADO, 2017).

Esse conjunto de vivências produziu em Suzana uma repulsão e desconfiança dos homens em geral, como já citado anteriormente.

Mas depois que aconteceu tudo que aconteceu, daí eu tenho nojo de homem, tenho pavor de homem e eu sou bem agressiva com homem. Se ele fala alguma coisa pra mim que eu não goste, que eu não teje boa, eu não meço as consequências pra falar, sabe. Então, por isso, eu prefiro me manter bem longe. E a convivência com meus filhos, por eles serem homens, é muito difícil, assim. Não abraço, sabe, que eles querem me dar e um deles se queixa “ah, a gente quer te abraçar, é por isso que a gente é assim”. (Suzana)

Desde que se separou, Suzana tem se sentido melhor e encontrou no CAPS a possibilidade de lidar com esses sentimentos, em especial pela participação em um grupo de mulheres, onde a questão da violência doméstica era compartilhada. Considera que vive bem sozinha e se incomoda com a pressão social, vinda de amigas, vizinhas ou da própria nora, para que volte a namorar.

Então eu pus na minha cabeça que eu nasci pra viver só eu, deus e meus filhos e mais ninguém. E daí às vezes me irrita quando as pessoas falam pra mim “Ah, você precisa arrumar um namorado”, “Ah, você é bonita”, “Ah, porque você tá nova, né”. Se eu não tiver bem, eu já xingo, já mando pr’aquele lugar. (Suzana)

Gilberto sofre também as consequências do sexismo. Desde a infância, com as agressões do pai e dos irmãos por suas características pessoais consideradas afeminadas, já relatadas no item anterior, engaja-se na missão de se afirmar como heterossexual. Casou-se por quatro vezes e teve sete filhos. Sua vida parece centrada nas relações afetivas em geral. Em sua narrativa, por exemplo, ele dá ênfase para a presença ou ausência do carinho em suas relações, tanto com as mulheres como com os filhos e netos. O segundo e o quarto casamento são tidos como muito conflituosos. Com a terceira esposa, Gilberto considera que se dava bem e que chegavam a ter carinho um pelo outro, mas marcado pela interferência negativa da sogra, que inclusive ficou com a guarda das duas filhas depois da morte de Gabriele. Nota-se importância das relações afetivas na personalidade de Gilberto, por suas tentativas de suicídio coincidirem com a perda de algumas dessas relações: a morte da mãe, a morte de Gabriele e a perda da guarda das filhas para a sogra. Além disso, todas as situações que envolvem as agressões do pai são relatadas com muita dor, como grandes decepções e depois das quais ele deixou de ser alegre.

Entretanto, é no relato da relação com a primeira esposa, o afastamento deles por 27 anos e o reencontro atual que se evidencia o lugar do afeto em sua hierarquia de motivos. Ele conheceu Dalva aos 18 anos, já com histórico de agressões familiares. Ele fala sobre ela como seu grande amor.

Daí, eu conheci a Dalva, que é essa mulher que eu vou morar com ela de novo, sabe. Quando eu conheci ela, parece que meu peito, meu coração abriu, sabe. Eu comecei a viver de novo, sabe, com ela. Só que nos primeiros meses, foi uma maravilha, mas nos meses seguintes, dois, três meses seguinte, se juntou o meu pai, a mãe dela e oh em nós, só metendo o pau. [...] Que eu era vagabundo, que eu não era homem, que eu não queria saber de fazer nada,

porque eu não tinha capacidade de cuidar de uma mulher, porque eu não era homem. Daí a dona Solange aceitou os argumentos do meu pai, pegou e fez a gente se separar. [...] Foi a separação que eles fizeram a gente fazer. Como a gente era de menor, a gente tinha que acatar né. Daí eu fiquei morando num bairro e a mãe dela colocou ela em outro, pra morar em outro bairro. [...] Daí como ela ficou grávida, eu fui morar com ela, daí nós fomos morar juntos, que daí não tinha como eles... a gente se separar. [...] Daí ela... meu pai fez umas cagadas lá no bairro, foi mexer com uma mulher casada. O cara, o marido da mulher falou que ia matar ele. Ele pegou, ele saiu do bairro e resolveu voltar para Curitiba. E me trouxe de volta. Só que o nenê já tinha nascido, o André já tinha nascido. Só que ela não quis vim, por causa que tava com acho que 20, tava com um mês de nascido. Pra vim, ela achou meio perigoso, ela vim de ônibus quatro, cinco dias de viagem com a criança, sabe. E aí quando eu vim embora, daí desgraçou a minha vida. Eu trabalhei, eu falei pra ela que eu ia trabalhar e que eu ia mandar dinheiro para ela, que esperasse um pouco. Quando ela tivesse com uns três, quatro meses eu mandava o dinheiro para ela. Eu trabalhei, trabalhei, não sei se você conheceu, lá na (nome da boate). [...] Fiscal de pista, pegar copo, essas coisas, sabe. Daí eu mandei o dinheiro para ela. Quer dizer, mandei para ela não assim por via correio, sabe. Esse meu irmão mais velho, ele tava indo para lá e eu dei o dinheiro para ele entregar para ela. Só que passou-se os dias e nada. Eu perdi o contato com ela, eu perdi endereço. Ele veio, passou-se 10 meses e ele voltou. Daí ele disse que tinha dado o dinheiro pra ela, mas não adiantava nada, porque ela já tava casada, já tinha outro filho... já tava grávida de outro filho, sabe. Ali acabou meu chão, mas continuei trabalhando, parei com as bagunças, parei com o futebol, parei de escrever. Eu desiludi completamente, sabe. Daí, tive... um ano depois que ele me deu o... a notícia, eu conheci a mãe dos meus filhos. Mas sabe, homem, é... Eu fui por folia, ela acabou engravidando, sabe. Eu não gostava dela, daí eu fui praticamente obrigado a casar com ela, porque os pais dela eram meio rígidos. Eu casei, sabe. Tive os quatro filhos. Em 10 anos de casamento, eu tive os quatro filhos. Não dava certo, porque eu fazia as coisas dentro de casa, Melissa, ela destruía tudo, sabe. (Gilberto)

Separados por 27 anos, sem notícias um do outro, Gilberto e Dalva se reencontraram no período de realização da pesquisa, quando, em uma guinada em seu percurso de vida, Gilberto muda-se novamente para o Ceará para viver com ela. Esse reencontro serve de motivação para as mudanças tão significativas em sua vida.

Então, eu já estava com a Rosana. Quando foi um dia, que eu estava no face e a filha dela, a Ester, começou a conversar comigo. Daí ela foi falando as coisas, perguntando de mim. [...] Ela que me achou. Por causa que no meu face tem nome completo Gilberto (sobrenome) e ela me achou né. Daí ela foi perguntando as coisas para mim: aonde que eu morei, se eu já tinha morado em outro estado, se eu tinha filho em outro estado. Falei, “tenho”. E quando eu falei que o nome dele era André, ela perguntou assim: “mas é André do

que?”, aí eu coloquei o nome dele inteiro que é (nome completo). Quando eu falei isso, ela falou assim “oh, aqui é a Ester, filha da Dalva, você sabe quem é a Dalva?”. Falei “não pode ser, é a (segundo nome)?”, daí “é essa mesmo”. Daí pra ali em diante nós começamos a conversar. [...] Quando foi em setembro de 2012, eu fui para lá. [...] eu fui pra lá, pra conhecer meu filho, que eu não conhecia, tive contato com a Dalva. [...] Todo o dia, falo com meu filho, falo com ela. Sabe, eu me sinto alegre. Eu não vou dizer pra você que meus problemas acabaram, porque não acabaram. Eu tenho minhas angústias ainda, sabe. Se eu não tomar o remédio, eu não durmo, se eu não tomar o remédio, eu vejo coisas, sabe. [...] Mas quando eu falo com a Dalva, desaparece tudo. Durante o dia, eu me sinto meio retraído, meio, sabe, no meu canto, eu tomo meu remédio de manhã, de tarde, à noite. Mas quando eu falo com ela, sabe, não é que some, mas a alegria que eu não tinha, eu tô tendo. (Gilberto)

Transparece em Gilberto a importância dos vínculos interpessoais estabelecidos ao longo da vida para a constituição da personalidade. Consideramos que os vínculos podem ser de diferentes ordens, objetos, pessoas e relações, que passam pelo trabalho, pela família, pelas relações comunitárias, que em alguns casos inclui a igreja, outras associações, como os sindicatos ou times de futebol. Já vimos, por exemplo, os impactos da perda do vínculo relacionado ao emprego sobre o sofrimento. Nesse momento, daremos destaque à perda de alguns vínculos pessoais como fonte de sofrimento psíquico.

Rodrigo relatou situações de vida difíceis durante a infância, principalmente o preconceito pelo avô e as agressões do pai contra a mãe. No entanto, ao falar sobre os sintomas depressivos, considera que surgiram em decorrência da morte dos dois filhos.

Sou pai de dois filhos, já tão lá no céu e piorou meu, o meu, meu, estado, vamos dizer assim, emocional, minha cabeça, quando meu último piá faleceu, faz seis anos. Foi assassinado. [...] era pra tar com vinte e oito anos agora. No, né, o primeiro filho, né, que eu tive. O segundo, ele faleceu quando tinha dois anos, numa cirurgia lá e deu problema. Depois de um mês que meu piá foi falecido, eu levei um tiro, num assalto, no pescoço (mostrou cicatriz). Os médicos tiveram que... porque a bala cortou a metade da veia, que desce da cabeça, daí eles tiveram que cortar minha veia pra enganar, não sei como é que eles fazem isso. E, deus não quis me levar dessa vez. Acho que não era a hora, né. Tem que ficar aí, pra sofrer mais um pouco, acho. (Rodrigo)

Ah, quando eu tinha os dois, nossa, era alegria, totalmente diferente, totalmente diferente, só tinha alegria. Se enfiava debaixo das cobertas, na cama, que nem falei pra você, lá a mulher fazendo comida lá, janta, e nós brincando lá “olha o bicho, olha o bicho”. E o Artur falava “oh o bicho, bicho”. Nós ouvia e dava risada, dava chute. Eu lembro de tudo isso aí, vem

*tudo essas lembranças pra mim e me deixa triste quando cai na real de novo.
(Rodrigo)*

O filho mais novo de Rodrigo morreu aos dois anos quando ele estava com 32 anos e o mais velho morreu com 18 anos, quando Rodrigo tinha 40 anos. Tais perdas alteraram a dinâmica de sua personalidade e sua hierarquia de motivos. Desde que o filho mais velho faleceu, Rodrigo passou a atribuir sentido às diversas situações de sua vida a partir dessa questão. Por exemplo, quando ele levou um tiro em um assalto, considerou que deus quis lhe mostrar que o filho não teria sentido dor antes de morrer. Do mesmo modo, considera que deus não quis que ele soubesse quem assassinou seu filho, pois acha que se vingaria, tal como em um dos filmes “Sexta-Feira 13”, que assistiu muitas vezes. Ao falar sobre a própria vida, sente que vive apenas para sofrer e aguardar a morte para reencontrar os filhos.

Como já analisamos, o processo central no sofrimento de Lucila é o trabalho. Apesar disso, a morte do pai seguida da morte da mãe contribuíram para aprofundá-lo, constituindo o que ela denomina de "pacote".

De impacto, um dos maiores impactos foi quando, quando, quando os pais morreram, porque daí automaticamente você perde o chão, você perde tudo. A família morre né. Porque daí, assim, é... todo mundo quer tudo né, tudo que puder ter né. Daí, assim, fica aquela situação meia vazia. É, o que tá acontecendo é que eu tô afastando, na verdade, as pessoas e (pausa), e só. Pessoas que não, digamos assim, não vão fazer muito bem se tiverem muito perto, e não vão fazer mal se tiverem perto, melhor dizendo né. Pessoas que vão apenas passar, que passaram no teu caminho. (Lucila)

Lucila já estava em acompanhamento psiquiátrico, mas ainda trabalhava, quando o pai morreu. Sua crise e conseqüente afastamento do trabalho foram meses depois. Três anos depois, a mãe morreu enquanto elas estavam brigadas, fato de que se ressentiu e pelo qual se culpa. Os pais constituíam um eixo importante na vida de Lucila, junto com o trabalho, e a perda de ambos a desestruturou.

Essa questão aparece também nas histórias de vida de Renato e Gilberto, mas de formas diferentes.

[...] tive desde criança, quando perdi o meu pai já, ..., já veio, me atacando isso aí, né. É... perdi meu pai com doze anos. Fui o chefe da casa. Responsabilidade grande, né. Não podia brincar, não podia... era só trabalhar... (Renato)

Assim como Lucila, Gilberto não relata essa situação como sendo a mais central em seu processo de sofrimento, tendo em vista as situações de violência e discriminação. No entanto, a morte da mãe e de Gabriele (a terceira esposa) foram desencadeadoras de crises e seguidas de tentativas de suicídio, tendo, portanto, um impacto significativo. Do mesmo modo, ocorreu quando perdeu a guarda das filhas, depois da morte de Gabriele.

Na constituição da personalidade, formam-se singularidades que participam distintamente em cada situação. Ou seja, nem todas as singularidades constitutivas da pessoa participam inteiramente e em bases iguais em todas as situações. Assim, torna-se fundamental entender quais dessas peculiaridades desempenham papel determinante em uma ou outra situação (VIGOTSKI, 1933-1934/2010).

Em nossa pesquisa, vários participantes relataram a morte de seus pais como uma vivência significativa em suas vidas. Entretanto, o modo como se relacionaram com essa situação aparentemente semelhante é muito distinto, a depender de vários fatores como a idade e momento da vida em que isso ocorreu, o papel que cada um teve que assumir diante dessa perda, as circunstâncias da morte, a relação peculiar que cada um tinha com seu pai e com sua mãe. Citaremos três exemplos. O primeiro, de Renato, cujo pai suicidou-se quando Renato tinha 12 anos. Ele encontra-se na idade de transição, já com um nível de compreensão sobre o fato e com capacidade de se indagar sobre os motivos que levaram o pai ao suicídio. Passados 45 anos, ele relata com detalhes o dia da morte do pai. Apesar de ser o segundo de quatro filhos, precisou assumir muitas responsabilidades em casa, tornando-se, de acordo com ele, o "chefe da família". Ele já trabalhava com o pai no sítio do avô e tentava conciliar com os estudos, mas a morte do pai afetou profundamente sua rotina e impactou na constituição de sua personalidade. O pai estava doente e chegou a passar por tratamento, mas Renato não tem clareza sobre o tipo de doença, apesar de identificá-la com o próprio processo de sofrimento, até mesmo por ele ter se suicidado. O segundo exemplo, de Leila, mostra a diferença na vivência da perda da mãe e do pai. Sua mãe morreu de uma broncopneumonia quando Leila tinha 10 anos, ainda na infância, assim como Renato. A natureza da morte é diferente, por uma doença infecciosa, mas provavelmente relacionada às condições de vida e ao abuso de álcool. No entanto, ela era a filha mais nova, com irmãos já adultos, com quem passou a morar. Leila morava com a mãe e a irmã mais velha e suas condições de vida e moradia eram bastante precárias. Apesar de a relação com a mãe ser difícil, em especial quando a mãe estava alcoolizada, Leila nutria muito afeto por ela e em seus relatos não parece ressentir-se. Sua morte impactou de forma importante, já que passou a morar com irmãos mais velhos, que a ajudavam,

mas que na opinião dela, por ela ser moça e poder auxiliar nas tarefas domésticas. Já com o pai, Leila tinha contatos mais pontuais, desde que ele saiu de casa quando ela tinha cerca de sete anos, não desenvolvendo uma relação afetiva. No entanto, já adulta, quando se separou do marido, grávida da filha mais nova que foi gerada em uma de suas crises de mania, retomou relação com ele. O pai a auxiliou, dando apoio inclusive financeiro neste momento significativo de sua vida. Ainda assim, na ocasião da morte do pai, há cerca de três anos, Leila diz que não chegou a se entristecer, sentindo-se mais culpada por não tê-lo ajudado tanto quanto gostaria. O terceiro exemplo, de Lucila, retrata a perda dos pais já na idade adulta. Lucila tinha uma relação muito afetiva com os pais desde a infância e à medida que eles envelheceram passou a dedicar-se ao cuidado deles, mantendo grande proximidade. Lucila já estava em processo de sofrimento quando o pai morreu, cinco anos antes do momento da entrevista. Depois da morte do pai, considera que sua mãe mudou muito, brigando com todo mundo, inclusive com Lucila. Elas estavam brigadas quando ela morreu, cerca de um ano e meio antes da entrevista. Esse fato a comove muito, levando-a a remoer essa perda. Dada a situação de maior fragilidade em que se encontrava, o histórico de uma relação mais próxima e as circunstâncias da morte da mãe – de forma inesperada em uma cirurgia eletiva enquanto elas estavam brigadas – tudo isso contribuiu para uma piora no quadro depressivo. Mesmo já na idade adulta, diferente de Leila e Renato, a morte dos pais é considerada um fator muito importante em seu sofrimento. Nota-se ainda a diferença no impacto da morte do pai e depois da mãe. A morte da mãe lhe afetou ainda mais profundamente, em um momento que já apresentava maior sofrimento.

Outro aspecto que chama nossa atenção é o quanto as relações de suporte vão se restringindo cada vez mais em nossa sociedade e, em geral, para os familiares mais próximos. Entre as pessoas em sofrimento psíquico isso é pronunciado. Parece-nos um indício do quanto a sociedade ainda tem dificuldade de entender, acolher e se responsabilizar pelas pessoas em sofrimento, com uma tendência às concepções que preconizam o isolamento e/ou expectativa de respostas exclusivamente pelos profissionais de saúde.

Para os familiares, por mais que existam diversas dificuldades, a proximidade pode contribuir para reconhecer, mesmo nos momentos críticos, não só a crise ou os sintomas como sinal de periculosidade, mas a própria pessoa em sofrimento. Notamos ainda que, na maioria, quem serve de suporte são mulheres da família, coerente com o papel social de cuidado que lhe é atribuído. Por exemplo, a esposa para Renato e Rodrigo, as filhas para Ivonete, Leila e Roberto, a nora para Suzana. Para Lucila, o marido é um importante apoio. Em alguns casos

são citados amigos ou vizinhos, como Lucila, com suas duas vizinhas; Roberto, que mantém algumas relações de amizade; e Suzana, que tem uma vizinha e algumas amigas no CAPS.

Por outro lado, como já mostramos anteriormente, muitas vezes a própria família contribui para a condição de sofrimento, na reprodução das relações sociais, como o preconceito e discriminação, o machismo, a homofobia, a violência doméstica, entre outros. Nestas situações, a ausência de outros vínculos inibe as possibilidades de superação das situações críticas e contribui para um aprofundamento do sofrimento.

Que a gente fica de certa forma... contido. Que as pessoas se afastam de você quando você tem um problema psíquico. Então, as pessoas põem um escudo contra você e você põe um escudo contra as pessoas. Fica escudo contra escudo, força contra força. Tem pessoas que mal me cumprimentam. (João)

Eu não gosto nem de sair de casa. Eu me sinto segura na minha casa. Parece que dentro da minha casa é um, é um/ Lá dentro, fechada, parece que nada vai acontecer. (Suzana)

Mas o que judia bastante é esse negócio de não se relacionar com ninguém. Porque quer ter... o ser humano precisa ter um contato com o outro. E isso faz falta. (Leila)

Leila trouxe várias vezes a importância dos vínculos comunitários, inclusive porque, dada sua condição de trabalhar na própria casa, era sua forma de sociabilidade para além da família. Entretanto, vemos recorrer a questão do preconceito como obstáculo às relações sociais e interpessoais.

[Houve alguma mudança na vida de vocês por causa do transtorno bipolar?] O relacionamento com as pessoas. Antes eu era mais comunicativa, mais, é... como que pode dizer, tinha mais contato. É... agora eu sou uma pessoa fechada, isolada. Mudou. Não tenho mais, não faço mais parte da comunidade. Eu sou taxada como louca e não como uma pessoa normal. (Leila)

Considerando que a constituição da autoimagem se dá a partir do outro, a forma como os outros se relacionam comigo implica na forma como eu me relaciono comigo. Assim, o lugar social de incapacidade e periculosidade dado pela ‘doença’ passa a ser reproduzido pelos indivíduos, sendo parte de suas personalidades. Nesse processo, verificamos que o próprio CAPS pode cumprir diferentes papéis: de reforçar esse lugar social e/ou de questioná-lo e buscar construir outras estratégias de enfrentamento.

Neste capítulo, buscamos mostrar, por meio das histórias de vida dos participantes de nossa pesquisa, que a depressão e a bipolaridade podem ter origens, cursos e manifestações muito diversos. Sabemos que o sofrimento psíquico é multideterminado e que diferentes dimensões da vida podem ser mais decisivas no processo de cada um, tais como o desgaste no trabalho, a gravidez indesejada seguida do casamento, a morte de pessoas queridas, a violência doméstica, as agressões homofóbicas. Do mesmo modo, vimos que o processo de sofrimento psíquico pode surgir em diferentes períodos da vida – na infância, na adolescência e na vida adulta – e sempre vai repercutir em toda a personalidade. Cada um desses processos singulares revela aspectos particulares e universais da vida em nossa sociedade, nos diferentes grupos e classes sociais e que se articulam em bases mais gerais de explicação. Se até aqui exploramos estas singularidades, de modo a enriquecer nossa leitura sobre o fenômeno estudado, no próximo capítulo, tencionamos esboçar algumas sínteses com base nas regularidades observadas.

CAPÍTULO 6 – RUMO A UMA EXPLICAÇÃO DA GÊNESE DA DEPRESSÃO E DA BIPOLARIDADE

“Conclamar as pessoas a acabarem com as ilusões acerca de uma situação é conclamá-las a acabarem com uma situação que precisa de ilusões. A crítica não retira das cadeias as flores ilusórias para que o homem suporte as sombrias e nuas cadeias, mas sim para que se liberte delas e brotem flores vivas”

(Karl Marx, Introdução à Crítica da Filosofia do Direito de Hegel)

Este capítulo se propõe a elaborar uma síntese que contribua na explicação da gênese da depressão e da bipolaridade. Como vimos nos capítulos quatro e cinco, o sofrimento psíquico se constitui nos indivíduos por caminhos singulares muito variados. Ao observar cada história de vida em si mesma, há uma riqueza de detalhes, fundamental para entender como as vivências em sua unidade afetivo-cognitiva determinaram o desenvolvimento de um conjunto de características identificadas como depressão ou bipolaridade na personalidade.

No entanto, o propósito desta tese é buscar regularidades entre as diferentes histórias que indiquem uma explicação mais geral sobre o desenvolvimento dos transtornos do humor. O caminho para esta explicação não pode prescindir de uma análise que contemple as dimensões singular-particular-universal, com o risco de cair em concepções, tais como as da psiquiatria, que abstraem a doença da pessoa.

Diferente da psiquiatria, cujas explicações buscam nos elementos mais orgânicos a determinação última do sofrimento psíquico, entendemos que os processos humanos, inclusive os biológicos, são modificados socialmente, muito embora possam haver correspondentes orgânicos. Assim, pretendemos analisar as repercussões do modo de produção capitalista sobre a personalidade, tendo em vista as alterações relacionadas à depressão e à bipolaridade, que figuram entre as principais formas de adoecimento atualmente. Para tanto, iniciamos pela discussão de alguns princípios gerais para a análise dos transtornos do humor, seguida de alguns pontos de síntese sobre a gênese dos transtornos do humor na personalidade.

6.1 Princípios gerais para uma leitura histórico-social da depressão e da bipolaridade

6.1.1 As pessoas com depressão ou bipolaridade são seres humanos em sua totalidade

Com esse estudo, temos buscado entender as regularidades na constituição da personalidade de pessoas diagnosticadas com transtornos do humor, bem como as especificidades da depressão e da bipolaridade, a partir das trajetórias singulares de vida, que revelam modos próprios de constituição do sofrimento. O conhecimento do movimento contraditório da realidade na constituição da personalidade contribui para avançar na criação de estratégias de enfrentamento – individuais e coletivas – ao sofrimento.

Muito embora estejamos em busca de regularidades que constituem o fenômeno dos transtornos do humor em particular, temos como pressuposto as leis gerais do desenvolvimento humano. Portanto, é preciso afirmar antes de tudo e reiteradamente que a pessoa em sofrimento, com depressão ou bipolaridade, é um ser humano integral com todas as suas necessidades. Isso se torna sobretudo importante dado que a psiquiatria historicamente tratou de abstrair a ‘doença mental’ da pessoa. Basaglia e Basaglia (1979/2005) descrevem esse processo da seguinte forma:

Antes de a loucura ser identificada pela racionalidade burguesa como 'doença', sua voz era confundida com a indigência, a fome, a delinquência: um conjunto indistinto de necessidades ao qual se respondeu fragmentando a globalidade da demanda, essencialmente representada pela miséria. Também em cada história individual poderia repetir-se o mesmo processo. O homem nasce com uma natureza contra a qual deve combater apropriando-se dela e, ao mesmo tempo, produzindo uma cultura que tenderá a desnaturá-lo: determinado pelo mundo de necessidades e desejos que lhe provêm do corpo e de uma subjetividade que quer se expressar, ele se vê confrontado com outros corpos e subjetividades que devem ser organizados. A resposta a essas necessidades é confiada à organização que representa o grupo e que deve pôr o grupo em condições de viver e coexistir. Se a organização representa todo o grupo, o espaço individual para expressão das próprias necessidades e para a satisfação delas será limitado pelas necessidades dos outros: o problema do limite é um problema humano, que vem a somar-se ao da relação do homem com a natureza a domar e explorar. Mas, se a organização tutela os interesses de um grupo (uma classe) em detrimento do outro, se a sobrevivência desse grupo se baseia no domínio do outro, se a lógica de exploração da natureza se baseia na exploração do homem, não existe limite humano, porque tudo se encaixa na desumanidade da organização. Desumanidade da qual nem mesmo a classe tutelada será poupada, porque essa lógica organizativa, para perpetuar-se, só pode produzir valores desumanos. (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005, p. 295-296)

Nesta citação, os autores trazem à tona uma questão fundamental. Destaca-se que a psiquiatria nasce para cumprir o papel de responder de modo apenas fragmentado às necessidades dessa pessoa considerada doente. Sob a marca da doença, já abstraída da totalidade das relações humanas contraditórias que as produziu, sobressaem necessidades outras, imputadas à doença e, por consequência, à cura. Analogamente ao fetiche da mercadoria, é como se a doença ganhasse vida própria, sendo que esse fragmento abstraído da pessoa teria um "curso natural" e um prognóstico definido – a cronificação. Basaglia e Basaglia emprestam o princípio da *époché*, de Husserl, sugerindo que diferente do que a psiquiatria vem fazendo – de se ocupar dessa doença abstrata colocando a pessoa entre parênteses – dever-se-ia colocar a doença mental entre parênteses e ocupar-se da pessoa, do doente real (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005; AMARANTE, 2005). Ou seja, para apreender o sofrimento psíquico de uma pessoa, é preciso ir ao encontro do ser humano concreto em sua totalidade e não da doença abstrata. Em outras palavras, Basaglia (1979, p. 89) afirma: "um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; ele é um homem total e nós devemos responder não à sua esquizofrenia, mas ao seu ser social e político."

Com base em sua experiência à frente do hospital de Gorizia, a despeito das críticas posteriormente realizadas por ele em diversos escritos⁴⁴, Basaglia diz:

Vimos que a partir do momento que dávamos uma resposta a um pobre internado, ele mudava completamente sua posição. Tornava-se não mais um louco, mas um homem com quem podíamos nos relacionar. Havíamos já entendido que a pessoa doente tem como primeira necessidade não só a cura da doença, mas muitas outras coisas. Necessitava ter um relacionamento humano com quem a tratava. Precisava ter respostas reais para o seu ser. (BASAGLIA, 1979, p. 17)

Basaglia é dos maiores críticos ao papel da psiquiatria como instrumento de opressão, de controle social e adaptação à norma capitalista da eficiência e produtividade. Para ele, os graus exigidos para atender a essas normas do capital são cada vez mais altos, gerando

⁴⁴ Basaglia (1985) analisou a experiência de Gorizia no livro intitulado "A instituição negada", reconhecendo seus limites. No entanto, é bom observar que mesmo as experiências mais avançadas, como a de Trieste, foram também ponderadas por Basaglia. O autor reconhece que se tratou de uma experiência isolada, que foi capaz de demonstrar a potencialidade do fim dos manicômios, mas que por estar dentro da lógica capitalista de produção, também não pode superar seus limites (BASAGLIA, 1982). Basaglia (1982) ressalta ainda que essa experiência só foi possível graças à organização do movimento operário na Itália que assume essa como uma de suas pautas políticas e porque as conquistas eram possibilitadas pelo Estado de bem-estar social, em condições de pleno emprego.

uma "marginalidade improdutiva" (BASAGLIA, BASAGLIA, 1979/2005). Basaglia e Basaglia (1979/2005) consideram que o sofrimento é resultado da repressão da subjetividade e do corpo, da impossibilidade material e psicológica de o indivíduo expressar seus desejos e necessidades.

