

Sérgio Seiji Aragaki

**O aprisionamento de *selves* em diagnósticos
na área de Saúde Mental**

**Texto apresentado à Banca
Examinadora da Pontifícia
Universidade Católica de São
Paulo, como exigência parcial para
doutoramento em Psicologia Social,
apresentado ao Programa de
Estudos Pós-graduados em
Psicologia Social, sob orientação da
Profa. Dra. Mary Jane Paris Spink.**

**São Paulo – SP
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Banca Examinadora

Dedico essa tese a todas pessoas que me acompanharam nessa trajetória,
Sem as quais não seria possível viver.
Em especial à minha família, aos meus amigos e à minha orientadora.

Tempos atrás li uma frase que muito me marcou.
Tentei lembrar quem a proferiu, mas não consegui...

“Olhar é olhar na altura dos olhos”

Convido a ler meu trabalho
e misturá-lo com
músicas, literatura, bebidas, chocolates e amor.

Agradecimentos

À Profª Drª Mary Jane Paris Spink por partilhar meus momentos e continuar apostando em mim nos momentos mais difíceis, possibilitando a construção de novos saberes.

Às professoras Maria Cristina Vincentin e Vera Menegon pelas colaborações inestimáveis.

Aos membros da banca pela possibilidade de debater e enriquecer meu trabalho.

Aos professores do Curso de Pós-graduação em Psicologia Social da PUCSP, por me instigarem a pensar a partir de diferentes pontos de vista.

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Práticas Discursivas e Produção de Sentidos.

À Marlene pelo apoio sempre fundamental.

À CAPES pelo auxílio financeiro.

À minha mãe Haru Ogusuku Aragaki, sem a qual eu nada seria, nela vejo a justa medida entre carinho e força.

Aos meus irmãos Edison, Eduardo e Roberto; minhas cunhadas Ilva e Cristina; aos meus sobrinhos Thales e André; à minha sobrinha Caroline, pelo apoio constante em minha vida. Ao meu pai José Aragaki, por me fazer esforçar em ser seu espelho.

Aos meus grandes amigos e amigas: Régis, Leila e Ana Flávia Pistori; Claudinei, Maria Isabel e Gabriel Batista; Joelma Viggiano, Mariana Aron, Bernardo e Edna ; Jacqueline, Élcio, Gabriela e Miguel Brigagão; Cláudia Pedrosa; Cláudio Barbosa; Joaquim Coelho; Rosineide Cordeiro; Rafaela Cocchiola, Isabella e Wander; Vanda Nascimento; Myrt Thânia Cruz, Pedro e Vincent; Ricardo Mélo; Denise Benante; Gislene Gorgatti, Fernanda Adorno e Alexandre; Maria Teresa Varela, Duílio, Carmen, Isabel, Júlia e Antonio; Ricardo e Jenifer de Toledo; Cristiane Konno; Mileni Secon; Clarissa Carvalho; Rodrigo Ramos; David Borges; Theresinha Leopoldi; Adriana Pereira; Alexandre Pascotto; Cleber Ferreira; Herika Deziderio; Antonio Honório Ferreira; Isaac Levensteinas; Lenise Santana; Maurício Okamura; Sueli Benante; Marina Guzzo; Adriana Domingues; Regina, Reginaldo, Thiago e Rodrigo Santos; Alfredo Maluf Neto; Milagros Garcia e Jesús Canelon; Estela, Marcelo e Annaís; Isabela, Doriane e Estevão; Letícia Malavolta; Dinah, Marco, Arthur e Amanda Spina Maron e todas pessoas que me acompanham nessa batalha que é a vida, as palavras de Caio Fernando Abreu: Que seja doce, que seja doce, que seja doce!

Resumo

Esta tese teve por objetivo propor que o diagnóstico na Área de Saúde Mental é construído nas relações entre vários participantes: profissionais, pessoas avaliadas, redes sociais das quais fazem parte e as materialidades aí presentes, constituindo tipos de pessoas e cristalizando-as em apresentações públicas de *selves*, que restringem sua circulação e pertença a matrizes (HACKING, 2001) e redes sociais (SOUZA, 1999). Tem como base teórica as interlocuções estabelecidas entre a perspectiva das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, 1999), apoiada no Construcionismo Social, e vários autores que se esforçam na tarefa de tornar mais dignas as vidas de pessoas que utilizam Serviços de Saúde Mental. Partindo do pressuposto que as noções de *self* e de pessoa na Modernidade Clássica e na Modernidade Líquida (BAUMAN, 2001) permitem o governo de pessoas, em termos foucaultianos, por meio de classificações psiquiátricas e as tomando como incidente crítico, buscamos entender as alterações ocorridas no *self* (HARRÉ, 1998) e nas redes sociais (SOUZA, 1999) de usuários do Serviço de Saúde Mental a partir da ocorrência do diagnóstico. Para dar conta disso, fizemos entrevistas com profissionais dessa área, buscando entender o impacto e as conseqüências do diagnóstico para as pessoas classificadas como portadoras de *transtornos mentais*. Abordamos as dificuldades existentes na prática de estabelecer diagnósticos, com base na literatura especializada no campo, elegendo o *transtorno afetivo bipolar* como estudo de caso. Feito isso, analisamos as narrativas de duas portadoras desse problema de saúde, buscando as mudanças e permanências em seus *selves* e nas redes sociais que pertencem ou pertenciam antes do diagnóstico. Concluímos que a pertença à matriz *portador de transtorno mental* e suas redes sociais diminui a possibilidade de trocas sociais, designando aos seus partícipes lugares de exclusão e de submissão. Há, entretanto, exceções, por exemplo, quando a pessoa diagnosticada participa também da matriz *especialista da Área de Saúde Mental*. Como contribuição ao campo, propomos que os avanços nas propostas libertárias na Área de Saúde Mental dependem da possibilidade de entender as pessoas em suas complexidades, localizadas em contextos históricos e sociais determinados, fortalecendo e construindo relações e espaços de sociabilidade que permitam trocas sociais.

Abstract

The object of this thesis was to propose that the diagnosis in the mental health area is derived from the interaction of its participants: professionals, patients, public health system and materialities; creating types of people and establishing them in their public “selves”, which restricts their circulation and participation in matrixes (HACKING, 2001) and social networks (SOUZA, 1999). It’s theoretical base is in the interaction established between the Discursive Practices and Sense Production (SPINK, 1999) and Social Construcionism. Presuming that the notions of self and classic modernism and liquid modernism (BAUMAN, 2001) allow the control of people, in foucaultian terms, by means of psychiatric classifications and taking them as critical incident, we try to understand the changes that occur in the self (HARRÉ, 1998) and to the social networks (SOUZA, 1999) of those who have a mental disorder

To do this we interviewed the professionals that diagnosed those classified as having mental disorders and tried to understand the consequences of such diagnosis. We studied the difficulties in establishing a diagnosis, based on specified literature, using the bipolar disorder as a study case. After this we analyzed the narratives of two patients which have this health problem, seeking the qualities of their selves (what changed and what remained) and the social groups they belong or belonged to before the diagnosis. We concluded that for those who belong to a mental disorder group and its social context have diminished possibilities of social exchange, and are also frequently excluded or submissive in their relationships. There are, however, exceptions as in the case when the person diagnosed is part of a respected matrix, such as a mental health specialist. Our contribution is to propose that a more freeing proposal for the mental health area depends on the possibilities of understanding people in their complexity, with determined historical and social contexts; strengthening and creating the relationships and the social contexts which allow for social exchange.

Résumé

Le but de notre thèse était de proposer que le diagnostic dans le Domaine de la Santé mentale se construit à partir des relations entre plusieurs participants: des professionnels, les personnes évaluées, les réseaux sociaux auxquels ils appartiennent et les matérialités là présentes, constituant des types de personnes et se cristallisant en présentations publiques de *selves* qui restreignent leur circulation et leur appartenance à des matrices (HACKING, 2001) et à des réseaux sociaux (SOUZA, 1999). Elle a pour fondement théorique les conversations qui s'établissent entre la perspective des Pratiques discursives et la Production de sens (SPINK, 1999), appuyée sur la Perspective constructionniste sociale, de même que sur plusieurs auteurs qui s'efforcent dans la tâche de rendre plus digne la vie de ceux qui ont recours aux Services de Santé mentale. Partant du présupposé que les notions de *self* et de personne dans la Modernité classique et dans la Modernité liquide (BAUMAN, 2001) permettent le gouvernement de personnes, en termes foucaultiens, au moyen de classements psychiatriques et les prenant pour un incident critique, nous avons cherché à comprendre les changements survenus dans le *self* (HARRÉ, 1998) et dans les réseaux sociaux (SOUZA, 1999) des usagers du Service de Santé mentale à partir de leur diagnostic. Dans ce but nous avons eu des entretiens avec des spécialistes de ce domaine, tout en cherchant à comprendre l'impact et les conséquences du diagnostic sur les personnes classées porteuses de *troubles mentaux*. Nous avons abordé les difficultés existantes dans la pratique d'établir des diagnostics, fondés sur la littérature spécialisée, et nous avons choisi le *trouble affectif bipolaire* pour notre étude de cas. Par la suite, nous avons analysé les récits de deux femmes porteuses de ce problème de santé, essayant de vérifier ce qui avait changé et ce qui restait dans leurs *selves* et dans les réseaux sociaux auxquels elles appartiennent ou appartenaient avant le diagnostic. Nous en avons conclu que l'appartenance à la matrice *porteur de trouble mental* et leurs réseaux sociaux réduit la possibilité d'échanges sociaux, assignant à ceux qui en font partie une place d'exclusion et de soumission. Il y a toutefois des exceptions lorsque, par exemple, la personne en question appartient aussi à la matrice *spécialiste du Domaine de Santé mentale*. Quant à notre contribution, nous proposons que les progrès des propositions libertaires du Domaine de la Santé mentale dépendent que l'on puisse comprendre les personnes dans leurs complexités, situées dans des contextes historiques et sociaux déterminés, renforçant et construisant des relations et des espaces de sociabilité qui permettent des échanges sociaux.

Sumário

Introdução	10
Capítulo 1 - Da fluidez das redes ao enclausuramento em diagnósticos: reflexões sobre personalidade e <i>selves</i> na sociedade contemporânea.....	13
1.1. Sobre pessoas e <i>selves</i>.....	14
1.1.1. Pessoas como um emaranhado de matrizes.....	17
1.1.2. O <i>self</i> como um emaranhado de redes e de posicionamentos.....	19
1.2. Situando <i>selves</i> na História.....	22
1.2.1. Por um <i>self</i> uno e coerente: ser uma pessoa na Modernidade Clássica.....	24
1.2.2. Por um <i>self</i> fluido, disperso e fragmentado: ser uma pessoa na Modernidade Líquida.....	26
1.3. Governando pessoas por meio de nomeações.....	29
1.3.1. Governando pessoas na Modernidade Clássica: entre o normal e o patológico.....	32
1.3.2. Governando pessoas na Modernidade Líquida: controles infinitos.....	35
1.3.3. Em suma... ..	41
Capítulo 2 - Problematizando o diagnóstico na Área de Saúde Mental: o Transtorno Afetivo Bipolar como estudo de caso.....	43
2.1. Ciência, verdade e conhecimento psiquiátrico.....	44
2.2. Diagnóstico em Psiquiatria: o caso do Transtorno Afetivo Bipolar.....	50
2.3. Discordâncias no diagnóstico psiquiátrico: o Transtorno Afetivo Bipolar.....	54
2.4. Tecendo algumas considerações sobre as discordâncias no diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar.....	56
Capítulo 3 – O Diagnóstico na perspectiva dos profissionais que atuam na Área de Saúde Mental.....	63

3.1. Apresentando os entrevistados e os casos por eles citados.....	67
3.2. Sobre o impacto e as conseqüências de ser um portador de um diagnóstico na Área de Saúde Mental: uma ação terapêutica ou iatrogênica?.....	70
3.3. Sobre as discordâncias nos diagnósticos na Área de Saúde Mental.....	76
3.4. Algumas considerações sobre os diagnósticos na Área de Saúde Mental.....	86
Capítulo 4 – O diagnóstico na perspectiva de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar.....	88
4.1. Uma de nossas redes nos leva até Juliana.....	89
4.2. Uma narrativa sobre Juliana.....	90
4.3. Outra de nossas redes nos leva até Kay.....	99
4.4. Uma narrativa sobre Kay.....	99
Capítulo 5 – Considerações finais: atando provisoriamente alguns nós.....	110
Referências.....	118
Apêndices.....	126
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
B – Convenções para transcrição de entrevistas.....	129
C – Transcrições integrais das entrevistas feitas com profissionais.....	131
D – Transcrição Seqüencial de entrevista feita com profissional.....	221
E – Quadros sobre as discordâncias, motivos e conseqüências dos diagnósticos - por profissionais.....	224
F – Quadros sobre as discordâncias, motivos e conseqüências dos diagnósticos - por temas.....	231
G – Entrevista com Juliana.....	240

Introdução

Esta tese resulta de dois movimentos de nossa vida pessoal e acadêmica. O primeiro se insere na trajetória de pesquisador, tendo como base teórica a perspectiva das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, 1999), com o apoio do Construcionismo Social.

Seduzido pela possibilidade de pensar *pessoalidade* na sociedade contemporânea, esta inquietação nos levou a fazer leituras a respeito do *self*. Assim, no capítulo 1, apresentamos o que entendemos que são pessoas e *selves* (HARRÉ, 1998), relacionando estes conceitos aos de matrizes (HACKING, 2001), redes sociais (SOUZA, 1999) e posicionamentos (DAVIES & HARRÉ, 1990). Entendendo que há uma polissemia em cada conceito e que o sentido hegemônico está determinado pelo seu contexto histórico e social, situamos *pessoalidade* e *self* na Modernidade, nas suas vertentes Clássica e Líquida (BAUMAN, 2001). Além disso, cientes de que a nomeação de pessoas em determinadas matrizes e redes sociais pode fortalecer práticas de controle social, trazemos as contribuições de Foucault (1995) a respeito.

O segundo movimento está relacionado à nossa inserção profissional como psicólogo atuante na Área de Saúde Mental. Sabemos que muitos anos se passaram após as críticas feitas em relação ao conceito de doença mental e às práticas estabelecidas para dar conta desse fenômeno. Temos, entre outras, as contribuições dos Movimentos da Anti-Psiquiatria, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Anti-manicomial.

Antes as pessoas eram chamadas de *doentes mentais*, sendo que o tratamento compreendia na prática sistemática de interná-las por longo tempo em instituições, excluindo-as da sociedade, freqüentemente, durante toda a vida. Além disso, eram submetidas ao tratamento moral, que podemos resumir, em termos foucaultianos, no uso de estratégias para docilizar os seus corpos, punindo e submetendo-as. Isso era feito por meio de coerções morais, banhos frios, suspensão de refeições, aprisionamento em celas úmidas, escuras e sem quaisquer recursos mínimos para a sobrevivência humana, e pelo uso indiscriminado de eletrochoque.

Atualmente devemos chamá-las de *portadoras de transtorno mental*, destruir hospitais psiquiátricos e construir serviços especializados, tais como enfermarias de Saúde

Mental em hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Convivência. Estes locais devem dispor de equipes de profissionais especializados em diferentes domínios de saber, sendo médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, educadores e artistas.

Vimos que diversas mudanças ocorreram nos sentidos atribuídos aos problemas de saúde mental, nas suas nomeações e na assistência prestada atualmente aos portadores desses diagnósticos na Área da Saúde. Porém, constatamos que essas modificações têm se mostrado insuficientes para lidar com o sofrimento das pessoas classificadas dessa maneira.

Diante disso, buscamos interlocutores que pudessem nos auxiliar na empreitada de traçar uma visão crítica a respeito. Assim, trazemos a colaboração de Lefevre (1991), a respeito do medicamento como bem de consumo e de Birman (1999), Aguiar (2004) e Costa Pereira (200-?a e b), que tratam de questões relacionadas à prática diagnóstica, afirmando a hegemonia da Psiquiatria Biológica na Área de Saúde Mental, na atualidade.

Tendo claro que a noção de verdade utilizada pela ciência norteia os sentidos existentes no campo a respeito dos portadores de transtorno mental, e que com base nela são traçadas propostas de intervenção junto à população assistida, tecemos no capítulo 2 críticas a respeito. Assim, Bourdieu (1976), Hacking (2001), Gergen (1985; 1994a, b e c) e Ibáñez (1994a, b, c e d) nos possibilitam situar a ciência como prática social, fruto de negociações de sentido entre os envolvidos. Feito isso, apoiados em Foucault (2001), retomamos, então, questões ligadas à Área de Saúde Mental, discorrendo, em seguida, a respeito das dificuldades presentes no estabelecimento de diagnósticos na sociedade contemporânea, pautadas pela CID e pelo DSM, tomando como estudo de caso o *transtorno afetivo bipolar*, fazendo uma revisão de literatura a respeito das discordâncias existentes na prática diagnóstica.

Sentindo necessidade de nos aproximarmos do campo empírico, conversamos com profissionais da Área de Saúde Mental que falaram, sob seus pontos de vistas, sobre o impacto e as implicações dos diagnósticos para a população por eles assistida. Trouxeram também problemas enfrentados no cotidiano profissional, relacionados diretamente ao ato de diagnosticar. Essas contribuições estão presentes no capítulo 3.

Sabemos que a proposta em voga na Área orienta todos técnicos que se esforcem na (re)inserção dos *portadores* na sociedade, utilizando todos os recursos que se encontram

disponíveis: medicamentos psicotrópicos, terapias psicológicas e expressivas individuais e em grupos, orientações aos *portadores* e familiares, acompanhantes terapêuticos e as diversas tecnologias, entre outros.

Apesar disso, percebemos que a conquista de cidadania é um processo lento, difícil e, em geral, não atingido por essas pessoas. Elas continuam excluídas e submissas, sendo-lhes sistematicamente negado o direito de viver de forma digna, não participando de forma consistente das trocas sociais.

Para situar como ser classificado como portador de um transtorno psiquiátrico influi na apresentação pública de *selves*, nas matrizes e redes sociais das quais se pode participar, trazemos no capítulo 4 narrativas de duas pessoas: Juliana e Kay. Tivemos acesso às suas histórias por caminhos diferentes. A primeira foi por nós entrevistada, tendo tido um primeiro diagnóstico de *esquizofrenia*, submetendo-se a uma revisão, sendo nomeada atualmente como *portadora de transtorno afetivo bipolar*. Kay, por sua vez, relata sua experiência como autoridade no tratamento deste último problema de saúde, sendo também dele portadora.

Por fim, no capítulo 5, fazemos algumas considerações sobre a pertença à matriz *portador de transtorno mental* e de suas conseqüências para os que dela participam, alinhavando e costurando os argumentos apresentados. Propondo entender o diagnóstico como um processo de negociação entre as pessoas envolvidas, buscamos resgatar a noção de normalidade proposta por Canguilhem (1995, 2005a e b) e contribuir para o avanço de propostas libertárias na Área de Saúde Mental com o apoio de Saraceno (1999) e Haraway (1991).

Capítulo 1

Da fluidez das redes ao enclausuramento em diagnósticos:

reflexões sobre personalidade e *selves* na sociedade contemporânea

Este capítulo tem como objetivo principal situar as noções de pessoa e *self* que embasam a reflexão sobre as conseqüências de um diagnóstico em Saúde Mental. Neste afã, situaremos os conceitos de personalidade e *self* e de como eles se constroem num emaranhado de redes e matrizes.

Dentre as várias possibilidades de conceituar a experiência pessoal e relacional de singularidade, optamos pelo uso das noções de pessoa e *self* por entendermos que são elas as que melhor expressam o ser humano em sua multiplicidade, considerando o contexto em que se atualizam como *selves*. Abandonamos, portanto, qualquer afiliação às noções de indivíduo e sujeito que remetem a uma forma específica de ser no mundo associada com a Modernidade Clássica, pautada por uma visão de essência, de núcleo fundamental e de universalidade.

A opção teórica pela fluidez do *self* como posicionamento em redes e matrizes é ainda justificada situando pessoas *no tempo* a partir do contraste entre *ser* na relativa estabilidade das formações sociais da Modernidade Clássica e na fluidez que caracteriza os modos de ser na sociedade contemporânea.

A linha de argumento do capítulo se encerra retomando a questão da Saúde Mental e os efeitos de poder das nomeações e diagnósticos psiquiátricos. Recorrendo à noção foucaultiana de governamentalidade, buscamos situar o que muda e o que permanece nas maneiras de governar pessoas na Modernidade Clássica e na sociedade contemporânea. Para isso, retomamos o poder de enclausuramento dos diagnósticos psiquiátricos e as tensões assim geradas entre modos *líquidos* de ser e a diminuição das possibilidades de transitar por redes e matrizes.

1.1 - Sobre pessoas e *selves*¹

Harré (1998) propõe que uma pessoa pode ser assim denominada na medida em que se reconhece como tal, o que implica também se diferenciar das demais. Isso se dá na medida em que é distinta de outros em todas as suas propriedades e que ocupa uma única localização em termos de tempo e espaço. Além disso, ela tem um senso de

¹ Optamos por manter esse conceito em inglês, por ele expressar não só a noção de eu, mas também a ação da pessoa sobre si mesma. Não encontramos em nossa língua um termo que expresse esses dois sentidos de forma concomitante.

responsabilidade como agente, fazendo parte e construindo o mundo em que vive. Ocupa, também, um lugar social, que se organiza pelo gênero, idade, reputação, status etc. Assim,

em última análise, existirão práticas costumeiras e amplamente endossadas que realmente limitarão alguém, no sentido de que a pessoa é um agente com uma certa posição histórica, cultural e mental; esses fatores tanto formarão quanto influenciarão o que a pessoa pode se tornar (HARRÉ & GILLET, 1999, p.106).

Por outro lado, “ter um senso de *self* é ter um senso de estar quadruplamente localizado, de ter um lugar em quatro multiplicidades coordenadas” (HARRÉ & GILLET, 1999, p.92). Desta maneira, “eu tenho um senso de ter um lugar ou lugares em muitos sistemas de localização”. Também “tenho um senso de existir em um momento de um desdobramento do tempo de minha vida como uma trajetória... através do tempo” (HARRÉ & GILLET, 1999, p.92). Além disso, sendo partícipe de uma cultura fortemente influenciada pela moral judaico-cristã, tenho um senso de responsabilidade como um agente. Por fim, eu tenho um lugar social, estou localizado entre milhões de outras pessoas.

Eu experiencio a mim mesmo não como uma entidade, mas como tendo um lugar a partir do qual eu percebo e ajo, sofro influências de ações, e onde sou eu mesmo percebido (HARRÉ & GILLET, 1999, p.92).

Os *selves* não existem *per si*, como algo em si, mas “são ficções gramaticais, características necessárias dos discursos orientados pela pessoa” (HARRÉ, 1998, p.03).