Leontiev (1961/2017) explica, como vimos, que as necessidades humanas se diferenciam das dos animais porque o objeto e o modo de satisfazê-las são resultado do desenvolvimento social. Em uma sociedade de classes marcada pela exploração, a natureza das necessidades bem como sua satisfação ficam sujeitas à lógica da dominação. Isto é, a humanidade, em seu desenvolvimento histórico e social, produz novas necessidades, cuja satisfação está condicionada pelas relações sociais, que sob o capitalismo são de assalariamento e troca. Mesmo que existam condições de satisfação de certas necessidades por uma pessoa, como a existência de tratamento para uma doença curável, sua realização só se dá mediante pagamento (pelo indivíduo ou pelo Estado). Do mesmo modo, no capitalismo, muitas necessidades por nós incorporadas são produzidas artificialmente pelo capital como forma de se auto reproduzir. Por exemplo, a necessidade de comprar objetos para tê-los e não para fruí-los enquanto valores de uso; a necessidade de status social como forma de exercício de poder ou mesmo de ostentação, entre outras.

Para Basaglia e Basaglia (1979/2005, p. 296), essas necessidades que nascem da urgência da vida muitas vezes se exprimem de modo confuso e indiferenciado, como "um corpo que não aceita ser mutilado e mortificado, de uma subjetividade que não quer ser reprimida e violentada, e que acha demasiado estreito o espaço que lhe é concedido".

Desse panorama indistinto de necessidades (a miséria concreta das classes subalternas e a miserabilização do indivíduo da classe tutelada), alguma voz pode erguer-se para gritar a angústia, a fúria, a raiva, a cisão, a fratura; ou para chorar a própria impotência. É então que lhe será dada a palavra, para amordaçá-la com a definição de 'doença': uma doença que será 'tratada' para que não diga de onde provém. (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005, p. 296-297)

Partindo do entendimento de que o rótulo da doença acaba por obscurecer e naturalizar a gênese do sofrimento psíquico, faz-se necessário reafirmar a saúde-doença como um processo social.

6.1.2 A depressão e a bipolaridade como processo

Tal como discutido no capítulo dois, a teoria da determinação social da saúde-doença subsidia a análise da depressão e da bipolaridade como síntese de múltiplas determinações no movimento dialético do singular-particular-universal. Fundamentadas nesse entendimento, refutamos as teorias que imputam apenas ou centralmente aos aspectos biológicos a causa do sofrimento psíquico. Ao contrário, pressupomos que o desenvolvimento humano se dá com base na unidade biológico-social e que, conforme esclarece Leontiev (1978a), embora os sistemas psicológicos dependam de suas propriedades biológicas, não são por ela determinados.

A principal [conclusão geral] é que as propriedades biologicamente herdadas do homem não determinam as suas aptidões psíquicas. As faculdades do homem não estão virtualmente contidas no cérebro. O que o cérebro encerra virtualmente não são tais ou tais aptidões especificamente humanas, mas apenas a *aptidão para a formação destas aptidões*. (LEONTIEV, 1978a, p. 257)

Com isso, ressaltamos que o aparato biológico, em que se inclui o próprio funcionamento cerebral, se modifica sob influência do desenvolvimento cultural, o que marca sua natureza processual.

Em seus estudos no campo da neuropsicologia, Luria opõe-se a duas teses ainda presentes nos dias de hoje, a localizacionista – que toma as funções psíquicas isoladamente produzidas por partes localizadas do cérebro, e a holística – que alega a inespecificidade das zonas cerebrais na relação com as funções psíquicas (TULESKI, 2011).

Luria (1979, p. 85) afirma que

Para entender melhor a estrutura dos processos psíquicos do homem e das leis que o regem, devemos conhecer acima de tudo a maneira pela qual se construiu o órgão principal da atividade psíquica – o cérebro humano – e as relações dos processos psíquicos com ele.

Para Luria (1984), o cérebro humano se diferencia dos demais animais pela presença de novos vínculos em sua atividade gerados pela mediação de processos sociais e históricos. Os sistemas funcionais, característicos da atividade mental complexa, envolvem um grupo de áreas do córtex que operam em concerto (LURIA, 1984; TULESKI, 2011).

Assim, uma afecção em uma área do cérebro limitada não vai afetar apenas uma função, mas todos os sistemas funcionais cuja realização envolve a área afetada (LURIA, 1979). Se, como explica Luria (1979), até um movimento arbitrário simples (como a marcha ou o acerto no alvo) é um complexo sistema funcional, que inclui um conjunto de impulsos sensoriais e motores, a estrutura de atividades psíquicas (como a fala ou a escrita) é muito mais complexa.

Essas explicações trouxeram novas perspectivas tanto para o diagnóstico como para a reabilitação de lesões cerebrais, com a proposta de investir nas ligações do sistema funcional não afetadas pela lesão que, somada a meios culturais externos, poderiam reconstruir e reorganizar a função alterada sobre a base de um sistema psíquico novo (PUZIRÉI, 1989 apud TULESKI, 2011).

Com base nesses aportes, Luria (1979) explica que na atividade psíquica pode-se distinguir pelo menos três blocos – ou unidades funcionais – no cérebro humano: 1) bloco do tônus do córtex ou bloco energético do cérebro (subcórtex ou tronco cerebral: tálamo, ponte, bulbo, diencéfalo e regiões mediais do córtex): responsável pelo tônus, pela vigília e pelos estados mentais. Para a realização de qualquer atividade é necessário um tônus cerebral, que pode ser aumentado pela afluência de irritações da periferia (estímulos do mundo exterior), por processos internos de metabolismo do organismo e por complexos programas e necessidades que surgem como resultado da atividade consciente humana; 2) bloco do recebimento, elaboração e conservação da informação (regiões occipital, temporal e parietal): responsável pela análise e síntese dos sinais trazidos do mundo exterior pelos órgãos do sentido; 3) bloco da programação, regulação e controle da atividade (região frontal): responsável pela organização da atividade consciente, pela criação das intenções, pelos planos e programação de ações e pela inspeção de sua realização e regulação do comportamento. (LURIA, 1979; TULESKI, 2011).

Tuleski (2011) elucida que, para Luria, a principal característica que diferencia a regulação da atividade consciente humana é a regulação consciente que ocorre com a participação da fala. Entendemos que é pela atividade que se unem o material e o ideal do psiquismo humano, isto é, seu aparato biológico cerebral e a imagem subjetiva da realidade.

Luria (1979) identifica três traços fundamentais que diferenciam a atividade consciente humana da atividade dos demais animais: 1) não é regida apenas por motivos biológicos, mas por necessidades complexas; 2) não é determinada necessariamente por impressões evidentes recebidas do meio, mas é marcada pela capacidade de abstração da

impressão imediata; 3) além da hereditariedade e da experiência individual, como os demais animais, tem como fonte do comportamento a assimilação da experiência de toda a humanidade, acumulada no processo da história social e transmitida no processo de aprendizado (LURIA, 1979).

Para o autor, a atividade humana é regida por necessidades complexas, produzidas histórica e socialmente, e que muitas vezes inclusive entram em conflito com as necessidades biológicas. Um exemplo disso é dado por Zeigarnik (1981), ao explicar sobre a anorexia, quando a pessoa se abstém voluntariamente de alimentar-se, contra uma necessidade biológica, em busca de corresponder a um padrão de beleza social idealizado.

Portanto, ao afirmar a determinação social da depressão e da bipolaridade, salientamos, que esses processos de sofrimento, ainda que envolvam o aparato biológico humano, são resultantes de processos críticos característicos das relações sociais atuais e que se produzem nos indivíduos na unidade biológico-social.

Tal compreensão afirma ainda a historicidade da saúde-doença, tanto em nível das coletividades como dos indivíduos e suas histórias de vida. A processualidade da depressão e da bipolaridade remete ainda às discussões da psiquiatria referentes ao curso e prognóstico. De acordo com a descrição psiquiátrica, os transtornos do humor são caracterizados por se constituírem de episódios. Consideram-se tanto as pessoas que apresentam episódios únicos (de elação ou depressão do humor), como as que apresentam múltiplos episódios. De acordo com a CID-10 (OMS, 1993, p. 110): "A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e o início dos episódios individuais é frequentemente relacionado com eventos ou situações estressantes".

Ainda que possa haver importantes repercussões sobre a personalidade mesmo se tratando de um único episódio ao longo da vida, isso se mostra de forma mais evidente nas pessoas que apresentam mais de um episódio, caso dos participantes de nossa pesquisa. Em que pesem as diferenças entre a depressão e a bipolaridade, notadamente a presença de episódios de mania ou hipomania (nos termos diagnósticos da psiquiatria), nos relatos dos participantes de nossa pesquisa houve um destaque para o predomínio de um tônus afetivo depressivo na maior parte do tempo, como já descrito no primeiro capítulo. Na construção da personalidade desses indivíduos, a fase depressiva é mais facilmente incorporada como constitutiva de si, não obstante apareça também para alguns uma sensação de que aquilo lhe é alheio, de não conseguirem mais realizar o que realizavam, referindo ao como eram antes como seu "verdadeiro eu". Os episódios de mania foram relatados como momentos em que não se reconhecem, em que ficam agressivos, explosivos ou agitados, com a marca da falta de controle

sobre o próprio comportamento. Essas alterações da personalidade serão tratadas nos tópicos a seguir.

Parece-nos que as pessoas que por algum motivo desenvolvem, como forma de responder às situações significativas da vida, alterações denominadas de episódios de humor, apresentam uma tendência a repetir essa forma em situações futuras. Entre os motivos para essa recorrência, parecem estar desde os padrões de desgaste dos grupos sociais a que pertence o indivíduo até os mecanismos singulares de expressão do sofrimento que tendo se produzido com essa forma manifestam-se subjetivamente por caminhos já conhecidos. A reapresentação de momentos críticos como depressão ou mania, intercalados com períodos mais ou menos estáveis, é característica dessas formas de sofrimento psíquico como processos e não como entidades estáticas. Consideramos, com base nessas colocações, que a depressão e a bipolaridade envolvem necessariamente o conjunto da personalidade e não aspectos isolados do psiquismo. Com isso não queremos dizer que a personalidade seria patológica – depressiva ou bipolar – nem mesmo advogar qualquer tipologia de personalidades. Entretanto, pensamos que a abordagem das diferentes manifestações de sofrimento psíquico não pode abstrair a história e modos de vida das pessoas, buscando a explicação nas disfunções cerebrais ou desordens biológicas. É preciso observar como as situações sociais foram constituindo processos críticos que – paulatina ou abruptamente – geraram alterações na personalidade, que convencionamos denominar de depressão ou de bipolaridade. Percebemos, por exemplo, o quanto o signo do “transtorno mental” passa a ser constitutivo no modo das pessoas assim diagnosticadas perceberem a si mesmas, como pudemos verificar entre os participantes de nossa pesquisa⁴⁵.

Ainda no tocante ao curso da bipolaridade, como já argumentamos com Whitaker (2017), os estudos de Kraepelin indicavam que as pessoas à época denominadas maníaco-depressivas passavam boa parte da vida sem sintomas entre as crises, enquanto atualmente se verifica maior deterioração, mesmo entre os episódios. Os estudos analisados por Whitaker (2017) centram-se nas consequências cerebrais e comportamentais do uso continuado e da interrupção da medicação psiquiátrica. Podemos dizer que, de modo geral, não discutem algo muito caro à Psicologia Histórico-Cultural: o papel da pessoa no controle do cérebro.

⁴⁵ Nesta questão há a contradição de gerar ao mesmo tempo uma identidade que legitima o sofrimento e o estigma que reduz a personalidade à patologia.

De acordo com Silva (2012), a abordagem do cérebro por Vigotski se deu de maneira densa e inovadora, com a compreensão do monismo psicofísico, do funcionamento cerebral por meio de sistemas funcionais em oposição às teorias localizacionistas, dos sinais como conexões extra cerebrais de origem cultural, e da constituição da consciência a partir da internalização da experiência social.

Vigotski (1929/2000) retoma uma analogia de Pavlov que compara o sistema nervoso a um telefone, por sua função de estabelecer ligações e entende que a causa do comportamento está no cérebro. Mas o critica por desconsiderar o papel da “telefonista”. Em suas palavras: “Pavlov compara o sistema nervoso com o telefone, mas toda a especificidade da psicologia do homem está em que nela, em um ser único, estão unidos o telefone e a telefonista, isto é – o aparelho e o manejo dele pelo homem” (VIGOTSKI, 1929/2000, p. 31).

Para Vigotski, portanto, é central entender o papel da pessoa que controla o cérebro, porque “o processo será diferente, dependendo de em qual pessoa ele acontece. Compare ligações do pensamento não naturais (córtex, sub-córtex, etc.), mas sociais (seu papel em uma dada personalidade)” (VIGOTSKI, 1929/2000, p. 33).

Considerando que a alienação reinante em nossa sociedade dificulta os processos de apropriação – inclusive de si –, o autodomínio da conduta e o controle do cérebro encontram muitos obstáculos. O caráter das relações sociais capitalistas ao contrário de promover maiores níveis de desenvolvimento pela produção de mediações capazes de contribuir para que o desenvolvimento ocorra por vias colaterais (VYGOTSKI, 1931/2000), acaba aprofundando os processos de alienação, reproduzindo o lugar da improdutividade e incorrendo em uma tendência à cronificação.

Ao afirmarmos a depressão e a bipolaridade como processos, buscamos evidenciar que essas manifestações do sofrimento psíquico são produzidas na história de vida das pessoas e que, portanto, passam também a constituí-las. As vivências – o desgaste no trabalho, o assédio moral, a violência sexual, o preconceito, as situações de humilhação, as agressões homofóbicas, o casamento ou gravidez indesejados, por exemplo – que produziram essa dor de viver não deixam de fazer parte da história de vida. Nem por isso, necessariamente, sempre produzirão sofrimento, pois seu papel na dinâmica da personalidade pode também se modificar.

O sofrimento é da pessoa, mas também como ressalta Delari Jr (s/d, p.4), "todo e qualquer sofrimento, como todo e qualquer processo afetivo-cognitivo, não pode ser apenas 'de alguém', mas também 'com relação a dada realidade' – a certas situações vitais pelas quais passa". Isso abre o caminho para o tema da unidade afetivo-cognitiva.

6.1.3 A unidade afetivo-cognitiva da atividade humana

Os manuais de classificação dos transtornos mentais, como a CID e o DSM, compreendem que os transtornos do humor se caracterizam por uma perturbação fundamental do humor ou dos afetos. Cheniaux (2008), autor de *Manual de Psicopatologia*, considera os afetos como uma consequência das ações do indivíduo que visam à satisfação de suas necessidades e que se caracterizam pela propriedade de serem agradáveis ou desagradáveis. Para este autor a afetividade compreende as emoções, os sentimentos, as paixões e o humor. A emoção seria um estado afetivo súbito, de curta duração e grande intensidade (com alterações corporais); o sentimento é entendido como um estado afetivo menos intenso e mais prolongado, com maior envolvimento cognitivo; as paixões teriam intensidade como a emoção, mas seriam mais prolongadas, monopolizando e direcionando os pensamentos e ações da pessoa; e o humor é tomado como um estado de ânimo, um estado afetivo basal e fundamental, que representa uma síntese de afetos presentes na consciência num dado momento, mais difuso, persistente e não-reativo (CHENIAUX, 2008).

Em que pesem as diferenças entre cada um desses fenômenos, não muito claras também entre os autores da Psicologia Histórico-Cultural, a maioria das referências em psiquiatria concordam que as alterações mais importantes nos transtornos do humor seriam as afetivas. Não à toa esse grupo de transtornos é assim denominado.

A nosso ver, a dicotomia entre o intelecto e o afeto ainda está presente em grande parte dessas elaborações. Por isso, é preciso buscar entender não apenas quais seriam os sintomas mais importantes, mas entender os processos afetivos em seu sistema psicológico, isto é, em suas interconexões funcionais com os outros processos psíquicos. Isso porque o afeto não tem existência autônoma nas pessoas, mas está vinculado às suas vivências, ao seu sistema de conceitos, à sua atividade.

Como lembram Martins e Carvalho (2016), a subjetividade possui correspondência objetiva, pois tem como função nuclear operar como parâmetro e critério da atividade concreta que vincula sujeito e objeto, orientando o ser humano nas condições objetivas que sustentam sua vida. O psiquismo humano, como uma imagem subjetiva da realidade objetiva, constitui-se das funções cognitivas – como sensação, percepção, atenção, memória, linguagem, pensamento e imaginação – que se colocam a serviço da formação da imagem do objeto em sua concretude. Assim, a primeira condição para a formação da imagem subjetiva é que o objeto afete o sujeito,

resultando em um necessário envolvimento de componentes afetivos na relação sujeito e objeto (MARTINS, 2013; MARTINS; CARVALHO, 2016).

Portanto, entender a dialética entre os processos cognitivos e afetivos – como opostos interiores um ao outro, e não como processos dicotômicos – é requisito metodológico para a compreensão da atividade humana como unidade afetivo-cognitiva e, igualmente, o primeiro passo para o estudo materialista histórico-dialético das emoções e sentimentos. A unidade afetivo-cognitiva que sustenta a atividade humana demanda a afirmação da emoção como dado inerente ao ato cognitivo e vice-versa, já que nenhuma emoção ou sentimento, bem como nenhum ato de pensamento, podem se expressar como conteúdos puros, isentos um do outro. (MARTINS; CARVALHO, 2016, p. 702)

Portanto, como reitera Monteiro (2015), o processo de reflexão ideal da realidade objetiva é a apreensão cognitivo-afetiva desta realidade.

Martins e Carvalho (2016) explicam que, quando a necessidade se converte em motivo, o objeto adquire valoração afetivo-positiva. Embora Leontiev diferencie necessidade de emoção, para ele ambas têm um radical em comum, o que confere uma tonicidade emocional às necessidades, fazendo com que dificilmente o atendimento ou frustração das necessidades estejam isentos de correlatos emocionais (LEONTIEV, 1978b; MARTINS; CARVALHO, 2016). Assim,

[...] os estados emocionais emanam da atividade que é, em se tratando da atividade humana, mediada pela consciência. Por isso o curso do desenvolvimento e expressão dos estados emocionais pressupõem condições e circunstâncias concretas de vida e educação que condicionam suas inúmeras mudanças e particularidades qualitativas. (MARTINS; CARVALHO, 2016, p. 706)

Vigotski (1932/1998b, p. 101) nos ensina que as emoções produzem alterações não só na estrutura do psiquismo como em toda a diversidade de conteúdo da vida psíquica do ser humano e, portanto, são fundamentais para a formação da estrutura da personalidade. Para este autor, os afetos também são históricos e se formam na relação com o intelecto, com o sistema de conceitos⁴⁶.

⁴⁶ Como nosso objetivo neste tópico é afirmar a unidade afetivo-cognitiva como um princípio de análise dos transtornos do humor, não entraremos na diferença entre emoções, sentimentos, afetos, paixões, realizadas por alguns autores na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, como Blagonadezhina (1969) e Martins (2013).

Vigotski (1934/2001, p. 15-16) critica a psicologia tradicional por separar a consciência em uma parte intelectual e uma parte afetiva e volitiva, pois com isso transforma o pensamento em uma corrente autônoma de pensamentos que pensam a si mesmos, dissociado da plenitude dinâmica da vida, das motivações vivas, dos interesses, dos envolvimento do ser humano pensante. E com isso, o pensamento se torna inútil, sem poder de modificação na vida humana ou uma força autônoma que, ao interferir na vida da consciência e na vida do indivíduo, acaba por influenciá-las de modo incompreensível.

Ao contrário, Vigotski (1930/1999b) sustenta que há uma interpenetração entre afeto e intelecto, visto que os sentimentos são vividos como juízos assim como o pensamento não se isenta da afecção do objeto em algum grau. Interessa-nos, pois, que o conhecimento sobre o afeto é capaz de alterá-lo, transformando-o de um estado passivo para um estado ativo.

O fato de eu pensar coisas que estão fora de mim não altera nada nelas, ao passo que o fato de pensar nos afetos, situando-os em outras relações com meu intelecto e outras instâncias, altera muito minha vida psíquica. Em termos simples, nossos afetos atuam num complicado sistema com nossos conceitos e quem não souber que os ciúmes de uma pessoa relacionada com os conceitos maometanos da fidelidade da mulher são diferentes dos de outra relacionada com um sistema de conceitos opostos sobre a mesma coisa, não compreende que esse sentimento é histórico, que de fato se altera em meios ideológicos e psicológicos distintos apesar de que nele reste sem dúvida um certo radical biológico, em virtude do qual surge essa emoção. (VIGOTSKI, 1930/1999b, p. 127)

Vigotski (1934/2001, p. 25) ressalta a necessidade de revelar os motivos, necessidades, interesses, motivações e tendências motrizes que orientam o movimento e a direção do pensamento humano. E o autor acrescenta, “[...] existe um sistema semântico dinâmico que representa a unidade dos processos afetivos e intelectuais, que em toda ideia existe, em forma elaborada, uma relação afetiva do homem com a realidade representada nessa ideia” (VIGOTSKI, 1934/2001, p. 16).

Fundamentada em Vigotski, Monteiro (2015) afirma que a unidade afetivo-cognitiva é o sistema semântico, da relação significado-sentido, na consciência humana. E tratar da unidade afetivo-cognitiva implica entender como o sujeito sente e reflete a realidade, pela formação de uma imagem subjetiva desse mundo objetivo em seu psiquismo, e atribui sentidos afetivo-cognitivos em suas vivências. Sobre as vivências afetivas, Martins (2013) explica que são características por modificar a atitude do sujeito diante do objeto por meio de uma mudança

do tono reativo determinado por este objeto. De acordo com a autora, nas vivências afetivas podem prevalecer as emoções e/ou os sentimentos⁴⁷.

Monteiro (2015, p. 146) destaca que a unidade afetivo-cognitiva se manifesta na relação entre a atividade e a consciência nas dimensões do conteúdo sensível, do significado e do sentido: “A unidade afetivo-cognitiva emerge, antes de tudo, da captação sensorial da realidade objetiva, possibilitando que essa captação seja complexificada e dotada de significado e sentido pelas funções psicológicas superiores”.

O conteúdo sensorial da consciência pode ser considerado como matriz cognitivo-afetiva da atividade, posto que a realidade objetiva é captada sensorialmente e dotada emocionalmente de conteúdo significativo pelo indivíduo que mobiliza todas as suas funções psíquicas (MONTEIRO, 2015). Ainda de acordo com a explicação de Monteiro (2015), a imagem subjetiva da realidade se desmembra em significados particularmente convertidos em sentidos para o sujeito, para que ele realize a atividade, em sua unidade afetivo-cognitiva.

Nas palavras de Martins (2013, p. 69),

A significação imbrica pensamento e linguagem, e, também, *razão e afeto*. Todo e qualquer sentimento carrega consigo um complexo sistema de ideias por meio dos quais possa se expressar. Portanto, tal como não há ideia sem pensamento não há, igualmente, ideia alheia à relação da pessoa com a realidade. Da mesma forma, não há relação com a realidade que possa ser independente das formas pelas quais ela *afeta* a pessoa. Assim, toda ideia, diga-se de passagem, conteúdo do pensamento, contém a atividade afetiva do indivíduo em face da realidade que representa.

Monteiro (2015) cita Luria para argumentar que o pensamento abstrato tem como principal característica a capacidade de se movimentar entre diversas categorias e conceitos abstratos e que, num processo contínuo de construção de significados sociais, vincula sentidos singulares a esses significados, levando a uma complexificação da unidade afetivo-cognitiva na consciência humana.

Como explica Monteiro (2015, p. 157),

O conceito possibilita a síntese afetivo-cognitiva das relações sócio-históricas em uma palavra. Por exemplo, a palavra *trabalho* pode concatenar reações emocionais de revolta, fracasso, desgaste, sucesso ou satisfação, unidas à

⁴⁷ Martins (2013) esclarece que Vigotski, Luria e Leontiev fazem um uso indistinto dos termos afeto, emoção e sentimento.

compreensão cognitiva de que se o sujeito não trabalha (ou se não trabalham por ele), ele não sobrevive.

Aita (2014) recupera importantes formulações de Vigotski a esse respeito, quando diz que para o autor as emoções humanas estão em conexão com a autoconsciência da personalidade e com a consciência da realidade. Portanto, os afetos e emoções são desenvolvidos historicamente e culturalmente e se alteram de acordo com o contexto ideológico e psicológico de cada grupo social (AITA, 2014).

Interessa realçar que a relação afetiva do sujeito com o objeto requalifica a própria apreensão cognitiva deste na consciência do sujeito e que sob relações sociais alienadoras o desenvolvimento do autocontrole da conduta fica limitado, dificultando o direcionamento consciente das aspirações, volições, ideias e sentimentos de vivências (MONTEIRO, 2015).

Portanto, com a cisão entre atividade e consciência, entre significado e sentido, características da sociedade capitalista, há uma restrição na capacidade das pessoas apreenderem cognitivamente e afetivamente a realidade em suas relações, incorrendo em uma limitação do domínio consciente sobre o psiquismo humano, incluindo as emoções e sentimentos.

Assim como a apreensão da realidade pelos seres humanos em sua atividade implica a unidade afetivo-cognitiva, é também pela atividade e como resultado da forma e do conteúdo dessa apreensão que as pessoas se desenvolvem e também adoecem. Desse modo, ao analisar os transtornos do humor, devemos ter como princípio a unidade afetivo-cognitiva na dinâmica da atividade e da personalidade, de modo a não negligenciar nenhum dos polos dessa relação e, mais, considerá-los em sua unidade. A relação entre a atividade social e suas repercussões sobre a personalidade como depressão ou bipolaridade é assunto do próximo tópico.

6.2A gênese dos transtornos do humor na personalidade

Neste tópico, recuperamos as principais formulações da Psicologia Histórico-Cultural, sobretudo sintetizadas por Leontiev e Zeigarnik, mas também por outros autores clássicos e contemporâneos, a respeito do desenvolvimento da personalidade e de suas alterações, como forma de subsidiar a análise da depressão e da bipolaridade. Considerando esses transtornos do humor como crescentemente prevalentes entre a classe trabalhadora, buscamos a relação entre essas manifestações de sofrimento psíquico e a forma e o conteúdo

das atividades principais realizadas pelas pessoas, com destaque para o trabalho e também as demais atividades derivadas, que mantém relação com a totalidade da vida social.

Por meio de sua atividade vital, o trabalho, os seres humanos passam a produzir meios de satisfação de suas necessidades e ampliar seu domínio sobre a natureza, com o crescente recuo das barreiras naturais (MARX, 1844/2004; GOMES, 2017). O domínio da natureza implica também em um domínio de si e suas próprias capacidades com a ampliação de barreiras funcionais, que aparecem como mediação entre a recepção dos estímulos dos objetos do mundo e a atividade psicomotora, organizando o comportamento (LURIA, 1932).

O recuo das barreiras naturais e a instituição das barreiras funcionais na conduta humana dependem do desenvolvimento cultural e, portanto, da quantidade e qualidade dos vínculos que as pessoas estabelecem com o mundo.

Antes de mais nada, a vida humana depende de sua atividade vital. Marx (1849/2006) esclarece que o trabalho, como força de trabalho em ação, é atividade vital, portanto, é manifestação de sua vida. Na sociedade capitalista, como já discutiremos no capítulo dois, há uma inversão, pois, para garantir minha vida, preciso vender minha atividade vital, transformando-a em um meio de vida. As características da atividade, inclusive o fato de ter que vendê-la, estão intrinsecamente relacionadas com o psiquismo, inclusive sua desintegração.

6.2.1 As relações sociais capitalistas e a depressão e a bipolaridade

Já no início deste trabalho apresentamos uma questão que consideramos fundamental: haveria um aumento real da depressão e da bipolaridade ou estaríamos presenciando o crescimento da patologização de processos normais? Já adiantamos, ainda no segundo capítulo, que a nosso ver as duas premissas são válidas. De um lado, há sim uma tendência de intensificação da medicalização social, com a expansão do patológico e a biologização de problemas sociais. Por outro lado, é incontestável que a vida social de nosso tempo tem gerado formas de sofrimento psíquico mais intensas, expressas pronunciadamente como depressão e bipolaridade. E o fato de as populações adoecerem principalmente de uma ou outra forma não é aleatório, mas dependente de seus modos de vida social.

Se há controle social pelo enquadramento de comportamentos como doenças, há também a necessidade de entender quais são as características da vida social na sociedade capitalista contemporânea que determinam certos perfis epidemiológicos. Isso porque os processos psicológicos implicados nas alterações patológicas da personalidade, seguem as leis

de desenvolvimento. De acordo com Vigotski (1931/2000), os processos intrapsicológicos se constituem e se modificam a partir do interpsicológico, conforme a dinâmica da internalização. Ou seja, aquilo que é hoje intracortical foi antes extracortical, tanto nos processos considerados normais como nos patológicos.