A partir das contribuições de Harré (1998), podemos entender uma pessoa de três diferentes perspectivas, três *selves*, sendo que cada um focaliza um aspecto em particular do que ela é em uma dada situação. Sendo assim, o *self* somente existe como uma estratégia para analisarmos uma pessoa a partir de determinado prisma, destacando-o dentre os demais aspectos presentes.

O *self1* é o “ponto do vista a partir do qual uma pessoa percebe o mundo e age sobre ele, sendo indispensável para administrar a forma de vida humana” (HARRÉ, 1998, p.05). Ele permite nos localizarmos como uma pessoa única e exclusiva. “É ter um sentido do nosso ponto de vista em cada momento e lugar no espaço a partir do qual a pessoa percebe e atua perante o mundo” (Harré, 1998, p.04).

O *self1*, como expressão da singularidade, reúne o conjunto dos aspectos da personalidade que estão ligados à nossa corporeidade; à nossa localização espacial. É o que existe de particular em cada ser humano, e que permite descrever a si mesmo e ao mundo

de forma exclusiva. Ser uma pessoa implica ter um corpo, e este é sempre único. É ele que nos permite o acesso à linguagem que, por sua vez, nos torna parte da humanidade.

Por outro lado, o *self2* é o conjunto de atributos, ações e habilidades de uma pessoa, além das crenças que ela tem a este respeito (HARRÉ, 1998). Trata-se daquilo que a pessoa acredita sobre si mesma, assim como o que os outros pensam sobre ela. Permite-nos perceber que as características pessoais são construídas nas relações e que elas são contextualizadas, se alterando de acordo com o momento e com os seus participantes.

É a partir do *self2* que nós temos acesso à personalidade, já que cada singularidade sempre é acompanhada de habilidades. Estas são norteadas pelo nosso ponto de vista particular, e que nos permite aceitar ou rejeitar responsabilidades, além de narrar diferentes histórias de nossa vida. Em resumo, o *self2* é o que a pessoa é, no sentido que “nossos *selves*, são uma complexa rede tecida com nossos poderes e disposições e com os atributos psicológicos momentâneos discerníveis no fluxo da ação privada e pública” (HARRÉ, 1998, p.16).

Por último, temos o *self3*, que se remete a como nos apresentamos publicamente diante de outros, fruto da interpessoalidade (HARRÉ, 1998). Ele é utilizado também quando nos referimos às descrições das características de outra pessoa. Remete-nos ao conceito de papel social de Goffman (1959/2004), porém é mais complexo, na medida em que há o que eu projeto a meu respeito, e aquilo que é ressignificado pelos seres com que me relaciono.

Por meio do *self3* nós expressamos às outras pessoas nossas crenças sobre nossas habilidades e atributos. Por outro lado, os sentidos dados por outros às nossas qualidades também constituem o *self3*.

Harré ressalta que os *selves 1, 2 e 3* nada mais são do que recursos retóricos, e que toda pessoa constrói e reconstrói seus *selves* constantemente em seu cotidiano. Propõe um modelo padrão: Pessoa {*self 1, self 2, self 3*}, “onde a pessoa é a existência robusta e os três conceitos dentro da fórmula se referem aos aspectos e condições para o fluxo da ação pessoal” (1998, p.09).

Por fim, acrescenta que “a pessoa não tem atributos psicológicos outros além de seu poder de produzir o fenômeno psicológico no fluxo das ações públicas e privadas” (HARRÉ, 1998, p.15). Propõe que entendamos as questões psicológicas nos

relacionamentos interpessoais contextualizados, e não como uma interioridade. Traz, assim, a importância de considerarmos a discursividade dos *selves* quando buscamos entender o que é uma pessoa.

Porém, pensamos que ser uma pessoa é algo ainda mais complexo, pois além da produção discursiva, temos também as materialidades, presentes em todas as ações humanas. Para dar conta disso, propomos o uso das noções de matrizes e de redes, conforme veremos a seguir.

1.1.1. - Pessoa como um emaranhado de matrizes

A partir dos escritos de Harré (1998) e de Harré & Gillett (1999), conseguimos fazer distinções entre as várias questões que estão presentes quando pensamos a noção de pessoa. Assim, quando falamos a esse respeito, podemos estar nos referindo a pelo menos uma das seguintes afirmações: que não existe uma pessoa igual à outra; que há algo que permite alguém se reconhecer a si mesmo; que ele se percebe e argumenta ser diferente de outras e que isto é compartilhado pelas demais pessoas.

Para nos auxiliar a pensar sobre isso, vamos recorrer à noção de matriz, tal como proposta por Hacking (2001). Ele postula que uma idéia ou conceito *X*, por exemplo, *portador de transtorno afetivo bipolar (TAB)*, só existe dentro de uma matriz. Esta se refere, então, a um conjunto, uma determinada classe de pessoas, e não a um ser determinado e específico. É composta de argumentos e tem conseqüências, uma vez que estabelece diferenças entre todos os participantes.

Ressaltamos que o que está em questão não é a pessoa em si, mas os diferentes sentidos que são atribuídos a ela, de forma ampla, como participante de determinada matriz. Quando falamos a respeito de *X*, também estamos nos referindo à própria classificação e à matriz dentro da qual funciona esta classificação. As pessoas classificadas como *X* e suas experiências são alteradas em conseqüência da classificação feita. Por outro lado, a ação, experiências e sentimentos da pessoa também alteram a matriz (HACKING, 2001).

Toda pessoa pertence a diversas matrizes, mas em determinado momento ela se restringe a algumas delas. Ou seja, numa dada situação, uma pessoa pode pertencer a uma matriz que reúne portadores de determinada patologia psiquiátrica. Assim, ela recebe

algumas nomeações (paciente, esquizofrênico etc), porta alguns documentos (carteira de identificação de tratamento, receitas médicas, relatórios pessoais de saúde etc) e frequenta determinados locais (ambulatório de saúde mental, sala de atendimento psicológico, de perícia médica etc). Mas, a mesma pessoa também pode pertencer, por exemplo, a uma matriz que agrupa homens, brasileiros, casados, descendentes de italianos e que moram no interior de São Paulo.

É importante percebermos que o fato de classificarmos uma pessoa de determinada maneira, colocá-la em determinada categoria ou classe, traz consigo um conhecimento a respeito do que ela é, de como deve se portar, de como os outros devem tratá-la, do que dela deve ser esperado ou não, etc. Trata-se, desta maneira, daquilo que Hacking denomina de classificação *interativa*:

‘interactivo’ es un nuevo concepto que no se aplica a la gente, sino a clasificaciones, a clases, a las clases que pueden influir en lo que se clasifica. Y debido a que las clases pueden interactuar con lo que se clasifica, la misma clasificación puede ser modificada o reemplazada (Hacking, 2001, p.173).

A pertença a determinada matriz implica criação e manutenção de realidades e isso é um processo de co-construção. Cada elemento da matriz se interconecta com elementos de outras matrizes, dando dimensão de densidade e diversidade à realidade. Devemos, então, entender a realidade não como algo em si, absoluta, mas como o produto e o produtor de relações sociais que ocorrem entre seres humanos e destes com não humanos.

Trata-se de uma realidade dinâmica, sob contínuo processo de negociação entre os envolvidos. É claro que isso se aplica às pessoas, uma vez que a sua ação é inexoravelmente dependente das descrições que circulam na sociedade, a respeito da classe interativa às quais pertencem. Podemos dizer, dessa maneira, que a noção de matriz nos auxilia quando nos referimos a uma idéia de forma geral, abstrata.

Porém, a questão é mais intrincada, uma vez que uma mesma pessoa pode apresentar diferentes versões de *self*, relacionadas a como se posiciona discursivamente e corporalmente, em contextos localizados. Para dar conta disso, utilizaremos a noção de redes sociais, que permite que analisemos pessoas em seu cotidiano particular (*selves*) e nos possibilita acompanhar suas inter-relações de forma situada.

Entendemos, dessa maneira, que cada ser humano em específico deve ser percebido e analisado como membro participante de diversas matrizes e redes.

1.1.2. - O *self* como um emaranhado de redes e de posicionamentos

Para Souza (1999, p.91)², redes sociais são “um conjunto específico de ligações entre um conjunto definido de pessoas com a propriedade adicional de que as características dessas ligações como um todo podem ser usadas para interpretar os comportamentos sociais dessas pessoas envolvidas”. Ainda de acordo com Souza (1999), analisando a composição e a estrutura das redes de relações interpessoais, podemos estudar situações complexas. Nestas, coexistem uma pluralidade de normas e de valores que estão freqüentemente em conflito.

Portanto, o estudo das redes sociais nos permite explicar as características das ligações existentes entre pessoas localizadas – *selves*, tal como propomos aqui. Deixamos claro, então, que não buscamos nos restringir a explicitar os atributos, tais como o gênero, a etnia ou o status social, apesar de reconhecermos sua importância.

As redes sociais “são compostas de relações que, em grande parte, herdamos, e parcialmente, construímos por nós mesmos” (SOUZA, citando BARNES, 1999, p.118). Para que possamos compreender essas relações de forma ampla, temos que ir além do estabelecimento de relações entre os fenômenos e buscar uma estrutura que determine como as ações humanas devem se desenrolar, antes que elas ocorram. Isso implica negar que tudo se reduz a causas e efeitos, reconhecendo a dinâmica situacional e a diversidade dos seres humanos.

Fica claro, dessa maneira, que as redes sociais se caracterizam por serem fundamentalmente fluidas, podendo se alterar constantemente, estabelecendo novos tipos de relacionamentos e construindo histórias de vida altamente complexas. Isto porque comportam contradições e incoerências, e não somente sentidos já estabelecidos e cristalizados.

Devemos perceber que algumas redes se mantêm, são ressignificadas e se desfazem, enquanto que novas redes são construídas, e que essa dinâmica está diretamente relacionada aos desdobramentos das ações entre as pessoas envolvidas. Devemos

² Souza, ao discutir redes sociais, apóia-se em dois autores: Mitchell, J. C. (The concept and use of social networks. In: Mitchell, J. C. (Ed.). *Social Networks in Urban Situation*. Manchester: Manchester University Press, 1969) e Barnes, J. A. (Class and committee in a Norwegian island Parish. *Human Relations*, (7): 1964, p.39-58).

considerar, assim, entre outras questões, a temporalidade, ao focalizarmos um acontecimento.

Por exemplo, ao estudarmos uma determinada doença, teremos acesso aos atores humanos e não humanos presentes em diversos momentos na trajetória desse fenômeno e à maneira como se desenrolam as ações entre eles. Percebemos que sentidos são construídos, vão se mantendo ou vão sendo substituídos por outros, na medida em que o tempo passa, para dar conta dos fatos que vão ocorrendo durante esse percurso.

Para estudarmos as redes sociais, devemos levar em consideração dois critérios. O primeiro se refere “à estrutura ou ao padrão de ligações em uma rede e que se podem identificar com os aspectos estruturais do comportamento social; abordam-se tais características em termos de ancoragem, densidade, alcance e extensão”.

O segundo critério estabelece que “as características interativas, por sua vez, referem-se à própria relação, ao comportamento dos indivíduos *vis-à-vis* uns aos outros; são tratadas segundo o conteúdo, direção, durabilidade, intensidade e frequência de contato” (SOUZA, apoiando-se em MITCHELL, 1999, p.91-92).

Tais características interativas podem ser entendidas, numa perspectiva discursiva, a partir da noção de *posicionamento*. De acordo com Davies & Harré (1990), *posicionamento*, é o processo discursivo construído pelas pessoas durante a interação. Uma pessoa, quando fala, pode posicionar a si mesma (*posicionamento reflexivo*) e/ou pode posicionar outra (*posicionamento interativo*). Para identificar as posições assumidas ou atribuídas pelos participantes de uma conversação, temos que considerar os aspectos autobiográficos presentes, os quais “possibilitam perceber como cada participante concebe a si mesmo e os outros participantes, examinando que posições eles assumem em cada história, e como eles então se posicionam” (DAVIES & HARRÉ, 1990, p.45).

Concordamos, ainda, com Davies & Harré (1990) quando afirmam que não existe uma biografia linear e não contraditória. A noção de *self* pode assim ser entendida como composta de diferentes práticas discursivas que se situam de forma localizada em redes. Temos assim acesso às continuidades, descontinuidades, concordâncias, discordâncias e contradições presentes na vida de cada pessoa particular, quando acompanhamos trechos de sua história de vida. Isto porque toda biografia se constrói a partir de posicionamentos, e

estes se modificam de acordo com as necessidades ou interesses presentes no momento e pela situação histórica e social de determinado contexto.

Como estamos imersos em e construímos continuamente novas realidades, isso resulta em que possamos ter várias biografias e autobiografias possíveis de uma mesma pessoa. Conforme os fatos se sucedem, outros elementos fazem parte de nosso processo de atribuição e de negociação de sentidos. Isso permite que possamos ressignificar aquilo que nos ocorreu anteriormente, construindo versões algumas vezes até díspares daquela que até então predominava.

De acordo com Harré (1998, p.09),

a autobiografia expressa o sentido que uma pessoa tem de sua vida como uma unidade no tempo. Ela está colada à nossa pele pelo uso da palavra “eu” de maneira que cada incidente indexado pertence à vida do locutor como uma pessoa corporificada. Existem muitas histórias que podem ser contadas por cada pessoa sobre sua vida, cada uma delas expressa a perspectiva atual a partir da qual essa vida é vista pela pessoa que a vive.

Ressaltamos, porém, que não restringimos nossa abordagem à discursividade dos *selves*, tal como fazem Davies & Harré (1990), Harré (1998) e Harré & Gillet (1999). Consideramos fundamental entender não só quem fala e como se posiciona ou é posicionado nas relações, mas baseados em que critérios de verdade, a partir de que lugares, agindo de que forma, sustentado por quais entrelaçamentos de redes e de matrizes. Isso implica analisar as relações de poder presentes e como são utilizadas no cotidiano das pessoas envolvidas, seja por meio de palavras verbalizadas ou escritas sob a forma de contratos ou orientações, seja pela presença de documentos e objetos diversos.

a própria experiência que temos de nós como constituindo certo tipo de pessoa... é o resultado de uma gama de tecnologias humanas, de tecnologias que tomam modos de ser humano como seu objeto. [...] As tecnologias humanas são montagens híbridas de saberes, instrumentos, pessoas, sistemas de julgamentos, edifícios e espaços, orientados, no nível programático, por certos pressupostos e objetivos sobre os seres humanos (ROSE, 2001a, p.38).

Assim, entendemos que também os hábitos, as conversas, os contextos localizados, o acesso e a restrição de pessoas a determinados lugares físicos e sociais e demais materialidades e sociabilidades presentes contribuem na constituição de *selves* (ROSE, 2001b).

Feitos os esclarecimentos a respeito das noções de pessoa e de *self*, vamos agora localizá-los no tempo.

1.2. - Situando *selves* na História

O conceito de *era* (e seus similares), geralmente é considerado simplesmente como uma datação histórico-cronológica fixa, determinada. Mas propomos pensá-lo como uma nomeação que reúne determinados sentidos, modos de viver e de pensar que nos auxiliam a organizar uma versão a respeito dos acontecimentos, tornando possível produzirmos uma determinada visão de mundo, em um contexto específico. Ela prevalece em determinado espaço-tempo, mas ultrapassa essas delimitações e coexiste com várias outras, em outras situações localizadas.

Dito de forma mais explícita, propomos pensar que num mesmo momento várias *épocas* estão presentes e coexistem num mesmo intervalo de tempo, permitindo situar as ações, pessoas e materialidades ora dentro de uma, ora dentro de outra, dependendo das matrizes em que estão inseridas. Isso pode variar também conforme as coisas se posicionam ou são posicionadas, nas diferentes situações. Por exemplo, nesse instante temos pessoas que se inserem em matrizes mais fluidas, o que as torna membros da Modernidade Líquida. Ao mesmo tempo, temos pessoas aprisionadas em matrizes mais rígidas, o que as remete à Modernidade Clássica. E isso pode se alterar, na medida em que essas pessoas, no fluxo de suas ações, se posicionam e são posicionadas em outras matrizes.

Fazemos ainda duas observações: primeiro – estudar determinado conceito ou fenômeno fora de seu contexto histórico e social incorre, quase que invariavelmente, em equívocos. Há, por exemplo, risco dos fatos serem interpretados de forma muito díspar por diferentes pessoas, pois os sentidos atribuídos mudam conforme a situação local, em termos de tempo, espaço, especificidades culturais etc.

Por sua vez, lembramos que a demarcação de épocas históricas, dentro de uma suposta linearidade temporal, é um artifício criado para situar e orientar as ações humanas no mundo. Isso quer dizer que a cronologia é uma invenção útil, que nos possibilita não só planejar, mas agir tomando-se em consideração o que ocorreu *antes* e *depois* de algo.

Somente a partir do desenvolvimento social da medição de *tempo*, com a invenção de calendários e relógios se tornou possível viver a experiência do tempo como algo uniforme e contínuo, coordenando e integrando nossas experiências a partir de um padrão estabelecido para esse fim. A noção de *tempo*, então, nos permite relacionar posições ou seqüências de acontecimentos que ocorrem sucessivamente, sendo algo desenvolvido para ordenar nossas experiências, colocando-as num fluxo ininterrupto. Fixa de forma simultânea um marco na vida de uma pessoa, de uma sociedade e da natureza (ELIAS, 1998).

a sucessão irreversível dos anos representa, à maneira simbólica, a seqüência irreversível dos acontecimentos, tanto naturais quanto sociais, e serve de meio de orientação dentro da grande continuidade móvel, natural e social. Numerados, os meses e dias do calendário passam então a representar estruturas recorrentes, no interior de um devir que não se repete (ELIAS, 1998, p.10).

Tendo como base a noção de *era*, muitos teóricos tentam dar conta dessa vivência humana, havendo diferentes formas de nomeá-la e de explicá-la. Para o argumento delineado nesse capítulo, contrastaremos duas *épocas* históricas: a Modernidade Clássica e a Pós-Modernidade ou Modernidade Líquida (BAUMAN, 2001) apontando algumas de suas típicas formas de organização, tendo como objetivo explicitar como a noção de *self*, o (re) conhecimento de si e do outro, nelas diferem.

Antes, porém, esclarecemos que, com o apoio de Bauman (2001), diferenciamos a Modernidade das chamadas *épocas* precedentes, sendo que nessas últimas o tempo e o espaço eram aspectos que se inter-relacionavam de forma bastante intensa. Isto até os tornava difíceis de distinguir um do outro, tal o nível de imbricação e de ação entre eles.

Já, o que caracteriza a Modernidade é, dentre outros aspectos, o fato de o tempo e o espaço serem “separados da prática da vida e entre si, e assim podem ser teorizados como categorias distintas e mutuamente independentes da estratégia e da ação” (BAUMAN, 2001, p.15).

Ainda concordando com Bauman, entendemos que “a apresentação dos membros como indivíduos é a marca registrada da sociedade moderna” (2001, p.39). Entretanto, trata-se de uma ação em contínua mudança, ou seja, diariamente reformulamos e renegociamos nossa personalidade, assim como a rede de entrelaçamentos que denominamos sociedade. Desta maneira, percebemos que o sentido que atribuímos atualmente ao que é ser uma pessoa muda, assumindo sempre novas formas, de acordo com o contexto no qual

se dão os processos de negociação envolvidos e dos atores presentes em situações determinadas.

Abordaremos aqui duas formas de nomear a Modernidade: Clássica e Líquida. Antes, porém, é necessário ressaltar que, no nosso entender, ambas coexistem, sendo que propomos pensar sua diferença tendo como base a maneira em que as pessoas são identificadas, por si mesmas ou por outras, como partícipes de uma ou de outra. A distinção entre ambas se dá na forma como as pessoas se situam na relação consigo próprias, com outras e com o mundo.

1.2.1. - Por um *self* uno e coerente: ser uma pessoa na Modernidade Clássica

A Modernidade Clássica destaca-se por ser marcada pela solidez das relações, pela estabilidade, pela ordem e controle. Nesse período são fundamentais algumas noções que servem de base para a construção e a organização da vida social, com ênfase para a *família*, o *amor/casamento*, o *trabalho* e o *Estado*.

Nessa formação social é considerada *família* a união heterossexual e monogâmica, que se destaca como um dos principais sustentáculos de toda organização humana. Tendo como núcleo central o poder patriarcal, os laços sanguíneos, a propriedade privada e a herança, essa família permite de forma mais constante e consistente o processo de normalização e governo das pessoas (FOUCAULT, 1997a; DONZELOT, 1980; e COSTA, 1999).

Outra noção importante, surgida mais tarde, que contribui com a manutenção desse modelo de família, é o *amor/casamento*, que deve ocorrer entre pessoas de sexos diferentes e como algo que deve se prolongar durante toda a vida, destacando-se aqui também a fidelidade entre o casal.

O *trabalho*, por sua vez, é orientado pela idéia de que a pessoa deve iniciar a sua carreira profissional numa empresa e nela ir ascendendo até o nível máximo possível, projeto que freqüentemente dura toda a vida. Nesse contexto, isso é interpretado como um sinal de êxito e competência, sendo algo extremamente valorizado.

Temos também o *Estado*, que serve como uma das principais referências para estruturar a vida social dos seres humanos. Ao *Estado* cabe a responsabilidade de gerir

pessoas e instituições, ordenando-as em posições, administrando seus fluxos, hierarquizando-os de acordo com uma determinada posição social.

Todas essas noções têm a tradição, a estabilidade, a permanência e a durabilidade como elementos organizadores. Dessa maneira, entendemos que na Modernidade Clássica temos uma versão de *self* que é teorizada, no seu cerne, como algo coerente, cristalizado, e que é pautada somente (ou principalmente) pela permanência daquilo que faz com que a pessoa se sinta única e os outros a distingam dos demais. Nesse contexto, as dissonâncias e rupturas são tidas como anormais, como incoerências, sendo, por vezes, nomeadas como processos patológicos³.

No nosso entendimento, esse *self* apresentado como totalidade e coerência, é assim considerado porque o indivíduo participa de poucas matrizes, muitas vezes pré-determinadas e freqüentemente rígidas. Dito de outra maneira, nesse tipo de matriz é inerente a pouca mobilidade daqueles que a integram, algo que consideramos como protótipo da Modernidade Clássica. Isto porque, nessa *época*, o sujeito é valorizado pelo aprofundamento em poucas relações e espaços sociais; participa de poucas matrizes, sendo a mobilidade social e o engajamento de cada um restrito por si mesmo e pela sociedade.

O foco, aqui, é o indivíduo, havendo uma certa (ou excesso, em muitos casos) desconsideração das relações interpessoais, do contexto histórico dos quais se participa e do local onde ocorrem as ações. Essa concepção de ser humano baseia-se numa concepção universal de personalidade pautada numa perspectiva de naturalização e essencialização de identidade.

Ressaltamos, porém, que esse *self* descontextualizado é uma abstração que tem sido uma das bases fundamentais dos estudos epidemiológicos e das medidas de prevenção e/ou promoção de saúde para a população. Trata-se, sobretudo, de uma estratégia de *governamentalidade*, conceito que será discutido adiante. Não nos surpreende, por isso, que as ações de saúde norteadas por essa noção têm encontrado dificuldades em obter sucesso.⁴

³ A esse respeito existe uma vasta literatura. Entre os autores que trabalham essa questão temos Foucault (1995a e b, 1984 e 1997b) e Rosenfeld (1993).

⁴ Isso também fica claro quando percebemos que um estudo ou experiência em determinada comunidade, em determinada situação histórica, serve de modelo, ou até, muitas vezes, de camisa-de-força para outras localidades. E isso porque são freqüentes as propostas e mesmo implantação de políticas que obtiveram êxito em outro local desconsiderando-se as especificidades existentes em cada região.

1.2.2. - Por um *self* fluido, disperso e fragmentado: ser uma pessoa na Modernidade Líquida

Vários autores têm se posicionado em relação àquilo que se convencionou chamar de *época atual*,⁵ denominando-a de diversas maneiras. Trazemos aqui duas nomeações, Pós-Modernidade e Modernidade Líquida, propondo entendê-las como se referindo a uma mesma época, uma vez que suas características nos parecem bastantes similares e se referem ao mesmo período cronológico.

Assim, Cabruja i Ubach (1998) utiliza o termo pós-Modernidade de forma ampla, designando um momento que se destaca por agregar as críticas feitas por diversos teóricos à racionalidade moderna positivista e aos sentidos dominantes. Reúne, desta forma, aqueles que tecem críticas às grandes meta-narrativas que têm como base a idéia de história como algo linear e evolutivo; os que se opõem ao conceito de representação e da linguagem como forma de expressão de conteúdos internos, além dos autores que argumentam a favor de uma noção de sujeito essencializado e universalizado.

Bauman (2001), por sua vez, propõe que denominemos o momento atual de Modernidade Líquida, utilizando essa metáfora para apontar a fugacidade que a caracteriza. Isso porque, de modo diverso da Modernidade Clássica, nela os relacionamentos são fluidos, sofrem mudanças constantes, não fixam o espaço, assim como não prendem o tempo, “não se atêm muito a qualquer forma e estão constantemente prontos (e propensos) a mudá-la; assim, para eles, o que conta é o tempo, mais do que o espaço que lhes toca ocupar; espaço que, afinal, preenchem apenas ‘por um momento’” (BAUMAN, 2001, p.08).

Mas, para melhor entendermos a Modernidade Líquida, é necessário *retornar um pouco no tempo*. Teríamos assim, na Modernidade Clássica, o predomínio dos sólidos, ou seja, das relações aprofundadas e duradouras, calcadas na tradição e na ordem.

Porém, de acordo com Bauman (2001), para que acirrassem ainda mais os mecanismos de administração e controle social, a sociedade começa a se transformar, com o derretimento desses sólidos. Temos assim, a Modernidade Líquida, a qual deixa “toda a

⁵ O destaque em itálico aqui remete àquilo que já discutimos anteriormente em relação a esses conceitos, ou seja, chamar determinada situação contextualizada de época (ou sinônimos), assim como denominá-la como atual, antiga etc, é somente um artifício para situar as ações e acontecimentos numa suposta linha de tempo.

complexa rede de relações sociais no ar” (BAUMAN, 2001, p.10). Nela, esta rede se apresenta “nua, desprotegida, desarmada e exposta, impotente para resistir às regras de ação e aos critérios de racionalidade inspirados pelos negócios, quanto mais para competir efetivamente com eles” (BAUMAN, 2001, p.10).

Instaura-se uma nova ordem, agora baseada principalmente em termos econômicos, sem que haja a interferência, antes fundamental, das questões políticas, éticas e culturais (BAUMAN, 2001). Nela, já não há tanto a valorização das tradições; ao contrário, prima-se pelas transformações, pela mobilidade e pela velocidade.

Já não se sustenta a idéia de que a pessoa deve passar a vida em determinado emprego, e ascender aos poucos em sua carreira profissional. O que vale, é uma rápida ascensão, galgando postos melhores em diferentes empresas, seguindo a lógica do mercado, onde o que importa é a melhor oferta e não o lugar seguro e já conhecido.

As instituições perdem sua imobilidade, dando espaço e potencializando novas formas de instituir-se, agora de forma fugaz, rápida, múltipla. Assim, a noção de família se transforma, dando às pessoas a possibilidade de relacionar-se temporariamente com o outro, até o estabelecimento de novas e melhores afinidades que desfazem o *casamento* até então existente, em prol de um outro tipo de relacionamento. Muitas vezes não se namora, *fica-se*, expressão cujo sentido aponta a transitoriedade e a mobilidade aí presentes. Por exemplo, temos hoje casais de pessoas do mesmo sexo e, dentre estes, aqueles que adotam crianças.

O Estado, por sua vez, deixa de ser a referência principal, e divide seu lugar com a profusão de organizações não-governamentais e formas de organização que tentam cumprir função análoga, administrando as diferentes pessoas e grupos existentes.

Poderíamos pensar que, nessa formação social temos a primazia do ser humano que se situa em várias matrizes (HACKING, 2001) de forma concomitante e, por vezes, nem sempre coerentes. Isto é, as contradições estão presentes e isso já não é necessariamente um problema, já que a mobilidade, a fluidez, a velocidade as tornaram parte intrínseca da vida.

Essa Modernidade “substitui a determinação heterônoma da posição social pela autodeterminação compulsiva e obrigatória” (BAUMAN, 2001, p.41). Isso, por sua vez, faz os seres humanos voltarem-se para si mesmos, para o seu desempenho individual, numa

tentativa de reduzir a complexidade da vida com a finalidade de buscarmos entender e solucionar os sofrimentos que sentem. As contradições da sociedade são fortemente atribuídas a cada um de seus membros, tornando tarefa e responsabilidade individuais o sucesso de cada pessoa (BAUMAN, 2001).

É notório que, na Modernidade Líquida, cada pessoa pertence a diversas matrizes, mas em determinado momento ela poderá se restringir a algumas delas. Além disso, uma mesma pessoa pode apresentar diferentes versões de *self*, relacionadas a como se posiciona discursivamente, corporalmente e de forma localizada.

Dito de outra forma, a tarefa de se auto-constituir, tecer e manter as redes de relacionamentos persiste durante toda Modernidade, mas no *estágio atual*, o *self* deve se manter sólido, rígido para que a pessoa possa se reconhecer e ser reconhecida por outros, mas ao mesmo tempo fluido, flexível, para se reconstituir de acordo com o contexto histórico e social local.

Quando falamos de identidade há, no fundo de nossas mentes, uma tênue imagem de harmonia, lógica, consistência: todas as coisas que parecem – para nosso desespero eterno – faltar tanto e tão abominavelmente ao fluxo de nossa experiência. A busca da identidade é a busca incessante de deter ou tornar mais lento o fluxo, de solidificar o fluido, de dar forma ao disforme (BAUMAN, 2001, p.97).

Comentando a respeito de um romance de Robert Musil, Bauman (2004) traz uma importante definição a respeito do cidadão da Modernidade Líquida e seus sucessores, dizendo que eles

são obrigados a amarrar um ao outro, por iniciativa, habilidades e dedicação próprias, os laços que porventura pretendam usar com o restante da humanidade. Desligados, precisam conectar-se... Nenhuma das conexões que venham a preencher a lacuna deixada pelos vínculos ausentes ou obsoletos tem, contudo, a garantia da permanência. De qualquer modo, eles só precisam ser frouxamente atados, para que possam ser outra vez desfeitos, sem grandes delongas, quando os cenários mudarem – o que, na Modernidade Líquida, decerto ocorrerá repetidas vezes (BAUMAN, 2004, p.07).

Buscamos assim, estabelecer continuamente relacionamentos que duram apenas por uma pequena fração de tempo, que nos una a outros de forma bastante frouxa, pois somente assim podemos encerrar nosso compromisso sem grandes dificuldades, quando situações novas e oportunidades melhores surgirem.

Bauman sugere que nesse tipo de formação social há uma preferência por falar em conexões e em redes, em vez de relacionamentos. Isso porque elas permitem, ao mesmo tempo, tanto conectar quanto desconectar, tendo os dois movimentos a mesma importância e gozando do mesmo status. Adiciona que elas não excluem nem omitem os seus opostos, ao mesmo tempo em que as conexões sugerem momentos em que “...‘se está em contato’ intercalados por períodos de movimentação a esmo. Nela as conexões são estabelecidas e cortadas por escolha” (BAUMAN, 2004, p.12).

Ainda de acordo com o autor,

Estar em movimento, antes um privilégio e uma conquista, torna-se uma necessidade. Manter-se em alta velocidade, antes uma aventura estimulante, vira uma tarefa cansativa. Mais importante, a desagradável incerteza e a irritante confusão, supostamente escoraçadas pela velocidade, recusam-se a sair de cena. A facilidade do desengajamento e do rompimento (a qualquer hora) não reduzem os riscos, apenas os distribuem de modo diferente, junto com as ansiedades que provocam (BAUMAN, 2004, p.13).

Percebemos, então, que na Modernidade Líquida não há uma versão única e essencial de *self*, uma vez que este é um conjunto de processos variáveis de dar sentido a nossas próprias ações e ao que nos rodeia. Além disso, podemos reconhecer o abismo que separa uma pessoa que está inserida, em determinado momento, em matrizes que a fazem partícipe da Modernidade Clássica de outra cujas matrizes a remetem à Modernidade Líquida. Mas, antes de tratarmos desse assunto, discutiremos as contribuições de Foucault, que nos auxiliarão na construção da noção de *self* por nós utilizada.

1.3. - Governando pessoas por meio de nomeações

Com base nos estudos de Foucault (1984; 1995a, b, c; 1997a, b, c; e 2001), consideramos que as noções de *indivíduo* e *sujeito* permitem um exercício de poder e uma regulação de práticas sociais.

De acordo com Machado (1995), Foucault propõe pensar as práticas ou as relações de poder e como estas se articulam na sociedade. É fundamental perceber que há, aqui, uma oposição à idéia de que o poder seja exercido única e exclusivamente pelo Estado. Todas as relações, desta forma, são de poder. Para além de uma negatividade (opressão, repressão, exclusão etc.), elas possuem um caráter positivo, no sentido de que

proporcionam a gestão da vida humana, o controle do agir, tornando possível e viável utilizá-la de forma máxima, “aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades” (MACHADO, 1995, p.XVI).

O objetivo, então, é o aprimoramento e o adestramento por meio de processos de controle dos corpos. Trata-se da sociedade disciplinar, cujos traços iniciais podemos observar no século XVI, mas que se instaura e exerce sua influência fortemente a partir do início do século XIX. Conforme aponta Foucault (1995c), podemos identificá-la pelo fato de nela o poder ser exercido sobre homens e mulheres de uma determinada população.

A disciplina é um dispositivo de poder, que tem quatro características: distribui os seres humanos em espaços, organizando o espaço social de forma que um fique isolado do outro; submete os corpos para que se produza o máximo num mínimo de tempo; inscreve-os sob uma vigilância contínua e permanente – o panóptico –; e permite que se produza um saber, ao mesmo tempo em que se exerce um poder, por meio do registro contínuo das informações obtidas durante todo esse processo. Decorre daí que “o poder é produtor de individualidade⁶. O indivíduo é uma produção do poder e do saber” (MACHADO, 1995, p.XIX), ou seja:

A ação sobre o corpo, o adestramento do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualizada – o homem – como produção do poder. Mas também, e ao mesmo tempo, como objeto de saber (MACHADO, 1995, p.XX).

Entretanto, Foucault demarca uma passagem da sociedade disciplinar para uma sociedade onde predomina o que ele denominou de uma biopolítica, sendo que nesta o poder se exerceria sobre as populações, e não somente sobre as pessoas de forma isolada. Ou seja, biopolítica “é a maneira pela qual se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças” (FOUCAULT, 1997c, p.89).

Numa outra formulação das questões relacionadas ao poder, Foucault propõe que o consideremos como formas de governo, ou seja, formas calculadas e racionalizadas de direção das condutas humanas. Seria o “ponto de contato entre o modo como se dá essa

⁶ Em caso de citações, optamos por manter os conceitos tal como escritos na obra lida.

condução e esse conhecimento, e o modo pelo qual os indivíduos se conduzem e conhecem a si próprios” (BAMPI, 2002, p.130-1). Devemos, então, considerar tanto as técnicas de dominação quanto as técnicas do *self* e a interação entre elas.

O autor nos diz que o problema do governo, surgido no século XVI, pode ser entendido, naquela época, sob diferentes aspectos: como governo de si mesmo, governo das almas e condutas, governo das crianças e, por último, governo dos Estados pelos príncipes (FOUCAULT, 1995c, p.277-280).

Já, no século XVIII, com base nos escritos de La Perrière, adiciona que se governam coisas, entendendo que elas nada mais são que pessoas em relação com os costumes, os hábitos, o território, os recursos naturais, a fome, a morte etc. Assim, diferencia essa forma de governo do que ocorria entre a Idade Média e o século XVI, pois durante este período o governo era centrado no território e no poder do príncipe (FOUCAULT, 1995c, p.282-283).

Tendo se desenvolvido a partir do século XVII, esse poder sobre a vida se organizou em dois eixos interligados entre si: no corpo como máquina e no corpo-espécie. Assim, o primeiro buscou o adestramento do corpo, o aumento de aptidões, o aproveitamento máximo de sua força, o aumento de sua utilidade e docilidade. Como corpo-espécie, o poder se centrou na biopolítica da população: do controle da saúde, da duração de vida, dos nascimentos e mortes etc. Investir e controlar a vida, seja centrado num corpo, seja nos processos da vida. Esta é a tônica que passou a orientar o poder daí em diante, a partir desses dois eixos (FOUCAULT, 1988).

O biopoder está presente nos interstícios das mais variadas instituições humanas, e, portanto, em todo corpo social. Denominada por Foucault como governamentalidade, é caracterizada por ser uma arte de governar que tem como objetivo a normalização. Para isso, leva em consideração “os pontos em que as tecnologias de dominação dos indivíduos uns sobre os outros recorrem a processos pelos quais o indivíduo age sobre si mesmo e, em contrapartida, os pontos em que as técnicas do eu são integradas em estruturas de coerção” (BAMPI, 2002, p.130-1).

Segundo Foucault (1995c), devemos estudar o poder reconhecendo as diferentes técnicas de coerção que ele opera, buscando, dessa maneira, entender como as relações de sujeição fabricam sujeitos. Estudando-as como relações de força, temos acesso à sua

multiplicidade, especificidades, diferenças e reversibilidade. Assim, elas se entrecruzam, se remetem umas às outras, se concentram, dirigindo-se ao mesmo alvo, ou se opondo e se anulando (FOUCAULT, 1997c, p.71).

1.3.1. - Governando pessoas na Modernidade Clássica: entre o normal e o patológico

A partir das considerações de Foucault (1995c), propomos entender que as formas de governo na Modernidade Clássica cumprem papel fundamental na construção da noção de *self*. Contribuem na sua essencialização em identidades e subjetividades, as quais são fortalecidas em seu caráter de individualismo, principalmente no cenário do liberalismo e neoliberalismo. Isto porque nele se argumenta que o ser humano é predominantemente livre, independente, sendo que deve se engajar numa busca individual de realização pessoal, devendo ser responsabilizado pelos seus êxitos e fracassos. Dessa maneira, ele se cristaliza num *eu* que se torna a-histórico, centrado em si mesmo, que deve se submeter às normas sociais estabelecidas.

Temos aqui a proposição de que a identidade ou a subjetividade é algo monolítico, coerente, linear, estável e fechado em si mesmo. Dessa maneira, perde a importância a história de vida e o momento histórico e social, assim como as relações que estabelece com as materialidades e os interlocutores presentes.

Fortalece-se uma versão de que há algo correto que devemos fazer na condução de nossas vidas. Passamos a gerenciar e ser gerenciados por padrões de normalidade, numa permanente busca de autocontrole, de adequação às normas sociais, para que enfim alcancemos a tão sonhada realização pessoal (governo de si, em termos foucaultianos).

É nesse contexto que emerge a noção de *normal*, surgida a partir da preocupação da sociedade com comportamentos tidos como problemáticos ou perigosos (ROSE, 2001a), tornando-se o modelo de ser e de existir de forma correta e adequada, dentro de padrões morais universais. Porém, desde a discussão feita por Georges Canguilhem, a *normalidade* passou a ser, para muitos, questionável.

se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso [...] para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo

considerado sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado (CANGUILHEM, 1995, p.145).

Ainda de acordo com Canguilhem (1995), o estado patológico deveria ser entendido como anormalidade apenas em relação a uma situação específica, e não de forma absoluta. A patologia seria a manutenção dos mesmos recursos e maneiras de lidar com a vida, de modo independente ao que ocorre com os seres humanos. Por exemplo, repetindo o mesmo padrão de comportamento para lidar com o sofrimento em diferentes momentos e contextos, e desconsiderando as especificidades de cada situação. A saúde, por outro lado, seria “a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 1995, p.158).

Porém, ainda hoje, no campo da Saúde Mental, predomina uma noção de normalidade que é utilizada como estratégia de governamentalidade, sendo pautada por questões morais, estabelecendo uma diferença entre normal e patológico, entre saúde e doença, que as torna entidades em si. Szasz⁷ nos auxilia a pensar a esse respeito, quando afirma que “o conceito de doença mental ou insanidade... permite que os membros “sadios” da sociedade lidem, como quiserem, com os seus semelhantes, que são categorizados como ‘insanos’” (SZASZ, 1978, p.15).

Questionamos assim, os usos das nomeações, as quais, muitas vezes, torna as pessoas que delas são portadoras, prisioneiras de poucas e determinadas matrizes e redes sociais, dificultando a normatividade proposta por Canguilhem (1995) e, portanto, as patologizando. Isso não quer dizer que negamos a existência de problemas de saúde que afetam os seres humanos. Ou seja, “é importante lembrar que afirmar que as doenças mentais e os pacientes insanos não existem, não significa que não haja a conduta pessoal apresentada pelas pessoas classificadas como mentalmente doentes, ou alguns tipos de perturbações sociais a eles atribuídos” (SZASZ, 1978, p.21).

Concordamos com Szasz (1978) quando ele afirma que necessitamos distinguir acontecimentos e comportamentos, explicações e controle social. Isto porque sabemos que

⁷ Cabe aqui uma pequena, mas importante observação. Não estamos de acordo com todas as asserções de Szasz, por exemplo, a respeito da gênese das doenças mentais. Reconhecemos, porém, que o autor trouxe contribuições de grande valia, se as pensarmos de forma crítica.

há múltiplas versões possíveis a respeito de um mesmo ato, por exemplo, e que a versão que predomina em determinado momento, é resultado de um processo de negociação entre todos presentes, norteados pela moral em voga.

Continuando a caminhar pela História, sabemos que a prática do internamento surge no século XIX, quando a loucura é percebida em relação a uma conduta regular e normal, e não mais em relação a um erro; “no qual ela aparece não mais como julgamento perturbado, mas como perturbação na maneira de agir, de querer, de ter paixões, de tomar decisões e de ser livre” (FOUCAULT, 1997b, p.48). Nesse contexto, o hospital psiquiátrico torna-se o local adequado para o diagnóstico e para a luta contra a loucura.

Todas as técnicas ou procedimentos praticados nos hospícios do século XIX – o isolamento, o interrogatório privado ou público, os tratamentos-punições como a ducha, as entrevistas de cunho moral (encorajamentos ou sermões), a disciplina rigorosa, o trabalho obrigatório, as recompensas, as relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, as relações de vassalagem, de posse, de domesticidade, por vezes de servidão, que ligavam o doente ao médico – tudo isso tinha por função fazer do personagem médico o “mestre da loucura”: aquele que a faz aparecer na sua verdade (quando ela se esconde, quando permanece escondida e silenciosa) e aquele que a domina, a apazigua e a faz desaparecer, depois de tê-la sabiamente desencadeado (FOUCAULT, 1997b, p.49).

A sociedade típica da Modernidade Clássica enclausura pessoas. Seja de uma forma concreta, colocando-as em hospitais psiquiátricos, seja de uma forma discursiva, classificando-as em nomeações/diagnósticos. Aqui fazemos um paralelo com o tratamento dado àqueles considerados delinquentes, pois consideramos que os portadores de *transtorno mental* também acabam sendo submetidos a punições. De forma idêntica, aqui a reclusão limita a circulação nas cidades e restringe as condutas em nome da lei e da ordem (FOUCAULT, 1997d).

O que percebemos, freqüentemente, ao percorrermos a história da Saúde Mental, é que quando isso ocorria no passado, estava se priorizando a proteção da sociedade, e que isso não era acompanhado de um cuidado (falando de uma forma geral) àquele que era considerado doente, dado o caráter de periculosidade e não humanidade com que este era revestido. Infelizmente, constatamos que as ações da sociedade, em grande parte, ainda são norteadas por esses sentidos. E disso não se excluem os especialistas da área, quando utilizam, por exemplo, os diagnósticos de forma que proporcionam a reclusão e a subjugação de pessoas. Estes podem ser utilizados, então, como formas de controle,

submetendo àqueles que deles são portadores a uma constante vigilância, já que são considerados como incapazes e perigosos.

Apesar das várias tentativas de alterar esse panorama, tais como entender o ser humano como um todo biopsicossocial, seja com as propostas de humanizar⁸ o atendimento prestado na Área da Saúde, percebemos que a fragmentação e o controle persistem, como veremos no próximo tópico.

1.3.2. - Governando pessoas na Modernidade Líquida: controles infinitos

A diferença entre o exercício de poder na Modernidade Clássica e na Modernidade Líquida não é a inexistência, o estilhaçamento ou o minimizar dele nesta última. Podemos inclusive entender que a governamentalidade se apresenta de forma muito mais fortalecida e eficaz, porque “o poder se tornou verdadeiramente ‘extraterritorial’, não mais limitado, nem mesmo desacelerado, pela resistência do espaço” (BAUMAN: 2001, p.18).

No panóptico era importante a presença (ou a possibilidade de presença) de um olhar que tudo vê e controla. Já, a Modernidade Líquida seria *pós-Panóptica*, uma vez que não está mais conectada às coisas pela sua estabilidade, confiabilidade e solidez, mas justamente pela sua fluidez e possibilidade de mudança constante, por meio do desengajamento e da arte da fuga. Opera-se assim, a desintegração social, que é ao mesmo tempo condição e consequência dessa nova tecnologia de poder (BAUMAN, 2001).

Assim, nas relações de poder pós-panópticas, o que importa “é que as pessoas que operam as alavancas do poder de que depende o destino dos parceiros menos voláteis na relação podem fugir do alcance a qualquer momento – para a pura inacessibilidade”. (BAUMAN, 2001, p.18).

Aqui, tornar-se uma pessoa, ou como diz Bauman (2001, p.40), “‘a individualização’ consiste em transformar a ‘identidade’ humana de ‘dado’ em ‘tarefa’ e encarregar os atores da responsabilidade de realizar essa tarefa e das consequências (assim como dos efeitos colaterais) de sua realização”.