Consideramos que as alterações da atividade em sua dimensão afetivo-volitiva são centrais nos transtornos do humor. À primeira vista, verifica-se na depressão uma diminuição do ânimo e da energia e na mania um aumento do ânimo e da energia. Em busca dos processos que determinam essa diminuição ou aumento do nível de atividade e suas correspondentes alterações na dinâmica da personalidade e nos processos psíquicos em geral, iniciaremos pela análise da atividade, que é antes de mais nada o estudo da modificação de seus motivos.

Na sociedade capitalista, os seres humanos realizam uma grande variedade de atividades, que vão desde a atividade produtiva do trabalho até as atividades de reprodução individual e familiar, como as tarefas domésticas e as de autocuidado, além de atividades de lazer ou de estudo, por exemplo.

Martins (2007, p. 128) considera a estrutura da atividade como um amálgama que congrega as atividades de relações da pessoa para consigo mesma, as atividades de relações interpessoais e as atividades em relação à produção social. Apesar de muito diferentes entre si, as atividades como um todo estão inseridas no movimento da reprodução social e, atualmente, subordinadas à lógica do capital.

O trabalho, como atividade vital humana, tem papel destacado como fonte de humanização e também como origem da alienação, que se espraia por toda a sociabilidade humana sob o capitalismo.

Mészáros (2006, p. 39) atesta que a alienação se caracteriza

pela extensão universal da “vendabilidade” (isto é, a transformação de tudo em mercadoria); pela conversão dos seres humanos em “coisas”, para que eles possam aparecer como coisas no mercado (em outras palavras: a “reificação” das relações humanas); e pela fragmentação do corpo social em “indivíduos isolados” (*vereinzelte Einzelnen*), que perseguem seus próprios objetivos limitados, particularistas “em servidão à necessidade egoísta”, fazendo de seu egoísmo uma virtude em seu culto da privacidade.

Com base nisso, fica clara a generalização da alienação, que congrega aspectos econômicos, políticos e ideológicos.

Do ponto de vista subjetivo, interesse particular deste trabalho, entendemos que o trabalho alienado afeta os indivíduos negativamente, produzindo marcas subjetivas entre as

quais temos o sofrimento psíquico. Estamos entendendo, então, que o sofrimento psíquico surge da relação do indivíduo com a realidade. De acordo com Martins (2007), no capitalismo há um estreitamento do campo de atividades disponibilizado para a grande maioria das pessoas, com primazia de atividades que conformam a força de trabalho com benefício para o capital em detrimento do desenvolvimento dos indivíduos.

Para observar a alienação ao nível psicológico, Martins (2007) traz as formulações de Montero⁴⁸, que compreende a alienação tanto como um processo passivo, exercido de fora, como ativo, efetivado pelo próprio sujeito e que produz uma negação e supressão da relação consciente com a vida social. Montero (apud MARTINS, 2007, p. 131-132) apresenta cinco formas de alienação que descrevem processos psicológicos: 1) sentimento de falta de poder ou sentimento de impotência: em que o indivíduo se vê incapaz de gerir a própria vida; 2) sentido do absurdo: em que as situações vividas são tão complexas que sua compreensão passa pela simplificação das informações, com baixa expectativa sobre a possibilidade de prever os resultados dos comportamentos; 3) isolamento: em que se expressa a desesperança, com valoração negativa dos objetivos e valores sociais; 4) auto estranhamento: em que o indivíduo depende de recompensas externas para a realização de sua atividade; 5) ausência de normas: rompimento com os vínculos sociais pelas circunstâncias de opressão.

Embora a alienação não seja sinônimo de sofrimento psíquico, verificamos que no sofrimento psíquico, notadamente na depressão – presente também em grande parte do tempo nas pessoas com bipolaridade –, essas formas de alienação ao nível psicológico se apresentam de forma acentuada, a tal ponto que passam a obstruir seus modos de vida e seu desenvolvimento individual.

Conforme Malaguty (2013), a atividade de trabalho, alienada, destituída de sentido em si mesma, pode trazer para o trabalhador um sentimento de sofrimento duradouro e, deste modo, adquirir importância na hierarquia de motivos da personalidade, caracterizando modos do indivíduo lidar com esse sofrimento.

Como dissemos, a alienação atinge todas as relações humanas no capitalismo, com a universalização da forma mercadoria. Em suas atividades, as necessidades humanas ganham objetividade e se convertem em motivos (LEONTIEV, 1961/2017). Quanto maior o estreitamento das atividades, menor a possibilidade de que as necessidades se objetivem, inclusive porque são mediadas pelo valor de troca. Ou seja, a objetivação da necessidade (seu

⁴⁸ Montero (apud Martins, 2007), por sua vez, baseia-se em Seeman, sociólogo norte-americano.

encontro com o objeto) se dá mediante a compra deste objeto, sob a forma de mercadoria. Martins, L. M. (2005, p. 134) pondera que “Necessidades não objetivadas são necessidades frustradas, potencialmente geradoras de sofrimento psíquico, consequência direta da alienação entre a dimensão objetiva e subjetiva da existência individual”.

Nessa mesma direção está o argumento de Basaglia e Basaglia (1979/2005), já citado no primeiro capítulo. Para eles, o sofrimento advém de um desencontro entre as necessidades antagônicas do grupo social dominante e do indivíduo, cuja subjetividade reage e recusa o espaço restrito que lhe é concedido. E quando o sofrimento se expressa de maneiras irracionais e incontroláveis (resultantes de sua irrefreabilidade e da ausência de outras formas de comunicá-lo em alguns momentos), a etiqueta de ‘doença mental’ vem naturalizar sua origem social (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005, p. 297).

De algum modo, aparece nestes autores uma concepção do adoecimento como resistência à lógica opressora e violenta do capital, que institui regras, interdições, tabus, proibições, repressões; divisões de classe, de raça, de gênero; abusos de poder, injustiças e humilhações, violência organizada e permanente. Nesse processo, de impossibilidade de objetivar suas necessidades, estas podem se expressar de modo confuso “[...] para gritar a angústia, a fúria, a raiva, a cisão, a fratura; ou para chorar a impotência” (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005, p. 296).

Assim, parece-nos que o sofrimento psíquico pode advir tanto de uma tentativa de adaptação quanto de uma resistência à adaptação a uma norma que de algum modo entra em choque com as necessidades e motivos do indivíduo. No primeiro caso, vemos o exemplo de Lucila, que no esforço de construção de sua carreira profissional, foi se submetendo às exigências do banco, com metas quase inatingíveis e pressão na forma de assédio moral, o que gerou um intenso desgaste que culminou em uma depressão com importantes traços de ansiedade. No segundo, temos o caso de João, que também trabalhava no banco, já com um desgaste acumulado e sob o risco iminente de demissão, apresentou crises intensas, quase como uma forma – não consciente – de estabelecer seu limite.

Às determinações gerais da reprodução ampliada do capital sobre a subjetividade, somam-se as especificidades da acumulação flexível, marca do atual período do capitalismo⁴⁹. Conforme já discorremos no item 2.4 deste trabalho, as características desse período passam

⁴⁹ Não desconsiderar que, embora tais características passem a reger os processos de trabalho, as relações interpessoais e as relações subjetivas, nesse período combinam-se processos flexíveis, artesanais e tradicionais, inclusive do taylorismo/ fordismo, como esclarece Harvey (1989/2014).

pela aceleração no tempo da produção, da troca e do consumo, com consequente aceleração do ritmo de vida e encolhimento das barreiras espaciais (HARVEY, 1989/2014), o que leva a um aumento da velocidade dos processos sociais em geral, nas relações interpessoais e afetivas e na vida cultural, por exemplo (SOUZA, 2006). Assistimos à subsunção de todas as dimensões da sociedade ao metabolismo do capital, com o empobrecimento da participação social, estreitamento da vida familiar, do círculo de amigos e das práticas de lazer, reprodução de valores individualistas que fundamentam o aumento da competitividade e diminuição da solidariedade (VIAPIANA, 2017).

Há um aprofundamento dos processos de alienação, com a aposta em um envolvimento cooptado dos trabalhadores com a ideologia capitalista, levando a um tipo de cooperação pela disposição intelectual-afetiva dos trabalhadores, o que foi denominado por Alves (2011) de “captura da subjetividade”. É claro que essa captura, como já argumentamos acima, não se realiza sem resistências e contradições e envolve mecanismos nas instâncias produtivas e sociorreprodutivas (ALVES, 2011). Entretanto, a reação aos eventos da realidade sob a pressão da compressão do tempo-espaço (HARVEY, 1989/2014) nem sempre saem conforme um planejamento e podem sair ao controle dos indivíduos.

Esse conjunto de características que marcam as relações capitalistas atuais produzem processos críticos que se refletem em padrões de desgaste e reprodução dos mais diversos grupos sociais e, em nossa análise, contribuem para que os transtornos do humor figurem com importância no perfil epidemiológico atual, notadamente na classe trabalhadora.

Ainda a serem mais bem verificados e aprofundados a medida e o modo que tais aspectos participam na depressão e na bipolaridade, levantamos uma reflexão com base nas elaborações apresentadas. Parece-nos que os processos produtivos e reprodutivos da vida social vêm demandando um crescente dispêndio de energia a fim de realizar a atividade em questão, seja no próprio trabalho (como operar máquinas, atender pessoas, ensinar crianças, comunicar-se com os colegas etc.) ou em outros espaços da vida social (como cozinhar e limpar a casa, assistir um familiar doente, ir ao supermercado etc.). Arriscamos dizer que, com a intensificação, a mobilização dos processos psíquicos se acentua como forma de corresponder às exigências crescentes de aceleração e aumento do ritmo da vida em geral, o que combinado com a restrição do tempo e espaço de restauração leva a padrões de desgaste e reprodução em que os agravos em saúde mental se destacam.

Ademais, os padrões de desgaste e reprodução dependem dos modos de vida dos grupos dos quais a pessoa faz parte, já que as exigências sociais são diferentes para cada classe

social, para cada fração de classe, para cada categoria profissional, para cada gênero e etnia e assim por diante. Entre esses, a classe social tem centralidade, visto que determina a inserção social do indivíduo e suas determinações. Entretanto, ainda que com uma base em comum, os diferentes trabalhos concretos, por exemplo, motoristas, educadores, vendedores ou bancários, implicam em distintos padrões, com relação à jornada de trabalho, salário e acesso a bens de consumo, nível de escolarização etc. Mas em geral, mesmo entre os trabalhos concretos mais ‘manuais’, vemos uma demanda por maiores níveis de atenção e concentração, por exemplo, associada à aceleração que mobiliza intensamente os processos cognitivos incorrendo em maior desgaste psíquico.

Do mesmo modo, outros efeitos da alienação, como as diversas formas de violência – no trabalho, na vida doméstica e na vida social e comunitária – o machismo e o sexismo, o racismo, as variadas práticas de preconceito e discriminação, também contribuem para a sobrecarga psíquica. Isso ainda se agrava tendo em vista que também são efeitos da alienação a perda de relações de suporte e de laços comunitários, com a privatização da vida, a restrição de tempo e espaços de convívio e a competitividade que vai minando cada vez mais possíveis relações de solidariedade e deixando os indivíduos cada vez mais isolados.

Nessa direção, Ratner (1995) confirma que a origem dos processos de sofrimento psíquico está nas práticas societárias predominantes, que violam necessidades psicobiológicas e culturais. Ele identifica dois tipos de práticas debilitadoras, as eventuais e as normativas. Essa ideia de práticas normativas como fonte de adoecimento tem paralelo com o conceito de processos críticos. Como já trouxemos no segundo capítulo, em sua crítica à epidemiologia clássica, Breilh (2006) denuncia o viés ideológico da noção de que a doença advém da “exposição a fatores de risco”. Para ele, o adoecimento não é resultado da exposição eventual a fatores cuja nocividade seria apenas contingente, mas que a classe trabalhadora está submetida a processos destrutivos de sua saúde em caráter estrutural e permanente, o que corrobora com a elaboração de Ratner de práticas normativas adoecedoras impostas aos indivíduos.

Em nossa pesquisa, pudemos verificar a presença desses dois tipos de práticas debilitadoras – as eventuais e as normativas – nas histórias de depressão e bipolaridade das pessoas participantes. Sobre as situações sociais normativas duradouras, para citar apenas algumas, temos as associadas ao trabalho – bem evidentes nas histórias de Lucila com o assédio moral e Roberto com os assaltos repetidos aos ônibus em que trabalhava; aos papéis de gênero, claramente relacionadas com o processo de sofrimento de Gilberto, Leila e Suzana; a pobreza, que levou ao abandono da escola por quase todos os participantes da pesquisa, entre outras

situações de precariedade vividas; e mesmo as práticas psiquiátricas, que tiveram efeito deletério claro nas repetidas internações de Ivonete, João e Leila. Já entre os eventos desintegradores anômalos que precipitaram os transtornos do humor de nossos entrevistados, podemos mencionar a morte dos filhos, no caso de Rodrigo, sendo o mais significativo o daquele que foi assassinado, vítima da violência urbana; o estupro sofrido por Suzana pelo padrasto; a gravidez e o casamento no caso de Leila. Com esses exemplos percebemos que na depressão e na bipolaridade de cada pessoa estão envolvidas as duas formas de práticas sociais debilitadoras, sendo que cada uma ganha maior ou menor importância a cada momento de sua história de vida.

Em síntese, Ratner (1995, p. 209) assegura que

Práticas sociais destrutivas confundem, despersonalizam, desprezam e amedrontam as pessoas, despojam-nas do apoio e da estabilidade necessários, questionam a veracidade de suas ações e percepções, colocam-nas em situações contraditórias insustentáveis, coagem-nas a atividades não desejadas, corroem sua autoconfiança e interferem com seus poderes de raciocínio.

Tudo isso parece-nos respaldar a análise de que os processos críticos da sociedade atual – sobretudo os destrutivos – requerem altos níveis de disposição e energia biopsíquicas e que, diante da impossibilidade e/ou incapacidade de atender a essas exigências, apresentam-se às pessoas alguns cenários, dentre os quais, destacamos dois⁵⁰: 1) a renúncia ou resistência em mobilizar a energia requerida, característica da depressão; 2) a concessão estereotipada, desorganizada ou exagerada da energia requerida, característica da mania. Tanto uma quanto outra não se apresentam necessariamente de forma voluntária e consciente. Pelo contrário, em geral, como fruto da própria alienação, as pessoas não tomam consciência do desenrolar desses processos em suas personalidades e tais respostas são vividas de forma isolada, individual e incompreensível.

Assim, na depressão há uma diminuição do nível de atividade em geral, quase como uma paralisia diante da restauração impedida ou insuficiente para a intensidade do desgaste. Contudo, esse freio não é vivido sem conflitos. Em uma sociedade cujos valores de eficiência e produtividade são absolutos, a apologia da felicidade suprema reforça a busca por essa

⁵⁰ Destacamos esses dois por serem objeto desse trabalho, porém entendemos que outras formas de sofrimento também decorrem de aspectos característicos da sociabilidade capitalista, como a ansiedade ou o consumo de substâncias psicoativas.

felicidade, ainda que por meio de drogas psiquiátricas, e culpabiliza individualmente quem não a conquista. Diante do insucesso em se adequar a mais estas exigências, cresce o sentimento de impotência e desesperança, destituindo de sentido a própria vida. Aparicio (2017, s/p) denuncia essa questão ao tratar dos fatores sociais da depressão e do suicídio no México, ao dizer que

O transtorno depressivo e seu crescimento brutal parecem mais ser um sintoma de uma época que reflete a pouca esperança em relação ao futuro, causada pelas condições cada vez mais insustentáveis nas quais vive a classe trabalhadora. Não é de se espantar que este setor sinta um profundo desânimo e tenda à depressão crônica ou ao suicídio.

Na mania, ao contrário, ocorre um aumento geral no nível de atividade, conduzido para dois possíveis desenlaces bastante comuns: o primeiro como uma cessão às exigências sociais que acaba fugindo ao controle da pessoa (o que para outras pessoas se dá também induzida por drogas estimulantes, por exemplo); e o segundo como uma busca pela satisfação de suas próprias necessidades (ou pseudonecessidades), como uma forma de efetivar desejos e tendências não realizáveis fora da crise; impulsos ao mesmo tempo produzidos e interditados pela vida social. Tanto em uma quanto em outra, o nível de desorganização da atividade acaba por torná-la improdutiva, muitas vezes inclusive com prejuízos pessoais, conformando-se como uma obstrução aos modos de vida. Citamos alguns exemplos: compras excessivas, como satisfação de pseudonecessidades (a sociedade da forma mercadoria estimula e ao mesmo tempo impossibilita o acesso universal às objetivações humanas); atividade sexual aumentada, em busca de satisfação com condutas não realizadas fora do quadro de mania, por compor uma dimensão humana significativamente reprimida sob a moralidade predominante; tudo isso marcado por impulsividade e imediatismo, com pouca capacidade de planejamento e avaliação das ações; além de presença, em muitos casos, de angústia, pela falta de controle ou por ideias delirantes de caráter persecutório, por exemplo. Anteriormente vimos, por exemplo, o caso de Leila, que tinha um projeto de vida diferente do que era esperado de uma mulher, especialmente em sua geração, e tem esse projeto fracassado pela gravidez inesperada e pelo casamento indesejado. Depreende-se que unicamente por meio da crise de mania ela encontra a possibilidade de vivenciar um período que era por ela apreciado e acabou abreviado, a adolescência. Em nossa sociedade, as vivências de Leila que ocorrem na mania são patologizadas, pois são tidas como típicas da adolescência e ela encontra-se na idade adulta madura. Por exemplo, a priorização da comunicação íntima interpessoal (com as festas), a “pouca responsabilidade”, relações afetivo-sexuais instáveis. Ela mesma, no entanto, percebe

que essas condutas, por seu nível de desorganização, trazem prejuízos aos outros e também a ela, por exemplo, quando tem que fazer exames de DSTs depois de cada crise, visto que faz sexo desprotegido.

Ademais, é possível que a depressão e a mania sejam mais pontuais ou mais duradouras, ou seja, a pessoa pode apresentar essa forma de responder à realidade por uma única vez ou passar a uma condição recorrente ou persistente. A recorrência é entendida aqui como a apresentação reiterada desse conjunto de alterações com períodos menos críticos intercalados, mas ainda assim com evidentes consequências sobre a estrutura de motivos da personalidade. A persistência seria uma condição mais permanente ou constante, em que as alterações transformam ainda mais radicalmente a personalidade. Quando a recorrência ou persistência é apenas de alterações depressivas, temos o quadro unipolar de depressão e quando é de alterações depressivas e de mania, temos o quadro bipolar, segundo as classificações psiquiátricas.

Em ambos, a recorrência e persistência têm relação íntima com o quanto se consegue oferecer à pessoa em sofrimento as mediações adequadas, de suporte social e de modificação das situações normativas que produziram e/ou continuam a produzir o adoecimento; o quanto a pessoa é inserida em projetos de enfrentamento da fragilidade das relações interpessoais, marcadas pela competitividade, precariedade de tempo e diminuição das referências coletivas para lidar com as situações críticas da vida.

Em sentido oposto a essas mediações, o que em geral nossa sociedade mais oferece são tentativas de ajustamento às condições adoecedoras, em que cumprem papel ideológico as explicações naturalizantes e as prescrições de pílulas das quais se espera um efeito mágico. Não é de desprezar que os medicamentos alteram a bioquímica cerebral com efeitos potencialmente cronificadores, conforme os já citados estudos de Whitaker (2017). Mas, é importante ponderar que mesmo que os fármacos não tivessem nenhum efeito direto (benéfico ou deletério), que funcionassem como placebo, ainda assim, contribuiriam para a cronificação, visto que, ao se estabelecerem como única alternativa, ocultam os verdadeiros processos que precisariam ser enfrentados. Mantidos esses processos e os limites dos sujeitos enfrentarem-nos, mantém-se as alterações na personalidade. A cronificação da doença como reflexo da cronificação da vida.

Se entendemos a atividade em sua unidade afetivo-cognitiva, as obstruções nos modos de andar a vida produzidas pelo sofrimento psíquico envolvem o sistema psicológico como um todo. Cabe-nos entender, então, que tipo de reorganização ocorre nos sistemas psicológicos das pessoas na depressão e na mania.

6.2.2 As alterações na dinâmica da personalidade na depressão e na bipolaridade

Como explicado no terceiro capítulo, Vigotski (1929/2000) postula que as leis psíquicas nas psicopatologias são semelhantes às do desenvolvimento normal, entretanto, o papel que certos processos ocupam no sistema psicológico é que os diferencia. O autor explana também que os sistemas psicológicos – entendidos como as novas e mutáveis relações entre as funções psicológicas – se modificam, sendo que a direção dessas alterações é de fora para dentro, isto é, que os processos externos se convertem em processos internos (VIGOTSKI, 1930/1999b).

Na sociedade capitalista, podemos considerar que a principal determinação da desintegração da consciência e da personalidade é a alienação. Nas palavras de Martins (2007, p. 133),

A personalidade alienada, ou a alienação em seus níveis psicológicos, expressa-se como se fosse um *duplo* da pessoa. Que pouco a pouco ocupa seus gestos, suas reações, seus pensamentos e sentimentos, gerando a muda aceitação, a resignação e o conformismo da pessoa ou o seu fracasso, expresso em diferentes formas de sofrimento psicológico. Nesse sentido é que a personalidade se converte numa pseudoconcreticidade, numa máscara destinada a expressar papéis que as circunstâncias externas exigem.

Concordando com as elaborações de Zeigarnik, de que qualquer alteração psíquica deve considerar as modificações na atividade, consideramos fundamental analisar, no caso dos transtornos do humor, como as relações sociais alienadas modificam a personalidade, pela alteração do papel dos motivos, como tendências afetivo-volitivas da atividade. E se o central não é a alteração de uma ou outra função, mas as mudanças nos nexos entre elas (VIGOTSKI, 1930/1999b), empenhamo-nos em entender o papel dessa mudança afetivo-volitiva no conjunto da personalidade na depressão e na bipolaridade.

Portanto, sintomas isolados não são capazes de delimitar um quadro patopsicológico. Como argumenta Ratner (1995), a tentativa de categorizar os sintomas é equivocada, já que o mesmo comportamento pode se manifestar em problemas psicológicos muito diferentes e ao se concentrar no comportamento, acaba-se ocultando o problema psicológico e seu verdadeiro significado. Ratner (1995) recorre ainda à crítica de Vigotski a Kraepelin, condenando as nosologias que se baseiam em sintomas como entidades estáticas e abstratas e definidas por suas características fenotípicas.

Logo, a análise do desenvolvimento da personalidade na relação com a atividade e consciência é o ponto de partida para a compreensão do sofrimento psíquico em sua essência, para além da aparência. Acontece que, como bem sintetizou Calve (2013, p. 68),

A questão primordial que não nos pode faltar à compreensão é que, sob a lógica do trabalho alienado, não há liberdade real para o trabalhador transitar sua atividade de maneira mais plena, tendo impactos na constituição de suas capacidades e habilidades, impactos no seu desenvolvimento. Sua formação permanece substancialmente limitada às possibilidades reais do lugar alienado que ocupa na teia de relações sociais. Inclusive seus interesses, necessidades, inclinações e aspirações estão permeados pelo caráter classista inerente à sociedade capitalista. O lugar que ocupa o adulto trabalhador na sociedade lhe confere um tipo de desenvolvimento próprio, recortado, fragmentado, unilateral, ou seja, balizado pela divisão social do trabalho.

Mas, se consideramos a alienação a principal determinação da desintegração da personalidade, não quer dizer que sofrimento psíquico seja sinônimo de alienação. Isto é, na sociedade capitalista todos estamos subsumidos às relações sociais alienadas, mas nem todos estamos continuamente em sofrimento psíquico, entendido nos termos apresentados no primeiro capítulo, como obstáculos aos modos de andar a vida em que as mediações não dão conta de preservar a unidade e levam a pessoa a uma estagnação e à percepção ou sentimento da iminência de decomposição (KINOSHITA et al, 2016).

De acordo com Zeigarnik (1979, p. 109),

Falamos de alterações na personalidade quando, por influência da enfermidade, se estreitam no paciente os interesses, diminuem as necessidades, quando se torna indiferente àquilo que antes o inquietava, quando suas ações perdem sua finalidade, quando seus atos se fazem ilógicos, quando o homem deixa de regular sua própria conduta e não está em condições de avaliar adequadamente suas possibilidades.

A seguir, faremos a análise das alterações da personalidade tomando como base esses fundamentos. Nosso ponto de partida foi a organização proposta por Zeigarnik (1981), com o estudo das alterações no processo de mediação e hierarquia dos motivos, na formação de significações, no autocontrole do comportamento e na autoavaliação, com enfoque na depressão e bipolaridade. Em que pesem os limites de seus estudos no tocante à análise da determinação social do sofrimento psíquico, como apontamos no terceiro capítulo, consideramos que essa estrutura de análise de Zeigarnik contribui para evidenciar as principais questões que envolvem as regularidades captadas na pesquisa das histórias de vida.

Alteração no processo de mediação e hierarquia dos motivos

De acordo com a divisão social do trabalho e a reprodução da vida individual e familiar, cada pessoa realiza determinadas e variadas atividades, dentre as quais se destaca a atividade dominante, que rege o desenvolvimento naquele período. Para Leontiev (1961/2017), as atividades complexas respondem a vários motivos que atuam simultaneamente e assumem papéis psicológicos distintos, tendo para o sujeito um sentido multifacetário. Entretanto, como vimos nos relatos dos participantes da pesquisa, é muito comum que os motivos de sua atividade não sejam conscientes à pessoa, o que seria necessário para modificar a influência de um ou outro motivo sobre si (LEONTIEV, 1961/2017).

Leontiev (1978b) aponta ainda que a tomada de consciência dos motivos é um fenômeno secundário, surgido na personalidade no decorrer do desenvolvimento, sendo que, muitas vezes, se toma consciência dos anseios, desejos e tendências que levam ao objetivo da atividade e das ações e não dos motivos. Para buscar os autênticos motivos da atividade, Leontiev (1978b, p. 160) orienta que a pessoa faça o “caminho de volta”, baseando-se nas marcas emocionais dos acontecimentos. O autor exemplifica com uma pessoa que, a despeito da aparência de um dia bem sucedido, com várias ações exitosas, tem seu estado de ânimo afetado por um resíduo emocional desagradável. Ao observar retrospectivamente esse dia, tal pessoa lembra o momento em que a reação negativa emergiu e seu estado de ânimo adquire referência objetiva.

Considerando que nos transtornos do humor, os estados de ânimo, especialmente o depressivo, tornam-se mais prolongados e que o processo terapêutico em geral busca realizar esse “caminho de volta”, nos relatos foi possível verificar diversas situações que apareceram às pessoas como referência objetiva da alteração de seu humor, já levantadas anteriormente, como as condições de trabalho degradantes, situações de assédio, agressão e violência, morte de pessoas próximas, entre outras.

Ao examinar a personalidade, Leontiev (1978b) considera como um parâmetro de análise a hierarquização das atividades e de seus motivos. As hierarquias dos motivos quando desunidas entre si produzem psicologicamente uma vivência fragmentada da vida, cujas linhas motivacionais ora se apresentam em um campo, ora em outro (LEONTIEV, 1978b).

Martins (2007, p. 94) explica que

A compreensão de si ou o “re-conhecimento” permanente que o processo de personalização demanda exige o confronto mediado pela consciência entre atividades e motivos, sem o qual se torna impossível a organização da atividade em torno de motivos vitais ou tendo em vista o atendimento de motivos geradores de sentido para a vida.

Assim sendo, a desarticulação entre atividades e motivos, ou a inexistência desta unidade na personalidade, cria as condições internas para que o homem viva fragmentariamente, em consonância com motivos-estímulos em detrimento dos motivos vitais. (MARTINS, 2007, p. 122)

Conforme sistematiza Silva (2014), para Zeigarnik, a estrutura de motivos é responsável pela manutenção da estabilidade da personalidade e sua modificação pode levar à desestruturação da personalidade. Silva (2014, p. 211) esclarece que, para Zeigarnik, certas situações podem levar a determinados sintomas e comprometer a personalidade e a saúde mental a depender das condições de vida da pessoa e de como essas interferem em sua estrutura da atividade e em sua motivação.

No que diz respeito às alterações dos motivos da atividade, Zeigarnik (1981) levanta dois problemas com base em seus estudos clínicos: 1) a formação de uma necessidade patologicamente modificada; 2) a alteração da hierarquia dos motivos.