⁸ Aliás, cabem ao conceito de humanização também críticas. Isto porque por meio dele tenta-se remediar (e mal) problemas que na verdade estão fundadas na racionalidade médica (nos termos propostos por Madel Luz, 1999) hegemônica na atualidade.

Novamente desviamos o olhar daquilo que é produzido de forma coletiva, pelos agentes humanos em relação entre si e com outros elementos presentes na situação, numa tentativa de simplificar algo tão complexo como a realidade. Mas, muito mais contundente e preocupante é aquilo que o autor aponta como conseqüência desse processo: a lenta desintegração e corrosão da cidadania.

Se o indivíduo é o pior inimigo do cidadão, e se a individualização anuncia problemas para a cidadania e para a política fundada na cidadania, é porque os cuidados e preocupações dos indivíduos enquanto indivíduos enchem o espaço público até o topo, afirmando-se como seus únicos ocupantes legítimos e expulsando tudo mais do discurso público. O ‘público’ é colonizado pelo ‘privado’; o ‘interesse público’ é reduzido à curiosidade sobre as vidas privadas de figuras públicas e a arte da vida pública é reduzida à exposição pública das questões privadas e a confissões de sentimentos privados (BAUMAN, 2001, p.46).

Centrado em si mesmo, tornando-se o principal responsável pelos seus êxitos e fracassos, o ser humano faz parte da comunidade não no sentido de buscar um bem que seja comum a todos, mas pela simples necessidade de fazer parte da rede. Ele faz parte, assim, de arranjos provisórios, que o mantém unido a outros, mas de forma um tanto solitária e frágil (BAUMAN, 2001).

Sabemos que a Medicina entra aqui de forma incisiva, tornando-se um bem de consumo, presente no cotidiano de todas as pessoas, seja através de anúncios de medicamentos na mídia, de programas em rádios ou tv, de artigos em jornais e revistas de grande circulação dirigidas ao público em geral. Promete-se o alcance da saúde, da beleza, da alegria e da juventude por meio de medicamentos e intervenções médicas.

Há toda uma socialização do discurso médico, na divulgação de problemas de saúde, de como identificá-los, nos novos exames e tratamentos disponíveis no mercado. Essa popularização da área, longe de permitir melhor condição de acordos entre profissionais de saúde e seus pacientes, em busca de melhores possibilidades de con-viver, reafirmam àqueles que dessa área se utilizam, os seus lugares de poder e de controle social. Todos os comportamentos e sentimentos humanos podem ser em algum momento sinais de que algo não está bem, que há um processo patológico já instalado ou se instalando. Tudo agora pode ser alvo de tratamento. E tratamento inclui de forma essencial a medicalização.

Aguiar (2004), citando Clarke & colaboradores (2000)⁹, afirma que se trata de uma nova biomedicalização. Esta mantém a expansão da Medicina sobre outros domínios, sendo fortalecida pelas novas tecnologias, com o intuito não mais de ajustar ou normalizar, mas transformar a vida e os modos de viver. Altera-se o que se entende como vida, permitindo não só o tratamento de problemas de saúde, mas a busca e a tentativa de concretização de um ideal de saúde. O ser humano perfeito, modelado e criado pelas mãos humanas, com todo o suporte de vitaminas, medicamentos, implantes e cirurgias.

A saúde está “na nossa sociedade, associada a bens de consumo que aparecem como propiciadores de Saúde: medicamentos, seguros saúde, iogurtes etc... a Saúde é um produto à venda no mercado...” (LEFEVRE, 1991, p.35).

Assim, a saúde passa a ser algo a ser conquistado pelo uso de tecnologias, fortalecendo-se uma suposta causa única e orgânica para aquilo que se identifica com um mal. “O ‘nome da doença’ e o ‘dar alguma coisa para ela’ (o medicamento) são, pois, dois grandes símbolos do poder médico” (LEFEVRE, 1991, p.82).

Porém, sabemos que

o medicamento para o paciente crônico é um símbolo que traz no seu cerne a ambigüidade, ou seja, a saúde e a doença, na medida em que é, de um lado, a lembrança permanente, para o paciente, da sua condição de doente, a presença de uma falta, uma prótese química, e de outro lado, a garantia da continuidade da vida, da não morte, da não dor, do não incômodo, enfim, do silêncio da doença (LEFEVRE, 1991, p.106)

No caso da Área de Saúde Mental, sabemos que o discurso da Psiquiatria tem se difundido por todo tecido social, deixando de ser considerada uma disciplina situada na fronteira dos domínios médico, social e moral, para se tornar uma especialidade baseada nas neurociências. Estas fornecem os instrumentos teóricos em psicopatologia, com a pretensão de explicar o funcionamento psíquico reduzindo-o à linguagem bioquímica, tendo os processos cerebrais como fundamento único (BIRMAN, 1999; AGUIAR, 2004).

Desde o surgimento dos medicamentos psicotrópicos, a vertente biológica da Psiquiatria ganhou novas forças. Da afirmação de que os *transtornos mentais* eram decorrentes de alterações físico-químicas do cérebro, passamos por vários outros estudos, até chegar na atualidade, quando se ressalta a importância do material genético na gênese

⁹ Clarke, A. e col. Technosciences et nouvelle biomédicalization: racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences Sociales et Santé*, 2000, p.18 (2).

de todas as doenças, inclusive dos problemas mentais. E isso, apesar das hipóteses teóricas dessa abordagem serem bastante fragmentadas (BIRMAN, 1999; Aguiar, 2004). Argumenta-se que é uma questão de tempo a descoberta do gene causador da esquizofrenia, por exemplo, mas o desconhecimento disso não impossibilita o seu tratamento.

Outro fator marcante para fortalecimento da Psiquiatria Biológica foi a elaboração da 3ª edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais* (DSM-III), em 1980. Organizado pela Associação Psiquiátrica dos Estados Unidos (APA), esse instrumento teve importância fundamental na consolidação da abordagem não só naquele país, mas de uma forma globalizada, tendo seus princípios sido adotados tanto pela Associação Mundial de Psiquiatria quanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta última incluiu várias categorias descritas no DSM na décima versão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, ainda em voga na atualidade (COSTA PEREIRA, [200-?a]; AGUIAR, 2004)¹⁰.

Inspirado em um pragmatismo radical, o DSM não necessita, de forma alguma, da noção de ‘doença mental’ para fundamentar seus procedimentos. Tanto é assim que o termo ‘doença’ praticamente desaparece das categorias do DSM, substituído por ‘*disorder*’ – o transtorno: algo está em desacordo com uma ‘ordem’ operacionalmente definida (COSTA PEREIRA, [200-?b], p. 05).

O termo *transtorno*, assim, proporciona o reconhecimento de que há um sofrimento que necessita ser tratado, sem que haja ênfase na busca de etiologia de uma doença dentro de uma racionalidade médico-biológica. Trata-se, de acordo com Costa Pereira [200-?a], de uma estratégia retórica que diminui a oposição de disciplinas de base não-biológicas que atuam no campo da psicopatologia.

Fortalecido o discurso sobre a necessidade do uso de uma linguagem em comum entre todas as profissões que atuam na Área da Saúde Mental, e que o DSM viria resolver essa ausência, dado o seu caráter descritivo, sub-repticiamente temos também o aceite de sua base teórico-filosófica.

Graças ao empirismo e ao pragmatismo embutidos em seus pressupostos e ocultos sob o manto de um pretense ‘ateorismo’, o DSM terminou, na prática, por excluir do debate cientificamente autorizado todas as disciplinas cuja abordagem do sofrimento psíquico não repousasse sobre definições convencionais de fatos clínicos imediatamente constatáveis (COSTA PEREIRA, 200-?a, p. 01).

¹⁰ Este último autor apresenta, na obra citada, um estudo sucinto e de grande valia a respeito da relação entre a CID, adotada pela OMS, e o DSM, da APA.

Ressaltando que a Medicina é a única capaz de investigar, descrever e tratar dos *transtornos mentais*, a Psiquiatria Biológica busca trazer a cientificidade e a objetividade para o saber e as práticas em Saúde Mental. Assim, ela “quer se livrar dos aspectos ‘vagos e imprecisos’, que seriam expressos numa linguagem psicológica ou psicossocial” (AGUIAR, 2004, p.20-21). Opera-se aí uma mudança fundamental. A relação entre a história de vida da pessoa e o adoecimento passa a ser substituída por uma perspectiva que afirma abordar o sofrimento humano de forma objetiva.

O DSM produz assim uma transformação na clínica psiquiátrica, onde a ênfase se desloca da análise do *sujeito* para o tratamento de *casos*. Enquanto os sujeitos são definidos por sua singularidade, os casos são constituídos pela sua semelhança na apresentação de sintomas. Em outras palavras, o DSM-III produz na Psiquiatria uma mudança de perspectiva, onde o foco passa dos *sujeitos singulares* para os *transtornos universais* (AGUIAR, 2004, p.61, destaques do autor).

Aguiar (2004) e Costa Pereira (200-?b) nos recordam que, para que essa operação se realizasse, foi necessária a criação de um instrumento diagnóstico que se baseasse em critérios tidos como objetivos e identificáveis pelos diferentes profissionais, independentemente de sua formação ou afiliação teórica, das características pessoais de cada um dessa parilha paciente/profissional e do contexto sócio-econômico-cultural onde estes se encontram presentes.

Tal delimitação de categorias psiquiátricas mostrou-se, de fato, particularmente fecunda para disciplinas que operam com uma metodologia empírico-experimental em suas abordagens do sofrimento psíquico, tais como a epidemiologia, a psicofarmacologia, as neurociências e mesmo a programação de emprego de verbas públicas em políticas de saúde mental (COSTA PEREIRA, 200-?b, p.05).

Assim, temos que o diagnóstico na área é descritivo, ou seja, baseia-se na descrição de sinais e sintomas¹¹, que por sua vez são agrupados em determinadas síndromes. Não é fator fundamental aqui o reconhecimento da causa do sofrimento em questão, mas identificar uma síndrome e tratá-la. A preocupação aqui se desloca de tratar a pessoa para tratar a patologia, reduzindo ou eliminando os sinais e sintomas de forma rápida, valorizando-se, então, o uso de medicamentos psicotrópicos.

é o medicamento, como instrumento supostamente ‘eficaz’ sobre um conjunto articulado de sintomas, que passa a ser a referência maior para a *nomeação* e a

¹¹ Sinal é aquilo que é identificado pelo profissional e que está relacionado com os sintomas, ou seja, o que é descrito pelo paciente como queixa.

construção da síndrome. A etiologia passa, neste novo contexto, a ocupar um lugar secundário... Não se pretende mais a *cura*, no sentido clássico da Medicina Clínica, mas apenas a *regulação* do mal-estar” (BIRMAN, 1999, p.42, destaques do autor).

Entendemos que a Psiquiatria Biológica retoma o discurso de que científico é algo que pode ser quantificado, mensurado, explicado e reproduzido por qualquer pessoa, em qualquer local. E esse modelo, como argumentamos, é incorporado pela Área de Saúde Mental.

Não interessa se o preço da clareza dos modelos é a redução da realidade a algo extremamente limitado que possa ser contido em modelos simples, fazendo com que aquilo que não está no modelo seja declarado ‘não existente’ pelo único fato de não ser descrito no modelo (SARACENO, 1999, p.13-14).

Podemos perceber, então, que na Modernidade Líquida, a Área de Saúde Mental contribui não só para manter o governo de pessoas, mas que nela se criam novas estratégias de controle de populações, muito mais potentes e presentes no cotidiano de qualquer um.

Com o fortalecimento da Psiquiatria Biológica há a tentativa de reduzir os seres humanos a códigos genéticos, por um lado, e eles passam a ter seus sentimentos, comportamentos e aspirações codificados em sinais e sintomas, por outro. Criam-se novos padrões que extrapolam as noções de normalidade, de patologia e de saúde, perpetuando a descontextualização das pessoas de suas condições singulares de vida.

Por outro lado, a Psiquiatria Biológica restringe os *portadores de transtornos mentais* a determinadas matrizes e redes sociais, que mantém muitas semelhanças com àquelas que identificamos como típicas da Modernidade Clássica. Trazem o enclausuramento e a subjugação de pessoas, dando-lhes o status de deficientes ou mutantes, em termos genéticos ou bioquímicos.

Porém, na Modernidade Líquida, conforme já nos apontava Bauman (2001), há um acirramento do controle, pelo aprimoramento das estratégias de governamentalidade. Agora o poder não está somente dirigido às pessoas, mas também a grupos inteiros, sem que se possa atribuí-los a instituições ou a seres humanos localizados, fragmentando-se a possibilidade de resistência e luta contra ele, dado o caráter transitório e fugidio dos relacionamentos e das estruturas sociais que agora lhe são peculiares.

1.3.3. – Em suma...

Como já apontou Hacking (2001), muitas coisas tidas como verdade, como inquestionáveis e inevitáveis, nada mais são do que o resultado de negociações entre os envolvidos no processo social. De acordo com o autor, as coisas poderiam ser radicalmente diferentes de como se nos apresentam. Poderíamos dizer, então, que são tidas como verdadeiras como efeito de um processo de naturalização e de familiarização de fatos e de conceitos numa vertente mais conservadora, ou seja, que busca a manutenção do sentido prevalente. E isso, não tem necessariamente um cunho estritamente negativo.

Na Área de Saúde Mental estão presentes discursos contraditórios, que coexistem e buscam ser hegemônicos¹². Estamos nos referindo, mais explicitamente, à disputa entre versões que afirmam que, prioritariamente, os problemas mentais têm sua gênese em questões psíquicas e/ou sociais (como defendem os autores afiliados às teorias psicodinâmicas) e as que defendem que eles são decorrências de alterações físico-químicas que atuam no cérebro. Em ambas posturas teóricas, argumenta-se por uma causalidade primária, sendo que as demais questões ocupam lugar secundário, quando consideradas.

Porém, como aponta Spink (2003), a própria nomeação Área de Saúde Mental traz em si a cisão presente na área, pois se contrapõe a um suposto campo que trataria da saúde física das pessoas.

a desconstrução da dicotomia saúde física/saúde mental e dos pressupostos que a embasam, e a adoção da categoria ‘sofrimento psíquico’ como categoria norteadora da prática, é condição *sine qua non* para o enfrentamento dos paradoxos decorrentes da construção história da prática psicológica como resposta às necessidades de disciplinarização da sociedade (SPINK, 2003, p.150).

Sabemos que não é possível contrastar de forma radical o que consideramos tradicional e moderno, já que há continuidades entre esses dois extremos, assim como a presença de aspectos de um em outro e vice-versa. Isto é, propomos entender a realidade como o entrelaçamento de diferentes noções e formas de estruturação/organização social, uma realidade multifacetada. Isto porque uma mesma pessoa ora pode participar de

¹² Discutiremos isso mais adiante, quando tratarmos das relações entre Ciência, verdade e conhecimento psiquiátrico (pág. 44)

matrizes mais rígidas, ora de matrizes mais fluídas, alterando, dessa maneira, as formas de apresentação e (re) conhecimento do *self*.

Em outras palavras, podemos nos situar e sermos situados como partícipes da Modernidade Clássica quando, por exemplo, somos classificados como *portador de transtorno bipolar*, estando submetidos prioritariamente ou quase que exclusivamente a essa matriz, sofrendo o processo de estigmatização que tem acompanhado essa nomeação, ficando nossas vidas restritas tão somente àquilo que diz respeito ao tratamento de pessoas na Área de Saúde Mental.

Por outro lado, se em outro momento pudermos nos engajar em vários projetos na vida, pertencendo assim a várias matrizes, sem que nenhuma delas suplante e subjogue as demais de forma excessiva, podemos ser identificados como membros da Modernidade Líquida. Como exemplo, teremos um *self* mais fluido ao sermos membro ativo de uma comunidade local, aluno em escola de artes, advogado, praticante de esportes radicais, além de nos tratarmos de um problema de saúde mental.

Com o intuito de trazer novos dados e fortalecer nosso argumento, tendo como preocupação principal a *Área de Saúde Mental*, no próximo capítulo vamos aprofundar o que trouxemos até agora com relação aos diagnósticos, aos usos que deles têm sido feitos e às suas conseqüências para as pessoas envolvidas.

Capítulo 2

Problematizando o diagnóstico na Área de Saúde Mental:

o Transtorno Afetivo Bipolar como estudo de caso

Conforme discutimos no capítulo anterior, os diagnósticos constituem formas de classificação que posicionam pessoas em matrizes e redes.

Como toda classificação, eles são produtos de conhecimentos situados que tendem a adquirir estatuto de verdade, ficando esquecida sua função de governo de populações, assim como a sua natureza de prática social historicamente localizada.

De acordo com Rose (2001a), certas práticas de regulação buscam governar pessoas por meio das características que as definem como *selves*, em relações que concedem poderes a algumas delas, delimitando os poderes de outras. Temos, no caso, por exemplo, a subjugação de pessoas diagnosticadas como *portadoras de um transtorno mental* por pessoas consideradas *normais*, incluindo-se aí os profissionais da saúde, familiares e vizinhos.

as identidades nacionais, raciais, de gênero, de classe, têm sido historicamente criadas, mais tipicamente, por aqueles que nos têm afixado uma identidade a serviço da problematização, da regulação, do policiamento, da reforma, do aperfeiçoamento, do desenvolvimento e mesmo da eliminação daqueles assim identificados (ROSE, 2001a, p.52).

Sendo o objetivo deste capítulo a problematização dos diagnósticos psiquiátricos¹³ – tomando o *transtorno afetivo bipolar* (TAB) como exemplo – iniciaremos com reflexões sobre conhecimento, ciência e verdade. A seguir, apresentaremos o TAB e, para problematizar esse diagnóstico, discutiremos a literatura que aborda as discordâncias nos diagnósticos relacionados a essa patologia.

2.1. – Ciência, verdade e conhecimento psiquiátrico

Partimos do pressuposto que não existe *a* verdade, ou *uma* verdade, como algo transcendental, absoluto e universal. Todo conhecimento é sempre uma produção humana e, por isso, deve ser entendido no contexto de sua produção. Assim, o que sabemos a respeito de determinado fenômeno nada mais é do que uma produção instável, contínua e turbulenta que dialoga com, e por vezes questiona, os saberes instituídos. As verdades são

¹³ Optamos pelo uso de *diagnóstico psiquiátrico* por ser ele o que consta na CID, sendo, portanto, o oficialmente adotado pelo Ministério de Saúde do Brasil e pela OMS, quando se faz necessário um diagnóstico na Área de Saúde Mental.

simplesmente cristalizações temporárias do conhecimento, ou seja, o saber é sempre provisório e contextualizado (IBÁÑEZ, 1994a, b, c; DOMÈNECH & IBÁÑEZ, 1998).

A ciência é produzida na interação entre seres humanos e os artefatos por eles produzidos (tais como textos, livros e instrumentos diversos). Assim, as práticas sociais são as responsáveis pela produção de conhecimento, deixando este de ser atribuído a uma determinada pessoa isolada das demais. Concluímos disso que a construção de saberes, sua reprodução e transformação ocorrem por meio de processos interpessoais. Rejeitamos, portanto, a idéia de que ele é produzido por mentes individuais (DOMÈNECH & IBÁÑEZ, 1998; IBÁÑEZ, 1994a, 1994b, 1994d; GERGEN, 1994a, b e c). Por exemplo, quando alguém estabelece critérios para formulação de diagnósticos, apóia-se na bagagem já existente a respeito, seja apropriando-se de alguns conceitos, seja refutando-os, dialogando com outras pessoas e com seus escritos. Não há, portanto, uma criação que não seja feita tomando como base as produções humanas já existentes.

O saber é produto de determinadas práticas humanas, sendo sempre algo construído e contingente; não há, então, o que ser descoberto ou revelado. Propomos, a partir daí, que haja uma desfamiliarização de noções e de conceitos tratados na ciência como dogmáticos e atemporais, questionando as noções de realidade e de verdade nas quais se apóiam. De acordo com Domènech & Ibáñez (1998, p.17), “o conhecimento é relativo a determinadas práticas, a um contexto sócio-histórico e cultural, aos interesses da comunidade de cientistas em que é gerado”. Consideramos que não há um conhecimento que não seja histórica e socialmente produzido, não havendo, portanto, uma verdade que seja absoluta senão dentro de um determinado momento e contexto, sendo esses os seus parâmetros e limites. A verdade perde seu caráter absoluto e transcendental, passando a ser o resultado de ações humanas, de nossas experiências e convenções.

Afirmamos, apoiados em Bourdieu (1976), que os conceitos são formulados em diferentes momentos, ganhando força e visibilidade como resultado de um ativo jogo de forças entre os presentes: pessoas, textos, associações científicas etc. Várias estratégias são utilizadas, e diversas questões fazem parte do intrincado fato de algo ser aceito ou refutado como verdadeiro, numa luta contínua entre defensores e críticos de determinada versão de realidade. Temos, dessa maneira, que toda descrição e toda explicação é resultado de um

processo ativo de negociação de sentidos entre as pessoas e das vicissitudes dos processos sociais (GERGEN, 1985).

Descrições e explicações devem ser consideradas no contexto de sua produção. A eleição de um dentre a gama de sentidos possíveis para um determinado fenômeno é sempre feita dentro dos parâmetros situacionais da realidade construída. Os sentidos mais adequados ao momento são assim impostos, minimizando ou excluindo outras possibilidades existentes (GERGEN, 1985). Sabemos que chamar alguém de louco pode ser interpretado de várias maneiras. A situação em que isso é dito (quem, quando, como e em que local se diz, por exemplo) determina se isso deve ser entendido como uma agressão, um elogio ou uma forma de exclusão social (ARAGAKI, 2001).

Nossa posição é de que, em geral, há um sentido que prevalece em relação aos outros, mas os demais, embora exerçam menor influência, ainda são constitutivos daquilo que se entende por determinado fenômeno. Ou seja, o que consideramos realidade é o resultado de uma complexa disputa entre diversos sentidos que se produzem a respeito dos acontecimentos e que coabitam uma mesma trajetória de tempo e de espaço, sendo que um deles predomina até que outro se torne hegemônico, e assim por diante.

Destacamos também a relevância do contexto histórico e cultural dessas práticas geradoras de conhecimento, sendo que a compreensão do mundo deve ser realizada levando-se em consideração o contexto de sua produção. Assim, os sentidos atribuídos a um determinado conceito podem variar e até mesmo divergir através dos tempos e culturas.

Segundo Hacking, (2001, p.190) “os critérios diagnósticos mudaram de acordo com épocas e autores”. Podemos pensar, por exemplo, nos diversos sentidos historicamente atribuídos à loucura: sabedoria, errância, manifestação divina, doença, periculosidade, simulação etc.

Assim, “o que tomamos por objetos naturais não são senão objetivações que resultam de nossas características, de nossas convenções e práticas” (IBÁÑEZ, 1994c, p.267). Portanto, o discurso científico, por si só, não é superior e não apresenta uma explicação mais fidedigna que outro. Tomado como prática social, deve também ser considerado como dependente das determinações sócio-culturais e dos agentes que o produzem. Dessa forma, também os conceitos científicos estão presos a contextos determinados (IBÁÑEZ, 1991, GERGEN, 1994a, b e c).

Considerando mais especificamente o diagnóstico em Saúde Mental, houve um momento na história em que não existia, por exemplo, o *transtorno afetivo bipolar*. Só podemos falar deste diagnóstico a partir do momento em que cientistas o definiram, descrevendo um conjunto de sinais e sintomas que o caracterizam como distúrbio de saúde distinto de outras patologias. Mas esse mesmo problema de saúde já foi nomeado de outras formas, como veremos adiante.

É preciso registrar, também, que na composição de um diagnóstico, entram não somente a observação e o conhecimento acumulado a respeito de determinado fenômeno, codificados por meio daquilo que é considerado patológico, mas também a experiência pessoal. Isto é, para além do saber profissional, as pessoas envolvidas no processo – profissionais e portadores de *transtornos mentais* - e os repertórios de senso comum que circulam na sociedade e fazem parte dos processos de socialização a respeito do que está em pauta, contribuem de forma fundamental em para a maneira como os sintomas serão interpretados (ARAGAKI, 2001, p.49).

Muitos médicos (e outros profissionais da área da Saúde) utilizam o senso comum para formular seus diagnósticos e propor tratamentos; “são muitas as esferas da Medicina moderna nas quais a Ciência pouco contribui para o trabalho do clínico geral, e nas quais este deve apoiar-se essencialmente sob seu senso comum” (BALINT, 1984, p.193). Embora portadores de um saber especializado, os tratamentos indicados também freqüentemente nada mais são que senso comum: não se preocupar, se acalmar, sorrir, sair de férias, não se estressar, se casar etc. “Apesar de nossa quase patética carência de conhecimento sobre os dinamismos e as possíveis conseqüências do ‘conforto’ e do ‘conselho’, essas são talvez as formas mais freqüentes de tratamento médico” (BALINT, 1984, p.102).

A prática diagnóstica, entretanto, está inserida numa rede de interações que inclui não apenas o profissional de saúde e seu paciente, como também outras pessoas, como amigos e parentes que, como aponta Souza (1999, p.89-90), “influenciam na definição da situação, na percepção de que alguma coisa está errada, nas escolhas entre as distintas agências de cura e na avaliação dos resultados das ações terapêuticas levadas a cabo”.

Mas, certamente isso não é tudo. Concordamos com a autora quando afirma que “lidar com um problema mental pode reafirmar, criar ou mesmo destruir determinadas

redes sociais, bem como pode modificar a trajetória da vida social não só daquele indivíduo que apresenta o problema, mas também daqueles que estão envolvidos com ele”¹⁴.

Não cabe aqui apresentar a história do campo de saber que se organizou em torno da noção de doença mental, foco de atenção de vários autores, sistematizados em obras históricas como: História da Psiquiatria, de Pélicier (1971), História da Psiquiatria, de Franz Alexander (1980), História da Loucura na Idade Clássica, de Foucault (1987), História da Psicopatologia, de Hervé Beauchesne (1989), e História da Psiquiatria no Brasil, de Jurandir F. Costa (1989). Trazemos aqui, para nos auxiliar, apenas algumas das valiosas contribuições feitas por Foucault, quando ministrou aulas no *Collège de France*, entre 1974 e 1975.

Foucault nos lembra que a Psiquiatria se constituiu como um ramo especializado da Higiene Pública, assim permanecendo até por volta de meados do século XIX. Antes de se tornar um saber especializado da Medicina Geral, ela “se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se possa assimilar direta ou indiretamente à doença, pode acarretar à sociedade” (2001, p.148).

Para que se transformasse em um saber médico, foi necessária uma dupla operação: codificar a loucura como doença e – simultaneamente – como perigo. Nos dizeres do autor,

foi preciso tornar patológicos os distúrbios, os erros, as ilusões da loucura; foi preciso proceder a análises (sintomatologia, nosografia, prognóstico, observações, fichas clínicas etc.) que aproximam o mais possível essa higiene pública, ou essa precaução social que ela era encarregada de garantir, do saber médico e que, por conseguinte, permitem fazer esse sistema de proteção funcionar em nome do saber médico (FOUCAULT, 2001, p.148).

Na medida em que a Psiquiatria se tornou o saber oficial a respeito das doenças mentais, buscando proteger o corpo social, a loucura passou a ser considerada como algo ameaçador. Buscava-se reconhecer, por meio de um diagnóstico acurado, o núcleo de loucura que habita todas as pessoas que constituem perigo à sociedade. Cria-se, assim, um elo importantíssimo – que persiste até hoje – entre loucura e criminalidade e as formas de

¹⁴ Ao fazer essas afirmações, Souza apóia-se em Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 97 (4), p.1096-1138.

seu gerenciamento, possibilitando à Psiquiatria o poder e o saber que fala e age sobre os corpos por ela acometidos (FOUCAULT, 2001).

A área de Saúde Mental utiliza, para tanto, a noção de *norma* com duplo sentido: como regra de conduta e como regularidade funcional, opondo-se à desordem, ao patológico e ao mórbido. “Entre a descrição das normas e das regras sociais e análise médica das anomalias, a psiquiatria será essencialmente a ciência e a técnica dos anormais, dos indivíduos anormais e das condutas anormais” (FOUCAULT, 2001, p. 205). Por isso, ela pode intervir nos comportamentos humanos, não tendo mais como objetivo essencial a cura, mas sim “a proteção da sociedade contra os perigos definitivos de que ela pode ser vítima de parte das pessoas que estão no estado anormal... por ser a instância geral de defesa da sociedade contra os perigos que a minam do interior” (FOUCAULT, 2001, p.402-3).

Cabe recordar que essa normalização só pode se realizar a partir do estabelecimento de critérios diagnósticos. Por esse motivo, faremos agora uma explanação a respeito de um diagnóstico em específico, o *transtorno afetivo bipolar*, apontando algumas dificuldades presentes na sua definição.

Não se trata aqui de caracterizar em detalhes esse problema de saúde mental, discorrendo sobre os critérios de inclusão e exclusão. Para isso pode-se recorrer à literatura especializada no campo, com destaque para a Classificação Internacional de Doenças - CID-10, da OMS.

Deixamos claro que a escolha do TAB deve-se às dificuldades presentes no estabelecimento desse diagnóstico, como veremos adiante. Além disso, há várias conseqüências psicossociais tanto em ser assim nomeado quando na ocorrência de erros na identificação desse diagnóstico.

o estado fluido do saber psiquiátrico não é um delito, mas simplesmente um estado de fato. A pretendida estabilidade e coerência dos sistemas diagnósticos é, por sua vez, um delito de soberba, enquanto escotomiza a fluidez, oculta a dúvida, afirma a certeza” (SARACENO, 1999, p.90).

2.2. – Diagnóstico em Psiquiatria: o caso do Transtorno Afetivo Bipolar

Bleuler (1943/1985) e Ey (s.d.) afirmam que desde a antiguidade foram observados sintomas que foram agrupados em duas principais categorias: crises depressivas e crises de mania¹⁵. Por volta de 450 a.C. Hipócrates utilizou os termos *mania* e *melancholia* para descrever *transtornos mentais*, sendo também empregados por outros autores de diferentes épocas.

Em 1686, Bonet nomeou de *maniaco-melancholicus* uma determinada doença mental. Falret e Baillarger descreveram, simultaneamente, por volta de em 1854, um tipo de doença cuja manifestação era cíclica, caracterizando-se por alternância de crises de depressão e de mania (EY, s.d). Em 1896, Kraepelin formulou o conceito de psicose maníaco-depressiva, que contém a maioria dos critérios utilizados no diagnóstico desse problema de saúde no século XX (KAPLAN & SADOCK,1993).

De acordo com Moreno & colaboradores (s.d.), foi apenas no século passado, a partir dos anos 70 que se percebeu que nem todas as pessoas acometidas por essas crises apresentavam sintomas psicóticos, o que implicou na mudança da terminologia, passando essa alternância a ser denominada de *transtorno afetivo bipolar*. Por exemplo, em determinado momento a pessoa pode ser diagnosticada como *portadora de transtorno afetivo bipolar – crise maníaca* com sintomas psicóticos, sendo que meses depois entra numa fase diferente, sendo classificada como *portadora de transtorno afetivo bipolar – crise depressiva grave* sem sintomas psicóticos.

Os sintomas psicóticos são caracterizados pela presença de alucinações e/ou delírios. A pessoa com alucinação tem percepções fora da realidade, ou seja, vê coisas que não estão presentes, escuta vozes ou sons de seres ou objetos ausentes etc. No caso de delírio, a pessoa tem idéias fora da realidade com convicção de que são verdadeiras. Por exemplo: pode dizer e sentir que está sendo perseguida, que é enviada de Deus ou que tem poderes divinos.

Os sintomas psicóticos constituem uma das dificuldades na diferenciação de diagnósticos. Isso porque eles podem estar presentes em diferentes psicopatologias (entre elas, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras

¹⁵ O termo mania provém do grego, significando fúria ou delírio.

drogas psicoativas), sendo necessária a presença de vários outros fatores, como veremos adiante, para que se possa estabelecer uma hipótese diagnóstica que corresponda melhor ao quadro apresentado, excluindo ou diminuindo outras possibilidades.

No TAB, a principal alteração presente é a mudança significativa no estado de humor da pessoa, variando entre episódios de euforia, de irritabilidade e de depressão, em fases que se alternam. Por exemplo, a crise se inicia com um quadro depressivo, com tristeza, desânimo, falta de energia, cansaço fácil, sentimentos de baixa auto-estima, de que tudo é muito mais difícil do que era antes, perda de satisfação em coisas antes prazerosas, entre outros sintomas. Depois de certo tempo, a pessoa começa a se apresentar, de forma considerada exagerada por outros, mais feliz, com muita energia, faz inúmeros planos complexos e impossíveis cuja execução parece muito simples etc. Mas há também a possibilidade da presença de uma fase mista, ou seja, com alternância rápida e mistura dos sintomas. Além disso, as fases de euforia e de depressão podem variar de uma pessoa para outra, sendo que, às vezes ocorrem sintomas diferentes de euforia e de depressão em cada crise que o portador tem.

Os sentimentos de alegria, de tristeza e de raiva são comuns a todos seres humanos, podendo ser atribuídos a diversas causas. A apresentação exagerada desses sentimentos pode estar relacionada a questões variadas, não só devido a um problema de saúde, mas também pelas alterações na situação sócio-econômica, fatos ocorridos na vida pessoal e profissional, seja de si mesma ou de outrem, modos de lidar com determinados acontecimentos, por exemplo. Podem também ser mudanças secundárias a outros fatores, tais como medo de estar sendo perseguido por alguém a quem se prejudicou, ou pela crença de que algo muito bom ou muito ruim ocorreu ou está em vias de ocorrer.

Moreno & Moreno (1998) e Moreno & colaboradores (s.d.) afirmam que ainda hoje as causas do TAB são desconhecidas, mas referem que vários estudos indicam que o fator genético é importante, pois parentes de primeiro grau de portadores têm mais probabilidade de apresentarem algum transtorno do humor. Isso quer dizer que há um componente hereditário considerável mas, de acordo com os autores, o *transtorno* pode se manifestar ou não, dependendo de vários outros fatores. Entre outras coisas, pode ser porque a pessoa sofreu muitas privações ou dificuldades na vida (por problemas de relacionamento, durante ou após o parto, financeiro ou de doença na família,); tem

dificuldade de lidar com o que acontece em sua vida (perda familiar ou de emprego) e/ou faz coisas que lhe são consideradas prejudiciais (uso de álcool, drogas, medicamentos para emagrecer).

Os autores (MORENO & MORENO,1998 e MORENO & colaboradores, s.d.) afirmam que a sua ocorrência é comum na população, atingindo igualmente homens e mulheres, sendo que a primeira crise geralmente ocorre entre os 15 e 30 anos de idade. Sua incidência é também registrada em crianças, mas em menor frequência. Obviamente podemos confundir alterações decorrentes do quadro psicopatológico com momentos da vida. Por exemplo, uma pessoa pode se apresentar irritada, agressiva, questionadora e triste por estar numa crise depressiva. Mas isso também pode ocorrer devido ao fato de ter mudado de função em seu emprego e estar enfrentando dificuldades em se adaptar ao novo cargo.

O *transtorno afetivo bipolar* é considerado crônico, ou seja, a pessoa geralmente tem que fazer tratamento durante toda sua vida, pois somente assim obtém-se o controle dos sintomas. Os especialistas afirmam que, se o portador fizer e mantiver um tratamento adequado, ela pode voltar ao seu estado considerado normal. Alertam, entretanto, que é freqüente que, quando o problema está controlado, a pessoa e/ou os familiares achem que não há mais necessidade do tratamento e que foi alcançada a cura. Com o abandono ou a irregularidade das terapêuticas, apoiados em sua experiência clínica, os especialistas afirmam que, num prazo indeterminado de tempo, ocorrem reincidências das crises e que estas podem ocorrer desde alguns dias até anos após a última crise. Descrevem também que o intervalo intercrises diminui progressivamente.

Relatos pessoais e profissionais registram que geralmente o início das crises de euforia é entendido por todos – portador e familiares - como algo positivo. Isso porque, há na pessoa portadora uma sensação de dispor de maior energia que de costume, com conseqüente aumento no número e na intensidade de atividades diversas, cansando-se pouco, achando que as coisas são de fácil resolução. Pode também perder a inibição e, com a elevação da auto-estima, passa-se de tímido e recatado para ser um namorador, um sedutor ou um atleta do sexo.

Nas crises de euforia, freqüentemente, há prejuízo da auto-percepção. A pessoa não reconhece que está em estado alterado, bem diferente do que costuma se apresentar

publicamente. Nesses casos, via de regra, é a rede social que nota a mudança e os danos pessoais e sociais que advêm dos exageros cometidos (MORENO & MORENO, 1998; MORENO & colaboradores, s.d.; JAMISON, 1996). Os excessos podem ser, por exemplo, fazer compras absurdas, distribuir objetos pessoais e familiares para desconhecidos, fazer empréstimos em bancos sem necessidade, flertar de forma exagerada e indiscriminadamente, tirar a roupa em público etc. Os familiares e amigos buscam, então, auxílios diversos para tratar disso, tanto médicos quanto espirituais, esperando um retorno à situação considerada de normalidade.

Um dado importante, é que há possibilidade de remissão total dos sintomas sem que tenha sido feito qualquer tipo de intervenção sobre a patologia. A remissão é descrita por diversos autores (BLEULER, 1943/1985, p.331; EY, s.d., p.289; CID-10,1993, p.114; entre outros) como um período de instalação e evolução do transtorno mental (entre quatro e seis meses, em média), após o quê ocorre o abrandamento significativo ou o desaparecimento de todos os sintomas. Nestes casos, volta-se ao estado considerado normal, podendo esse período ser identificado não como de uma crise ocorrida, mas como uma fase problemática devido aos acontecimentos na vida da pessoa.

Não há exames laboratoriais (de sangue, de urina) nem de imagem (raio-X, tomografia computadorizada, ressonância magnética) que detectem a presença desse transtorno. Ele somente é diagnosticado a partir de entrevista e observação dos sintomas, além do relato que é fornecido pelos parentes ou amigos da pessoa acometida. Adiante veremos as implicações e dificuldades decorrentes da forma por meio da qual se faz o diagnóstico.

As fases podem passar despercebidas, pois quando os sintomas são leves ou moderados, pouco comprometem as capacidades da pessoa, sendo que ela consegue manter, ainda que com certa dificuldade ou limitação, suas atividades do cotidiano. No caso específico das crises depressivas, a pessoa pode simplesmente achar que está cansada, mas também pode ser considerada tímida, desinteressada, distraída, preguiçosa. Quando esses sintomas se agravam, ela pode ter sérios problemas nos relacionamentos, já que pode ser entendida como mau-caráter, explosiva e vagabunda.

Por outro lado, o termo *mania* não significa, nesta doença, mania de fazer alguma coisa, e também não é um tique da pessoa. Entende-se por mania a euforia e exaltação

patológicas, decorrentes do problema de saúde em questão. Em casos de crises leves, as pessoas podem ser consideradas alegres, divertidas, extrovertidas, corajosas e esforçadas. Também podem se apresentar como arrogantes, sem compromisso com nada, fúteis, promíscuas e até perigosas.

De forma geral, o tratamento recomendado inclui medicamentos chamados estabilizadores de humor. Em crises depressivas graves, pode haver o uso de antidepressivos, por tempo limitado e com acompanhamento rigoroso. Isso porque esse tipo de remédio pode propiciar, nesse caso, a alternância para fases de euforia. Diante da necessidade, também são utilizados calmantes e antipsicóticos, como coadjuvantes na terapêutica. Entretanto, esses não são os mais indicados para fazer com que a pessoa volte ao estado considerado (por si e por outros) normal, e não evitam a ocorrência de novas crises. O controle das crises é atribuído aos estabilizadores de humor.

Além do tratamento médico, há locais que dispõem de outros profissionais, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e educadores, que traçam (ou deveriam traçar) um projeto terapêutico específico para cada pessoa portadora, mas em geral, estes também têm como base a CID, submetendo-se às orientações do Ministério da Saúde de nosso país.

Em resumo, várias são as dificuldades no que se refere ao estabelecimento de hipóteses diagnósticas compatíveis com os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10. Isso traz implicações graves e importantes para todos os envolvidos, portadores e membros da rede social imediata, e mesmo para as demais pessoas da comunidade.

Para tratar dessas questões passaremos a apresentar uma revisão bibliográfica feita em portais eletrônicos do campo da saúde.

2.3. - Discordâncias no diagnóstico em Psiquiatria: o Transtorno Afetivo Bipolar

Em 21 de junho de 2005 foi feita uma revisão da literatura, via internet, nos portais Medline, Lilacs e Scielo¹⁶, e no Google¹⁷. O objetivo específico nesse momento era

¹⁶ Medline, Lilacs e Scielo: bases de dados científicas, disponíveis on-line. O Medline recupera literatura internacional em Ciências da Saúde. O Lilacs, literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde. O Scielo é uma biblioteca eletrônica que abrange periódicos científicos brasileiros.

ter acesso às publicações que registravam ocorrências e/ou conseqüências de discordâncias no diagnóstico de pessoas que tinham ou tiveram hipótese diagnóstica de TAB. Para isso, nossa busca incluiu as referências de artigos do Medline, optando-se pelo intervalo 1993-2005¹⁸. Além disso, fizemos busca em toda bibliografia científica disponível no Lilacs, no Scielo e no Google.

De início, diante das amplas possibilidades de palavras-chave para recuperar artigos nas bases de dados, recorremos ao catálogo da Biblioteca Virtual de Saúde BIREME/OPAS/OMS, (<http://www.bireme.br>), para obter os descritores que mais especificamente se adequavam às nossas necessidades: encontrar artigos que registrassem casos de pessoas que foram diagnosticadas e atendidas por serviço de saúde mental e que, em momento posterior, foi feita a hipótese de portarem TAB, sendo este diagnóstico diverso do inicial.

Assim, a partir do termo *diagnóstico*, obtivemos 50 descritores, sendo selecionados dentre estes os mais pertinentes à pesquisa: *erros de diagnóstico* e *diagnóstico duplo*. Buscando o termo *bipolar*, encontramos o descritor *transtorno bipolar*, o qual recupera artigos relacionados aos seguintes assuntos: transtorno maníaco, depressão bipolar, psicose afetiva bipolar, psicose maníaco-depressiva. De posse desses descritores, consultamos cada uma das bases de dados científicas citadas através do portal da Bireme recuperando os resumos de trabalhos disponíveis (artigos e teses) que apresentassem simultaneamente os descritores *transtorno bipolar* e *erros de diagnóstico*. Encontramos 39 referências: 35 no Medline e quatro no Lilacs. Não encontramos referências no Scielo e no Google.

O próximo passo foi fazer o mesmo com os descritores *transtorno bipolar* e *diagnóstico duplo*. Obtivemos como resultado sete trabalhos: seis no Google e um no Scielo.

¹⁷ Google: base de dados disponível *on-line* que recupera informações diversas existentes na internet. Acesso através do endereço: <http://www.google.com.br>.

¹⁸ Essa é a opção presente no *site*, relacionada aos trabalhos mais recentes. Temos nesse portal uma outra opção, onde são recuperados os artigos de períodos anteriores a 1993.

Tabela 1: Número de artigos encontrados em bases de dados *on-line*, a partir dos descritores *transtorno bipolar e erros de diagnóstico*/*transtorno bipolar e diagnóstico duplo*.

	<i>transtorno bipolar e erros de diagnóstico</i>	<i>transtorno bipolar e diagnóstico duplo</i>
Google	Nenhum	06
Medline (1993-2005)	35	Nenhum
Lilacs	04	Nenhum
SciELO	Nenhum	01
Total	39	07

Fonte: Bases de dados Google, Medline, Lilacs e SciELO, consultadas em 21/06/2005.

Deste conjunto, com base nos objetivos do levantamento, foram selecionados 27 trabalhos, sendo somente 15 deles localizados na biblioteca da Bireme: 12 do Medline e 03 do Lilacs. Após a leitura integral desses artigos, foram considerados compatíveis com nossa busca nove artigos: sete do Medline e dois do Lilacs.

2.4. - Tecendo algumas considerações sobre as discordâncias no diagnóstico do Transtorno Afetivo Bipolar

Nos artigos analisados, as discordâncias de diagnóstico são sempre denominadas como erros pela literatura especializada, sendo a sua ocorrência tida como bastante comum. Consideramos isto preocupante, já que as pesquisas ou relatos se referem ao trabalho desenvolvido por profissionais da Área de Saúde Mental.

Chen, Swann & Johnson (1998) apontam que o transtorno bipolar é considerado crônico e que, assim como os outros problemas mentais, somente pode ser diagnosticado com base em critérios diagnósticos descritivos. Isto quer dizer que não há exame objetivo externo para detectar a sua presença ou ausência. O que temos nos manuais de psicopatologia são agrupamentos de sintomas que permitem ao especialista se orientar para estabelecer uma hipótese diagnóstica. Cai por terra, então, já no cerne do diagnóstico psiquiátrico, qualquer possibilidade de alcançar a objetividade pretendida pela área.

Assim, por exemplo, autores como Chen, Swann & Johnson (1998) afirmam que não há um *padrão de ouro* objetivo para diferenciar o *transtorno afetivo bipolar* da *esquizofrenia*. Estes diagnósticos dependem de observações do comportamento que mudam com o tempo e, além disso, podem estar presentes em ambas patologias. Variáveis demográficas, fatores precipitantes, história genética e familiar e resposta ao tratamento, podem potencialmente ser usadas para distinguí-los como entidades, mas nenhuma de forma definitiva

É possível, ainda, que os médicos relutem em dar um diagnóstico de esquizofrenia, porque há um grande estigma associado a ele. Por isso, aguardam, muitas vezes, que haja um evidente declínio social na vida do portador, sendo este um dos critérios utilizados na diferenciação entre esquizofrenia e outras psicopatologias (Chen, Swann & Johnson, 1998).