A análise das necessidades deve ser feita por seu conteúdo concreto e, quando destituídas de objetividade (quando não encontram o objeto), muda o sistema de necessidades que se formou no transcurso da vida. Ou seja, a personalidade se altera com a alteração da estrutura da necessidade condicionada socialmente. A necessidade se torna menos mediada e assimilada, perdendo seu lugar na estrutura de motivos e modificando sua função significadora (ZEIGARNIK, 1981, p. 200).

Nas palavras de Zeigarnik (1981, p. 160-161),

Nos enfermos se altera não somente o conteúdo das necessidades e motivos, senão também sua estrutura: todos eles se fazem mais imediatos. [...] A alteração da hierarquia e mediação dos motivos significa a perda da complexa organização da atividade humana. A atividade perde seu traço especificamente humano: de motivada se converte em impulsiva.

Ao versar sobre o sofrimento na atividade docente, Silva (2007) coloca que a modificação na estrutura de motivos não leva necessariamente ao comportamento impulsivo, mas em ações encerradas no cotidiano alienado, com a criação de novos motivos ou pela transformação de motivos compreensíveis em apenas eficazes. Além disso, a autora alerta que mesmo com o controle consciente da hierarquia dos motivos é possível a emergência do

sofrimento psíquico, quando o indivíduo tem consciência do distanciamento ou da oposição entre sentidos e significados. Ou seja, é possível que o reconhecimento das condições de alienação de sua atividade seja também fonte de sofrimento para a pessoa.

Ainda de acordo com Silva (2007, p. 196), “A atividade tem maior probabilidade de gerar sofrimento e/ou adoecimento se ela for a principal forma como o indivíduo se relaciona com essa realidade (atividade principal) num determinado momento do desenvolvimento psíquico”. Entretanto, mesmo que não seja a atividade principal, quanto mais central na hierarquia de atividades e motivos da pessoa, cresce o potencial de produzir sofrimento psíquico.

Na análise das histórias de vida dos participantes de nossa pesquisa, foi possível notar que o processo de adoecimento se relacionava com a desestruturação daqueles que se constituíam como os aspectos mais centrais de cada personalidade, que respondiam a um tipo de necessidades. Por exemplo, para Leila, assim como já analisamos, a crise de mania evidencia um retorno ao projeto da adolescência, que foi interrompido pela gravidez e casamento. De algum modo esse projeto parece estar ainda no centro de sua estrutura motivacional, relacionando-se com alguns interesses atuais aceitos socialmente e expressos fora de suas crises – como o retorno aos estudos – e outros interesses condenados socialmente em seu meio, expressos apenas em momentos de crise – como o exercício mais livre da sexualidade, a dança, a despreocupação com casa e filhos. Em Gilberto, vemos que sua personalidade foi se constituindo em torno de motivos que pudessem afirmar sua masculinidade diante do pai e irmãos, com os quatro casamentos e os sete filhos, por exemplo. Ao mesmo tempo, a comunicação emocional aparece com centralidade entre suas atividades, tanto ao se queixar de relações pouco afetuosas, como com os filhos e ex-esposa, quanto ao evidenciar a importância da relação afetiva com o neto e com Dalva ou ao comentar o papel de seus escritos sobre os próprios sentimentos desde a adolescência. No caso de Suzana, o casamento foi motivado por algo extrínseco à relação que era se afastar do padrasto e da violência sexual. Com o nascimento dos filhos, o cuidado a eles dispensado foi se colocando como um centro organizador de sua hierarquia de motivos, estimulando-a a trabalhar fora de casa quando foi necessário, por exemplo. Ao mesmo tempo, fazia com que ela se submetesse à condição do casamento, mesmo quando violentada pelo marido, para que os filhos tivessem um pai e pela necessidade financeira. Entretanto, mesmo o cuidado dos filhos que se constituía para ela como um motivo predominante, foi perdendo sua força incitadora, diante das recorrentes situações de agressão e violência vivenciadas. Aquilo que antes motivava não só perdeu a força incitadora como foi se

tornando hostil, fazendo com que Suzana hoje tenha verdadeira repulsa por relacionamentos afetivo-sexuais e pelos homens em geral.

Com isso, queremos destacar que quando o que é mais central na hierarquia de motivos da personalidade é afetado negativamente, há maior impacto no processo de sofrimento. Além disso, dado que em nossa sociedade há um estreitamento das atividades de acordo com sua posição de classe, há maior dificuldade também em substituir as atividades ou vivências mais críticas que levam ao desgaste intenso. Zeigarnik (1981) previne que na enfermidade psíquica, há também o desaparecimento de motivos de longo prazo. Quando agregamos a isso o fato de que nossa sociedade já suprime a possibilidade de planejamento de longo prazo a boa parte das pessoas, vemos que em condições de alienação é frequente que muitas pessoas sequer constituam esse tipo de motivos, como vimos entre nossos entrevistados.

De acordo com Leontiev (1961/2017), as necessidades humanas se manifestam subjetivamente como desejos e tendências e que, ao se objetivarem, se convertem em motivos estímulo, ou apenas compreensíveis, e motivos realmente eficazes ou geradores de sentido. Quando o objeto da atividade é alienado, parece-nos que aumentam os obstáculos para que os motivos se tornem eficazes. De todo modo, toda atividade é motivada, ainda que a pessoa não tenha consciência de seus motivos.

A esse respeito, temos a seguinte passagem de Vigotski, em que ao analisar o desenvolvimento do pensamento e da linguagem, esclarece o papel da motivação.

O próprio pensamento não nasce de outro pensamento mas do campo da nossa consciência que o motiva, que abrange os nossos pendores e necessidades, os nossos interesses e motivações, os nossos afetos e emoções. Por trás do pensamento existe uma tendência afetiva e volitiva. Só ela pode dar a resposta ao último porquê na análise do pensamento. Se antes comparamos o pensamento a uma nuvem pairada que derrama uma chuva de palavras, a continuar essa comparação figurada teríamos de assemelhar a motivação do pensamento ao vento que movimentava as nuvens. A compreensão efetiva e plena do pensamento alheio só se torna possível quando descobrimos a sua eficaz causa profunda afetivo-volitiva. (VIGOTSKI, 1934/2001, p. 479-480)

Vigotski (1934/2001) chama essa causa profunda afetivo-volitiva de motivo, mostrando que para entender o pensamento, não basta observar as palavras pelas quais ele se expressa, mas há que entender sua motivação, o que o movimenta, que não pode estar senão na relação com sua atividade.

Entendemos que a estrutura motivacional da personalidade é fundamental para entender as alterações da depressão e da bipolaridade, visto que diz respeito à dimensão afetivo-volitiva da atividade, central nesses transtornos do humor.

Para Gomes (2011 apud MONTEIRO, 2015), aquilo que afeta movimentando ou não a atividade, o faz porque se relaciona com os motivos construídos na história da vida de cada pessoa em particular, a partir das mediações estabelecidas com a realidade. Monteiro (2015) explica que, de acordo com Leontiev (1978b), a relação das emoções e sentimentos com o motivo da atividade gera a unidade entre a estrutura motivacional da personalidade e os aspectos emocionais da atividade, o que produz uma seleção afetivo-volitiva dos motivos que a direcionam. O que confere direção às atividades são, portanto, suas linhas motivacionais, que orientam os vínculos com a realidade de acordo com a hierarquia das atividades em relação aos seus motivos (MARTINS, 2007).

O objeto da atividade é o seu motivo real (LEONTIEV, 1978b), afeta a pessoa, estimulando e servindo de ânimo à atividade. Blagonadezhina (1969) considera que a intensidade das emoções e dos sentimentos depende do significado que os objetos e fenômenos que os motivam têm para a pessoa, das exigências que o sujeito tem para consigo e do estado em que se encontra uma necessidade em um dado momento.

Segundo Martins (2004, p. 90),

Os estados emocionais do homem possuem uma história de desenvolvimento, pois em decorrência da complexificação da atividade humana foram também se complexificando e sofrendo diferenciações, adquirindo uma dimensão motivacional na medida em que sustentam o sentido do experimentado, podendo por esta razão tanto organizar quanto desorganizar a atividade.

Para Blagonadezhina (1969, p. 365), os estados de ânimo são estados emocionais mais ou menos prolongados que dão um colorido determinado a todas as outras vivências do indivíduo. São motivados por acontecimentos distintos que tenham alguma significação para a pessoa e são influenciados também pelas sensações físicas, pela condição de saúde, de cansaço ou de descanso. Embora suas causas possam não ser conscientes, quando são considerados imotivados, depende sempre de causas determinadas.

Além dos estados de ânimo que estão relacionados com as condições de um momento dado, os indivíduos se caracterizam por seus distintos *estados de ânimo mais ou menos gerais e constantes*, dependentes do caráter das vivências afetivas que dominaram em sua experiência passada. Em umas pessoas predomina o estado de ânimo alegre a animoso; outras, pelo contrário,

tem inclinação à depressão, à tristeza, à pena. (BLAGONADEZHINA, 1969, p. 366)

Para a autora, tal inclinação viria das experiências passadas, não sendo, portanto, insuperável. Para conservar um bom estado de ânimo, mesmo em condições desfavoráveis, seria necessário conseguir fins de importância vital.

Nos transtornos do humor percebemos que as alterações envolvem centralmente a motivação – o que dá ânimo – à atividade, em decorrência dos processos críticos que demandam respostas e produzem desgaste à pessoa, questões discutidas no tópico anterior. No caso da depressão, o motivo vai perdendo sua função estimuladora, passando a uma função apenas sinalizadora, isto é, não são eficazes a ponto de impulsionar a atividade (ou grande parte das atividades da pessoa). Isso irá refletir em uma diminuição da energia (do estado de ânimo), o que decorre em uma diminuição no nível de atividade em geral. Ou seja, há uma negação desse motivo extrínseco, gerador de sofrimento, mas sem o advento de outro motivo que incite a atividade, levando a uma inação. Com origem em diferentes determinações possíveis, como uma frustração repetida em atender às necessidades a partir de motivos apenas compreensíveis (casamento e cuidado com a casa), a ocorrência de eventos desintegradores (estupro, perda dos pais e dos filhos) ou um desgaste acumulado (assédio moral, agressões físicas e verbais, condições de trabalho degradantes), por exemplo, os objetos deixam de mobilizar a atividade. Essa, que poderia ser uma alteração temporária na mediação dos motivos na atividade, pode tornar-se ‘crônica’, a depender de como se organizem os vínculos com o mundo, as relações e as possibilidades sociais de reorganizar a estrutura motivacional e suas mediações. No caso da mania, esses mesmos processos também ocorrem – desgaste psíquico mais intenso que a reprodução, frustração advinda de condições alienadoras, eventos desintegradores. Porém, aqui, os objetos não deixam de incitar a atividade, mas podem surgir novos motivos que substituem os anteriores. Essa alteração na hierarquia de motivos, contudo, não se dá de forma consciente ou gradativa. Em razão do grau de sofrimento e fragilidade dos sujeitos, os novos motivos dominantes só podem ser aqueles mais espontâneos, reacionais, efêmeros, que conseqüentemente passam a impelir uma atividade impulsiva, acelerada e desorganizada, que fragmenta as vivências subjetivas. Tanto na depressão como na mania, percebemos uma diminuição na função mediadora e volitiva dos motivos. Assim, nos transtornos do humor, predomina uma estrutura psíquica menos mediada. No quadro depressivo, as linhas motivacionais tornam-se mais débeis. Na bipolaridade, há menor estabilidade, pela alternância

entre os quadros de depressão e mania. Ainda assim, como já discurremos antes, prevalecem os quadros depressivos, mas com dinâmica diferente da depressão unipolar.

Pondera-se que os estados emocionais adquiriram uma dimensão motivacional que fundamenta o sentido das vivências, de modo que organizam ou desorganizam a atividade a depender da sanção positiva ou negativa dos motivos da atividade (MONTEIRO, 2015). De acordo com Blagonadezhina (1969), a tensão emocional – que está relacionada a momentos fundamentais e críticos da atividade – carrega consigo um processo ativo de preparação para atuar, uma concentração da atenção e uma atividade mental aumentada. Contudo, às vezes pode levar a um estado de inibição, a uma desorganização da conduta, o que impede a fixação da atenção.

Parece-nos que as pessoas que estão envoltas por tensão emocional e cujas experiências são avaliadas de forma negativa ou cujas necessidades não satisfeitas estão acompanhadas por afetos negativos, estão mais sujeitas a alterações em seus estados de ânimo, ou seja, aos transtornos do humor. Deve-se levar em conta, como dito antes, aquilo que foi se constituindo como mais importante para cada pessoa, sua estrutura motivacional e sua dimensão emocional.

Na sociedade atual, como esclarecem Malaguty e Rossler (2015), sob a égide do toyotismo, há um aumento dos motivos-estímulo, o que tem um duplo efeito: estimula a atividade e é sentido pelo trabalhador como carga. Para ilustrar, eles tratam da cooptação emocional do trabalhador, que ao inculcar a noção da empresa como uma família, levam a um maior vínculo alienado com o trabalho e à convicção ideológica de que o aumento da produtividade lhe traria benefícios, por exemplo.

Ademais, temos o imediatismo como uma das marcas da acumulação flexível, tanto nas atividades como nas relações interpessoais, nos pensamentos e sentimentos. Esse imediatismo contribui para que a estrutura de atividade da personalidade se organize de forma mais espontânea e com menor autodomínio, predominando os motivos estímulo ou ineficazes. Com base nisso é possível entender que a atual forma de organização das relações de produção capitalistas favorece a emergência da depressão e da bipolaridade, como duas manifestações de sofrimento psíquico.

Um último aspecto a ser destacado ainda neste tópico é que, na relação com a reorganização alterada da hierarquia de motivos na depressão e na bipolaridade, modificam-se também os interesses. Segundo Leontiev (1961/2017, p. 51), “O interesse é a direção determinada que têm as funções cognoscitivas para os objetos e fenômenos da realidade”. Com

a obstrução nos modos de andar a vida presentes na depressão e na bipolaridade, há um estreitamento de interesses. Vemos no relato de Lucila os efeitos desse estreitamento, que aparecem para ela como uma inevitabilidade decorrente da natureza das relações interpessoais.

Justamente. Na verdade, assim, foi um pacote. Porque aos poucos, aos poucos, eu não estava me sentindo bem lá, sabe. E foi um pacote, pessoas e situações, eu não sei tudo certo o que aconteceu, como aconteceu e deixou de acontecer. Eu só sei que hoje eu quero bastante distância de pessoas. Pessoas, assim, sabe, eu quero distância. Dependendo de pessoas, eu tenho vergonha, não consigo mais olhar pras pessoas de frente, sabe. É como se tivesse fazendo tudo errado. Dependendo do que a pessoa fala, eu acho que já tá acertando em mim. Então, daí eu digo assim pra você, pra mim não ficar guardando remorso de ninguém, pra eu não precisar ficar marcando ninguém, porque a gente acaba marcando né. Você também não vai gostar se alguém te der um tabefe na cara, você não vai gostar de ver essa pessoa sempre na sua frente né. Uma, que você não vai revidar, mas você não vai querer a pessoa perto. Então eu fico longe, me afasto, me afasto, com certeza, das pessoas. E às vezes, eu tô vendo, assim, que meu mundo tá ficando pequeno. E tá. É minha culpa? É, claro que é. Mas eu não consigo mudar. Eu não consigo mudar nada. E outra, de viver de aparência, eu não sei. Ou é ou não é. Viver de aparência não é comigo. E é isso. O problema são pessoas, pessoas que acertam a gente. (Lucila)

Os interesses dependem das relações com os objetos da realidade e dos vínculos do indivíduo com o mundo. Se a atividade está imotivada e/ou desorganizada, deixa de acontecer ou acontece de forma fragmentária. Cabe lembrar que há um estreitamento de atividades e possibilidades proveniente da divisão social do trabalho e da alienação das objetivações culturais. Com isso, a classe trabalhadora, ainda que de forma heterogênea em suas frações, já tem limitado o círculo de motivos em seu desenvolvimento e restritos os interesses e relações nas quais se ampara. Assim, quando está em jogo ou se perde alguns desses, a personalidade se desestrutura, originando ou aprofundando o sofrimento psíquico.

Em síntese, nos transtornos do humor, entendemos que há centralmente uma alteração da dimensão afetivo-volitiva da atividade – seu motivo – o que acarreta em alterações nos nexos dos sistemas psicológicos. Embora as funções psicológicas não se alterem de forma essencial, em decorrência da mudança na hierarquia de motivos, a atividade psíquica como um todo se modifica, conforme a alteração basal do estado de ânimo – para a depressão ou para a mania.

A seguir, buscaremos entender como isso se expressa na consciência das pessoas, pela relação entre sentido e significado.

Alteração na formação de sentidos pessoais

Leontiev (1978b) argumenta que a atividade – externa e interna – do sujeito está mediada pelo reflexo psíquico da realidade, que no ser humano ganha uma forma qualitativamente nova, a consciência. A consciência humana depende de seu modo de vida e para estudá-la é necessário observar como se formam as relações vitais humanas nas condições sociais históricas e que estrutura engendra estas relações. Então, a estrutura da consciência se transforma com a estrutura da atividade e as particularidades psicológicas da consciência individual só podem ser compreendidas em sua vinculação com as relações sociais nas quais o sujeito está inserido (LEONTIEV, 1978a; 1978b).

A consciência é analisada por Leontiev (1978a) a partir de seu conteúdo sensível, dos significados e dos sentidos, como já apresentado no terceiro capítulo. Aqui, interessa-nos enfocar como o significado vai adquirindo sentido pessoal nas vivências e, mais, como o sentido pessoal vai se esmorecendo com o sofrimento psíquico. Para Leontiev (1961/2017), o significado psicológico de cada ação depende de seu motivo, do sentido que tem para a pessoa.

O motivo predominante é o que conduz à formação de sentido e ocupa uma posição hierárquica superior em relação aos motivos que cumprem função de estimulação suplementar. As relações entre os motivos e as finalidades são consideradas decisivas no plano psicológico e são essas relações que passam por modificações quando se trata da relação entre o significado e o sentido (LEONTIEV, 1978b).

De acordo com Zeigarnik (1981), o que proporciona o caráter de atos conscientemente regulados à atividade humana é a união de duas funções de sua motivação: a incitadora e a significadora ou significativa. Quando a função significativa do motivo se torna débil, este perde sua força incitadora e se transforma em motivo apenas conhecido, levando a uma alteração da atividade. Além disso, pode haver um estreitamento do círculo de formações significativas. Isto é, o motivo, mesmo que conservada alguma força incitadora, atribui sentido a um círculo menor do que antes. “O resultado é que muito do que antes tinha para o enfermo sentido pessoal (por exemplo, o estudo, o trabalho, a amizade, as relações com os pais, etc.) o vai perdendo paulatinamente. Em consequência, se perde também a força incitadora do motivo” (ZEIGARNIK, 1981, p. 167).

Embora Leontiev (1961/2017, p. 50) afirme que “A atividade que não tem um motivo geral e amplo carece de sentido para o indivíduo que a realiza”, entendemos que as

atividades não têm como estarem totalmente destituídas de sentido, visto que na consciência da pessoa se estabelece alguma relação – ainda que alienada – entre seus motivos e fins. Se as atividades são polimotivadas, para que elas se realizem é necessário que algum dos motivos tenha uma função significativa para que seja incitadora e conduza à formação de um sentido pessoal, por mais estreito e específico que seja. Não obstante, conforme evidenciado por Zeigarnik (1981), é possível que o motivo vá perdendo essa função significativa que leva à formação de sentido, chegando, no limite, ou em uma ausência de atividade, nos casos mais graves de depressão, ou em uma atividade desorganizada em relação aos motivos, nos casos de mania, por exemplo.

Consideramos que tais alterações caracterizam os transtornos do humor. Na depressão, por exemplo, mesmo que a pessoa saiba que precisa se levantar da cama, sair para trabalhar ou estudar, realizar certas ações e atividades, ela não as faz, dado o estreitamento na formação significativa do motivo e sua conseqüente redução como força incitadora, incorrendo em uma diminuição no nível geral de atividade da pessoa. Na mania, por mais que a atividade continue acontecendo e em relação com os motivos constituídos em sua personalidade, ocorre uma desorganização em sua hierarquia. Parece que distintos motivos passam a assumir força incitadora, mesmo sem uma formação significativa tão sólida, segundo certas linhas motivacionais mais estáveis, levando a um aumento do nível da atividade de forma estereotipada e desorientada.

O que torna a força incitadora de um motivo maior ou menor está relacionado com o quanto este motivo mobiliza afetiva e cognitivamente a atividade. Como vimos reiterando, a dimensão afetivo-cognitiva depende das situações e contextos da história de vida da pessoa na relação com seus grupos sociais.

Leontiev (1978b, p. 121) atesta ainda que na consciência do indivíduo os significados não existem em geral de outro modo que realizando uns ou outros sentidos e que, na luta ideológica da sociedade de classes, os sentidos pessoais podem se tornar estereotipados, por não encontrarem certos significados objetivos e às vezes ficarem como que “vestindo roupa alheia”. Por isso, a consciência individual está plena de dramatismo, criado pelos sentidos que não podem se expressar em significados adequados, e por trás do qual se oculta o drama da vida real.

Se o psiquismo se constitui como a imagem subjetiva da realidade objetiva, quando temos uma realidade cuja lógica apoia-se na acumulação privada da riqueza produzida socialmente em detrimento do desenvolvimento humano, essa imagem subjetiva se constitui

de forma contraditória e perpassada pelos conflitos da realidade. Assim, “A alienação econômica engendrada pelo desenvolvimento da propriedade privada conduz também à alienação, à desintegração da consciência dos homens” (LEONTIEV, 1978b, p. 29).

Martins (2004, p. 89) sintetiza essas formulações:

com a divisão social do trabalho as relações entre significado e sentido pessoal não são necessariamente coincidentes, observação fundamental no estudo da personalidade. A ruptura entre significados e sentido pessoal determina uma mudança na estrutura interna da consciência própria da sociedade de classes desenvolvida. Nela o trabalhador aparta-se de seu próprio trabalho e a sua atividade vai deixando de ser para ele o que ela é de fato. Por este processo, pode ir se estabelecendo uma absoluta discordância entre o resultado objetivo da atividade e o seu motivo, acompanhada conseqüentemente do descompasso entre seu conteúdo objetivo e seu conteúdo subjetivo, descaracterizador dos mais elementares sentimentos humanos. Esta ruptura se traduz psicologicamente na desintegração da unidade da consciência, outrora garantida pela compatibilidade entre significados sociais e sentido pessoal, dando origem ao aparecimento de uma relação de alienação entre eles.

Este desencontro, que se converte em antagonismo, contribui decisivamente para a desintegração da consciência, ainda que aqui não se esteja falando em termos patológicos. Quer dizer que, no mais das vezes, o motivo que mobiliza a atividade (no caso do trabalho, o salário por exemplo) é externo à própria atividade. Psicologicamente, a ideologia mediada pelo sistema conceitual parece favorecer a incompreensão dessa desintegração, levando a vivências subjetivas que se manifestam como sofrimento.

Ainda assim, a depender do modo como se organiza certa sociedade e suas correspondentes formas de consciência social, variam também as vivências dos indivíduos na relação com os respectivos processos críticos, destrutivos e protetores.

Ratner (1995), com base em Kleinman, examina o conceito de depressão e conclui que, em diferentes sociedades, ainda que haja uma palavra equivalente para a depressão ou para a angústia, o modo como essa emoção é vivenciada varia em grupos distintos, com visões particulares sobre o eu, o corpo, as relações sociais, o comportamento normal e a doença. O autor continua citando estudo de Draguns de 1974, no qual se apresenta a distinta sintomatologia de norte-americanos e europeus, cujos valores protestantes do individualismo, autocontrole, racionalismo, ativismo e introspecção são prevalentes e de latinos católicos, que teriam herdado valores de vida em comum, aceitação do inevitável e da autoridade superior. Entre os norte-americanos, por exemplo, haveria um predomínio de distorção e elaboração ideacionais, além de pensamentos obsessivos, intelectualização, culpa e autoreprovação,

enquanto que entre os latinos haveria uma supressão do esforço cognitivo, com preponderância de queixas somáticas, falta de sono e obesidade⁵¹.

A nosso ver, esses estudos reforçam a tese da unidade afetivo-cognitiva da atividade, posto que o sistema conceitual reflete valores sociais que são apropriados pelas pessoas por meio da linguagem. Com isso, há também a apropriação de certos modos de afetar e ser afetado, que incidem em certas alterações da personalidade. Baseado em Kleinman e Good e Good, Ratner (1995, p. 234), declara que “[...] os sintomas não são expressões arbitrárias de distúrbio psicológico. Têm raízes em valores, crenças, autodefinição, emoções e motivos. Toda a experiência com doença está saturada de significação cultural e expressa o caráter social da consciência”.

Ao discorrer sobre o desenvolvimento da linguagem, Vigotski fala sobre o predomínio do sentido sobre o significado na linguagem interior. Segundo o autor,

[...] o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata. Como se sabe, em contextos diferentes a palavra muda facilmente de sentido. [...] O sentido da palavra, diz Paulham, é um fenômeno complexo, móvel, que muda constantemente até certo ponto em conformidade com as consciências isoladas, para uma mesma consciência e segundo as circunstâncias. (VIGOTSKI, 1934/2001, p.465-466)

Os significados, e ainda mais os sentidos, se modificam, o que depende do modo como o motivo afeta a pessoa e, portanto, do sistema conceitual e das relações interpessoais (que levam às intrapessoais).

Assim, uma sociedade que não oferece projetos de futuro que contemplem possibilidades de desenvolvimento integral e realização pessoais e coletivas para a imensa maioria das pessoas, mas apenas a uma pequena parcela que constitui a classe dominante e reduzidos extratos da classe trabalhadora, não apenas estreita os motivos como também limita a formação dos sentidos. No limite, a destituição de sentido dos motivos da atividade leva à perda de sentido da vida, levando ao desejo de morrer ou ao planejamento da própria morte. Isso se torna especialmente evidente nos índices de suicídio em geral, mas mais especificamente entre jovens, que teriam ainda longa expectativa de vida, frustrada a tal ponto que não

⁵¹ Atualmente, ainda vemos certa reprodução dessa mesma distinção sintomatológica em estudos no Brasil que tipificam conforme a classe social, como em Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008), citado anteriormente, ao afirmarem que a baixa renda aumenta a chance de transtornos mentais comuns.

conseguem vislumbrar possibilidades para além da morte de si⁵². De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2017), cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano no mundo, e a cada suicídio há pelo menos outras 20 tentativas de suicídio. Entre os jovens de 15 a 29 anos já figura como a segunda causa de morte. No Brasil, segundo o mapa da violência, a taxa de suicídios na faixa etária de 15 a 29 anos era de 4,4 por 100 mil habitantes em 1980 passando a 5,6 em 2014, com um crescimento de 27,2% (ESCÓSSIA, 2017). Isso representa, em números absolutos a 2.898 suicídios de jovens de 15 a 29 anos em 2014. E se de um lado os jovens têm tirado a própria vida, também são as principais vítimas de homicídio, chegando a quase 60% dos casos de morte com armas (WENTZEL, 2017). Com base nisso é possível deduzir que a falta de sentido pessoal entre os jovens tem relação com a falta de perspectivas de vida que a sociedade lhes oferece na atualidade.

Apesar de não haver uma correspondência direta entre os suicídios e os transtornos do humor, observamos que de modo geral sua determinação é comum, radicando nos traços da vida social. Ademais, a ideação e planejamento suicidas são muito comuns na depressão e apareceram de forma importante em nossa pesquisa de campo.

Na depressão, a falta de sentido para a vida determinada pela intensa alienação da vida social aparece na forma de falta de energia e desânimo, visto que o que mobiliza a energia é o sentido. Assim como a própria vida, esse processo não é vivido sem contradições e conflitos. Entre os participantes de nossa pesquisa, vemos que Lucila construiu um projeto de vida baseado no sucesso profissional como um motivo predominante. Por um período, vivenciou diversos processos destrutivos no trabalho e outros que poderiam ser identificados como protetores, em prol desse projeto. Entretanto, a não correspondência entre seu esforço e o respectivo reconhecimento e as situações de humilhação vivenciadas foram minando sua estrutura de motivos, até que o trabalho foi perdendo seu motivo central e desvanecendo de sentido, até que se tornou hostil, não sendo possível para ela suportá-lo. A relação afetiva e de cuidado com os pais constituía outro núcleo importante de sua personalidade, motivando-a em diversas atividades e a perda de ambos aprofundou a desorganização e dificultou a

⁵² Nosso objetivo não é dissertar sobre o tema do suicídio, mesmo porque outros autores já o fizeram de forma consistente em nossa perspectiva. Algumas produções sobre o tema: Suicídio: uma análise psicossocial partir do materialismo histórico-dialético, de Berenchein Netto (2007); Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho, organizado por Barreto, Berenchein Netto e Pereira (2011); Educação, saberes psicológicos e morte voluntária: fundamentos para a compreensão da morte de si no Brasil colonial, de Berenchein Netto (2012).

reorganização de sua estrutura motivacional. Com o afastamento do trabalho e a perda dos pais, Lucila deixa de ansiar qualquer possibilidade de futuro, ainda que se sinta apoiada pelo marido e filhos. Temos também o caso de Roberto, que não tem qualquer projeto de futuro e que afirma frequentemente que está apenas “fazendo peso em cima da terra”. Com isso, ele denuncia sua existência esvaziada pelo intenso processo de desgaste, resultado dos diferentes trabalhos a que precisou se submeter desde a infância. Nem mesmo a relação afetuosa e de cuidado com a filha o impediu de tentar o suicídio durante a realização de nossa pesquisa, já que ele não considerava qualquer possibilidade de melhora.