A Classificação Internacional de Doenças, CID-10, é indicada pela OMS como referência para as diferentes categorias profissionais fazerem seus diagnósticos, devendo ser adotada de forma idêntica nas diferentes culturas e países. Entendemos que, apesar disso possibilitar a troca de informações entre profissionais de diferentes locais, a pretensão de ser universal pode trazer várias dificuldades. A versão brasileira, por exemplo, descreve os sintomas presentes nas patologias de forma sucinta. Não se encontra nela uma explicitação clara do vocabulário científico e isso permite várias atribuições de sentido aos diversos sintomas. Por exemplo, sintomas maníacos podem ser entendidos não só como euforia, exaltação do humor, mas também como compulsões presentes em quadros de ansiedade.

Tyrer & Brittlebank (1993) relatam que muitos pacientes, na verdade, podem ser portadores de TAB, e que têm no momento de crise exacerbação de características pessoais, erroneamente interpretadas e tratadas como sintomas de um transtorno de personalidade. Hutto (2001), afirma que há uma sobreposição de sintomas em muitos transtornos mentais, tais como a impulsividade e a labilidade do humor, presentes tanto em transtornos de personalidade quanto no transtorno bipolar. Retamal & Codner (1994), dizem que em quadros maníaco-depressivos há pessoas introvertidas que se isolam socialmente. Quando ocorre um episódio agudo, essas características se manifestam (ou melhor, se exacerbam) e isso pode levar a uma confusão entre o transtorno de personalidade esquizóide e a

esquizofrenia. No meu entender, isso também propicia outros possíveis desacordos tais como uma depressão ser diagnosticada como esquizofrenia.

Outros fatores tais como: como se apresenta o *self* e como são as redes de relacionamentos da pessoa em avaliação, gênero, idade, etnia e classe sócio-econômica podem ser considerados (ou não), como interferindo no processo de diagnose.

De acordo com Coleman (1994), muitos diagnósticos de esquizofrenia em afro-americanos, nos Estados Unidos, foram feitos baseados em estereótipos raciais. O autor relata que em outro estudo, mais recente e sem esse viés, constatou-se queda desses números, com aumentos dos transtornos de humor (depressão psicótica e transtorno bipolar).

Há outras questões relacionadas às dificuldades em fazer diagnósticos na área de Saúde Mental. Os diversos sintomas apresentados no início da crise podem estar relacionados às diferentes psicopatologias, além de se misturarem aos sintomas de outras doenças ou ao uso de drogas. Estas, conforme vários autores, entre eles Chen, Swann & Johnson (1998) e Brown & colaboradores (2001), também podem usadas como uma forma de auto-tratamento, para tentar diminuir a angústia, a inquietação e outras perturbações presentes.

Os diagnósticos também dependem de informações acuradas disponíveis e o modo como são interpretados pelos profissionais. Avaliações de uma pessoa em diferentes momentos da doença, sem que haja um acompanhamento continuado na área de saúde, podem levar ao diagnóstico de diferentes patologias. Adicionam, por fim, que a população estudada pode sofrer mudanças com o tempo, o que afeta também o modo como os sintomas se apresentam, assim como os sentidos a eles atribuídos.

Ainda de acordo com Retamal & Codner (1994), a idade de início das crises, tanto no transtorno bipolar quanto na esquizofrenia, ocorre na adolescência. Entretanto, muitas vezes, o distúrbio de humor não é diagnosticado, sendo atribuído o diagnóstico de esquizofrenia.

Sabemos também que, se fossem submetidos a uma avaliação diagnóstica, um número significativo de pessoas seria identificada como portando sintomas leves persistentes ou apresentariam dificuldades interpessoais e sociais após um episódio agudo. Isso, de acordo com Retamal & Codner (1994), ocorre em aproximadamente 20% dos

casos, sendo interpretado erroneamente como esquizofrenia e não como cronicidade do transtorno bipolar.

O desânimo, o isolamento social, a falta de planejar o futuro e a dificuldade em expressar emoções podem estar presentes tanto em depressões graves quanto em transtornos psicóticos. E o uso de medicamentos antipsicóticos pode aumentar ainda mais esse quadro, como consequência de seus efeitos de contenção química. Podem, inclusive, propiciar problemas mais graves, tais como a Discinesia Tardia¹⁹ e a Síndrome Neuroléptica Maligna²⁰.

No caso de sintomas psicóticos, a questão das divergências pode ser mais incisiva, já que as pessoas podem ficar hostis e bastante agressivas devido a sentimentos de desconfiança, de estar sendo prejudicada ou perseguida ou por questões depressivas. Retamal & Codner (1994) apontam que, nos seus estudos, 100% dos casos maníaco-depressivos diagnosticados como esquizofrenia apresentaram delírios e alucinações, e que entre 20% e 50% dos quadros afetivos apresentam sintomas psicóticos.

Percebemos também que há uma confusão entre sintomas psicóticos e quadros psicóticos. Frequentemente a presença de delírios e alucinações leva o profissional a diagnosticar esquizofrenia, quando na verdade esses sintomas podem estar presentes em diversas psicopatologias.

Coutinho & colaboradores (1988), afirmam que há poucos estudos a respeito da confiabilidade de diagnósticos na área de Psiquiatria. Os autores consideram que há maior confiabilidade quando os pacientes tiveram internações consecutivas no mesmo hospital. Entretanto, houve baixa concordância entre diferentes avaliadores, independentemente da pessoa ter sido internada na mesma ou em outra instituição. Este trabalho explicita que o diagnóstico é feito na interação entre os presentes – profissional e paciente. Não é, portanto, algo inquestionável, já que não expressa uma verdade a ser reconhecida (no caso, um problema de saúde). Percebemos que tanto os participantes quanto o contexto imediato em que se dão as relações fazem parte do processo de diagnose.

¹⁹ Discinesia Tardia: Síndrome induzida pelo uso de antipsicóticos. Podem ocorrer movimentos involuntários, anormais e repetitivos da cabeça, do tronco e dos membros superiores e inferiores.

²⁰ Quadro que pode surgir devido uso de antipsicóticos. Há alteração do nível de consciência, aumento da temperatura corpórea, rigidez muscular, entre outros sintomas. Pode levar à destruição de músculos e, em casos extremos, à morte.

Sendo o único artigo brasileiro encontrado em toda busca realizada, torna pública a falta de publicações nacionais recentes e que abordem criticamente as dificuldades em relação ao estabelecimento de diagnósticos psiquiátricos e os tratamentos atualmente disponíveis na Área.

Hutto (2001) afirma que o *transtorno bipolar* é sobre-diagnosticado. Baseia seu argumento no fato de considerar que há muitos erros quando os critérios do DSM-IV são aplicados de forma muito rigorosa ou muito displicente, resultando em muitos falso-positivos. Pelo contrário, em resposta a esse autor, Bowden (2001) diz que o problema de saúde citado é sub-diagnosticado, dizendo que há critérios específicos, tais como história familiar positiva para transtorno bipolar e início prematuro da doença, e que não estão relatados no DSM-IV. Afirma, ainda, que o psiquiatra deve adaptar sua entrevista ao avaliar cada paciente, e que nesse processo acaba buscando e utilizando informações diversas, não descritos em manuais da área.

Fica nítido, dessa maneira, que os trabalhadores da Área de Saúde Mental muitas vezes recorrem à experiência pessoal em sua prática profissional. Para isso, utilizam também repertórios de senso comum, os quais circulam na sociedade e fazem parte dos processos de socialização a respeito do tema (ARAGAKI, 2001, p.77).

Por último, temos de considerar a pressão existente pelos laboratórios e indústrias farmacêuticas, pois o surgimento de novas drogas psicotrópicas no mercado pode interferir no processo diagnóstico. Retamal & Codner (1994) apontam a influência das indústrias farmacêuticas nas decisões diagnósticas, de acordo com um estudo feito nos Estados Unidos e por eles retomado. De acordo com estes autores, houve aumento de diagnósticos de esquizofrenia e diminuição de transtornos afetivos quando surgiram os antipsicóticos, durante os anos 50. O contrário ocorreu na década de 60, quando se iniciou a terapêutica com lítio, um dos estabilizadores de humor.

Nenhum dos artigos analisados registra se há propostas concretas ou se algo tem sido feito para diminuir ou sanar o problema de forma mais efetiva. Porém, alguns afirmam que um diagnóstico pode ter conseqüências profundas e duradouras na vida de uma pessoa, sobretudo pelo estigma que acompanha a maior parte dos quadros e suas conseqüências.

Além dos artigos citados, temos também o depoimento de Bjorklund (1996), que registra o fato de ter tido diagnóstico de esquizofrenia e depois ser re-diagnosticado como portador de TAB, comentando as conseqüências desses eventos em sua vida.

O autor afirma que portar um transtorno mental, sendo por isso rotulado, o desumanizou e desvalorizou, transformando-o de *ser uma pessoa* em *ser uma doença*, um esquizofrênico. Relata o quanto é difícil se libertar dessa classificação, pois muitas vezes essa nomeação fazia com que suas expectativas e seus projetos de vida fossem por ela moldados, chegando a assumir a sua pessoalidade (BJORKLUND, 1996).

Ele registra a influência das companhias de seguro-saúde nas decisões médicas, relacionadas ao tratamento. Sempre que o prazo de cobertura de seu plano de saúde expirava, era considerado melhor da esquizofrenia, recebendo alta. E assim permanecia até que houvesse o agravamento do problema de saúde, quando reiniciava o tratamento e daí por diante (BJORKLUND, 1996). Notamos novamente aqui que os critérios utilizados na Medicina extrapolam as questões de saúde e de doença, incluindo também questões econômicas.

Em seu relato, Bjorklund (1996) diz que a mudança de diagnóstico para transtorno afetivo bipolar não alterou, de início, o fato de não aceitar ter um problema de saúde mental. Afirma que teve várias dificuldades por conta disso, mas que elas foram superadas ao assumir que tinha transtorno bipolar e submeter-se ao tratamento. Conseguiu, dentre outras coisas, concluir mestrado em Serviço Social e está prestes a terminar mestrado em Administração Pública. Além disso, trabalha na Área de Saúde Mental. Mas, afirma que ser portador desse transtorno ainda marca a sua vida, no sentido de que não pode ter *bons* ou *maus* dias, como outra pessoa qualquer, sem que alguém o questione a respeito de seu problema de saúde estar ou não sob controle.

O autor considera vital prestar atenção na linguagem que usamos, o poder que as nomeações adquirem na construção dos fenômenos (BJORKLUND, 1996). Isso está de pleno acordo com nossa postura teórica. Uma classificação nos torna membros de determinadas matrizes e redes sociais e nos exclui de outras, afetando de forma fundamental nossos relacionamentos e nossas perspectivas de vida.

Mas, apesar de muitos sucessos, o rótulo em si afetou minha vida mais que a doença. Eu sou uma pessoa vivendo com mania/depressão; eu não sou um maniaco-depressivo. Similarmente, alguém vivendo com esquizofrenia crônica

não é ‘doente mental crônico’ [...] O diagnóstico psiquiátrico tem um profundo efeito na forma como a pessoa é avaliada e tratada no Sistema de Saúde Mental e em outros lugares (BJORKLUND, 1996, p.1330)

Quando há erro, ampliam-se ainda mais os prejuízos, por exemplo, pelos efeitos colaterais de medicamentos não necessários, piora de sintomas e surgimento de outros problemas de saúde. Há a influência de como os familiares e profissionais lidam com a pessoa que tem crises contínuas, pelo não controle do problema de saúde.

Ao ser tratado de uma patologia que não tem, o portador continua sofrendo e manifestando sintomas. Isso fortalece preconceitos, já que *mesmo com o tratamento ele não melhora*. A pessoa pode ser excluída de várias matrizes e redes sociais, o problema de saúde é entendido como muito mais grave do que é realmente e as terapêuticas são questionadas quanto à sua eficácia. Além disso, fortalecem-se versões a respeito dos portadores, dos problemas de saúde e dos tratamentos que trazem mais dificuldades, além das já existentes no campo.

Vimos assim, o quão intrincado é o ato de se fazer um diagnóstico em Saúde Mental, não só pelas características intrínsecas a ele, mas principalmente dada a diversidade e complexidade do ser humano.

Pensamos assim, que somente pode haver um diagnóstico desde que esse seja pautado pelas conversas entre os envolvidos, tomando-se em consideração não somente o momento da avaliação, mas a história de vida da pessoa em questão, incluindo-se aí os sentidos atribuídos à sua vida e ao sofrimento pelo qual está passando no momento. O diagnóstico como negociação considera o saber local, o senso comum como indissociáveis de um bom atendimento em Saúde, constituindo-se como um conhecimento situado e dinâmico, devido às vicissitudes do conviver.

Capítulo 3

O diagnóstico na perspectiva dos profissionais que atuam na Área de Saúde Mental

Nesse capítulo trataremos de várias questões relacionadas ao diagnóstico na Área de Saúde Mental, sob o ponto de vista de profissionais que nela atuam. Através de entrevistas feitas entre novembro de 2005 e janeiro de 2006, registramos o que dizem a respeito das discordâncias e erros que ocorrem nos diagnósticos, os motivos pelos quais eles ocorrem e suas conseqüências, tanto para os usuários quanto para os familiares e demais membros das redes sociais às quais pertencem.

Solicitamos aos nossos interlocutores que pensassem em situações onde o usuário fez tratamento de forma continuada, prescrita pelos profissionais que o atenderam, sendo que, em algum momento, foi feita alteração no diagnóstico. Pedimos que tentassem explicar as razões da mudança diagnóstica, assim como as conseqüências para as pessoas envolvidas.

Para assegurar os direitos dos entrevistados, foram respeitadas a Resolução Normativa 196/96, do Ministério da Saúde; a Resolução do Conselho Federal de Psicologia 016/2000; e o Código de Ética Profissional dos Psicólogos. Foi solicitada a assinatura de Termo de Consentimento²¹, comprometemo-nos a não revelar dados que pudessem identificar os interlocutores e os casos relatados.

Foram tomados cuidados para garantir o diálogo, assim como o direito de não-resposta, minimizando relações abusivas de poder entre entrevistador e entrevistado. As entrevistas foram feitas com profissionais que responderam situados na função que exercem na Área de Saúde Mental. Isso implica reconhecer que os discursos foram tomados como posicionamentos profissionais, uma vez que os mesmos fazem parte das intrincadas redes e matrizes a ela inerentes. A postura ética implicou, entre outras coisas, reconhecer esses fatos, pedindo explícita concordância de cada entrevistado, para que os dados pudessem ser utilizados.

Para a escolha dos interlocutores usamos a estratégia do *snowball*, ou seja, partindo de um profissional entrevistado e atuante na área, pediu-se que indicasse um outro, e assim sucessivamente. Foram feitas seis entrevistas, sendo dois profissionais de cada especialidade: psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional (TO)²². Assim, começamos

²¹ Apêndice A

²² Há outros profissionais que podem exercer sua função na área, por exemplo: educador, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem. Porém são poucos dentre estes que possuem formação específica na área, além do quê, em geral não são responsáveis por atribuir ou discutir diagnósticos.

com a psiquiatra Dra. Gilda, que sugeriu a psicóloga Tânia, que nos encaminhou à terapeuta ocupacional Daniela. Esta, por sua vez, nos indicou a terapeuta ocupacional Flávia, que sugeriu a psicóloga Leila, que nos encaminhou ao psiquiatra Dr. Mauro.

Vale informar que as pessoas não são referidas por seus nomes verdadeiros, mas sim por um outro nome próprio, escolhido aleatoriamente. Optamos por essa estratégia porque, na perspectiva da Psicologia Discursiva, nos interessa a intersubjetividade presente nas falas (SPINK, 2003). Dito de outra forma, há várias *vozes* (BAHKTIN, 1929/1995) que se presentificam nas falas de cada profissional. Cada um destes é considerado como um coletivo de *vozes*, que traz à tona o debate a respeito do tema em questão, fruto da posição que ocupam dentro da área de saúde. Dessa forma, devem ser reconhecidos como porta-vozes e representativos de uma coletividade; e não como pessoas que apresentam opiniões e posições pessoais. A representatividade em questão não se remete ao conceito estatístico, mas à constatação de que o participante “está atuando como se estivesse em ‘seu papel’, onde o que é importante sobre ele/a, na interação, não são suas qualidades pessoais” (IÑIGUEZ & ANTAKI, 1994, p.66).

Lembramos que o pesquisador está presente nos vários momentos dessa interanimação dialógica, seja pela seleção dos trechos utilizados de cada entrevista ou pela organização dos trechos nessa narrativa. Isso também ocorre por entendermos que a entrevista é uma *prática discursiva*, sendo que cada fala está inserida no contexto de sua produção, o que faz com que se considere fundamental tanto a presença do entrevistado quanto do entrevistador, das *vozes* que são presentificadas e do jogo de *posicionamentos* que ocorre durante a entrevista (PINHEIRO, 1999).

A análise realizada buscou garantir o rigor, entendendo-o como “a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo” (SPINK & LIMA, 1999, p.102), socializando o processo que levou às interpretações feitas. Esse processo implica uma postura ética, reconhecendo que fazer ciência é uma prática social, sendo necessário garantir a visibilidade dos processos utilizados na coleta e na análise dos dados, entendendo que a entrevista é um processo dialógico.

Na entrevista pedimos para que pensassem a respeito do, durante sua trajetória profissional, com pessoas que tiveram um diagnóstico na Área de Saúde Mental, que se

submeteram ao tratamento proposto, e que, posteriormente, tiveram esse diagnóstico alterado. Perguntamos:

1. Com que frequência isso ocorre?
2. Quais são os motivos das discordâncias ou erros ao se fazer um diagnóstico inicial?
3. Quais as conseqüências das discordâncias ou erros para a pessoa diagnosticada e para a rede social?
4. Quais são os motivos de mudanças no diagnóstico?
5. Quais são as conseqüências das mudanças para a pessoa diagnosticada e para a rede social?

Assim, feitas as entrevistas, utilizamos algumas convenções para auxiliar a recuperar a dinâmica da entrevista e para esclarecimentos adicionais considerados importantes²³, transcrevendo-as na sua íntegra²⁴.

O passo seguinte foi fazer uma transcrição seqüencial²⁵ de cada entrevista, uma técnica desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Práticas Discursivas e Produção de Sentidos do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da PUC-SP. Trata-se de fazer uma síntese do que foi dito, seguindo a fluidez presente durante a situação de entrevista, registrando-se somente aquilo que é entendido como o(s) conteúdo(s) principal(is) da fala. Permite a aproximação e identificação dos temas que foram explorados, assim como uma rápida localização de trechos considerados importantes de serem analisados em maior profundidade. Por fim, torna explícita a dialogia e o jogo de posicionamentos ocorridos.

Feito isso, organizamos os dados obtidos em quadros de duas séries. Na primeira²⁶, foi feita uma seleção a partir de cada interlocutor, explicitando o que foi dito a respeito da frequência, dos motivos e das conseqüências das discordâncias e erros de diagnóstico na área de saúde mental. Foram registrados também os motivos de mudança no diagnóstico e suas conseqüências. Obtivemos, dessa forma, um panorama geral do que foi dito por cada um dos profissionais.

²³ Essas convenções encontram-se no Apêndice B.

²⁴ Apêndice C.

²⁵ Anexamos um exemplo no Apêndice D.

²⁶ Apêndice E.

Na outra série, fizemos quadros para cada tema selecionado (frequência, motivos e consequências das discordâncias e erros; motivos e consequências das mudanças no diagnóstico)²⁷, contrastando o que foi dito por cada um de nossos interlocutores a respeito. Isso nos permitiu reunir, aproximando e diferenciando algumas das falas presentes no campo²⁸, em nossa análise.

A seguir, faremos uma breve apresentação de cada um dos profissionais entrevistados e, na sequência, a apresentação do que disseram durante a entrevista, organizando o texto a partir dos itens acima citados.

3.1. - Apresentando os entrevistados e os casos por eles citados

Gilda: médica, formada em 1995 pela Universidade de São Paulo. Fez residência em Psiquiatria de 1996 a 1998 pela mesma instituição. Já trabalhou em ambulatório de Saúde Mental do Estado de São Paulo entre 1999 a 2002. Foi psiquiatra de 1999 a 2000 em enfermaria de Saúde Mental de hospital geral da Prefeitura de São Paulo. Trabalha desde 2000 em enfermaria de Saúde Mental de um hospital geral de uma Organização Social de Saúde. Também exerce sua função desde 2002 em centro de atenção psicossocial (CAPS) da Prefeitura de São Paulo, onde já foi coordenadora.

Tânia: psicóloga, formada em 1986, pela Universidade de Mogi das Cruzes – São Paulo. Trabalhou de 1989 a 1992 em hospital geral, atendendo pacientes internados na enfermaria de doenças infecto-contagiosas e em clínica de reabilitação. Desde 1993 exerce sua função em consultório particular. Atuou em ambulatório de Saúde Mental do Estado de São Paulo, entre 1997 e 2001. Desde 2002 trabalha em enfermaria de Saúde Mental de um hospital geral, de uma Organização Social de Saúde.

Daniela: terapeuta ocupacional, formada em 1998 pela Universidade de São Paulo, fez especialização em Saúde Mental na Itália em 1998. Kursou especialização em Saúde Pública, entre 2004 e 2005. Trabalhou em centro de convivência (CECCO) na Cidade de São Paulo de 1999 a 2000. Trabalha desde 1999 em ambulatório de Saúde Mental do Estado de São Paulo. Também exerce sua profissão desde 2000 em enfermaria de Saúde Mental de hospital geral de uma Organização Social de Saúde.

²⁷ Apêndice F.

²⁸ Como já dissemos, sabemos que estamos trabalhando com uma parte, e não com todos os discursos presentes na área.

Flávia: terapeuta ocupacional, formada em 1992, na Universidade Federal de São Carlos. Fez especialização em Saúde Mental, em terapia ocupacional e em Saúde Pública. Já trabalhou em ambulatório de Saúde Mental do Estado de São Paulo. Na cidade de São Paulo exerceu sua profissão em unidade básica de saúde, em uma unidade de integração em Saúde Mental, em um CAPS e em um hospital psiquiátrico. Há dois anos e meio trabalha em uma Regional de Saúde do Estado de São Paulo, como articuladora de Saúde Mental.

Leila: psicóloga, formada em 1998. Durante 1999 fez aprimoramento em Saúde do Trabalhador em São Paulo, onde atendeu em ambulatório. Trabalhou três anos com recrutamento e seleção. Prestou concurso na Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, trabalhando desde então em ambulatório de Saúde Mental.