Os motivos vão perdendo seu lugar na hierarquia das atividades e deixando de mobilizá-las. Portanto, conforme aponta Zeigarnik (1981), a redução dos motivos leva a um empobrecimento da atividade da pessoa, o que, por sua vez, leva à não formação de novos motivos.

Na mania, diante das crescentes exigências da vida social, há um aumento geral da atividade, com maior energia e ânimo. Contudo, como resultado da aceleração inexecutável, há também uma desorganização da conduta, com a passagem de uma atividade a outra, muitas vezes sem finalizá-las, além de uma correspondente aceleração e desorganização do pensamento e da fala. Com isso, torna-se mais difícil a manutenção da função significativa do motivo, com impacto também em sua força incitadora, que por sua instabilidade, deixa de estimular certa ação o que leva em seguida a uma outra, e assim sucessivamente.

Paradoxalmente, presumimos que em alguns casos o próprio sofrimento psíquico ganha sentido pessoal, motivando a pessoa em atividades que reforçam o lugar do sofrimento como centro de sua personalidade. Por exemplo, Rodrigo que, em razão da perda dos dois filhos, especialmente depois da morte violenta do filho mais velho, estreita a tal ponto o círculo de motivos que passa a ter dificuldade em realizar qualquer atividade. Inicialmente ainda era tomado pela ideia de vingança, o que o estimulava a assistir a filmes com este tema. Depois passou a centrar-se de forma quase resignada nessa dor, o que leva a uma desatenção frequente com o mundo ao seu redor, exceto quando está mais persecutório, ilustrando bem os versos de Leminski “Não me toquem nesse dor/ Ela é tudo o que me sobra/ Sofrer vai ser a minha última obra”. Assim, evita traçar planos de futuro e repete que está à espera da morte, enquanto se automutila e autoagride. No caso de outros, como Lucila e Roberto, o reconhecimento do adoecimento garante o afastamento do trabalho, principal fonte de seu desgaste e sofrimento. Uma melhora poderia significar um retorno a essa atividade que representa para eles um conjunto de processos destrutivos.

Para finalizar este item, a questão dos sintomas psicóticos presentes na depressão e na mania, tratada aqui de forma muito mais breve do que sua complexidade exigiria. Sabe-se que nos casos mais graves, as pessoas apresentam alucinações e delírios. Como já apresentado no primeiro capítulo, na depressão surgem delírios de conteúdo negativo e alucinações com conteúdo depressivo, enquanto na mania são de conteúdo positivo, de grandeza e importância social. Em ambas, vemos também a presença de ideias ou delírios persecutórios (DALGALARRONDO, 2008). A presença desse tipo de alteração também mexe com a função significativa dos motivos, muito embora as alucinações e delírios se caracterizam por sua correspondência com o humor alterado e com as situações vividas e preocupações da pessoa.

Ressalte-se também que o nível de consciência ou de senso crítico sobre o conteúdo psicótico pela pessoa reflete no grau de sua desorganização psíquica e permite o estabelecimento de ações muito variadas. Quando a pessoa consegue ter consciência de que determinadas percepções são alucinatórias, por exemplo como relatado por Roberto, que sabia que era algo que "está em sua cabeça", torna possível manter algum nível de autodomínio sobre si, mesmo com essa perturbação.

Alteração no autocontrole do comportamento

De acordo com Zeigarnik (1981), a alteração no autocontrole do comportamento é uma das mais claras manifestações de alteração da personalidade, revelando uma falta de sentido crítico sobre o comportamento, que pode se manifestar em processos como o raciocínio, a percepção, a avaliação equivocada da própria personalidade e falta de crítica sobre suas vivências psicopatológicas.

A alteração do autocontrole do comportamento se caracteriza pela incapacidade de atuar de forma premeditada, de controlar seus atos e corrigi-los e de adequá-los às condições reais (ZEIGARNIK, 1981).

No extremo, a impossibilidade de avaliar a si mesmo e aos demais, estudada por Zeigarnik (1981), acaba impedindo a atividade dos enfermos, já que esta carece de sentido, sendo substituída por atos destituídos de motivo significativo. Isso teria como consequência, a destruição radical da estrutura da atividade.

No entanto, esta alteração pode se manifestar de formas muito distintas, sendo que algumas pessoas podem ficar desinibidas enquanto outras inativas (ZEIGARNIK, 1981). Em

nossa pesquisa, verificamos essas distinções, bem como diferentes níveis de autocontrole, inclusive na mesma pessoa conforme o momento de sua vida e de seu processo de sofrimento.

O autocontrole da conduta constitui-se de um processo mediado que permite a escolha no processo volitivo. De acordo com Vygotski (1931/2000, p. 300), “[...] a vontade se desenvolve, é um produto do desenvolvimento cultural da criança”. Para ele, os princípios e meios do autodomínio não se diferenciam no fundamental do domínio sobre a natureza e recorre a Engels para concluir que o autodomínio compreende conhecer as próprias necessidades e motivações para escolher conforme as possibilidades reais. Assim, a conduta não seria incitada apenas por estímulos exteriores, mas autodeterminada por meio da autoestimulação.

Vygotski (1931/2006a) refere os estudos sobre a histeria de Kretschmer para explicar o surgimento da vontade na idade de transição e sua desintegração na histeria. Kretschmer (apud VYGOTSKI, 1931/2006a) argumenta que a psique imatura é muito propensa às descargas afetivas impulsivas e, particularmente, aos mecanismos hipobúlicos.

Na vida psíquica primitiva, a vontade e o estado afetivo seriam idênticos. “Cada afeto é, ao mesmo tempo, uma tendência, e cada tendência adquire os traços do afeto” (VYGOTSKI, 1931/2006a, p. 170).

Ao trazer essas elaborações, Vygotski (1931/2006a, p. 171-172) chama-nos a atenção que

[...] o novo, que está subjacente ao desenvolvimento de todas as funções psíquicas nesta idade [da adolescência] é a vontade dirigida a um fim que domina o afeto, o domínio da própria conduta, de si mesmo, a capacidade de estabelecer objetivos à própria conduta e alcançá-los. Contudo, saber estabelecer objetivos e dominar a própria conduta exige, como temos visto, uma série de premissas, a mais importante entre elas é o pensamento por conceitos.

Segundo Kretschmer (apud VYGOTSKI, 1931/2006a), a superestrutura volitiva superior que suplanta a organização direta e impulsiva da vida volitiva da criança se libera na histeria, passando a conduzir-se de acordo com as leis primitivas. A isso ele denomina de hipobulia. Vygotski (1931/2006a) concorda, mas afirma que na histeria a relação entre a atividade de pensamento e a vida afetiva se inverte e a pessoa deixa de conduzir seu próprio pensamento tal como não é capaz de dirigir seu comportamento em geral. O autor alerta que “a desintegração da função superior vem a significar, em sentido convencional, a regressão a um estágio de desenvolvimento superado geneticamente” (VYGOTSKI, 1931/2006a, p. 170).

Luria (1932 apud SILVA, 2011) segue na mesma direção considerando que a chave para o entendimento das formas desorganizadas de comportamento envolve a estrutura dos processos afetivos assim como a desorganização dos afetos tem como base os processos ativos do comportamento. O autor observa que a regressão dos afetos a estágios primitivos, característica das psicopatologias, leva a um quadro de destruição dos processos de regulação da atividade, desvinculando-se das demais funções, com o predomínio da emoção sobre o comportamento (LURIA, 1932 apud SILVA, 2011).

Nesse caso, significa que se regride no autodomínio sobre a vida afetiva já alcançado, tornando-a mais impulsiva. Pensamos que este processo está presente na depressão e na bipolaridade, especialmente manifestos em seus momentos críticos, de agudização da crise de depressão e de mania. Os entrevistados trouxeram diversos exemplos relacionados com essa impossibilidade de dominar e modificar os próprios afetos e de serem tomados por emoções mais impulsivas, o que repercute sobre o conjunto dos sistemas psicológicos.

Quando estes processos desenrolam-se em meio a relações sociais alienadas, o domínio sobre a natureza e o autodomínio encontram obstáculos importantes determinados por sua inserção social de classe. O desenvolvimento do pensamento conceitual que permite a capacidade de abstração, por exemplo, devido às obstruções à apropriação cultural, é limitado para parte considerável das pessoas. Essa questão ficou evidente em nossa pesquisa de campo e envolve um conjunto de aspectos, que vão desde a saída precoce da escola para contribuir com sustento da família até os trabalhos precarizados, com baixas exigências de qualificação.

A alienação, com o controle externo sobre seu trabalho e sua vida em geral, ao contrário de promover o desenvolvimento do autodomínio, acentua os processos destrutivos que vão dizimando as possibilidades de controle sobre si. Na atual fase da acumulação flexível, com a extorsão crescente de energia vital pelo capital, há uma coação permanente para ultrapassar os próprios limites biopsíquicos, conduzindo à aceleração exagerada e ao desgaste, que favorecem a depressão e a mania.

É aqui que vemos que os argumentos de Kretschmer, apresentados por Vygotski (1931/2006a), parecem ter um limite importante, com certa naturalização dessa regressão psíquica na histeria, que difere da linha argumentativa de Vigotski. Partindo da premissa da unidade biológico-social do desenvolvimento humano, consideramos a determinação social dos transtornos do humor. Como vimos no segundo capítulo, os estudos da psiquiatria dedicam-se a explicá-los tendo como centro um componente biológico. Entre esses, destacamos aqui os que

atribuem a depressão e a bipolaridade a uma propensão temperamental, referendando uma causa biológica e inata. Não foi possível aprofundar essa questão, mas segue uma reflexão inicial.

A relação entre o temperamento e o humor data de longo tempo. Desde a Antiguidade, eram identificados quatro tipos de temperamentos – sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico – que originaram a teoria grega dos humores, sistematizada por Hipócrates (LEITES, 1969).

Em seus estudos sobre a personalidade, a Psicologia Histórico-Cultural reconhece o temperamento como uma de suas qualidades psíquicas, ao lado das capacidades e aptidões e do caráter (SMIRNOV et al, 1969). O temperamento tem como sua base fisiológica a força, equilíbrio e mobilidade da atividade nervosa superior, que combina as qualidades principais e mais constantes da excitação e da inibição (LEITES, 1969).

De acordo com Martins (2007, p. 93), o temperamento tem como traços as qualidades que sustentam o aspecto dinâmico da atividade psíquica do indivíduo, representando seus aspectos mais estáveis, biologicamente arraigados e muitas vezes herdados. A autora faz uma interessante analogia para explicar essa propriedade da personalidade, comparando o temperamento ao curso de dois rios. Enquanto um transcorre por um vale em um terreno pouco acidentado, outro flui entre pedras, desníveis e estreitamento. a característica do curso de cada um depende de certas condições naturais que encontram, fazendo-se mais plácidos ou mais agitados.

Para Petrovski (apud MARTINS, 2007, p. 95-96), algumas propriedades se apresentam como fundamentais na determinação das características psicológicas do temperamento: 1) a sensibilidade: caracterizada pela velocidade no surgimento das reações psíquicas frente a influências de pouca intensidade ou força; 2) a reatividade: que representa a força com que se reage emocionalmente a influências fortuitas; 3) a atividade: que refere o grau de energia com que a pessoa sobre o mundo exterior para realizar seus objetivos e enfrentar obstáculos; 4) o ritmo de reações: diz respeito à velocidade em que transcorrem as reações e processos psíquicos; 5) a plasticidade/ rigidez: representa a facilidade ou dificuldade da pessoa em adaptar-se a mudanças externas; 6) a extroversidade/ introversidade: refere-se ao surgimento de reações e atividades na pessoa a depender das impressões exteriores de uma situação ou de representações e ideias (interiores) sobre essa situação. Martins (2007) pondera que essas propriedades podem combinar-se de inúmeras formas e essa combinação caracteriza o temperamento de cada pessoa.

Embora o temperamento seja dotado de disposições neurofisiológicas e bioquímicas e de qualidade emocional que predispõem o indivíduo a realizar determinada atividade de determinado modo (MARTINS, 2007), reitera-se que “A conduta das pessoas não é determinada pelo temperamento senão pelas condições sociais de vida, pelo sistema de relações do indivíduo com a realidade” (LEITES, 1969, p. 460).

Leontiev (1978b, p. 139) ratifica que o temperamento não pode ser tomado como a base sobre a qual a personalidade se constrói, ainda que lhe seja uma premissa. Mas é o sistema de relações do indivíduo com o mundo que põe de manifesto a força, debilidade ou equilíbrio dos processos nervosos e determina a diversidade do papel do temperamento na formação da personalidade.

Isso fica bem explicado na seguinte passagem de Leites (1969, p. 455):

[...] o temperamento do indivíduo pode mudar sob a influência das condições de vida e de atividade. As particularidades do temperamento não estão condicionadas somente pelas qualidades naturais do sistema nervoso. Dependem das influências às quais o indivíduo está constantemente submetido no curso de sua vida; dependem da educação e do ensino. Com frequência o temperamento muda com a idade. (LEITES, 1969, p. 455)

Assim, evidencia-se que um processo em princípio biológico, que é considerado como central na explicação dos transtornos do humor, passa por importantes mudanças ao longo do desenvolvimento cultural dos indivíduos, na dependência do autodomínio dos processos psíquicos.

Parece-nos que contribuem na reflexão sobre o autocontrole da conduta, os estudos de Luria sobre as reações emocionais humanas em situações conflituosas. Tais estudos, como explica Tuleski (2011), ocorreram antes de sua associação a Vigotski, entre suas incursões na psicanálise. Apesar do uso de conceitos e métodos como o inconsciente, a associação livre e a hipnose, Luria já aponta para o papel da linguagem no controle do comportamento, a noção de sistemas funcionais e a gênese histórico-social das funções superiores humanas (TULESKI, 2011).

Com base em uma série de experimentos, realizados em situações artificiais e naturais da vida, Luria analisa a relação entre as emoções fortes e respostas verbais e motoras, dos quais conclui que as formas humanas de comportamento não podem ser explicadas por leis neurodinâmicas simples. Nos estágios iniciais de desenvolvimento da criança, verificou-se um caráter difuso dos processos neurodinâmicos, com uma tendência a reações mais diretas. Com

o desenvolvimento de mecanismos psicológicos superiores apropriados da cultura, desenvolve-se a capacidade de regulação das reações emocionais, sobretudo pela linguagem (LURIA, 1932; TULESKI, 2011).

[...] as formas complexas de organização e desorganização do comportamento humano não podem de modo nenhum ser explicadas como um simples jogo de processos neurofisiológicos, já que nenhum fenômeno da neurodinâmica elementar pode elucidar aquelas configurações de comportamento integrado específico para o ser humano como sujeito social. É mais provável que a neurodinâmica elementar, observada no ser humano, seja compreensível apenas pela análise das formas mais elevadas de comportamento organizado ligadas às funções psicológicas criadas culturalmente, como, por exemplo, o comportamento envolvido no trabalho, fala e operações complexas indiretas. (LURIA, 1932, p. xii)

Na busca de entender o papel das reações afetivas em situações de conflito, Luria conclui que no comportamento cultural do adulto haveria uma *barreira funcional* entre as duas fases da atividade – do sistema receptivo-conector e do efetor – o que permite uma preparação para a atividade sem uma transferência direta da excitação para a área motora. No processo de desorganização do comportamento humano – exemplificado pela neurose – haveria uma destruição dessa barreira funcional e conseqüente inabilidade para isolar o conflito da esfera motora (TULESKI, 2011).

Tuleski (2011, p. 34) observa que para Luria, “a investigação dos distúrbios afetivos não devia se limitar à descrição dos sintomas e dos casos patológicos, e sim passar ao estudo da origem da desorganização e os sistemas que têm papel decisivo em sua configuração”, o que seria possível pela análise da relação entre os sintomas e não por seus elementos decompostos.

Sobre as alterações na estrutura do comportamento durante o afeto, Luria enuncia que um distúrbio afetivo gera uma desorganização do comportamento ativo, com destruição involuntária dos movimentos voluntários (TULESKI, 2011).

O afeto, portanto, ao alterar a estrutura dos processos reativos humanos, destrói o comportamento organizado e converte o processo reativo em algo difuso. Os testes experimentais, segundo Luria (1992), demonstraram que, a cada mudança da estrutura dos processos reativos que ocorrem quando em conflito, isto é, quando colidem tendências opostas, há uma quebra da *barreira funcional* que transforma a reação em estado difuso de excitação. (TULESKI, 2011, p. 37)

Sobre a desintegração desses sistemas levar ao retrocesso a estágios anteriores do desenvolvimento, Luria alertava que não se trata de uma reversão simples, já que as formas superiores de comportamento não são destruídas, mas cumprem um papel pervertido.

Isto é, em toda destruição se esperava, necessariamente, um retorno a alguma das fases anteriores de desenvolvimento, mas essas manifestações, em que reapareciam as formas arcaicas, eram naturalmente diferentes em pessoas com níveis culturais diferentes, atividades e características diferentes. (TULESKI, 2011, p. 37-38)

A natureza das barreiras funcionais, para Luria, não seria puramente orgânica e natural, mas com origem no desenvolvimento cultural, como resultado de mudanças nas estruturas dos processos psicofisiológicos (o que não significa morfológicos) pela inclusão em ambientes sociais, pela aquisição da fala, do uso de instrumentos e pela transição para novas formas culturais de comportamento. Desse modo, seria possível compensar mesmo defeitos sérios na estrutura morfológica do aparato nervoso por meio de mudanças funcionais de caráter psicofisiológico (TULESKI, 2011).

A barreira funcional, nos termos enunciados por Luria, permite ao ser humano o autocontrole da conduta. Os atos voluntários são produzidos não de forma direta, mas por meios indiretos – internos ou externos – que permitem a reconstrução dos processos psicológicos. O desenvolvimento cultural permite o desligamento das necessidades imediatas e a superação dos comportamentos impulsivos.

Luria já atentava aqui para o papel ativo da pessoa na tentativa de dominar e controlar seu comportamento diante das situações de conflito que exigem reações emocionais, o que seria feito utilizando-se de meios culturais. Isso se relaciona, portanto, com a questão do controle voluntário ou intencional do comportamento humano.

Com base nessa reflexão, entendemos que nos transtornos do humor haja uma regressão a estados emocionais mais primitivos, pela quebra da barreira funcional. Suspeitamos ainda que possa haver um retrocesso a um temperamento de base, próprio de estágios anteriores com menores níveis de autocontrole. É possível observar esse descontrole nos relatos abaixo.

Eu reajo como um fósforo acendendo. É horrível isso. E tem hora, que pra controlar, não dá pra controlar. (João)

Sim, a gente agride. Ah, a última crise que eu tive, eu cheguei até o posto de saúde, eles me colocaram lá na maca, eu não conseguia ficar deitada. Irritada, né. Queria andar, andar, andar. Aí minha filha me colocou sentada

do outro lado da mesa, assim, do médico e ela ficou sentada no lugar do paciente. Aí eu digitei algumas coisas ali, nada a ver, e ela começou a fazer umas perguntinhas pra mim, pra ver se tirava alguma coisa de mim. Não sei o que passou pela cabeça dela. Tem 23 anos. Eu vi as pernas subindo/ subi em cima da mesa, joguei por cima da cabeça dela, assim. Aí ela me deu um grito. Aí choveu de médico em cima. Antes disso não tinha médico pra atender a gente (risos). Aí mandaram a gente lá pro (hospital psiquiátrico) Bom Retiro. Mas é terrível. [...] A gente fica bem agressiva. Só com injeção/ até a gente/ não sei se ele costuma falar assim também (refere-se ao João), sossega leão. Aí a gente dorme. (Leila)

Ah, quero quebrar tudo... tem que vir gente me segurar, senão eu quebro tudo. Quero me suicidar. Tem que vir gente me segurar, senão eu cometo loucura. (Renato)

Teve uma vez que eu tava bem quente da ideia, daí eu não sabia o que fazer, sabe, que a mão fica assim, as duas assim, eu lembro que eu me arranhei tudo aqui, assim. E daí, pra ninguém ver, eu joguei o cabelo na frente. Mas é, são momentos de você estourar com alguma coisa, sabe. Já teve uma vez que, que eu fiquei correndo na, tipo na sacada de casa, correndo, correndo, correndo, fiquei uma meia hora correndo ali, correndo e roçando na parede, correndo e roçando na parede. E pergunta daí, pior que roçou tudo o braço. E pior que a gente não sente nada quando a gente faz essas coisas, sabe. Que não sente dor, não sente... não sente o que tá... Por quê? Porque a gente tá muito alterado. O troço parece que é mais judiado do que se alguém chegasse e batesse em você, sabe. Porque assim, você não sente se você tá se machucando, você só vai sentir que se machucou depois, depois, depois. E daí que você viu que você fez coisas que não devia. E daí você vai esconder? Por quê? Pra ninguém ver que você fez arte (fala entrecortada). Muitas vezes eu pensei "O que eu tô fazendo aqui?". Muitas (choro). (Lucila)

Eu sei quando eu tô em crise, daí eu corro atrás. Mas eu não consigo me descabelar, ser agressivo, essas coisas. Se você gritar comigo, eu fico paralisado, eu não consigo reagir às situações. Isso não é de hoje. Foi sempre assim desde criança, sabe. Eu apanhava muito do meu irmão mais velho, apanhava dos meus pais, os meus irmãos brigavam. E eu sempre calado. (Gilberto)

É preciso observar ainda que, atualmente, uma resposta comum das ciências e profissionais de saúde para lidar com essa ausência de autodomínio da conduta nas alterações de humor é o uso de fármacos, por meio dos quais se pretende a conquista artificial desse autocontrole. Entretanto, consideramos que se não acompanhados de outras mediações mais efetivas que busquem reconstruir a barreira funcional com a apropriação de ferramentas culturais, a tendência é de se produzir a dependência do fármaco sem correspondentes avanços na autonomia pessoal.

Os participantes da pesquisa relataram algumas estratégias utilizadas para buscar manter ou recuperar o autocontrole:

Foi a última vez. Faz mais de um ano [da tentativa de suicídio]. E assim, tem sempre alguém junto comigo, né. Sempre tem alguém junto ali, ou é minha amiga, ou é minha sogra, ou é minhas crianças, ou é meu marido, então tem sempre alguém junto ali, tentando me dar uma força. (Lucila)

Ultimamente, que nem eu falei pra você, eu tô conseguindo manter pelo menos alguma coisa. Que eu vejo quando eu tô muito atacada, ou eu vou na casa da minha amiga, ou às vezes eu pego e vou dormir, sabe. Eu ligo a televisão, ponho a televisão em qualquer outra coisa que faz com que eu fixe os olhos ali, sabe, daí eu fico quietinha, me enrolo na coberta e fico. Daí vem o gato, sobe em cima, o gato sossega bastante, sabe. (Lucila)

[...] em todas as crises que eu tive, eu só saí da crise por motivo de filho. E sempre minha irmã chegava pra mim e: "ó, cê tem que melhorar pra você cuidar da tua filha", que hoje tá com 23 anos, né. Aí eu ficava lá, "ah, tem que melhorar, tem que melhorar", ficava com aquilo na cabeça, e assim ia indo até conseguir, né, sair daquela crise. E, ela nasceu em 92, aí eu saí da primeira crise pensando na primeira filha. Aí depois no Bernardo, tá com 14 anos. Tive umas crises lá, ele já tava com três, não lembro com quantos anos ele tava. Aí sempre, sempre a mesma coisa, "ó filho tá precisando de você, tátá tátá". Eu: "ah mesmo". Aí cai, né, a gente tem essa. Aí agora a caçulinha. Eu tive crise esses tempinho atrás, né. Aí a minha filha mesmo veio me dizer que: "ó, você sabe que a Laura precisa de você. (risos) Você tem que sair dessa". (Leila)

Vimos que as estratégias aqui destacadas passaram pela mediação de outras pessoas, coerente com a premissa do desenvolvimento interpessoal para o intrapsíquico, com a busca de ajuda de familiares ou da equipe de saúde nos momentos em que se percebe saindo do controle.

Alteração na autoavaliação

Embora não figure entre as alterações da personalidade listadas por Zeigarnik (1981) em seu capítulo correspondente, incluímos esta alteração aqui por sua importância nos transtornos do humor.

Com base em estudos de F. Hoppe, discípulo de K. Lewin, que relacionam o nível de pretensões de uma pessoa diante de tarefas com diferentes níveis de dificuldade, outros psicólogos realizaram pesquisas experimentais, entre as quais Zeigarnik (1981) destaca a de E.

A. Serebriakova. Nestes experimentos, Serebriakova observou as distintas reações afetivas das pessoas diante do êxito e do fracasso e determinou que a formação da autoavaliação e da confiança em si mesmo dependem da atividade do indivíduo e das condições de vida reais, bem como da opinião dos demais (ZEIGARNIK, 1981, p. 34). Com base nisso, ela definiu classes de autoavaliação: 1) autoavaliação estável, adequada; 2) autoavaliação inadequada, insuficiente: quando a pessoa se coloca poucas metas por julgar que não tem possibilidade de alcançá-las e quando fracassa culpabiliza a si, frequente na depressão; 3) autoavaliação inadequada, superavaliação: a pessoa estabelece um alto nível de aspirações mesmo sem realizações necessárias em sua vida ou sem possibilidades de alcançar suas metas, diante do fracasso mostra afeto de inadequação, culpando os outros ou se justificando, presente na mania; 4) autoavaliação instável: flutuação da autoavaliação ao longo do tempo ou com subavaliação em um sentido e superavaliação em outro, presente também na bipolaridade (ZEIGARNIK, 1981; ALVAREZ, 2003).

Como sintetiza Alvarez (2003, p. 19), “Falamos de alteração da autoavaliação quando não há correspondência entre o nível de aspiração e as realizações ou as possibilidades do sujeito para alcançar os objetivos, ou quando não reage adequadamente ante o êxito e o fracasso”.

A alteração da autoavaliação parece-nos ter seu fundamento na avaliação social dos indivíduos dos diferentes grupos e classes sociais. A hipervalorização do individualismo, da ideologia meritocrática do “self made man”, da fama e poder conduzem à busca subjetiva por estes valores. Por isso, não consideramos fortuito que na mania essas tendências de nosso tempo apareçam de forma exacerbada, com ares de arrogância e grandeza. Ao mesmo tempo, como relatado pela técnica de referência de João, que presenciou algumas de suas crises de mania, ele não apresentava sentido crítico a respeito dessa alteração, com uma autoavaliação inadequada, por exemplo, ao considerar que teria poderes para salvar as pessoas e o mundo. De outro lado, essa mesma sociedade institui o assédio moral como política de gestão para aumentar a produtividade e a intensificação, necessárias à reprodução ampliada do capital na atual fase da acumulação flexível. Entre as estratégias utilizadas no assédio moral está a humilhação pública e o ataque à personalidade (SOUZA, 2011), por exemplo com o questionamento sobre sua competência, ocorrido com Lucila repetidas vezes, levando a uma alteração da autoavaliação quando passa a duvidar das próprias capacidades. Desse modo, a vivência cotidiana implica um conflito permanente para a personalidade, entre buscar ser “um vencedor” pelas “próprias

forças”, um “empreendedor”, “alcançar as metas”, e se deparar permanentemente com limites, submissões, repressões, humilhações.

Malaguty (2013) especifica que, na sociedade capitalista, os trabalhadores têm suas personalidades constituídas de forma parcial e alienada, pois está fundamentada em relações de exploração.

Ou seja, as contradições da sociedade se fixam e se incorporam na estrutura da personalidade. Com seu desenvolvimento parcializado, os sujeitos têm dificuldades materiais de construir motivos gerais e superiores e a vida humana se reduz a satisfação de necessidades cotidianas, de consumo, que visam apenas à manutenção da sua própria vida. [...] Em relação à atividade do trabalhador sob a gestão toyotista, esta forma de gestão estreita ainda mais os vínculos do trabalhador com o mundo, de modo em que esse está mais do que nunca atrelado ao trabalho alienado, ou seja, em uma realidade que o opõe e o submete. (MALAGUTY, 2013, p. 147)

Para Leontiev (1978b, p. 176-177), a consciência sobre si é resultado de comparação, de análise e de generalização e representa o conhecimento sobre si, com a delimitação das propriedades externas e as do próprio sujeito. Já a autoconsciência implica a tomada de consciência do “eu” para além do conhecimento sobre si, compreendendo o sistema de relações em que se insere a pessoa (LEONTIEV, 1978b; MARTINS, 2004). Se o desenvolvimento da personalidade é fragmentado e obstruído pelas relações de exploração, assim o é também com a consciência sobre si e a autoconsciência, processos envolvidos na autoavaliação.