Mauro: médico formado em 2002, pela USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Fez residência médica em Psiquiatria na Escola Paulista de Medicina. Ao terminar a residência foi contratado em dois hospitais gerais, onde exerce a profissão de médico plantonista. Atualmente, trabalha também em ambulatório de Saúde Mental do Estado de São Paulo.

Profissional	Caso	Diagnóstico inicial	Diagnóstico revisado
Dra. Gilda	Sílvia	Esquizofrenia	Transtorno afetivo bipolar
Psicóloga Tânia	Pedro	Esquizofrenia	Transtorno de personalidade
	Márcia	Psicose a esclarecer	Transtorno de personalidade
	Elder	Transtorno afetivo bipolar	1º Esquizofrenia 2º Transtorno de personalidade
T.O.Daniela	Juliana	Esquizofrenia	1º Transtorno neurótico 2º Transtorno afetivo bipolar
T.O. Flávia	Lúcia	Esquizofrenia	Transtorno afetivo bipolar
Psicóloga Leila	Juliana	Esquizofrenia	Transtorno afetivo bipolar
Dr. Mauro	Carlos	Transtorno de personalidade	Esquizofrenia
	Júnior	Esquizofrenia	Transtorno afetivo bipolar
	Paulo	Esquizofrenia	Transtorno afetivo bipolar
	César	Transtorno afetivo bipolar	Esquizofrenia

Quadro 1: Relação de profissionais e casos por eles citados, incluindo o diagnóstico inicial e o diagnóstico após feita revisão.

3.2. - Sobre o impacto e as conseqüências de ser portador de um diagnóstico na Área de Saúde Mental: uma ação terapêutica ou iatrogênica?

Além da discussão já feita, no capítulo anterior, em relação às implicações de ter um problema e um diagnóstico na Área de Saúde Mental, trataremos nesse momento das questões trazidas pelos nossos entrevistados a esse respeito.

Conforme relata a psicóloga Leila, sobre Juliana:

Leila – Então, até onde eu sei, ela era uma pessoa normal, ela era evangélica, ela trabalhava, ela estudava, acho que na época em que ela teve o primeiro surto ela já tinha terminado, tinha amigos da escola, do bairro, de próximo do trabalho, ela freqüentava a igreja, ela andava sozinha, realizava, cuidava da sua vida sozinha, era independente. Depois desse primeiro surto, a primeira coisa foi que... ela... se afastou, saiu da escola, da vizinhança, parou de trabalhar, né. Começou a ficar muito dependente, não resolvia nada sozinha, de repente ela mesma falava isso, não falava mais com as pessoas. De repente ela não se sentia é... capaz, não se sentia (?) pra falar com as pessoas, né. E, agora, pensando nesse primeiro surto que ela teve, ela estava bastante erotizada, então, ela mexia com os homens, arrancava a roupa. Veio muita culpa, muita vergonha, né. Isso dificultou... como posso dizer... contribuiu para ela se sentir muito mal, dela ficar dependente das pessoas, né e tal. E ela foi se afastando. E depois, com o tratamento ela foi recuperando, voltou a ficar um pouco independente, né

Sérgio – Mas foi um movimento dela se afastar das pessoas, do emprego, é isso? Ou não?

Leila – Então, ela eu atendia em psicoterapia... ela falou que ela se afastou mas as pessoas também não foram... solidárias, compreensivas, né. Ela fala que não recebeu visita... <<Será que...>> <<Ah, fulana falou que era minha melhor amiga e não foi nem perguntar como é que eu tava>>. Foi de ambas as partes, né

[] É preciso uma conseqüência do tratamento que a gente oferece assim, sabe? Uma coisa um tanto iatrogênica mesmo, sabe? A gente fala <<Ah, você vai fazer tratamento porque você tem tal coisa, né. Uma coisa que você vai ter pra sempre, então vai ter que fazer tratamento pra sempre, não-sei-o-quê, não-sei-o-quê>>. E eu acho que esse é o peso, né... De... a pessoa fica insegura de tá cuidando da sua vida depois da... mesmo com a doença estabilizada, não só por causa do tratamento, mas também fazer a consulta, isso é muito traumático, né. Muito forte. E aí, assim, a gente tem outro papel, que é fortalecer, né, estimular a pessoa a se mostrar, a tentar retomar a sua vida...

O Dr. Mauro fala de Paulo, que foi por ele atendido:

Sérgio - Você sabe quais são as conseqüências, quais foram as conseqüências pra esse rapaz, aí, ter tido esse diagnóstico de esquizofrenia?

Dr. Mauro – Tenho que... que... A mãe sempre achava ele como uma pessoa mais incapacitada, mais limitado, e... sempre ficava vigiando muito ele nos empregos, nas atividades do dia-a-dia dele. E deixava ele muito incomodado, razão pela qual ele sentia muito perseguido, quando ele tinha outras... outros surtos, outros episódios maníacos, né.

Sérgio – Sei

Dr. Mauro – Então, primeiro que assim, que limitava, a família ficava muito cheia de cuidados com ele. Ele mesmo se limitava na vida profissional, não tinha muita capacidade pra tá assumindo as responsabilidades. E, no fundo, na verdade, se fosse bem esclarecido que se tratava de um transtorno cíclico, e que há períodos de normalidade entre as crises, acho que isso ia ficar muito bem... mais diluído, né.

Sérgio – Hum, hum. Entendo. Mais alguma coisa que você saiba que tenha afetado a vida dele?

Dr. Mauro - Acredito que a relação com a mãe dele ficou muito conturbada. Ele ficou, ele ficou... Se fosse mais esclarecido, né, que ele poderia ter períodos de normalidade, talvez a mãe não ficasse assim tão cheia de cuidados com ele. Talvez seria algo mais... é... Talvez a relação dele com a mãe, se a mãe tivesse sido mais esclarecida, ele não tivesse sido tão agressivo com a mãe, né. Acabou prejudicando ele também. Ele... por conta disso, ele acabou entrando num casamento que não sei se era desejado pra ele, né. Ele tá um ano com essa esposa dele, e tão numa boa relação assim. Mas eu não vi um contato legal entre os dois, acho... o que eu pude entender, ele fugiu da mãe pra casar com a esposa dele, tá.

Ao receber um diagnóstico, o portador e/ou responsáveis são orientados a respeito do que aquilo deve significar em suas vidas. Isso implica ser posicionado dentro de redes e de matrizes específicas. No caso de transtornos mentais considerados graves, como é o caso do TAB e da esquizofrenia, além de ser assim nomeada, a pessoa recebe esclarecimentos de que o problema de saúde é crônico, do que deve ou não ser esperado dela dali em diante.

Psicóloga Tânia - Acho que na época ele [Pedro] tinha 11 anos de idade. Ele teve uma experiência de uso de drogas, não me lembro bem do que foi, aí ele teve uma alteração de comportamento relativo aí a esse uso, chegou em casa o pai percebeu, viu, a família levou, o pai era militar, ele levou num médico e o médico pediu pra observar, mas que ele achava que era esquizofrenia. E o pai providenciou pra esse filho uma aposentadoria por essa doença. Ele recebia um benefício desde a infância. Nunca surtou. Nunca teve uma crise, e tomava Haldol®.

Sérgio – Desde pequeno?

Psicóloga Tânia – Desde pequeno. E ele fazia uso de Haldol®. E ele não tinha absolutamente nada. Não teve mais nada, nenhum episódio de alteração de comportamento. A única coisa que ele apresentava era um transtorno de personalidade, uma dificuldade de adequação assim de convívio social, ele participava de um grupo de terapia comigo, ele fazia dois anos, quando conheci esse rapaz ele tinha vinte anos já participava do grupo de terapia com uma outra psicóloga, no ambulatório e... eu assumi esse grupo e... no contato com ele no grupo ele foi contando a história de como tinha acontecido isso, aí ele me conta que na infância teve essa alteração, que foi levado no médico, que o médico diagnosticou aquela crise que ele teve como uma crise de esquizofrenia

Sérgio – Hum, hum

Psicóloga Tânia – e que enfim, era uma doença que não tinha cura, não ia poder trabalhar, que dificilmente ele ia conseguir estudar, essa foi a orientação que o médico deu e que... ele ia ter que ser cuidado a vida inteira, né. Esse rapaz era um filho adotivo e... a família sempre o cuidou como um doente, alguém que não ia

poder fazer nada, que não ia poder fazer uma carreira, não ia poder estudar e... ele se manteve em casa, ajudando os pais, fazendo tarefas domésticas, indo ao banco, fazendo coisas que não tinha que assumir nenhuma responsabilidade na vida. Sempre com os pais administrando, aí o pai faleceu e ele ficou com a mãe. E ele sempre fazendo bastante uso desse diagnóstico, da doença, porque a mãe ao longo do tempo foi percebendo que não tinha sentido, que ele era capaz de fazer muitas coisas, que ele ia, participava de grupos, saía com os amigos, levava uma vida, né, aparentemente normal, não trabalhava, não assumia responsabilidades e tudo. [] Não chegou a ser fechado nenhuma hipótese diagnóstica pra ele, mas ele levou a vida como alguém que tinha uma doença incurável e como alguém que tava totalmente incapacitado pra vida.

Sérgio – Você disse assim que... vocês começaram a questionar até onde ele é... você disse mais ou menos assim <<Até onde o transtorno de personalidade ele levou junto com o diagnóstico>>

Psicóloga Tânia – Isso.

Sérgio – Esse levou...

Psicóloga Tânia – Em quanto esse transtorno de personalidade não foi surgindo, né, a partir desse diagnóstico.

Sérgio – Depois do diagnóstico.

Psicóloga Tânia – Depois do diagnóstico.

Sérgio – Como consequência, é isso?

Psicóloga Tânia – Isso, isso. Como consequência desse diagnóstico. Porque até aí, a gente não chegou, por exemplo, a tá investigando, né, os conflitos que ele tinha ali junto à família que ele relata que isso começou por volta dos onze anos, né. Seria isso de uso de droga, essa alteração do comportamento, que segundo ele, ele ficou muito paranóide, ele via vultos, ouvia vozes, ele ficou transtornado, agressivo. Foi levado ao médico e recebeu esse diagnóstico. Então assim, né, a gente não localizou os conflitos que existiam na família antes disso acontecer. Mas, ele falava claramente do uso que ele fazia da doença pra ele poder ter mais ganhos que os irmãos, né. Pra ele poder ser mais assistido. Pra que as vontades dele fossem satisfeitas. Tudo isso porque ele era doente. E ele era extremamente manipulador.

Ainda a respeito de Pedro, a psicóloga acrescenta que

Psicóloga Tânia – ele passou a levar uma vida que, como a família foi orientada que sendo uma doença incurável, né, e incapacitante, porque essa foi a orientação dada pros familiares, eles passaram a cuidar desse filho, né, como alguém que, enfim, não ia poder trabalhar, não ia poder estudar, não ia poder assumir responsabilidades, porque tava sujeito a essa doença que... segundo a orientação que os familiares tiveram, tornavam ele incapaz pra vida, né. Que ele ia ter que sempre ser assistido. Tomar uma medicação que ele deixava ele é... enfim, sem condições de fazer muitas coisas, né. Desenvolver muitas atividades. E aí essa família cuidou dele como um doente. E ele tinha muitos ganhos nesse tipo de tratamento, tanto que ele recebia. Então muitas coisas que ele queria, por exemplo, sair, fazer uso de droga, quando ele queria sair com os amigos e voltar tarde, ele usava isso de ele ser um cara doente, né. Pra ninguém chamar a atenção. Pra ninguém cobrar uma responsabilidade dele. Pra ninguém ser mais severo ou mais rígido com ele. Ele usava isso com os outros irmãos, né. Ele já tinha uma coisa aí, uma questão com a família, que ele era um filho adotivo então, ele passou a ser o filho mais bem cuidado dessa casa por ter essa doença.

Então ele nunca abriu mão dessa doença. Ele nunca trabalhou, nunca fez... fazia algumas atividades em casa, ajudava a mãe com questão de ir no banco, a pagar contas, a organizar pagamentos, atividades assim... domésticas... mas era só isso.

Por vezes, os profissionais ressaltaram os limites que se impõem daí em diante, devido ao quadro de saúde, havendo a responsabilização de outras pessoas pela melhora, estabilização do quadro, continuidade do tratamento e a incumbência de evitar novas crises. Além disso, o encargo pelos demais aspectos da vida do portador também acabam sendo outorgados a outrem. Isso porque se conjuga ao transtorno de saúde tanto uma incapacidade quanto uma periculosidade em relação à sua vida e a de outros. O psiquiatra Dr. Mauro relata o caso de Júnior:

Dr. Mauro - E essa pessoa foi sendo tratada como... como esquizofrenia, e... na verdade, ela era portadora de transtorno bipolar.

Sérgio – Sei

Dr. Mauro – É... Por causa disso na verdade, aí a esposa dele não entendia, queria se separar dele. Ninguém tinha noção correta de que se tratava de um transtorno bipolar, né. A esposa tratava ele como se fosse... uma criança, né. Com uma atitude até maternal e ao mesmo tempo pejorativa... porque ao mesmo tempo que ela era maternal, ela esperava outras coisas dele... e ele não correspondia às expectativas... E vira e mexe tinha mania... porque aí ele também assumiu uma postura de doente.

Sérgio – Hum

Dr. Mauro – É. Eu vi esse caso, diagnostiquei como sendo transtorno bipolar... sendo tratado, e tendo remissão do quadro, né. E... ele, na verdade, quando ele tinha um quadro de mania... é... faz muito tempo esse caso... é... na verdade, fazia muito tempo que ele não conseguia ter emprego, não conseguia fazer mais as coisas que ele... é... não conseguia mais é... ter um emprego, um desempenho social aceitável. Porque ele assumiu uma postura tal de doente, tão de dependente, que ele não conseguia ter iniciativa mais pra... pra.. pros atos do dia-a-dia, do trabalho, né. Quem tava sustentando a casa era a esposa. Bom, esse paciente, ele... no seguimento... ele acabou ficando encostando, até onde eu sei, né. Ficou recebendo auxílio-doença e... perdeu o seguimento.

A psicóloga Leila fala sobre Juliana:

Depois desse primeiro surto, a primeira coisa foi que... ela... se afastou, saiu da escola, da vizinhança, parou de trabalhar, né. Começou a ficar muito dependente, não resolvia nada sozinha, de repente ela mesma falava isso, não falava mais com as pessoas. De repente ela não se sentia é... capaz, não se sentia (?) pra falar com as pessoas, né.

Percebemos que há uma mudança nas redes sociais da pessoa portadora, sendo que, por vezes, ela deixa de participar de algumas delas. Os sentidos que ainda imperam a respeito do que ocorre com alguém que é identificado como tendo um surto psicótico, como

nos casos acima relatados, e as ações que decorrem daí, propiciam um maior afastamento, reclusão e exclusão por parte de todos.

Uma pessoa sendo partícipe da matriz que agrega *portadores de transtornos mentais*, freqüentando um serviço especializado de saúde, passa a integrar novas redes sociais que têm o diagnóstico como uma das principais matrizes. Tal fato ocorreu, por exemplo, com Lúcia, uma pessoa citada pela terapeuta ocupacional Flávia:

Sérgio – Me fala, antes da revisão, como é que era a vida dela, que tipo de coisas que ela fazia?

TO Flávia – Na casa?

Sérgio – Tendo esse diagnóstico de esquizofrenia

TO Flávia – Ela ficava em casa, fazendo pouquíssimos serviços domésticos. Tinha que insistir pra ela fazer algum serviço doméstico

Sérgio – Hã

TO Flávia – não trabalhava, não fazia nada em casa. Fora, menos ainda. Pouquíssimos serviços domésticos.

Sérgio – De passear, namorar

TO Flávia – não, não. Nada, nada, nada. Ela vinha pro tratamento. Tanto que eu achei melhor ela vir mais vezes pro grupo. Pus ela num grupo de mulheres, num grupo misto, e tentava colocar noutros grupos. E a mãe, e a irmã que eu tinha contato... porque o pai ficou no Japão... a irmã falava que ela ficava dentro de casa, na cama. “Como é que foi o fim de semana?” . <<Debaixo das cobertas>>. Só debaixo das cobertas. E vinha pra cá, num sacrifício... resistente pra vir, mas vinha. Depois não, depois ela vinha na boa.

Nessa mesma direção, Leila fala a respeito de Juliana:

Psicóloga Leila – Ela foi se afastando, mas ela também não tinha o contato de ninguém, das outras pessoas

Sérgio – Entendo

Psicóloga Leila – Mas aí ela foi recuperando, aí ela arranjou novos amigos aqui dentro do ambulatório, né.

Sérgio – Hum, hum

Além disso, temos também a ação dos medicamentos, no caso de tratamento com psicotrópicos, que apresentam tanto efeitos desejados quanto indesejados²⁹, tornando explícita a falta de controle a respeito de sua atuação química. Há registros, inclusive, da pessoa medicada acabar tendo mais prejuízos no uso de determinados remédios do que em não usá-los ou substituí-los por outros³⁰.

²⁹ É claro que isso não restringe somente aos psicotrópicos e nem aos tratamentos alopáticos.

³⁰ Como já citamos a respeito da Discinesia Tardia. Mas há também Steven-Johnson, uma síndrome que ocorre como consequência de reação alérgica ao uso de alguns medicamentos. Em casos graves, pode levar à morte.

TO Flávia – E era uma pessoa que tomava coquetel. Inclusive ela tinha problema de pele muito grave. E não tomava uma medicação. Tomava muita medicação

Sérgio – Problema de pele? Você tá falando de efeito colateral?

TO Flávia – É, efeito colateral. Já era uma pessoa poupada. Veio de família oriental. Rígida, falava baixinho, não participava de jeito nenhum. Terrível, terrível, terrível. E conversando com ela, ela com uma habilidade incrível, manual.

(Caso Lúcia, relatado pela terapeuta ocupacional Flávia)

Temos também pessoas que tiveram inicialmente um diagnóstico, tal como um transtorno de personalidade, sendo que mais tarde seria identificado como sendo um transtorno psicótico. Neste caso, vários prejuízos também são relatados. Como exemplo, o relato sobre Carlos:

Dr. Mauro – Iniciou o quadro com 13 anos, que provavelmente era uma esquizofrenia hebefrênica, né. Só que a mãe tinha tanto... tanto problema no contato, ela repudiava tanto o contato com ele, achava que agredia ela porque era sádico, alguma coisa assim, né. A impressão que ela deu a entender, né. E nunca ninguém explicou pra ela... E aí, ele ficava isolado, ficava falando sozinho, ficando gesticulando, tendo maneirismos, né. E ficou com um afeto embotado, né. Uma esquizofrenia já com evolução crônica, já, né. Só que no começo... no começo falaram que era psicopata. Daí trataram como tal. Psicopata, um transtorno de personalidade... trataram ele mal, meio que isolaram do contato... todo mundo tinha medo dele... ele queria matar todo mundo porque era “perverso”... e aí, ninguém deu um diagnóstico. Quem foi dar o diagnóstico, foi uma pessoa que atendeu antes de mim, que viu, mais ou menos, que se tratava de um quadro psicótico. E medicou ele como se fosse psicótico. Deu Haldol® e deu Prometazina. E o... e o paciente melhorou.

Sérgio - Quando você fala que ninguém deu diagnóstico, esse diagnóstico de esquizofrenia. Tinham dado um diagnóstico de psicopata. É isso?

Dr. Mauro – Isso, exatamente. Foi dado esse diagnóstico de esquizofrenia agora. Começou com 13 anos, foi dar o diagnóstico pra ele com... 40 anos. Faz alguns meses. Isso tem implicações terríveis pra ele. Ele não se desenvolveu, não estudou, né. Lógico que numa hebefrenia seria muito difícil ele se desenvolver em estudos, né. É... Poderia se mudar totalmente a terapêutica, inserir ele mais na comunidade... é... fazer ele ter relacionamentos mais significativos, né. Hoje ele tá totalmente estigmatizado, com a auto-estima baixa porque foi tratado como bandido a vida inteira.

S – Sei

M - Agora que alguém medicou ele, e os sintomas psicóticos desapareceram... a mãe não tem mais contato com ele, praticamente passou a vida inteira tratando dele como se fosse um bandido. Agora não tem nenhum contato afetivo com ele.

3.3. - Sobre as discordâncias nos diagnósticos na Área de Saúde Mental

Percebemos que as discordâncias entre diagnósticos na Área de Saúde Mental fazem parte do cotidiano desses profissionais. Assim, a terapeuta ocupacional Daniela afirma que “é muito comum” e a psicóloga Tânia diz que é “massiva”. O psiquiatra, Dr. Mauro, diz que “numa média de 15 atendimentos um eu mudo o diagnóstico”.

Porém, de acordo com os outros profissionais, há pouquíssimos casos em que isso ocorre. O que aparenta serem posições contrárias, na verdade, se esclarecem na medida em que os discursos são contextualizados.

Primeiro, recordamos que, a partir do roteiro de entrevista a primeira pergunta feita se referia à frequência com que os técnicos se deparavam ou se deparam com mudanças de diagnóstico durante sua prática profissional³¹. Tânia, ao responder à pergunta, se referiu principalmente a um momento específico, quando no ambulatório onde trabalhou foi feita uma revisão de diagnóstico de todos usuários, sendo que aponta que 78% das pessoas tinham diagnóstico de esquizofrenia, sendo que este foi alterado em, pelo menos, 40% deles.

Daniela, por sua vez, afirmou que isso ocorre mais no hospital, local onde trabalha como membro de uma equipe multiprofissional e onde há discussão constante dos casos. Tanto Leila quanto Flávia, afirmaram que a mudança de diagnóstico é algo incomum, mas isso não quer dizer que as discordâncias não existam. Trazem aqui uma dificuldade que há no campo, onde ainda por vezes prevalece uma hierarquização dos especialistas, sendo o médico considerado superior aos demais e responsável último pelo diagnóstico. De acordo com a psicóloga Leila, “são poucos os [diagnósticos] que altera mesmo, se o médico não muda o diagnóstico, permanece o mesmo... Se o médico concordasse com as outras pessoas da equipe, teria muita mudança de diagnóstico”.

Chama a atenção o quanto os técnicos afirmam que há um excesso de diagnósticos de esquizofrenia, em detrimento dos demais. De acordo com a Dra. Gilda, “tem muitos com diagnóstico de esquizofrenia, e que é um transtorno de humor”. A psicóloga Tânia concorda com isso, dizendo que é “muito frequente bipolar com

³¹ Noutros casos, como pode ser visto nas transcrições integrais, não se fazia ou se enfatizava a frequência, mas o fato de terem se deparado com pessoas que tiveram seu diagnóstico alterado durante o tratamento.

diagnóstico de esquizofrênico”. Flávia, a terapeuta ocupacional, diz que isso ocorre com pessoas que de fato têm transtornos de ansiedade, transtornos conversivos, são alcoolistas ou dependentes de benzodiazepínicos³².

A ocorrência de tantas discordâncias, de acordo com a maior parte dos técnicos, deve-se principalmente à falta de formação específica na área: “muitos profissionais aqui não tiveram formação psiquiátrica ou, se tiveram, foi uma formação bem prática, no cotidiano”, afirmou o Dr. Mauro. A psicóloga Tânia recorda que “antes não havia exigência de formação de psiquiatra”.