6.2.3 Os momentos críticos como marcos na alteração da dinâmica da personalidade

Até aqui, passamos pelas determinações gerais da sociedade capitalista em sua fase atual sobre as alterações da personalidade manifestas como transtornos do humor, com ênfase nas alterações na hierarquia de motivos, na formação de sentido, no autocontrole da conduta e na autoavaliação. Neste item, nosso objetivo é abordar os momentos de crise e suas viradas qualitativas.

Consideramos que as crises são resultantes de processos cumulativos, que culminam em momentos críticos de reorganização da personalidade, caracterizados pelo sofrimento psíquico. Ou seja, diferente do processo de desenvolvimento, em que a reorganização interfuncional conduz a neoformações que levam a novas capacidades, habilidades, interesses, necessidades e motivações genérico-universais, nas alterações

patológicas, caracterizadas pelo sofrimento psíquico, há obstruções, que levam à estagnação do desenvolvimento e à desintegração da personalidade. Não obstante esta obstrução tenha suas raízes na alienação social da vida, mesmo sob relações alienadas ainda há desenvolvimento, em uma relação tensa e contraditória. Já no sofrimento psíquico essa estagnação é mais acentuada e vivida subjetivamente de forma mais intensa e paralisante, não enquadrada às normas dessa vida social.

Tencionamos, neste tópico, estabelecer uma relação, ainda bastante preliminar, entre as crises de desenvolvimento enunciadas por Vigotski e os momentos críticos do processo de sofrimento psíquico.

Silva (2014, p. 129) levanta como hipótese em seu trabalho o surgimento de neoformações patológicas no decorrer do desenvolvimento humano, resultantes de processos de desintegração e/ou formas alteradas de desenvolvimento, o que não pode ser visto como natural ou fruto da maturação, nem como desagregação causada por um colapso puramente biológico do organismo, mas como um processo regido por leis sócio-históricas. A autora traça um paralelo com as reestruturações sistêmicas dependentes da situação social do desenvolvimento e das exigências sociais postas à criança, as quais incorrem em neoformações na transição de uma idade a outra. Nas psicopatologias haveria alterações dos nexos interfuncionais com retrocesso em algumas conquistas do desenvolvimento. Como exemplo, Silva (2014) traz o surgimento de relações mais complexas entre os processos sensoriais e motores, analisadas por Vigotski, que vão ganhando independência no decorrer do desenvolvimento e estabelecendo relações com outras esferas da personalidade. Entretanto, em situações de tensão emocional, é possível que se retome a estrutura mais primitiva com uma conexão mais direta entre os estímulos sensoriais e os impulsos motores.

Isso demonstra a diferença entre as crises do desenvolvimento e os momentos críticos do sofrimento psíquico. Conquanto ambas tenham semelhanças, por se tratarem de situações críticas, de virada e transformação qualitativa, estão em sentidos inversos, como bem ilustra Vigotski (1930/1999b) ao comparar a idade de transição ou adolescência com a esquizofrenia: “Na verdade, a esquizofrenia e a idade de transição estão em relação inversa. Na primeira, observamos a desintegração das funções que se criam na idade de transição e ainda que se cruzem na mesma estação vão em direções contrárias”.

Para Vigotski (1933/2006d), a essência de toda crise do desenvolvimento está na reestruturação da vivência interior e radica na mudança de suas necessidades e motivos. À criança passam a interessar coisas novas, surgem novas atividades e sua consciência se

reestrutura. Na crise dos sete anos, por exemplo, se generalizam pela primeira vez as vivências ou os afetos e aparece a lógica dos sentimentos, ou seja, as vivências adquirem sentido e surgem novas conexões entre elas (VYGOTSKI, 1933/2006d). Vygotski (1932/2006c, p. 299) salienta ainda que “todas as idades críticas se distinguem por um desenvolvimento impetuoso da vida afetiva e pela aparição do afeto da personalidade própria”. A impetuosidade da vida afetiva parece-nos um ponto em comum entre as crises de desenvolvimento e os momentos críticos dos transtornos do humor.

Na psiquiatria, a crise é entendida como a agudização da sintomatologia psiquiátrica (FERIGATO, CAMPOS, BALLARIN, 2007), ou ainda como uma situação de grave disfunção que ocorre em decorrência da doença (AMARANTE, 2007). Assim, a crise seria parte do curso natural da doença na maior parte dos transtornos mentais, que vão se tornando crônicos e mais graves a cada crise. Em contrapartida, no campo da reforma psiquiátrica brasileira, a crise é entendida de forma mais ampla. Ferigato, Campos e Ballarin (2007) recuperam de Knobloch a ideia da crise como uma experiência insuportável, de perda de sentido, sem suporte. Amarante (2007) adverte que a crise é um processo social, entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem o outro, sejam familiares, amigos, vizinhos, desconhecidos – entre outros, como colegas de trabalho, chefias, profissionais de saúde. "Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica" (AMARANTE, 2007, p. 81-82).

Ferigato, Campos e Ballarin (2007) sintetizam ainda alguns parâmetros que, conjugados, identificam uma crise: grave sintomatologia psiquiátrica; grave ruptura no plano familiar e/ou social; recusa do tratamento; recusa obstinada de contato; situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las; vivência subjetiva da crise e sua singularidade para o sujeito. A crise é observada pelo profissional de saúde como uma situação que não pode se prolongar tal como está, sem acarretar sérios danos para a saúde, a segurança e as perspectivas de vida e futuro da pessoa. Diferente da perspectiva psiquiátrica, que investe na supressão imediata da crise por seu caráter destrutivo, as autoras apontam para uma potência intrínseca ao momento de crise, por entenderem que este momento oferece uma oportunidade de transformação e de desvio (FERIGATO, CAMPOS, BALLARIN, 2007).

A despeito de algumas ressalvas sobre a posição das autoras citadas, de valorização excessiva do aspecto positivo da crise, concordamos que a crise pode se apresentar como um

momento contraditório, ao mesmo tempo como entrave e oportunidade de reorganização psíquica. Entrave, pois é um momento de sofrimento grave da pessoa, que sem as mediações apropriadas podem levar a uma desorganização intensa. Oportunidade, pois na crise se revelam questões centrais para a pessoa, tanto por sinalizar alguns processos críticos limite como pela possibilidade de reorganizar sua dinâmica psíquica e seu entorno para enfrentá-los.

No que diz respeito às manifestações da crise, a depressão e a mania apresentam diferenças substanciais. Leila, que apresenta crises bem demarcadas de mania e períodos depressivos, os descreve em alguns momentos de seus relatos.

a crise é isso, a euforia e a tristeza. Mas a crise, não, a crise, pra mim, é a euforia, mesmo. [...] atrapalha porque eu incomodo todo mundo, né. Parente, vizinho, tudo, geral. Se eu tiver trabalhando, é... atrapalho o ambiente de trabalho. (Leila)

É. Quando eu tô com crise de depressão, de ficar muito isolada, eu não vou internada, eu me isolo dentro de casa mesmo. (Leila)

Ah, da euforia, a gente já falou bastante né, de ficar agitada, que fica sem noção, no meu caso, eu só penso em divertir, às vezes beber, eu como já tive... usei droga uma época aí, às vezes dá vontade de usar droga, mas às vezes se segura, às vezes não segura. (Leila)

Nas pessoas com depressão, as crises se expressam como momentos de intensificação da angústia e do desânimo, da sensação de desespero e falta de sentido na vida, o que comumente leva ao desejo de morrer ou mesmo a tentativas de suicídio.

Já nas pessoas com bipolaridade, aparecem diferentes formas de crise. As pessoas apresentam crises depressivas, como as acima relatadas, mas também crises de mania. Em alguns dos entrevistados estas crises são mais bem demarcadas, já em outros não tão evidentes.

Essa diferença traz repercussões distintas sobre a personalidade, já que na depressão, há uma polarização mais constante do humor e estado de ânimo, com raros períodos de melhora, enquanto na bipolaridade há uma alternância. Fato é que os momentos críticos reorganizam a hierarquia de motivos da personalidade em torno de dadas características, entre as quais interessa-nos aqui particularmente as denominadas de depressão e de bipolaridade.

Para analisar as crises de depressão e de mania, consideramos fundamental observar três questões: a das manifestações características; a da determinação; e a capacidade social de oferecer suporte.

Sobre as manifestações características, para além do já descrito acima, consideramos que há pontos em comum com os períodos críticos do desenvolvimento identificados por Vigotski. Para ele, as idades críticas caracterizam-se por 1) uma indefinição dos limites entre o começo e o final da crise e pela existência de um ponto culminante; 2) conflitos mais ou menos agudos com as pessoas de seu entorno, com a possibilidade de vivências dolorosas e conflitos íntimos; 3) um caráter negativo da crise, isto é, pelo processo de extinção, decomposição e desintegração do que se formou na idade anterior, com a perda de interesses do que antes orientava a sua atividade e ocupava o seu tempo e atenção, gerando uma espécie de esvaziamento (VYGOTSKI, 1932/2006b, p. 256-257).

Uma diferença no sofrimento psíquico parece estar nesse caráter negativo (que nega parte do desenvolvimento anterior), com um caráter mais destrutivo, com notáveis dificuldades em produzir novas formações. Isso se acentua tendo em vista os obstáculos impostos pela alienação, dado que parte considerável da classe trabalhadora tem seu desenvolvimento limitado pelas relações de exploração e opressão. Um paralelo que nos parece interessante realizar aqui, que remete à discussão do terceiro capítulo, é que cada nova formação se organiza em uma situação social de desenvolvimento por uma contradição básica entre as capacidades atuais da criança (que se manifestam nas funções psicológicas verdadeiramente desenvolvidas), as necessidades e desejos das crianças e as demandas e possibilidades do ambiente (CHAIKLIN, 2011). Com base nisso, entendemos que o grau de desenvolvimento alcançado anterior ao momento crítico de depressão ou mania – pensamento abstrato, autodomínio da conduta, consciência sobre si e autoconsciência etc. – tem consequência determinante sobre a vivência da crise, o modo de entender e comunicar suas necessidades e até sobre a avaliação das possibilidades de reorganização psíquica.

Em relação à determinação das crises, discutimos demoradamente as raízes sociais da depressão e da bipolaridade no segundo capítulo. Concebemos que sempre haverá um processo cumulativo que resulta em uma ruptura, em cuja base estão necessidades e desejos não realizados que se exprimem de um modo confuso e indiferenciado, às vezes sob a forma de comportamentos ‘irracionais’ (BASAGLIA; BASAGLIA, 1970/2005) e situações limite que envolvem a pessoa e seu entorno social, incluindo os eventos desintegradores específicos e os comportamentos normativos vigentes (RATNER, 1995).

De modo geral, os participantes da pesquisa relacionaram as suas crises com a irrefreabilidade do sofrimento advindo das situações da vida⁵³, como apresentamos nos dados dos grupos focais no capítulo cinco. Gilberto e Leila, por exemplo, identificam que suas crises de mania ocorriam quando envoltos em situações de agitação.

Eu lembro que eu tava bem eufórica pro aniversário da minha irmã. Eu queria fazer o aniversário dela. [...] Eu tava em casa, assim, já eufórica. Eu queria organizar, eu queria fazer uma surpresa, fazer alguma coisa assim, sabe, diferente. (Leila)

Essas minhas euforias eram quando a dona Salete [sogra] não atrapalhava nosso casamento, sabe. Daí eu me sentia mais, sei lá, mais eufórico. Eu queria fazer tudo, eu queria sair com ela, eu saía com as meninas e gastava o que não tinha e eu ajudava a fazer, limpar a casa, sabe. [...] Eu perdia [o controle]. Eu ia, saía, às vezes ela ficava em casa e eu saía, comprava o que não podia, não precisava, gastava o que não tinha. E daí chegava no outro mês, eu tava ferrado. Mas eu não queria nem saber, eu fazia. (Gilberto)

João relatou que uma de suas crises de mania, ocorrida no local de trabalho, adveio da tensão resultante da possibilidade de demissão iminente. E Lucila, sobre as crises depressivas, identifica algumas situações como propiciadoras das crises: o assédio moral e a morte dos pais. Abaixo o trecho que descreve a questão do assédio moral.

O processo de assédio moral, como é que eu posso te dizer? Como eu tinha, todo mundo tinha as suas metas pra fazer, daí aconteceu assim é, num sei, comecei a perceber algumas coisas meio estranhas, a pessoa chegar, pessoas dizer pra você “cuidado, você já tem tanto tempo de banco, fica esperta”, né, “cuidado, fica esperto”. Às vezes, duvido uma pessoa que nunca tenha errado na vida, né. Aí, às vezes, dava uma escorregada, tal, lógico, dava chance de arrumar, mas sempre vinha alguém lá e “craú” em você. [...] Chefes. Chefes. Pessoas que se achavam boa da boca, né, caíam no teu couro, ficavam falando essas coisas. Até que teve uma vez que teve uma reunião e dela foram apontando assim de dedo assim na minha cara, “Foi você”, sabe. E eu achei tão, tão triste aquilo lá, que daí começou, sabe, começou o sistema nervoso, aí já não conseguia mais segurar. [...] Na reunião eu fiquei quieta, quieta, quieta, quieta, quieta, quieta. Eu não abri a boca pra comentar mais nada, sabe, deixei, e fiquei, sabe. Parece que aquela coisa não ia acabar nunca. Daí acabou, daí eu voltei pra minha mesa, peguei um cigarro e fui

⁵³ Houve também por parte de alguns participantes da pesquisa a dificuldade em identificar os processos relacionados à crise, atribuída a algum fator externo, como algo próprio da doença ou à ausência ou excesso de medicação psiquiátrica. Essas explicações coincidem, por exemplo, com o lhes foi incutido pelas abordagens terapêuticas e pelos meios de comunicação em massa.

fumar lá no fumódromo. E fumei, fumei, fumei, acho que fumei uns dois, três cigarros juntos. Ai tinha lá meus colegas de fumódromo lá e perguntaram pra mim "O que que foi?" e falei "Nada, nada, nada. Eu num tô legal". (Lucila)

E sobre a terceira questão, parece-nos essencial entender o papel do meio social não apenas na determinação da crise, mas em seu transcurso e possibilidades de superação. Como apresentamos no terceiro capítulo, as crises do desenvolvimento são consideradas por Vygotski (1932/2006b) parte desse processo dialético, quando ocorrem as viradas qualitativas. Ou seja, para o autor essas crises seriam inevitáveis, parte do desenvolvimento humano. Entretanto, a depender de como o entorno social lide com o transcurso da crise, quando não há a correspondente modificação da situação social de desenvolvimento, sua superação se torna problemática, podendo gerar inclusive sofrimento psíquico. Com isso fica saliente que “as condições exteriores determinam o caráter concreto em que se manifestam e transcorrem os períodos críticos” (VYGOTSKI, 1932/2006b, p. 256). Reconhecemos que as crises de depressão e de mania não teriam esse mesmo caráter inevitável. Mas, do mesmo modo, a ineficácia do meio social em acolher o sofrimento psíquico (ao invés de isolá-lo) e em propor mediações apropriadas que contribuam como suporte na vivência do momento crítico e auxiliem na reorganização psicológica e no entendimento das modificações necessárias no meio social produzem indiscutível impacto nas diferentes possibilidades para a pessoa em crise. Portanto, a crise é resultado das relações da pessoa com seu meio social, intermediada pelos grupos sociais de que faz parte, e também do modo como o meio retroage sobre a crise, oferecendo ou não novas situações sociais de desenvolvimento. Assim, um momento que poderia ser passageiro, ainda que intenso e potencialmente desintegrador da personalidade, vai estabelecendo raízes e modificando sua estrutura. Isso não significa que mesmo assim tal estrutura não possa ser transformada, mas nas condições sociais em que se desenrola o sofrimento psíquico da classe trabalhadora, que cada vez mais o produz e acentua, torna-se muito mais difícil uma reorganização que tenha como parâmetro o desenvolvimento ampliado de capacidades, habilidades, motivos e interesses.

Por tudo isso, porque a sociedade capitalista aprofunda os obstáculos ao invés de construir maneiras de desviá-los ou superá-los, argumentamos que a cronificação tem sua raiz primordialmente no meio social e não em um suposto curso natural do adoecimento. Ou seja, as alterações na personalidade sob a forma de depressão ou bipolaridade, decorrentes dos percalços no curso do desenvolvimento submetidos à reprodução ampliada do capital, tendem a se prolongar e até a se cristalizar no âmbito da personalidade. Por outro lado, o momento

crítico – desde que com mediações e suporte social – poderia representar também uma oportunidade de perceber as condições adoeedoras em que se desenrolam suas vivências e a possibilidade de estabelecer projetos – individuais e coletivos – de transformação dessas condições da realidade, o que permitiria uma re-hierarquização da estrutura de atividades e motivos e uma reorganização da personalidade.

6.2.4 Para uma síntese provisória

Ao longo deste capítulo fomos desenvolvendo nossa tese a respeito da formação social dos transtornos do humor. Em síntese, podemos agrupar as principais ideias apresentadas em quatro eixos.

Eixo 1: Os transtornos do humor como expressão das crescentes exigências psíquicas e resistência às constrações pelo capital

- Não obstante o intenso processo de medicalização social, há um aumento real das diversas expressões de sofrimento psíquico, notadamente a depressão e a bipolaridade.
- A origem dos processos de sofrimento psíquico está nas práticas societárias predominantes, que violam necessidades psicobiológicas e culturais. Os graus exigidos para atender a essas normas do capital são cada vez mais altos, gerando uma "marginalidade improdutiva".
- A atual fase capitalista da acumulação flexível demanda um crescente dispêndio de energia vital (no trabalho e nos outros espaços da vida social) – com intensificação e aceleração do ritmo de vida, além de diminuição dos espaços de restauração – coagindo os indivíduos a ultrapassarem seus próprios limites biopsíquicos e levando a padrões de desgaste e reprodução em que os agravos em saúde mental se destacam.
- Os padrões de desgaste e reprodução dependem dos modos de vida dos grupos dos quais a pessoa faz parte, com centralidade em sua inserção de classe, mas também com importância para a fração de classe, categoria profissional, gênero e etnia.
- Os diversos efeitos da alienação, como as diversas formas de violência – no trabalho, na vida doméstica e na vida social e comunitária – o machismo e o

sexismo, o racismo, as variadas práticas de preconceito e discriminação, contribuem para a sobrecarga psíquica, agravada com a restrição de relações de suporte social.

- O adoecimento surge como resistência à lógica opressora e violenta do capital, que institui regras, interdições, tabus, proibições, repressões; divisões de classe, de raça, de gênero, abusos de poder, injustiças e humilhações, violência organizada e permanente. E quando o sofrimento se expressa de maneiras irracionais e incontrolláveis (resultantes de sua irrefreabilidade e da ausência de outras formas de comunicá-lo), a etiqueta de ‘doença mental’ naturaliza sua origem social.

Eixo 2: As alterações na esfera afetivo-volitiva da atividade como centrais nas alterações de personalidade dos transtornos do humor

- Ainda que a literatura psiquiátrica destaque o humor (ou afeto) e a atividade como as alterações mais proeminentes nos transtornos do humor, o faz na forma fragmentada de uma somatória de sintomas. A nosso ver, as alterações da atividade em sua dimensão afetivo-volitiva são centrais nos transtornos do humor e precisam ser analisadas processualmente na totalidade da personalidade.
- Diante da impossibilidade e/ou incapacidade de atender às exigências de altos níveis de disposição e energia biopsíquicos, salientamos dois cenários em que se expressam os transtornos do humor: 1) a renúncia ou resistência em mobilizar a energia requerida, característica da depressão; 2) a concessão estereotipada, desorganizada ou exagerada da energia requerida, característica da mania.
- Na depressão, temos uma diminuição do nível de atividade em geral, quase como uma paralisia ou estagnação diante da restauração impedida/ insuficiente para a intensidade do desgaste.
- Na mania, temos um aumento geral no nível de atividade, com dois possíveis desenlaces: uma cessão às exigências sociais que foge ao controle da pessoa e uma busca pela satisfação de suas próprias necessidades (ou pseudonecessidades) como uma forma de efetivar desejos e tendências produzidos e interditados pela vida social. Em ambos, a atividade é marcada pela desorganização, impulsividade e imediatismo que acabam por torná-la improdutiva.
- Em face aos valores sociais de eficiência e produtividade, bem como a apologia da felicidade suprema, busca-se corresponder a isso por meio de drogas psiquiátricas,

culpabilizando individualmente quem não a conquista, com o crescimento do sentimento de impotência e desesperança em relação à vida.

Eixo 3: As alterações da personalidade na depressão e na bipolaridade

- No capitalismo, há um estreitamento do campo de atividades disponibilizado para a grande maioria das pessoas, com primazia de atividades que conformam a força de trabalho com benefício para o capital em detrimento do desenvolvimento dos indivíduos.
- As atividades alienadas podem levar a um sentimento de sofrimento duradouro, com mudança na hierarquia de motivos da personalidade.
- O sofrimento psíquico pode advir tanto de uma tentativa de adaptação quanto de uma resistência à adaptação a uma norma que de algum modo entra em choque com as necessidades e motivos do indivíduo.
- O imediatismo, uma das marcas da acumulação flexível, tanto nas atividades como nas relações interpessoais, nos pensamentos e sentimentos, contribui para uma organização mais espontânea da estrutura da personalidade, com menor autodomínio e com predomínio dos motivos estímulo ou ineficazes.
- Nos transtornos do humor, as alterações envolvem centralmente a motivação – o que dá ânimo – à atividade, em decorrência dos processos críticos que demandam respostas e produzem desgaste.
- Na depressão, o motivo vai perdendo sua função estimuladora, passando a uma função apenas sinalizadora, não eficaz a ponto de impulsionar a atividade. Isso reflete em diminuição da energia (do ânimo) e do nível de atividade em geral. A negação de um motivo extrínseco, gerador de sofrimento, sem o advento de outro motivo que incite a atividade, leva a uma inação. Os objetos deixam de motivar a atividade, com base em diferentes determinações possíveis, como uma frustração repetida em atender às necessidades a partir de motivos apenas compreensíveis, a ocorrência de eventos desintegradores ou um desgaste acumulado, por exemplo.
- Na mania, diante das crescentes exigências da vida social, há um aumento geral da atividade, com maior energia e ânimo, mas com evidente desorganização da conduta. São também determinantes o desgaste psíquico mais intenso que a reprodução, a frustração advinda de condições alienadoras e os eventos desintegradores. Apesar da manutenção da função incitadora dos objetos, sua

função significativa fica afetada, tornando os motivos mais espontâneos, reacionais e efêmeros o que produz uma atividade impulsiva, acelerada e desorganizada, com fragmentação das vivências subjetivas.

- Em ambos, ocorre uma desorganização na hierarquia dos motivos constituídos em sua personalidade, bem como uma diminuição na função mediadora e volitiva dos motivos. Os aspectos mais centrais na hierarquia de motivos da personalidade quando afetados negativamente têm maior impacto na produção do sofrimento.
- Isso poderia se configurar como uma alteração temporária na mediação dos motivos na atividade, mas acaba se consolidando na personalidade em razão das limitações do suporte social na reorganização da estrutura motivacional e suas mediações.
- Caracterizada pelo controle externo sobre o trabalho e a vida em geral, a alienação inibe o desenvolvimento do pensamento conceitual, o autodomínio e a autorregulação da conduta, devido aos obstáculos à apropriação cultural, com implicações na consciência sobre si e na autoconsciência, processos envolvidos na autoavaliação.
- Uma sociedade sem projetos de futuro, de desenvolvimento integral e de realização pessoais e coletivas para a imensa maioria das pessoas estreita os motivos e limita a formação dos sentidos pessoais, o que, no limite, leva ao desejo de morrer ou ao planejamento da própria morte.

Eixo 4: Os momentos críticos, a tendência à cronificação e as possibilidades de cuidado

- O desenvolvimento humano se dá do interpsicológico para o intrapsicológico, tanto nos processos considerados normais como nos patológicos.
- As crises são momentos contraditórios, de entrave e potencial oportunidade de reorganização psíquica, visto que são momentos de sofrimento grave da pessoa, mas também revelam questões centrais que sinalizam alguns processos críticos limites que poderiam propiciar uma reorganização. Isto é, desde que com mediações e suporte social, poderiam representar uma oportunidade de perceber as condições adoeedoras em que se desenrolam suas vivências e a possibilidade de estabelecer projetos de transformação dessas condições da realidade, com re-hierarquização da estrutura de atividades e motivos e reorganização da personalidade.
- Tanto na depressão quanto na bipolaridade, a recorrência e persistência dos quadros têm relação íntima com o quanto se consegue oferecer à pessoa em sofrimento as

mediações adequadas, de suporte social e de modificação das situações normativas que produziram e/ou continuam a produzir o adoecimento; da inserção da pessoa em projetos de enfrentamento da fragilidade das relações interpessoais, marcadas pela competitividade, precariedade de tempo e diminuição das referências coletivas para lidar com as situações críticas da vida.

- Em geral, nossa sociedade oferece tentativas de ajustamento às condições adoecedoras, com explicações ideológicas naturalizantes e prescrição de uma modulação artificial do humor e do autocontrole, ocultando os verdadeiros processos que precisariam ser enfrentados, com tendência a dependência do fármaco sem correspondentes avanços na autonomia pessoal.
- As relações capitalistas não contribuem na promoção de maiores níveis de desenvolvimento pela oferta de mediações e vias colaterais, senão reproduz a condição de improdutividade com tendência à cronificação, pelo aprofundamento dos processos de alienação. Portanto, a cronificação tem sua raiz primordialmente no meio social e não em um suposto curso natural do adoecimento, em razão de que as alterações na personalidade sob a forma de depressão ou bipolaridade tendem a se prolongar e até a se cristalizar no âmbito da personalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Enquanto não mudar a relação de poder, não poderá mudar a saúde. Estaremos sempre mais doentes, estaremos sempre mais loucos, seremos sempre mais crianças e não seremos mais pessoas, porque quem mandar determinará sempre o nosso pensamento num único sentido, e, aí, 1 + 1 será sempre 2.”

(Franco Basaglia, A psiquiatria alternativa)

Tendo como pressupostos a teoria da determinação social do processo saúde-doença e a Psicologia Histórico-Cultural, investigamos a formação social dos transtornos do humor em suas dimensões singular, particular e universal. Entendemos que as pessoas vivenciam de forma singular seu sofrimento, resultado da história de vida pessoal, que não pode estar senão intrinsecamente articulada com a história social de seu tempo e da classe e grupos sociais de que participa. Por isso, na trajetória deste trabalho, procuramos contemplar esses vários níveis de análise que se inter-relacionam, em busca não apenas de comprovar, mas também de melhor formular nossa tese. Em um caminho de idas e voltas entre o material empírico e a produção teórica, pudemos concluir que a depressão e a bipolaridade têm sua raiz nos processos críticos da vida social – tais como a aceleração e intensificação do ritmo de trabalho e da vida em geral, combinada à diminuição de espaços de restauração – que se intrinca com a unidade biológico-social da personalidade, produzindo alterações na hierarquia de atividades e motivos; as quais rompem com as barreiras funcionais alterando centralmente a esfera afetivo-volitiva da atividade, mas com repercussões sobre a totalidade da personalidade e seus processos psicológicos.

Assim, os padrões de desgaste e reprodução referentes à inserção de classe e aos diferentes grupos sociais de que uma pessoa participa produzem um perfil epidemiológico em que se destacam os transtornos do humor. A depressão, expressa como diminuição do nível de atividade, e a mania, como aumento do nível de atividade, antes de serem uma manifestação na pessoa, são características da atividade nas relações sociais. Isto é, coerente com os postulados de Vigotski (1931/2000) sobre a lei genética do desenvolvimento, os processos aparecem primeiro no plano social e depois no psicológico.

Como vimos, as relações capitalistas estreitam o campo de atividades disponibilizado à maioria das pessoas e aumentam paulatinamente o fosso entre o produtor e o

produto do trabalho, resultando em uma cisão cada vez maior entre significados e sentidos, o que propicia também uma subjetividade cindida (CARVALHO; MARTINS, 2016).

Ao falarem sobre a formação individualista da personalidade, característica da deformação das possibilidades para a individualidade humana sob a alienação, Carvalho e Martins (2016, p. 289) ressaltam que “[...] a vida sustentada por motivos efêmeros e particulares ou por motivo nenhum tem se manifestado objetivamente nos altíssimos índices de relações embrutecidas, de violência indiscriminada e de adoecimento e sofrimento psíquico [...]”.

Considerando a produção e satisfação de necessidades, entre as quais as necessidades em saúde, um processo histórico e social que abarca todas as dimensões da reprodução social, na sociedade de classes dependem da particularidade dos modos de vida de cada classe e grupo social (BREILH, 2006) e estão subordinadas às necessidades da reprodução ampliada do capital. Portanto, a alienação impacta decisivamente sobre o desenvolvimento humano, que depende da apropriação da cultura. Leontiev (1978a, p. 283) explica que,

[...] na sociedade de classes, mesmo para o pequeno número que usufrui as aquisições da humanidade, estas mesmas aquisições manifestam-se na sua limitação, determinadas pela estreiteza de caráter obrigatoriamente restrito da sua própria atividade; para a maioria esmagadora das pessoas, a apropriação destas aquisições só é possível dentro de limites miseráveis.

Nessa direção, Basaglia e Basaglia relacionam o processo de sofrimento com a impossibilidade de realização de necessidades humanas:

É nesse mundo generalizado de miséria econômica e psicológica que as necessidades se exprimem de modo confuso e indiferenciado: necessidades que nascem da urgência da vida, de um corpo que não aceita ser mutilado e mortificado, de uma subjetividade que não quer ser reprimida e violentada, e que acha demasiado estreito o espaço que lhe é concedido. (BASAGLIA; BASAGLIA, 1979/2005, p. 296)

Por isso, é preciso se contrapor às abordagens liberais das necessidades que, segundo Breilh (2006), entendem-nas como um problema individual, referente ao consumo e às escolhas pessoais; e evidenciar as interdições impostas pelas relações capitalistas à satisfação de necessidades socialmente produzidas como resultado do desenvolvimento da humanidade.

Ademais, como acrescentam Basaglia e Basaglia (1979/2005, p. 297),

Se não consegue expressar-se em formas organizadas e finalizadas de luta, essa necessidade pode desaguar em comportamentos irracionais e

incontroláveis, expressão da irrefreabilidade do sofrimento e da impossibilidade de encontrar modos diferentes de comunicá-lo.

Com isso, além de explicitar a importância da forma que a luta e resistência contra as exigências do capital pode assumir, destacamos as dificuldades que a lógica burguesa e liberal, pautada no individualismo e na segregação, acrescem ao tolher encontros e trocas entre as pessoas e com o mundo da cultura, o que poderia potencializar o desenvolvimento pessoal e coletivo.

Leontiev (1978a, p. 283) reconhece que o verdadeiro problema não está na aptidão ou na inaptidão das pessoas para se tornarem senhoras das aquisições da cultura humana, fazer delas aquisições da sua personalidade e dar-lhes a sua contribuição; mas que cada pessoa e cada grupo tenha a possibilidade prática de tomar o caminho de um desenvolvimento que nada entrave, o que depende do caráter das relações sociais.

Tendo em vista que nosso compromisso científico de conhecer mais e melhor a realidade tem como fim último transformá-la, o esforço de análise e síntese realizado nesse trabalho tem também como objetivo subsidiar ações práticas. Sabemos que a modificação dos índices de sofrimento psíquico depende antes de tudo da alteração dos modos de vida que o produzem. Entretanto, é fato que a classe trabalhadora está cada vez mais adoecida e alienada das explicações não naturalizantes e não culpabilizadoras dos indivíduos, o que inclusive diminui sua capacidade organizativa para transformar aquelas relações sociais. Por isso, é necessário que nos ocupemos também de produzir respostas terapêuticas – individuais e coletivas – que fortaleçam as pessoas em sofrimento, para que possam participar dos projetos de transformação. Como sintetiza Rotelli (1988/2001, p. 94): “Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana”. A nosso ver, essa é a principal questão colocada para a continuidade desse trabalho.

Como vimos argumentando, não obstante, muitas das respostas terapêuticas oferecidas, por mais bem intencionadas que possam ser, acabam por reforçar o amoldamento do indivíduo às condições adoecedoras e por reproduzir as relações sociais de exploração e opressão. Aqui aparece, mais uma vez, o papel social da medicina (e as outras disciplinas da área da saúde), que, por meio da medicalização social, normatiza a vida de modo a contribuir com a reprodução da força de trabalho e assim reproduzir as relações capitalistas de produção (ALMEIDA; GOMES, 2014).

Galimberti (1984 apud ROTELLI, 1988/2001, p. 92-93) resume assim a terapêutica da psiquiatria:

O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas. Mas quando os sintomas, de expressões de uma dificuldade e de um desequilíbrio nas condições de vida, se tornam simples sinais de uma doença que, ao invés de se inscrever no mundo social, se inscreve no mundo patológico, a doença vem subtraída ao controle do grupo com o qual não pode mais intercambiar, para ser confiada à observação de um olhar, o olhar médico que, autônomo, se move em um círculo onde só pode ser controlado por ele próprio e onde soberanamente distribui sobre o corpo do doente o saber que adquiriu.

Nessa perspectiva, Basaglia (1979) denuncia que a psiquiatria, desde seu nascimento, se constitui de uma técnica altamente repressiva usada pelo Estado para oprimir a classe trabalhadora que não produz. Por isso, apontamos para a premência do entendimento pelos profissionais de saúde das relações de poder que perpetuam a exploração e a opressão, assim como do trabalho como atividade social e seu papel na formação humana e na saúde-doença.

Para que seja possível o desenvolvimento de autonomia, a formação de novos motivos e interesses na hierarquia da personalidade, com ampliação e enriquecimento dos vínculos da pessoa com o mundo e maiores níveis de autoconsciência e autodomínio da conduta, ou seja, para haver de fato reabilitação, conforme Basaglia (1982), a pessoa deve encontrar na instituição de tratamento as respostas às necessidades da doença e, na realidade externa, os elementos indispensáveis à sua reinserção e recuperação.

Ao analisar a questão da personalidade na esquizofrenia, Vygotski (1933/1987, p. 77) salienta que a chave para a compreensão das alterações da personalidade e da consciência do indivíduo não está nas profundidades, senão nas alturas da personalidade. Isto é, são os níveis mais desenvolvidos da vida social a referência para o desenvolvimento da personalidade, especialmente nos processos de reabilitação. Entretanto, esse desenvolvimento é obstado pela propriedade privada e pelas relações de exploração e para que transcorra sem esses entraves, é necessário superar a alienação com a construção de uma sociedade sem classes. A atuação com

base na psicologia histórico-cultural deve supor, então, uma terapêutica dirigida ao desenvolvimento das capacidades e potencialidades humanas aliada a projetos de transformação da realidade.

Nessa direção, Delari Jr (2009) formula três valores éticos que orientam a prática social da abordagem histórico-cultural: 1) a superação, como ato e necessidade de superarmos, de irmos além dos nossos limites atuais, o que pode ocorrer ou não, a depender de dadas condições materiais; 2) a cooperação, pela necessidade de atuar junto a outras pessoas para avançar em nossos potenciais, ou seja, para superarmos-nos; 3) a emancipação, não como a concepção liberal de liberdade individual, mas como uma conquista que se obtém em cooperação.

Basaglia e Basaglia (1970/2005) frisam que a terapêutica tem relação com as necessidades e formulam uma questão fundamental, que entendemos articulada com uma atuação orientada por esses valores éticos, qual seja, como não fragmentar a globalidade da demanda das pessoas em sofrimento psíquico, tomando-as como seres humanos com todas as suas necessidades?

Esperamos que este trabalho tenha colaborado para apreender as determinações dos transtornos do humor e que, com base nisso, se agregue às reflexões que subsidiam a atuação organizada dos trabalhadores na mudança da realidade que produz o sofrimento psíquico, expresso como depressão e bipolaridade; bem como auxilie uma atuação profissional na área da saúde comprometida com a classe trabalhadora e seu projeto de emancipação. Por isso, somamo-nos a Breilh (1979/1991, p. 186-187) na avaliação que

Frente a essa contradição entre a atomização privada e a solidariedade, é o proletariado a classe que joga um papel revolucionário integral, já que por necessidade objetiva deve destruir a privatização e restituir a solidariedade e cooperação. Este caráter profundamente humano da luta dos trabalhadores, desta destruição da competitividade e restituição das relações de cooperação se desprende um dos mais importantes bens ou valores de uso para a saúde que é o bem da organização política. Cada vitória no sentido da organização é uma expressão da solidariedade, é um resgate da maior potência criadora de uma sociedade que vai perdendo as barreiras nocivas do privado, é definitivamente uma vitória no controle dos processos inscritos numa sociedade de classes, processos esses que 'danificam' a saúde e agridem o homem física e mentalmente.

Que se renovem cotidianamente nossas forças para enfrentar os planos de privatização da vida e atualizar a solidariedade para a construção de projetos coletivos de

transformação radical da sociedade rumo à emancipação humana, em que o processo saúde-doença seja produzido tendo como base não a exploração e a opressão, mas novas contradições.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, A. A.; BULHÕES, L. Idade adulta e o desenvolvimento psíquico na sociedade de classes. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 241-265.

ABRASME. Associação Brasileira de Saúde Mental. **Guerra das narrativas na saúde mental**. Crônica. 29 dez. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/rYjzZf>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

ABrES. Associação Brasileira de Economia da Saúde; ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; FNCPS. Frente Nacional Contra a Privatização na Saúde. **Reforma trabalhista afetar saúde ocupacional da população economicamente ativa**. Rio de Janeiro, 04 ago. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/wuicWj>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

AGUIAR, A. A. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. **Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <<https://goo.gl/cbkiQ8>>. Acesso em: 13 out. 2017.

AITA, E. B. **O conceito de inconsciente para L. S. Vigotski: primeiras aproximações**. 163 f. 2014. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

ALMEIDA, M. R. **A relação entre a consciência individual e a consciência de classe: uma análise das contribuições de Vigotski sobre a consciência da classe trabalhadora**. 2008. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

ALMEIDA, M. R. Psicopatologia e psicologia sócio-histórica: notas preliminares. In: V Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo, Curitiba. **Anais...**, 2011, Florianópolis, 2011.

ALMEIDA, M. R.; GOMES, R. M. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Nuances: estudos sobre educação**. Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 155-175, jan./abr. 2014.

ALMEIDA, S. H. V. Integração biológico-social na formação do sistema psicológico. In: **Educação e Marxismo**. Revista on-line dos educadores marxistas. n. 1, 2006. Disponível em: <www.fc.unesp.br/revista_educacao>. Acesso em 26/02/2015.

ALMEIDA, S. H. V.; SILVA, F. G.; BERENCHTEIN NETTO, N. Princípios para uma Psicopatologia Histórico-Cultural. In: IX Encontro Regional São Paulo e VIII Encontro de Psicologia Social Comunitária - ABRAPSO Núcleo Bauru - Balanço de uma luta! História e Devir. **Anais...** v. 1. Bauru-SP, 2008. p. 146-147.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, dez. 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/zFQbki>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

ALVAREZ, A. A. Alteraciones de la personalidad. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 13-14, dez 2003.

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

AMARANTE, P. Apresentação. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, L. H. S. G. Epidemiologia psiquiátrica. Novos desafios para o século XXI. **Revista USP**, São Paulo, n.43, p. 84-89, set./nov. 1999.

ANDRADE, L. H.; WANG, Y-P.; ANDREONI, S.; SILVEIRA, C. M.; ALEXANDRINO-SILVA, C.; SIU, E. R.; NISHIMURA, R.; ANTHONY, J. C.; GATTAZ, W. F.; KESSLER, R. C.; VIANA, M. C. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, fev. 2012.

ANDRADE-BOCCATO, T. N. **O sentido da vida na velhice**: uma análise histórico-cultural. 178f. 2016. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ANGELL, M. A epidemia de doença mental. **Revista Piauí**. São Paulo, ed. 59, p. 45-49, 2011.

ANJOS, R. E.; DUARTE, N. A adolescência inicial: comunicação íntima pessoal, atividade de estudo e formação de conceitos. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico**: do nascimento à velhice. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 195-219.

ANTUNES, R. L. C. As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, jul./dez. 2002.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho [1995]. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

ANTUNES, R. A corrosão do trabalho e a precarização estrutural. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. **O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. São Paulo: Outras Expressões, 2013. p. 21-27.

APA. American Psychiatric Association. **DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APARICIO, L. A depressão como fenômeno social no capitalismo. **Esquerda Diário**. 20 dez 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/6wouoY>>. Acesso em: 29 dez 2017.

ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; CARMONA, L. D. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud, ALAMES. **Medicina Social**, v. 3, n. 4, nov. 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/32pHBz>>. Acesso em: 08 fev 2017.

ASBAHR, F. S. F. Idade escolar e atividade de estudo: educação, ensino e apropriação dos sistemas conceituais. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 171-192.

ASSUNÇÃO, A. A.; SILVA, L. S. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2473-2486, dez. 2013.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.

AYRES, J. R. C. M. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. **Intelligere**, Revista de História Intelectual. Dossiê "Georges Canguilhem, a história e os historiadores", v. 2, n. 1 [2], 2016, p. 139-155. Disponível em: <<https://goo.gl/88dcm6>>. Acesso em 21 mai 2017.

BARBOSA, I. G.; TEIXEIRA, A. L. Depressão bipolar. In: QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (orgs.) **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 169-177.

BARRETO, M. M. S. **Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações**. São Paulo: EDUC, 2003.

BARRETO, M.; VENCO, S. Da violência ao suicídio no trabalho. In: BARRETO, M.; BERENCHTEIN NETTO, N.; PEREIRA, L. B. (orgs.) **Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho**. São Paulo: Matsunaga, 2011. p. 221-248.

BARRETO, M.; HELOANI, R. Assédio laboral e as questões contemporâneas à saúde do trabalhador. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. **O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. São Paulo: Outras Expressões, 2013. p. 107-123.

BARRETO, M.; HELOANI, R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 544-561, jul./set. 2015.

BARROS, H. M. T. 1968 a 2008: 40 anos de história recente dos medicamentos. In: GUILHERMANO, L. G.; SCHWARTSMANN, L. C. B.; SERRES, J. C. P.; LOPES, M. H. I. (orgs.) **Páginas da história da medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS: 2010. p. 54-64.

BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 821-841, 2013.

BASAGLIA, F. As técnicas psiquiátricas como instrumento de libertação ou de opressão. In: _____. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979. p. 13-27.

BASAGLIA, F. Riabilitazione e controllo sociale. In: _____. **Scritti 11** (1968-1980): dall'apertura del manicomio allanuova legge sull' assistenza psichiatrica. Torino: Giulio Einaudi, 1982.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. [1968] Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. A doença e seu duplo: propostas críticas sobre o problema do desvio. [1970]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 161-186.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. Loucura/delírio. [1979]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 259-298.

BERENCHTEIN NETTO, N. **Suicídio**: uma análise psicossocial partir do materialismo histórico-dialético. 2007. 178f. Dissertação (Mestrado), Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação, Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP, São Paulo, 2007.

BERENCHTEIN NETTO, N. **Educação, saberes psicológicos e morte voluntária**: fundamentos para a compreensão da morte de si no Brasil colonial. 2012. 434f. Tese (Doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação, Psicologia Da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP, São Paulo, 2012.

BERENCHTEIN NETTO, N. Suicídio e trabalho: breves considerações acerca da relação entre sofrimento e alienação. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. **O avesso do trabalho III**: saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras Expressões, 2013. p. 125-141.

BLAGONADEZHINA, L. V. Las emociones e los sentimientos. In: SMIRNOV, A.; LEONTIEV, A. N.; RUBINSHTEIN, S. L.; TIEPLOV, B. M.(orgs.). **Psicologia**. México: Grijalbo, 1969. p. 355-384.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2013.

BRASIL. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 de jun. de 2013. Seção I.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. [1979] São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP: Hucitec, 1991.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

BREILH, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 87-125.

CABRAL, T. M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 159-171, jan-mar 2015.

CAERAN, J.; DIAS, H. Z. J. Saúde e saúde mental na percepção de trabalhadores de um CAPSi. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 115-133, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/LkWCZN>>. Acesso em 23 mai. 2017.

CALABUIG, R. Crise está prejudicando saúde mental dos gregos. **EFE Brasil**, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/Xz2FuT>> Acesso em: 23 fev 2014.

CALVE, T. M. **Trabalho, Aprendizagem e Desenvolvimento na Educação de Jovens e Adultos: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural**. 2013. 94f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. [1943] 4. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.

CAPONI, S. Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 2, p. 343-352, 2007.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 30, 3, p. 285-293. 1996.

CARRIJO, D. C. M.; NAVARRO, V. L. LER e planos de demissão voluntária: trajetórias de dor e sofrimento entre bancários. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 157-171, dez. 2009.

CARVALHO, B. P.; PIZA, H. C. T. A história da loucura numa perspectiva marxista. **Dialektiké**, IFRN, v. 1, p. 18, 2016.

CARVALHO, S. R.; MARTINS, L. M. Idade adulta, trabalho e desenvolvimento psíquico: a maturidade em tempos de reestruturação produtiva. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 267-292.

CASTRO, F. Existem 17 variações genéticas ligadas ao risco de depressão. **Exame**, Tecnologia, 02 ago. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/v3Jt1N>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **CFP repudia mudanças na política de saúde mental**. 12 dez. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/Nvjaiv>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

CHAIKLIN, S. A zona de desenvolvimento próximo na análise de Vigotski sobre aprendizagem e ensino. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 659-675, dez. 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/2muEaz>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

CHAVES, M.; FRANCO, A. F. Primeira infância: educação e cuidados para o desenvolvimento humano. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 109-126.

CHENIAUX, E. **Manual de Psicopatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CHENIAUX, E. Psicopatologia e diagnóstico da depressão. In: QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (orgs.) **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 39-48.

CHEROGLU, S.; MAGALHÃES, G. M. O primeiro ano de vida: vida uterina, transição pós-natal e atividade de comunicação emocional direta com o adulto. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 93-108.

COMBINATO, D. S. **Cuidados no final da vida**: análise do processo de trabalho na Atenção Primária. 2011. 180f. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011.

CORDÁS, T. A. **Depressão: da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

CUSINATO, C. **Reforma psiquiátrica: avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2016. 117f. Dissertação (Mestrado), Programa

de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2016.

CZERESNIA COSTA, D. Comentários sobre a tendência secular da tuberculose. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 398-406, out/dez, 1988.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALLA-VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.14, n.1, p.183-193, 2009.

DALLA-VECCHIA, M. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde**: o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2011.

DATASENADO. Instituto de Pesquisa DataSenado. Observatório da Mulher contra a Violência. Secretaria de Transparência. Senado Federal. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Jun. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/2raUpZ>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

DAVIDOV, V. **La enseñanza escolar y el desarrollo psíquico**: investigación psicológica teórica y experimental. Moscou: Editorial Progreso, 1988.

DELARI JR, A. **Personalidade e sofrimento psíquico compilação de citações com breves comentários** [trabalho em andamento]. Mimeo. s/d.

DELARI JR., A. **Vigotski e a prática do psicólogo**: em percurso da psicologia geral à aplicada. [2ª versão] Mimeo. Umuarama, 2009.

DELARI JR, A.; PASSOS, I. V. B. **Alguns sentidos da palavra 'perejivanie' em L. S. Vigotski**: notas para estudo futuro junto à psicologia russa. Umuarama, Ivanovo, 2009.

DELL'AGLIO JR, J. C.; BASSO, L. A.; ARGIMON, I. I. L.; ARTECHE, A. Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies. **Trends Psychiatry Psychother**. Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 99-105, 2013.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 32, supl. 1, p. 7-14, 2005.

DEL-PORTO, J. A.; GRINBERG, L. P. Estados mistos e ciclagem rápida. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (orgs.) **Transtorno bipolar**: teoria e clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 123-152.

DONNANGELO, M. C. F. Medicina e estrutura social. In: DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979. p. 11-68.

DONNANGELO, M. C. A conceptualização do social na interpretação da doença: um balanço crítico. [1982] In: CARVALHEIRO, J. R.; HEIMANN, L. S.; DERBLI, M. **O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014. p. 47-84.

DUARTE, N. “Vamos brincar de alienação?” A brincadeira de papéis sociais e a formação da personalidade. In: ARCE, A.; DUARTE, N. (orgs.) **Brincadeira de papéis sociais na educação infantil: as contribuições de Vigotski, Leontiev e Elkonin**. São Paulo: Xamã, 2006. p. 89-97.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e psicologia histórico-cultural. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n. 139, p. 121-146, abr. 2010.

ELKONIN, D. Sobre el problema de la periodización del desarrollo psíquico em la infancia. In: DAVIDOV, V. V.; SHUARE, M. (org.). **La psicología evolutiva y pedagógica en la URSS: antología**. Moscou: Editorial Progreso, 1987. p. 104-124.

ENCONTRO DE BAURU 30 ANOS SEM MANICÔMIOS. **Moção de repúdio aos retrocessos da reforma psiquiátrica e Moção de apoio a seus avanços**. 13 dez. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/obgDCk>>

ENGELS, F. **Carta para Joseph Bloch**. 1890/s/d?. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1890/09/22.htm>>. Acesso em 14 mai 2017.

ESCÓSSIA, F. Crescimento constante: taxa de suicídio entre jovens sobe 10% desde 2002. **BBC Brasil**, 22 abr 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/IMwCBK>>. Acesso em: 04 jan 2018.

ESPERANZA, G. Medicalizar a vida. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 53-59.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERREIRA, S. A. T. A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSMs) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. **Revista Hospital Universitário Padre Ernesto**, UERJ, ano 10, p. 78-90, jan-mar 2011.

FIRMO, A. A. M.; JORGE, M. S. B. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 217-231, mar. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/giW7vz>>. Acesso em: 14 mai. 2017.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde Debate**. v. 33, n. 83, p.380-387, 2009.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v.11, n.3, p. 285-294, 2008.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 545-565, 2014.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FRIES, G. R.; PFAFFENSELLER, B.; KAPCZINSKI, F. Fisiopatologia do transtorno bipolar. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (orgs.) **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 33-44.

G1 PARANÁ. **Motoristas e cobradores fazem protesto contra violência nos ônibus de Curitiba**. 20 set. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/tmA9J1>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

GERMER, C. M. Marx e o papel determinante das forças produtivas na evolução social. **Crítica Marxista**, Campinas, n.29, p.75-95, 2009.

GOMES, R. M. **Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/ desumanização do trabalho em saúde**. 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010.

GOMES, R. M. **Humanização e desumanização no trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. [1989] 25 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. **A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda**. São Paulo: Summus: 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>

IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. **GBD Compare Data Visualization**. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017. Disponível em: <<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>>. Acesso em: 14 out. 2017.

INSS. Instituto Nacional de Seguridade Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social/Ministério da Previdência**. 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/HALcC7>> Acesso em: 25 abr. 2012.

INSS. Instituto Nacional de Seguridade Social. **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários, Concedidos Segundo os Códigos da CID-10:** janeiro a dezembro de 2016. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/Qt36V3>> Acesso em 20 mai. 2017.

IRIART, C.; WAITZKIN, H.; BREILH, J.; ESTRADA, A.; MERHY, E. E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafios. **Rev Panam Salud Publica.** v.12, n. 2, 2002.

JORNAL DO COMMERCIO. A CRISE que adocece. **Especial JC Online**, Disponível em: <<https://goo.gl/YhMQNg>> Acesso em 19 mai. 2017.

JUDD, L. L.; SCHETTLER, P. J.; AKISKAL, H. S.; MASER, J.; CORYELL, W.; SOLOMON, D. et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. **Int J Neuropsychopharmacol**, v. 6, n. 2, p. 127-37, 2003.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (orgs.) **Transtorno bipolar: teoria e clínica.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KESSLER, R. C.; AKISKAL, H. S.; AMES, M.; BIRNBAUM, H.; GREENBERG, P.; HIRSCHFELD, R. M. et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U. S. workers. **Am J Psychiatry**, v. 163, n. 9, p. 1561-1568, 2006.

KINOSHITA, R. T. **Autopoiiese e reforma psiquiátrica.** São Paulo: Hucitec, 2016.

KINOSHITA, R. T.; BARREIROS, C. A.; SCHORNM. C.; MOTA, T. D.; TRINO, A. T. Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade. In: NUNES, M; LANDIM, F. L. P. (orgs.) **Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano.** Salvador: EDUFBA, 2016.

LACAZ, F. A. C. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, e13, 2016.

LACERDA, R. I. T. **Estratégia saúde da família e adolescência:** as necessidades de cuidados e os recursos utilizados em saúde mental. 2015. 46f. Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2015.

LAURELL, A. C. Introducción. In: TIMIO, M. **Clases sociales y enfermedad:** introducción a una epidemiología diferencial. 3. ed. Mexico: Editorial Nueva Imagen, 1981. p. 11-22.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LAURELL, A. C. Primeira parte. In: _____. LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde:** trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 20-144.

LAZARETTI, L. M. Idade pré-escolar (3-6 anos) e a educação infantil: a brincadeira de papéis sociais e o ensino sistematizado. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI,

M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 129-147.

LEAL, Z. R. G.; FACCI, M. G. D. Adolescência: superando uma visão biologizante a partir da psicologia histórico-cultural. In: LEAL, Z. R. G.; FACCI, M. G. D.; SOUZA, M. P. R. (orgs.) **Adolescência em foco: contribuições para a Psicologia e para a Educação**. Maringá: Eduem, 2014. p. 15-44.

LEAL, Z. R. G.; MASCAGNA, G. C. Adolescência: trabalho, educação e formação omnilateral. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 221-237.

LEITE, H. A.; TULESKI, S. C. Psicologia Histórico-Cultural e desenvolvimento da atenção voluntária: novo entendimento para o TDAH. **Psicol. Esc. Educ.** (Impr.) [online]. vol.15, n.1, p.111-119, 2011.

LEITE, I. C.; VALENTE, J. C.; SCHRAMM, J. M. A.; DAUMAS, R. P.; RODRIGUES, R. N.; SANTOS, M. F.; OLIVEIRA, A. F.; SILVA, R. S.; CAMPOS, M. R.; MTA, J. C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1551-1564, jul. 2015.

LEITES, N. S. Tipos de actividad nerviosa superior y temperamento. In: SMIRNOV, A.; LEONTIEV, A. N.; RUBINSHTEIN, S. L.; TIEPLOV, B. M. (orgs.). **Psicologia**. Mexico: Grijalbo, 1969. p. 449-461.

LENIN, V. I. **Imperialismo: fase superior do capitalismo**. [1916] São Paulo: Expressão Popular, 2012.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978a.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, conciencia y personalidad**. [1974] Buenos Aires: Ediciones Ciencias del Hombre, 1978b.

LEONTIEV, A. N. Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. [1972-81] In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 10 ed. São Paulo: Ícone, 2006. p. 59-83.

LEONTIEV, A. N. As necessidades e os motivos da atividade. [1961]. In: LONGAREZI, A. M.; PUENTES, R. V. (orgs.) **Ensino desenvolvimental: antologia**. Livro I. Uberlândia, MG: EDUFU, 2017. p. 39-57.

LEWONTIN, R. C. **Biologia como ideologia: a doutrina do DNA**. [1991-1992] Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2001.

LEWONTIN, R. C.; ROSE, S.; KAMIN, L. J. **No está en los genes: racismo, genética e ideología**. [1984]. Barcelona: Crítica, Colección Booket, 2013.

LIMA, M. E. A. **Os equívocos da excelência**: as novas formas de sedução na empresa. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

LÖWY, M. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen**: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. São Paulo: Busca Vida, 1987.

LUCENA, J. E. E. **O desenvolvimento da atenção voluntária na educação infantil**: contribuições da psicologia histórico cultural para processos educativos e práticas pedagógicas. 2016. 133f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, 2016.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LURIA, A. R. **The nature of human conflicts**: or emotion, conflict and will. New York: Liveright Publishers, 1932.

LURIA, A. R. **Curso de Psicologia Geral**. v. I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

LURIA, A. R. **Fundamentos de neuropsicologia**. Rio de Janeiro: LTC, Livros Técnicos e Científicos Editora; São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1984.

LURIA, A. R. **A construção da mente**. São Paulo: Ícone, 1992.

MACEDO, L.M. **Modelos de atenção primária em Botucatu-SP**: condições de trabalho e os significados de integralidade apresentados por trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde. 2013. 266 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2013.

MAGALHÃES, P. V. S.; COSTA, M. H.; PINHEIRO, R. C. Epidemiologia do transtorno bipolar. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (orgs.) **Transtorno bipolar**: teoria e clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 21-31.

MALAGUTY, S. **Sofrimento pelo trabalho**: contribuições a partir da teoria da atividade de A. N. Leontiev para o campo Saúde do Trabalhador. 2013. 152f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

MALAGUTY, S.; ROSSLER, J. H. Da essência do trabalho no capitalismo à sua forma histórica contemporânea: contribuições de A. N. Leontiev para o entendimento do sofrimento pelo trabalho. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**, Fortaleza, n. 7, p. 53-75, dez. 2016.

MANOEL, R. A. **A atividade de coordenação do trabalho na equipe da Estratégia de Saúde da Família**: as contradições para a produção do cuidado na atenção psicossocial. 2016. 276f. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2016.

MARTIN, S. T. F. Trabalho alienado, capitalismo e a saúde do trabalhador enquanto processo

histórico e social. In: III Evento do Método e Metodologia em Pesquisa na Abordagem do Materialismo Histórico-Dialético e da Psicologia Histórico-Cultural. **Anais...** Maringá-PR: UEM, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/CmqbTV>>. Acesso em: 09 out. 2017.

MARTINS, S. T. F. O materialismo histórico e a pesquisa-ação em psicologia social e saúde. In: ABRANTES, A. A., SILVA, N. R., MARTINS, S. T. F. (orgs.). **Método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MARTINS, A. L. **Investigando possíveis relações entre alcoolismo, sofrimento psíquico e violência intrafamiliar na perspectiva de mulheres atendidas pela Saúde da Família**. 2012. 204f. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2012.

MARTINS, J. C.; FACCI, M. G. D. A transição da educação infantil para o ensino fundamental: dos jogos de papéis sociais à atividade de estudo. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 149-170.

MARTINS, L. M. **Análise sócio-histórica do processo de personalização de professores**. 2001. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2001.

MARTINS, L. M. A natureza histórico-social da personalidade. **Caderno CEDES**, Campinas, SP, v. 24, n. 62, p. 82-99, 2004.

MARTINS, L. M. Psicologia sócio-histórica: o fazer científico. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F. (orgs.) **Método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis, TJ: Vozes, 2005. p. 118-138.

MARTINS, L. M. **As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico-dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa**. In: 29ª Reunião Anual da ANPED. 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/rVh7R2>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

MARTINS, L. M. **A formação social da personalidade do professor: um enfoque vigotskiano**. Campinas, SP: Autores Associados, 2007.

MARTINS, L. M. Da formação humana em Marx à crítica da pedagogia das competências. In: DUARTE, N. (org.) **Crítica ao fetichismo da individualidade**. 2. ed. rev. Campinas: SP: Autores Associados, 2012. p. 47-64.

MARTINS, L. M. **O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica**. Campinas, SP: Autores Associados, 2013.

MARTINS, L. M.; CARVALHO, B. A atividade humana como unidade afetivo-cognitiva: um enfoque histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 4, p. 699-710, out.-dez. 2016.

MARX, K. **Trabalho assalariado e capital**. [1849/2006]. Arquivo Marxista na Internet. Disponível em: <<https://goo.gl/T0lvYZ>>. Acesso em 26 dez 2017.

MARX, K. **Para a Crítica da Economia Política**. [1859]. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Livro Primeiro. Tomo II. [1867] 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Livro Primeiro. Tomo I. [1867] 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MARX, K. Carta a P. V. Annenkow. [1846] In: FERNANDES, F. (org.) **História**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1984.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos** [1844]. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K. O 18 Brumário. [1852]. In: _____. **O 18 Brumário e Cartas a Kugelmann**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. [1845-1846]. São Paulo, Boitempo, 2007.

MASCAGNA, G. C.; FACCI, M. G. D. A atividade principal na adolescência: uma análise pautada na psicologia histórico-cultural. In: LEAL, Z. F. R.; FACCI, M. G. D.; SOUZA, M. P. R. (orgs.) **Adolescência em foco**: contribuições para a Psicologia e para a Educação. Maringá: Eduem, 2014. p. 45-70.

McPHERSON, S.; ARMSTRONG, D. Social determinants of diagnostic labels in depression. **Social Science & Medicine**, n. 62, p. 50-58, 2006.

MELO, A. L. N. **Psiquiatria**. 3. ed. rev. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

MELO, D. M. **A construção da subjetividade de mulheres assentadas pelo MST**. 2001. 191f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MELO, V.; NOGUEIRA, R. P. O estudo 2010 de carga global da doença: crítica da formação da ponderação dos indicadores. **Texto para discussão 2027**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2015.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas em saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. [1986] São Paulo: Hucitec, 1994.

MÉSZÁROS, I. **A teoria da alienação em Marx**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. **Ambiência**. Jan 2009 Disponível em: <<https://goo.gl/gVzpuH>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 30, 2017.

MONTEIRO, P. V. R. **A unidade afetivo-cognitiva**: aspectos metodológicos e conceituais a partir da psicologia histórico-cultural. 2015. 192f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2015.

MONTERO, M. El concepto de alienacion en la dependencia. Aspectos psicologicos. In: _____. **Ideologia, alienacion e identidad nacional** - una aproximación psicosocial al ser venezolano. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1991. p. 57-70.

MORAES, R. J. S. **O alcoolismo e o alcoolista no capitalismo**: a psicologia histórico-cultural na defesa da historicidade para o enfrentamento do problema. 2011. 239f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2011.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Mania. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (orgs.) **Transtorno bipolar**: teoria e clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 93-111.

MORONTE, E. A. **A reestruturação produtiva nos bancos**: mudanças na organização do trabalho e o adoecimento dos bancários no Paraná. 2017. 130f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

MORO-RIOS, C. F. M. **O trabalho como atividade principal na vida adulta**: contribuições ao estudo da periodização do desenvolvimento psíquico humano sob o enfoque da psicologia histórico-cultural. 2015. 137f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

NEVES, F. S.; CORRÊA, H. Genética do transtorno bipolar. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (orgs.) **Transtorno bipolar**: teoria e clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 59-70.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set./dez. 2009.

NUNES, E. D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. A. (org.) **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2000. p. 217-229.

OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A. A., SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F (orgs.). **Método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. p. 25-51.

OLIVEIRA, P. Crise ao extremo. **O Globo**, 01 set. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/ez1cQa>>. Acesso em 19 mai. 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão**. São Paulo: EDUSP, 2000.

OMS. Organización Mundial de La Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. Comisión sobre determinantes sociales de la salud: informe final. OMS: Ginebra, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/CibJP6>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. CDSS. Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração**. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS; 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; FERRER, A. L., MIRANDA, L.; GAMA, C. A. P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, sup. 1, p. 16-22, 2009.

PALANGANA, I. C. **Individualidade**: afirmação e negação na sociedade capitalista. 2. ed. São Paulo: Summus, 2002.

PASQUALINI, J. C. A perspectiva histórico-dialética da periodização do desenvolvimento infantil. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 31-40, Maringá, jan./mar. 2009.

PASQUALINI, J. C. A teoria histórico-cultural da periodização do desenvolvimento psíquico como expressão do método materialista dialético. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 63-90.

PASQUALINI, J. C.; MARTINS, L. M. Dialética singular-particular-universal: implicações do método materialista dialético para a psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 362-371, 2015.

PIZANO, J. **Narrativas de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o cuidado em saúde mental**. 2015. 92f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2015.

PRATES, A.; KUNZ, M. Fenomenologia e diagnóstico do transtorno bipolar. KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (orgs.) **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 71-77.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do 'indizível' ao 'dizível'. In: VON SIMSON, O. R. M. **Experimentos com histórias de vida**. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 1988.

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (orgs.) **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RAMOS, M. Z.; TITTONI, J.; NARDI, H. C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 209-221, dez. 2008.

RATNER, C. Loucura. In: _____. **A psicologia sócio-histórica de Vygotsky: aplicações contemporâneas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 206-269.

REIS, C. W.; FACCI, M. G. D. A velhice sob o enfoque da psicologia histórico-cultural. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 293-318.

RIBEIRO, M. G. Desemprego e crise elevam depressão entre trabalhadores. **Jornal do Comércio**. Porto Alegre, 11 fev. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/Nd1TZv>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

ROCHA, A. L. **O uso de grupos focais com crianças na avaliação de um serviço de saúde mental na atenção primária de saúde**. 2016. 134f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2016.

ROSA, J. R. **O sofrimento gera luta: o impacto da anemia falciforme e da vivência do adoecimento no desenvolvimento psíquico de portadores da doença**. 2015. 195f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2015.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. [1963] In: NUNES, E. D. (org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 25-82.

ROSSLER, J. H. O papel da brincadeira de papéis sociais no desenvolvimento do psiquismo humano. In: ARCE, A.; DUARTE, N. (orgs.). **Brincadeira de papéis sociais na educação infantil: as contribuições de Vigotski, Leontiev e Elkonin**. São Paulo: Xamã, 2006. p. 51-63.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos “países avançados”. [1986] In: ROTELLI, F.; DE LEONARDIS O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

ROTELLI, F. A instituição inventada. [1988] In: ROTELLI, F.; DE LEONARDIS O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SANTOS, H. P.; MARTINS, J. B. A estrutura da personalidade: um estudo sobre Goldstein e Vigotski. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 99-113, ago. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/kGqthb>>. Acesso em 03 ago. 2017.

SANTOS, R. C. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e medicalização na infância: uma análise crítica das significações de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde**. 2017. 150f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2017.

SARTOR, N. J. P. **Trabalho e saúde mental: análise de uma oficina de geração de trabalho e renda**. 2017. 148f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2017.

SATO, L. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 31-49.

SCHAEFER, I. Má saúde mental é um obstáculo ao desenvolvimento da América Latina: Transtornos mentais representam quase um quarto das doenças na América Latina. **El País**. Jul. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/WnNvqU>> Acesso em 20 jul. 2015.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**. v. 9 n. 1, p. 63-74, 1995.

SCHÜHLI, V. M. **Cronicidade e reabilitação na Reforma Psiquiátrica brasileira**. 2008. 76f. Monografia (Especialização), Curso de Especialização em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2008.

SCLIAR, M. História do conceito de Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/P8zat>>. Acesso em: 07 jan. 2016.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 16ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2015.

SILVA, F. G. **O professor e a educação**: entre o prazer, o sofrimento e o adoecimento. Tese (Doutorado). 2007. 418f. Programa de Pós-Graduação em Educação: Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

SILVA, R. **A biologização das emoções e a medicalização da vida**: contribuições da psicologia histórico-cultural para a compreensão da sociedade contemporânea. 2011. 244f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SILVA, C. L. **Concepção histórico-social do cérebro na obra de Vigotski**. 2012. 275f. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, M. A. S. **Compreensão do adoecimento psíquico**: de L. S. Vigotski à Patopsicologia Experimental de Bluma V. Zeigarnik. 2014. 256f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

SILVA, M. A. S.; TULESKI, S. C. Patopsicologia experimental: abordagem histórico-cultural para o entendimento do sofrimento mental. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 4, out-dez 2015, p. 207-216.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

SKALINSKI, L. M.; PRAXEDES, W. L. A. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. **Acta Scientiarum, Human and Social Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 305-316, 2003.

SMIRNOV, A.; LEONTIEV, A. N.; RUBINSHTEIN, S. L.; TIEPLOV, B. M.(orgs.). **Psicologia**. México: Grijalbo, 1969.

SOEIRO-DE-SOUZA, M. G.; VIEIRA, R. M. Neurobiologia do transtorno depressivo maior. In: QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (orgs.) **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 49-56.

SOLOMON, D. A.; LEON, A. C.; CORYELL, W. H.; ENDICOTT, J.; LI, C.; FIEDOROWICZ, J. G. et al. Longitudinal course of bipolar I disorder: duration of mood episodes. **Arch Gen Psychiatry**, v. 67, n. 4, p. 339-47, 2010.

SOUZA, T. M. S. **Emoções e capital**: as mulheres no novo padrão de acumulação capitalista. 353 f. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

SOUZA, T. M. S. Assédio moral e reestruturação produtiva. **Revista de Trabajo Social**, v. 2, n. 2, p. 21-36, set. 2009.

SOUZA, T. M. S. Formas de gestão na acumulação flexível: o assédio moral. In: BARRETO, M.; BERENCHTEIN NETTO, N.; PEREIRA, L. B. (orgs.) **Do assédio moral à morte de si**: significados sociais do suicídio no trabalho. São Paulo: Matsunaga, 2011. p. 95-119.

SOUZA, T. R.; LACERDA, A. L. T. Depressão ao longo da história. In: QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (orgs.) **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 17-28.

TAMBELLINI, A. M. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a "Determinação Social da Saúde": repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, set./dez. 2009.

THEODORO, D. **Contribuição para uma análise da apropriação da Psicologia Histórico-Cultural na clínica da atividade de Yves Clot**. 2013. 155f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

TIMIO, M. **Clases sociales y enfermedad**: introducción a una epidemiología diferencial. 3. ed. Mexico: Editorial Nueva Imagen, 1981.

TOASSA, G.; SOUZA, M. P. R. As vivências: questões de tradução, sentidos e fontes epistemológicas no legado de Vigotski. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 757-779, 2010.

TULESKI, S. C. **A relação entre texto e contexto na obra de Luria**: apontamentos para uma leitura marxista. Maringá: EDUEM, 2011.

TULESKI, S. C.; EIDT, N. M. A periodização do desenvolvimento psíquico: atividade dominante e a formação das funções psíquicas superiores. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico**: do nascimento à velhice. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 35-61.

VIAPIANA, V. N. **A depressão na sociedade contemporânea**: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. 2017. 177f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA DA SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-12.

VIGOTSKI, L. S. **O desenvolvimento psicológico na infância**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VIGOTSKI, L. S. A psique, a consciência e o inconsciente. [1930?] In: _____. **Teoria e método em psicologia**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999a. p. 137-159.

VIGOTSKI, L. S. Sobre os sistemas psicológicos. [1930] In: _____. **Teoria e método em psicologia**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999b. p. 103-135.

VIGOTSKI, L. S. O significado histórico da crise em psicologia. [1927] In: _____. **Teoria e método em psicologia**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999c. p. 201-417.

VIGOTSKI, L. S. Manuscrito de 1929. **Educação e Sociedade**, Campinas, ano XXI, nº 71, p. 21-44, jul. 2000.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. [1934] São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKI, L. S. **A transformação socialista do homem**. [1930]. Disponível em: <<https://goo.gl/4WYfBm>>. Acesso em: 25/01/2007.

VIGOTSKI, L. S. Quarta aula: a questão do meio na pedologia. [1933-1934] (trad. M. P. Vinha). **Psicologia USP**. v. 21. n. 4. p. 681-701. São Paulo, 2010.

VYGOTSKI, L. S. Introducción a la versión ruso del libro de K. Bühler “Ensayo sobre el desarrollo espiritual del niño”. [1930] In: _____. **Obras escogidas I: problemas teóricos y metodológicos de la Psicología**. 2. ed. Madrid: Visor, 1997a. p. 163-176.

VYGOTSKI, L. S. Acerca de los procesos compensatorios en el desarrollo del niño mentalmente retrasado. [1931] In: _____. **Obras escogidas V: fundamentos de defectología**. Madrid: Visor, 1997b. p. 131-152.

VYGOTSKI, L. S. Diagnóstico del desarrollo y clínica paidológica de la infancia difícil. [1931] In: _____. **Obras escogidas V: fundamentos de defectología**. Madrid: Visor, 1997c. p. 275-338.

VYGOTSKI, L. S. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. [1931]. In: _____. **Obras escogidas III: historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores**. 2. ed. Madrid: Visor, 2000. p. 11-340.

VYGOTSKI, L. S. Paidología del adolescente. [1931] In: _____. **Obras escogidas IV: psicología infantil**. 2. ed. Madrid: Visor, 2006a. p. 9-248.

VYGOTSKI, L. S. El problema de la edad. [1932] In: _____. **Obras escogidas IV:** psicología infantil. 2. ed. Madrid: Visor, 2006b. p. 251-273.

VYGOTSKI, L. S. El primer año. [1932] In: _____. **Obras escogidas IV:** psicología infantil. 2. ed. Madrid: Visor, 2006c. p. 275-318.

VYGOTSKI, L. S. La crisis de los siete años. [1933] In: _____. **Obras escogidas IV:** psicología infantil. 2. ed. Madrid: Visor, 2006d. p. 377-386.

VYGOTSKY, L. S. The psychology of schizophrenia. [1933]. **Soviet Psychology**, v. 26, n. 1, p. 72-77, 1987. Disponível em: <<https://goo.gl/d8ziko>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

WAN, D. F. In: WFMH. World Federation Mental Health. **Depression: A Global Crisis.** Public Health Concern. Occoquan: WFMH, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/Tbi1QN>>. Acesso em 26 mai. 2013.

WENTZEL, M. O que mais mata os jovens no Brasil e no mundo, segundo a OMS. **BBC Brasil**, 16 mai. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/5Bp12T>>. Acesso em 04 jan. 2018.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia:** pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o assombroso aumento da doença mental. [2010] Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

WHO. World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental:** nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.

WHO. World Health Organization. **Impact of economic crises on mental health.** Copenhaga: World Health Organization, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/7IaGe>> Acesso em: 19 mai. 2017.

WHO. World Health Organization. **Depression.** Fact sheet. Atualizado em fevereiro de 2017a. Disponível em: <<https://goo.gl/psvIXF>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

WHO. World Health Organization. **Mental disorders.** Fact sheet. Atualizado em abril de 2017b. Disponível em: <<https://goo.gl/w1EWft>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

WHO. World Health Organization. **Depression and other common mental disorders:** global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017c.

ZEIGARNIK, Bluma Wulfovna. **Introducción a la patopsicología.** La Habana: Científico Técnica, 1979.

ZEIGARNIK, B. V. **Psicopatología.** [1976] Madrid: Akal, 1981.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para grupo focal

1. Retomar os objetivos propostos para a pesquisa.
2. Esclarecer sobre os objetivos da técnica do Grupo Focal.
3. Entregar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (duas vias) e fazer leitura na íntegra.
4. Propor tempo mínimo de trabalho: 90 minutos.
5. Aquecimento:
 - a. Introdução para o foco da discussão.
 - b. Apresentação de cada participante: nome; origem; o que faz no momento; escolaridade; etc.
6. Desenvolvimento do tema do encontro

TEMAS POR ENCONTRO

Primeiro encontro:

1. Sintomas e seus impactos (na atividade, afetividade, cognição – pensamento, memória, atenção)
2. Como é estar em depressão;
3. Como é estar em mania; Como é oscilar

Segundo encontro:

1. 'Causas' da depressão; 'Causas' do transtorno bipolar
2. Antes e depois: processo de adoecimento nas histórias pessoais

Terceiro encontro:

1. Características das pessoas que desenvolvem transtornos do humor
2. Características da vida das pessoas que desenvolvem transtornos do humor
3. Outras pessoas que conhecem que tem transtornos do humor: semelhanças e diferenças

APÊNDICE B – Roteiro para entrevistas semiestruturadas

Dados gerais

Sexo; idade; escolaridade; estado civil; religião; local de origem; composição familiar.

Tema I: Infância, Adolescência e Idade adulta

- Moradia (cidade, condições socioeconômicas, com quem vive)
- Família: quem considera sua família, relacionamento familiar
- Escolarização
- Trabalho: história da inserção no trabalho/ profissão/ atividades; renda (origem e contribuições na renda familiar)
- Principais atividades desenvolvidas
- Modos de pensar, sentir, agir nos diferentes momentos da vida e em diferentes situações
- Principais relações e vínculos estabelecidos (amorosas, afetivas, familiares, outras)
- Relações extra-familiares e de apoio
- Problemas difíceis enfrentados ao longo da vida: conflitos (familiares, econômicos, amorosos, sociais), perdas, lutos
- Atual situação no trabalho e no convívio social
- Atual situação no processo terapêutico
- Rotina diária (atividades que mais/menos gosta e o motivo)
- Tempo livre
- Dependência de outros e autonomia

Tema II: Processo saúde-doença e história do transtorno do humor

- Surgimento dos sintomas e circunstâncias da vida na ocasião.
- Caracterizar os principais sintomas e identificar o que considera mais importante.

- Desenvolvimento do quadro clínico: períodos de melhora ou piora e fatores ligados a eles.
- Impacto do processo de adoecimento: nas atividades diárias, nas relações pessoais, no trabalho, no comportamento, na capacidade cognitiva, nos afetos e emoções.
- Eventuais tentativas de suicídio
- Doenças clínicas importantes, anteriores e atuais, assim como os tratamentos realizados.
- Tratamentos realizados até o momento e seus resultados.
- Ocorrência ou não de internações psiquiátricas anteriores.
- Uso de medicamentos atualmente. Se sim, quais.

Tem alguma dúvida sobre esta conversa/entrevista? Gostaria de falar sobre algo mais?

APÊNDICE C – Devolutiva parcial do Projeto do Doutorado à equipe do Centro de Atenção Psicossocial



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Botucatu



Projeto de Pesquisa: **A formação social dos transtornos do humor**

Pesquisadora: **Melissa Rodrigues de Almeida**

Orientadora: **Prof^a. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin**

Devolutiva Parcial do Projeto do Doutorado à equipe do Centro de Atenção Psicossocial III

18 de agosto de 2016

APRESENTAÇÃO

Os objetivos desta pesquisa são analisar: a) a formação social dos transtornos do humor, com base nos referenciais da Saúde Coletiva e da Psicologia Histórico-Cultural através de estudos de casos de pessoas diagnosticadas com transtornos do humor, b) as relações entre o desenvolvimento da atividade, consciência e personalidade e c) a determinação social do processo saúde-doença.

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida em fases combinadas de sistematização teórica de categorias de análise, de coleta de dados por meio de pesquisa de campo com técnicas de pesquisa qualitativa e análise dos dados. A pesquisa de campo foi desenvolvida neste CAPS, a partir da indicação pelas técnicas de referência de usuários do serviço que cumprissem os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram: a) usuários do CAPS diagnosticados com transtornos do humor (depressão e transtorno afetivo bipolar), b) com presença dos sintomas há pelo menos dois anos, c) com idade acima de vinte e cinco anos, d) bons falantes.

O projeto foi aprovado pelo parecer número 969.261 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e pelo parecer número 973.073 do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Curitiba – SES.

COLETA DE DADOS

Até o momento, foram realizadas as seguintes etapas:

1. Contato com equipe

Depois da aprovação do projeto nos Comitês de Ética e contato inicial com a coordenação do CAPS, foi realizada a apresentação do projeto em reunião de equipe em março de 2015. Desde então, a pesquisadora buscou contato, sempre que necessário, com as técnicas de referência que indicaram usuários para

participação na pesquisa e com a coordenação do CAPS para informar e combinar ações relacionadas à pesquisa. Realizou-se apresentação do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as técnicas de referência, quando buscamos esclarecer os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como o papel da equipe na seleção da amostra e a relação entre pesquisadora e equipe para troca de informações e suporte aos participantes da pesquisa.

2. Observação participante

Com o objetivo de uma aproximação inicial do campo de estudo para conhecer a dinâmica do serviço, divulgar a pesquisa, iniciar vínculo com os usuários e conhecer o perfil dos usuários do serviço a fim de estabelecer a amostra de participantes da pesquisa, a pesquisadora participou de algumas atividades, como grupos de referência, assembleia e ambiência no período de abril a julho de 2015.

3. Definição da amostra

A definição da amostra foi realizada em junho e julho de 2015 com o auxílio da equipe a partir dos critérios de inclusão, com base no conhecimento prévio das técnicas de referência sobre os casos acompanhados pelo CAPS e nos dados coletados ao longo da observação participante. Foi realizado convite para a participação aos usuários, ocasião em que se explicava os objetivos da pesquisa e que sua participação era voluntária. Alguns usuários indicados não participaram da pesquisa por motivos como: não comparecimento aos grupos e entrevistas, impossibilidade de presença nos horários estabelecidos, não interesse na participação.

Os usuários do CAPS que participaram de algum momento da pesquisa foram os seguintes:

No documento original, aqui havia uma tabela com uma lista dos nomes dos usuários e suas correspondentes técnicas de referência.
--

Por motivo de sigilo, foram retirados deste apêndice.

4. Grupos focais

Foram realizados dois grupos focais que tinham como objetivos do ponto de vista da pesquisa: a) contribuir para o processo de focalização da pesquisa, levantando aspectos convergentes e divergentes entre os participantes e b) subsidiar a pesquisadora com questões a serem exploradas nas entrevistas individuais; e do ponto de vista dos participantes: a) contribuir para os processos de reflexão, por meio da coletividade, sobre as percepções relacionadas aos sintomas, possíveis determinações e características desta forma de sofrimento e o desenvolvimento dos transtornos do humor. Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora e contaram com dois assistentes.

O grupo focal com as pessoas diagnosticadas com depressão teve três sessões, nos dias 17, 24 e 31 de agosto de 2015. O grupo focal com as pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar teve quatro sessões, nos dias 14, 21 e 28 de setembro e 05 de outubro de 2015. Antes do início dos grupos focais, foi feita a apresentação pesquisa aos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao final dos encontros foi feita uma breve devolutiva às técnicas de referência.

5. Transcrição e pré-análise do material

Foi realizada a transcrição da gravação dos áudios dos grupos focais e uma pré-análise do conteúdo dos grupos ao longo dos meses de agosto, setembro e outubro de 2015.

6. Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas tiveram como objetivo produzir relatos que trouxessem à tona as lembranças das histórias pessoais da vida dos entrevistados junto com reflexões mais gerais sobre o processo saúde-doença e o desenvolvimento dos transtornos do humor. Foram realizadas durante os meses de outubro a dezembro de 2015 e fevereiro a agosto de 2016, totalizando 20 sessões com 11 pessoas.

Próximas etapas:

7. Análise dos dados

Com a finalização da coleta de dados, daremos continuidade à análise de dados, de forma mais aprofundada e sistematizada. Caso sejam notadas lacunas importantes ao desenvolver a análise, o contato com as técnicas de referência e/ou com os participantes da pesquisa pode ser retomado.

8. Devolutiva para equipe e participantes da pesquisa

A previsão de conclusão desta pesquisa de doutorado é em março de 2018, quando pretendemos retomar contato com a equipe do CAPS e com os participantes para realização de uma devolutiva com os acúmulos de nossa investigação e seus possíveis benefícios.

Até lá, estou à disposição para quaisquer esclarecimentos ou apontamentos.

Desde já, agradeço enfaticamente à equipe por sua atenção e disponibilidade em atender às minhas solicitações, mesmo em meio à sua intensa e agitada rotina de trabalho.

Cordialmente,

Melissa Rodrigues de Almeida

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pessoas que irão participar das entrevistas e atividades grupais

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **A formação social dos transtornos do humor**, que pretende estudar o desenvolvimento dos transtornos do humor nas histórias de vida de pessoas assim diagnosticadas. A pesquisa será desenvolvida por Melissa Rodrigues de Almeida, aluna regular do Doutorado do Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP, sob orientação da Profª. Drª. Sueli Terezinha Ferrero Martin.

O(A) sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por possuir o diagnóstico de transtorno do humor e realizar acompanhamento no CAPS III do município de Curitiba-PR.

Sua participação nessa pesquisa consta de: 1) entrevistas: 2 a 5 sessões com duração aproximada de 60 minutos, com algumas perguntas sobre sua história de vida e o desenvolvimento do transtorno do humor; 2) participação em grupo focal: 3 encontros, com duração aproximada de 90 minutos; 3) observação de atividades terapêuticas. As entrevistas e o grupo focal serão agendados previamente e gravados em áudio, com a garantia de anonimato e sigilo em relação a todo seu conteúdo. As **informações coletadas** poderão ser utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. As gravações ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora e da orientadora durante o desenvolvimento do projeto, com o compromisso de destruí-las após a conclusão do trabalho.

O conhecimento dessas informações permite entender melhor a origem dos transtornos do humor e assim contribuir para a elaboração de estratégias terapêuticas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição a que está vinculado.

Sua participação será tratada de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória.

O (A) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Qualquer dúvida adicional, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa por meio do telefone (14) 3880-1608 ou 3880-1609.

Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar voluntariamente do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Caso seja necessário, estarei à disposição para complementação dos dados.

Participante:

RG n°:

Curitiba, ____ de ____ de ____.

Participante

Pesquisadora

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para equipe técnica

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **A formação social dos transtornos do humor**, que pretende estudar o desenvolvimento dos transtornos do humor nas histórias de vida de pessoas assim diagnosticadas. A pesquisa será desenvolvida por Melissa Rodrigues de Almeida, aluna regular do Doutorado do Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP, sob orientação da Profa. Dr^a. Sueli Terezinha Ferrero Martin.

Sua participação nesta pesquisa consistirá na observação pela pesquisadora de algumas atividades por você desenvolvidas no CAPS, consulta aos prontuários das pessoas entrevistadas e reuniões com a pesquisadora para elucidar eventuais questões surgidas no processo da pesquisa. As reuniões poderão ser gravadas em áudio para posterior transcrição e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora e da orientadora durante o desenvolvimento do projeto, com o compromisso de destruí-las após a conclusão do trabalho.

Suas informações serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. As **informações coletadas** poderão ser utilizadas para efeito de análise e divulgação científica.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

O(a) Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de saúde mental.

O (A) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Qualquer dúvida adicional, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa por meio do telefone (14) 3880-1608 ou 3880-1609.

Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar voluntariamente do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Caso seja necessário, estarei à disposição para complementação dos dados.

Participante:

RG n°:

Curitiba, ____ de _____ de _____.

Participante

Pesquisadora