Os entrevistados também relatam que há uma “má-formação” dos especialistas. De acordo com a terapeuta ocupacional Daniela, aqui se inclui o “profissional que não sabe diferenciar diagnósticos, não sabe fechar diagnóstico”. São muitos os “formados na área específica da saúde mental [e que] não sabem direito o que é um diagnóstico. [É preciso] ter ouvido diferenciado. Não é só ouvir as palavras e anotar no papel. É treinamento”. Ainda a este respeito, a terapeuta ocupacional Flávia diz que “a formação do médico é péssima, a equipe é pequena e tarefeira”.

Ainda de acordo com Flávia, há uma formação prioritariamente organicista que desconsidera os estudos em saúde pública. Além disso, há cidades que não contam com equipe de saúde mental. Leila, psicóloga, diz que há um “problema institucional, pouco tempo, pouca participação do médico nas reuniões. Discute-se o que sobressai. Parar, reavaliar os casos, é necessário, mas não se faz. Só ocorre quando acontece alguma coisa”. Por fim, diz que “a rede de saúde é muito precária, os profissionais não têm retaguarda, isso tudo contribui para que o atendimento seja deficitário”.

Também de marcada importância é o tempo de consulta, considerado muito curto pelos profissionais, impossibilitando uma melhor avaliação e reavaliação das pessoas atendidas. A Dra. Gilda diz que “tem a ver com o sistema de saúde, não há tempo para o psiquiatra fazer uma avaliação adequada. Poucos profissionais, pouco tempo. A demanda é muito grande para pouco psiquiatra”. Segundo o Dr. Mauro, “o tempo de consulta limita o diagnóstico, cada um que vê tem uma impressão diferenciada do paciente”. A terapeuta ocupacional Daniela, por sua vez, conta que “há médicos que querem conversar, mas não têm tempo. Isso porque o tempo de consulta [é] pequeno”.

³² Calmantes.

Daniela também afirma que a falta de tempo minimiza a possibilidade de conversas com os familiares, as quais poderiam trazer dados de substancial importância para a decisão do profissional, “tem que ter tempo para conversar com o paciente e com o familiar”.

Outros aspectos foram também abordados pelos entrevistados, como a dificuldade na discussão dos casos, seja devido ao excesso de atividades desenvolvidas, seja pela centralização da decisão diagnóstica nas mãos dos médicos ou mesmo pela falta de interesse de que mudanças ocorram. Nesse aspecto, a psicóloga Tânia afirma que há uma “falta a mobilização dos profissionais”.

A psicóloga Leila afirma que “o tratamento completamente baseado no diagnóstico do médico desmotiva o resto da equipe”. Mas, por outro lado, diz que “a centralização da decisão do diagnóstico na mão do médico, é conveniente porque os outros profissionais não se implicam tanto”. Também diz que “falta reavaliar os casos de tempos em tempos”.

A psiquiatra, Dra. Gilda, fala que “esses que têm diagnóstico de longa data foram internados em manicômios, e não tinha como avaliar o paciente adequadamente”. Traz também a diferença existente entre serviços públicos e privados, sendo que nestes últimos, muitas vezes, apesar do diagnóstico estar correto, a terapêutica encontra-se inadequada. “Parece que as pessoas têm um pouco de receio de falar com o paciente...” Este, por sua vez, “tem resistência de tomar medicação, aceitar o diagnóstico”. Ainda de acordo com a psiquiatra, devido a esses motivos, “não são dadas as medicações básicas, começa sempre com medicações que têm menos efeitos colaterais, e em dose baixa”.

Flávia, a terapeuta ocupacional, aponta que “sempre se prioriza psicótico, adulto jovem, primeiro surto, mas esses não são a maioria, e sim os transtornos de ansiedade, transtornos conversivos, dependentes de benzodiazepínicos”. Ao mesmo tempo, afirma que questões culturais contribuem, na medida em que alguns problemas podem não ser considerados como doença, tal como o alcoolismo.

Colabora também para a ocorrência de discordâncias a avaliação baseada somente na situação presente durante a consulta, sem que haja coleta de dados mais aprofundados da

história da pessoa, e sem que haja um seguimento longitudinal.³³ “Tem uns diagnósticos que você vê ao longo do tempo”, de acordo com o psiquiatra Dr. Mauro.

Aparece também a dificuldade em se fazer diagnósticos, uma vez que muitos casos não se enquadram de forma consistente nas diretrizes estabelecidas pelos manuais ou publicações afins. A psicóloga Leila afirma que “diagnosticar é algo extremamente difícil, tem muitas coisas influenciando. Nos casos não muito claros, colocam diagnóstico mais grave. Em F20.9³⁴, *esquizofrenia não especificada*, cabe tudo. Assim, nos casos não muito claros, colocam diagnóstico mais grave”.

Entendendo que se trata de uma relação, e que o diagnóstico se faz por meio da dialogicidade e das interações entre profissional e usuário, cumpre papel importante o estado ou “momento pessoal do profissional”. Isso porque, de acordo com o Dr. Mauro, “se ele não estiver bem, estiver cansado, irritado, às vezes não consegue fazer bons diagnósticos”. Além do que, “o profissional que está num contato freqüente com o paciente tem dificuldade de perceber as nuances”, afirma a psicóloga Leila, o que prejudica as reavaliações.

Psicóloga Leila – Então, que eu lembro, sabe, que me marcou foi ela [Caso Juliana]. Até mesmo foi interessantíssimo porque ela, na época ninguém falou <<Pôxa, mas ninguém percebeu [risos] que ela poderia ser uma bipolar>>. Acho que a gente convivia com ela muito, muito próxima, praticamente todo dia e... e a gente acabou não percebendo. Teve que ser uma equipe de fora pra... pra levantar essa possibilidade...

Sérgio – Esse novo diagnóstico

Psicóloga Leila – Esse novo diagnóstico. É. Hã, hã.

Sérgio – Há uma concordância então.

Psicóloga Leila – Hã, hã. Mas é interessante isso, né. E foi até uma das coisas que me marcaram, isso. Ela tava aqui todos os dias, né. E acabou que... passou [risos]

Cabe ainda falar a respeito das conseqüências das discordâncias no diagnóstico em Saúde Mental, seja para o usuário do serviço, seja pra rede de relacionamentos mais próxima. É ponto comum o reconhecimento de prejuízos diversos nos diversos âmbitos da vida da pessoa.

Com um diagnóstico considerado incorreto, a terapêutica, incluindo a medicamentosa, estará incorreta. De acordo com nossos entrevistados, isso implica, na maior parte dos casos, a falta de controle dos sintomas, a não melhora das pessoas, podendo

³³ Continuidade no atendimento do usuário pelo mesmo profissional, durante tempo prolongado.

³⁴ Classificação de acordo com a CID-10.

haver inclusive ocorrência de novas crises e até a necessidade de internações hospitalares para tentativa de controle do quadro, de modo a evitar maiores danos à pessoa e a outrem.

“Se bipolar é atendido como esquizofrênico, tem uma crise atrás da outra, mesmo tratando, porque a medicação não tá correta”, afirma com a terapeuta ocupacional Daniela. “Acaba tendo várias crises, internações, se tivesse tendo um tratamento mais adequado desde o início, evitaria”, diz a psiquiatra, Dra. Gilda. A mesma profissional afirma que “a doença vai se agravando, precisa de mais medicação para controlar as crises”.

Há outras conseqüências importantes, apontadas pela médica: “o período entre as crises fica cada vez mais curto, as crises cada vez mais graves, mais intensas, mais difíceis de se serem tratadas”. O Dr. Mauro, psiquiatra, por sua vez, fala que “a medicação não vai fazer tanto efeito, vai ter efeitos colaterais, a pessoa tá evoluindo com prejuízo psicossocial”.

Além disso, apontam que há uma profusão de sentimentos negativos, tais como a auto-desvalorização, falta de confiança, vergonha, ocasionando sérios problemas nos relacionamentos interpessoais. A esse respeito, o psiquiatra, Dr. Mauro diz que se pode dar “um diagnóstico estigmatizante numa pessoa que tem possibilidades de desenvolvimento quase normal”.

De acordo com a terapeuta ocupacional Flávia, interrompem-se, por vezes de forma definitiva, as atividades da pessoa, e ela fica “prejudicada clinicamente, fica marcada pelo diagnóstico, vergonha, não tem coragem de namorar, de estudar, de procurar trabalho. Prejudicado na sua vida social, familiar”. Segundo a Dra. Gilda, psiquiatra, “fica totalmente desacreditado o tratamento e a pessoa... Tira a pessoa da sociedade, estigmatiza, causa prejuízo no relacionamento com a família, perdas econômicas, riscos de morte, de exposição, auto-agressão”. O Dr. Mauro relata a respeito de Júnior:

Dr. Mauro - Lembro de um caso que eu atendi, quando eu era R1... Ele... foi tratado como esquizofrenia.. e... tinha uns 47 anos mais anos... que evoluía desde os 25 anos com surtos recorrentes, episódios recorrentes de mania psicótica, né. E... foi tratado vários anos como... como esquizofrenia e foi tendo as recorrências de mania. Quando ele ficava com mania, achava que tinha poder grande, tinha um soco de karatê que derrubava uma parede, né. E... e ficava meio persecutório, às vezes, porque achava que as pessoas iam se aproveitar do grande poder que ele tinha, e das grandes posses que ele tinha também, né. E ouvia vozes também. E essa pessoa foi sendo tratada como... como esquizofrenia, e... na verdade, ela era portadora de transtorno bipolar.

Sérgio – Sei []

Dr. Mauro – É. Eu vi esse caso, diagnostiquei como sendo transtorno bipolar... sendo tratado, e tendo remissão do quadro, né. E... ele, na verdade, quando ele tinha um quadro de mania... é... faz muito tempo esse caso... é... na verdade, fazia muito tempo que ele não conseguia ter emprego, não conseguia fazer mais as coisas que ele... é... não conseguia mais é... ter um emprego, um desempenho social aceitável. Porque ele assumiu uma postura tal de doente, tão de dependente, que ele não conseguia ter iniciativa mais pra... pra.. pros atos do dia-a-dia, do trabalho, né. Quem tava sustentando a casa era a esposa. Bom, esse paciente, ele... no seguimento... ele acabou ficando encostando, até onde eu sei, né. Ficou recebendo auxílio-doença e... perdeu o seguimento.

Por outro lado, isso pode favorecer *manipulações*, ou seja, dando às pessoas “o alibi para atuar como se fosse esquizofrênico”, segundo a terapeuta ocupacional Daniela. Sobre esse assunto, o Dr. Mauro diz que “o paciente tem ganhos secundários com isso. Tem algumas pessoas que fazem uso disso: conseguem benefícios, passe livre de ônibus, recebendo aposentadoria”. Além disso, isso pode fazer com que os relacionamentos intrafamiliares se alterem, pois, ainda de acordo com o psiquiatra, “a família acaba tratando ele como se fosse portador de uma patologia mais grave do que é, não precisaria proteger tanto”.

As conseqüências dos erros e das discordâncias diagnósticas resultam em duas possibilidades, de acordo com a terapeuta ocupacional Daniela “ou continuam tendo crises ou continuam com manipulação”. E as conseqüências que ela aponta são marcantes, pois “o que era pra estar sendo tratado não tá sendo tratado”. Então, ou porque teve de ser internado mais vezes, ou porque ficou com rótulo, no círculo social, de louco, porque não consegue evitar as crises, porque toma remédio mas continua tendo crises”. Resumindo, a terapeuta afirma que “seja qual for o motivo, interfere no social”.

Além disso, a terapeuta ocupacional Flávia afirma que “há um preconceito na [Área da] Saúde de forma geral, mesmo na Saúde Mental, com profissionais formados”. “Quando os portadores começam a freqüentar o ambulatório, falam que é lugar de louco, com afastamento da rede social. Ser nomeado como portador de algum transtorno mental “é um rótulo pesado, limita a vida da pessoa”, afirma Leila. Sobre isso, recorda-se de um usuário a quem foi dito, em dado momento, que tinha psicose maníaco-depressiva. Num momento posterior, disseram a ele que se tratava de transtorno bipolar do humor. “A mudança na nomenclatura fez parecer uma coisa mais leve, apesar de ser a mesma coisa”.

É notório, diante do exposto, que “paciente e família organizam a vida a partir do diagnóstico”, como afirmou a psicóloga Tânia. Comentando sobre uma pessoa que atendeu, essa profissional diz que “as seqüelas foram gravíssimas. As relações sociais ficaram totalmente modificadas. Ele se sentia diferenciado dos amigos, se isolou de tudo e de todos”. Percebemos, nesse caso, o quanto foi incisivo o diagnóstico, uma vez que esse usuário “levou uma vida toda vivendo como um esquizofrênico. Mudar toda a rede de relações foi muito difícil”.

Questionando a respeito dos motivos pelos quais ocorrem as mudanças nos diagnósticos, a maior parte dos profissionais falou sobre a importância de se discutir o caso com outros profissionais. A terapeuta ocupacional Daniela afirma que “há profissões que preconizam o trabalho em equipe, isso facilita a escuta diferenciada”. De acordo com o Dr. Mauro, psiquiatra, “a opinião de outros profissionais serve para embasar o diagnóstico”.

A psicóloga Tânia, lembrando que muitas vezes o trabalho na área é realizado por uma equipe, diz que a “equipe multidisciplinar ajuda bastante quando há discussão dos casos”. Concordando com isso, a psiquiatra Dra. Gilda afirma que “o trabalho em equipe também ajuda a refazer esse diagnóstico”.

Além desses fatores, o Dr. Mauro adiciona que os retornos periódicos do usuário às consultas propiciam a confirmação de hipóteses diagnósticas. Por outro lado, permitem também que se adicionem novos dados aos já colhidos. Dessa maneira, a continuidade do tratamento aumenta a possibilidade de uma maior precisão diagnóstica.

Segundo a psiquiatra, Dra. Gilda, “quem faz a reavaliação é geralmente quem tem mais tempo para observar o paciente”. E isso, de acordo com ela, ocorre quando há um número menor de pessoas para serem atendidas, pois isso possibilita uma avaliação mais aprofundada. Outro fator levado em consideração pelo Dr. Mauro, psiquiatra, é a “confiança do paciente no profissional”.

“A mudança efetiva de diagnóstico depende de um fator desencadeante”, de acordo com a psicóloga Leila. Isso também pode ocorrer, de acordo com o Dr. Mauro, em decorrência da técnica de entrevista utilizada e dos exames clínicos solicitados, que permitem descartar outras hipóteses.

Feita uma mudança no diagnóstico, quais seriam algumas de suas possíveis conseqüências para o usuário e para a rede de relações mais próxima?

Todos são unânimes nessa questão. Assim, por exemplo, a terapeuta ocupacional Daniela diz que “a tendência é melhorar”. Flávia, profissional da mesma área, afirma que “a qualidade de vida muda, ficam mais ativos”. Há, dessa maneira, uma “possibilidade melhor de vida”, conforme nos disse a psicóloga Leila.

Isso ocorre mesmo quando o novo diagnóstico é de esquizofrenia, pois os usuários “às vezes se sentem mais amparados, mais seguros porque tem algo mais definido com que identificam, sente mais aliviado mesmo sendo um diagnóstico mais pesado, com mais prejuízos”, de acordo com o Dr. Mauro.

É claro que, em alguns casos já houve perdas consideráveis relacionadas à vida durante o período do diagnóstico e tratamento anterior. Quem nos traz isso é a terapeuta ocupacional Daniela, pois às vezes, há “conseqüências irreversíveis.” Isso porque “a pessoa já ficou muito debilitada, com efeito colateral da medicação” ou porque há uma “descrença no diagnóstico e no tratamento devido à mudança”.

De acordo com a psiquiatra, Dra. Gilda, “se a pessoa faz o tratamento adequado, vai fazendo a reinserção social”. Segundo a médica, assim “a pessoa volta a ter uma vida normal, e as pessoas confiam que ela pode ter responsabilidades [] Acabam se reinserindo na sociedade”. E isso, por outro lado, acaba por minimizar e até excluir a necessidade de novas internações.

Outra conseqüência possível da mudança de diagnóstico é que “o estigma, o peso do rótulo diminui”, diz a psicóloga Leila. Mas, é claro que isso não ocorre imediatamente. De acordo com a Dra. Gilda, psiquiatra, “o preconceito persiste, mas gradativamente vai melhorando”.

Quanto aos relacionamentos mais próximos, também podem ocorrer duas outras posições. Em geral, as pessoas ficam mais tranquilas pois, além de não haver mais crises ou destas serem minimizadas em seus sintomas, a pessoa volta a fazer tarefas, refaz vínculos, contribui na organização e nas atividades da casa, pode retornar a trabalhar etc.

Porém, há casos em que a família sente isso como um problema, pois discordam que o usuário tente voltar a ter uma vida próxima ou igual ao que era antes do controle do distúrbio de saúde. Quem nos disse isso foi a terapeuta ocupacional Flávia: “aí também causa um transtorno pra família. Porque elas [pacientes voltaram a se reinserir em atividades] queriam mais”. O controle do problema de saúde traz a possibilidade de fazer

ou retomar projetos, ampliar a vida. Mas, a família desse usuário pode ter se organizado diante da situação anterior, apresentando dificuldade em lidar com as alterações que podem advir caso haja mudanças no diagnóstico e/ou nos tratamentos. Cabe aqui à equipe todo um trabalho para auxiliá-los a superar esses impasses.

Alcançado êxito nessa tarefa, as pessoas podem, enfim, ter uma vida bem melhor, dentro do possível para cada uma. Por exemplo, o caso de Lúcia, relatado pela terapeuta ocupacional:

TO Flávia – [] Teve um dia que ela falou assim <<Ah, eu tô pensando em vender as coisas pra fora. O que você acha?>>. Ela perguntou pra mim.

Sérgio – As coisas que ela fazia?

TO Flávia – As coisas que ela produzia. “Mas o que é que você vai fazer com isso? Vamos pensar”

Sérgio – Que que é que ela fazia?

TO Flávia – Bolsas de crochê, tapetes, toalha... Lindas, lindas. Cortina. Lindas. E eu não queria falar pra ela o que fazer. Queria que partisse dela. Mas foi um tempo grande, foi demorado.

Sérgio – Aí um dia, ela chegou e disse que tava pensando em vender...

TO Flávia – Isso, em vender pra fora. E ela começa a vender as coisas dela aqui, pra funcionário. Até que ela começa a vender pra vizinhança, né. E... eu... não só eu, né, os outros profissionais, decidimos encaminhar ela pra Associação. E na Associação, ela é uma pessoa que na cozinha se sai muito bem, né. Então, tem uma entrada muito boa com os outros usuários, tímida, do jeito dela, mas ela sai, ela pensava em voltar a estudar, mas... ela já tinha feito faculdade, na verdade.

Sérgio – Ela já tinha feito?

TO Flávia – Já, já. Ela tinha feito. E... aí... Ela vive desse artesanato, ela vive... até frequenta a Associação, bastante prestativa, é uma pessoa que... É isso que eu falo, é uma pessoa tímida, mas quem viu ela chegando, embotada, sem falar uma palavra, robotizada... vendo ela vender as atividades, pondo preço, preço justo. Antes ela não sabia por preço. E ela foi aprendendo essas coisas. Ela foi atrás disso. Ela compra o material, vai pra São Paulo.

Sérgio – Antes ela não saía, pelo que você falou.

TO Flávia – Não, antes ela nem saía. Vai na 25 de março, comprar material pra fazer artesanato.

Sérgio – Sozinha?

TO Flávia – Sozinha. Tem uma questão muito forte, que ainda não... porque depois eu saí, mas eu insisti pra ela ir pra psicoterapia. A questão sexual ainda não foi trabalhada. Mas o pragmatismo... Ela sai com os amigos, faz programas com a família. Imagina que eu ia ver ela no shopping. Imagina.

Sérgio – Já viu ela no shopping?

TO Flávia – Já, já. Várias vezes. Ela tá saindo sozinha de casa.

Por último, temos também o registro de que muitos benefícios podem advir da valorização das ações terapêuticas, à revelia do diagnóstico feito, como no caso de César, relatado pelo psiquiatra:

Dr. Mauro – Mas é um rapaz que tem uma história muito interessante também. Que... na verdade, ilustra bem como um diagnóstico de esquizofrenia pode não ter tantas implicações, mas se for um caso bem conduzido.

Sérgio – Sei

Dr. Mauro - É um rapaz de 21 anos que recebi mais ou menos há dois anos... É um caso muito antigo, ou tá...?

Sérgio – Não...

Dr. Mauro – eu recebi há dois anos no pronto-socorro do Hospital São Paulo.

Sérgio - Na época você fazia residência?

Dr. Mauro – Na época eu era R1, residente de 1º ano. E... é um caso que me inspirou muita angústia, na verdade. Era um rapaz que tinha tentado suicídio, perfurando o tórax, é... perfurou os dois pulmões dele, com estilete, foi uma coisa muito violenta, na verdade. Ficou internado na cirurgia, no pronto-socorro, alguns dias antes de ir pra enfermaria. E aí, na verdade, ele... ele foi internado na enfermaria e tal. E ele não falava praticamente nada, nessa admissão. Tava em negativismo passivo. A gente perguntava, ele não respondia. E... bem identificado que... sugeria que estivesse deprimido. Tirando a história com a família, eu lembro muito bem da família ter relatado dele ter... é... um delírio erótico dele, com relação à mãe dele. Uma coisa que era muito perturbadora pra todo mundo. E, assim, eu aí achei muito estranho. Perguntei se ele tava muito exaltado, e eles falaram que ele tava muito bravo.

Sérgio – Sei

Dr. Mauro – “Ah, deve ser um transtorno bipolar”, de qualquer forma era um caso pra internar, pela gravidade clínica do caso, e acabou sendo internado na enfermaria do Hospital São Paulo. Logo em seguida...

Sérgio - Você fez o diagnóstico no pronto socorro....

Dr. Mauro - O diagnóstico no pronto socorro, mas como a situação era de emergência mesmo, não era psiquiátrico, daí ele foi internado. Ele... o processo pelo qual se diagnosticou esquizofrenia, eu não sei muito bem ao certo. Só sei que foi diagnosticado.

Sérgio – Hum

Dr. Mauro – Só que, como residente do 2º ano, eu passei de novo na enfermaria, e me deparei com ele. Daí, quando eu me deparei com ele, na verdade, eu pude perceber que... essa... esse delírio erótico dele com a mãe dele, era uma coisa que o incomodava muito, muito, ele. Só que eram vozes que falavam isso pra ele. E com as vozes ele tinha vivências delirantes corpóreas da mãe encostando no corpo dele. E que a mãe era... tinha... dotada de uma mediunidade, de que podia falar com ele à distancia e por telepatia. É uma coisa muito bizarra. E ele também tinha um delírio que ele era médium, que podia falar com mortos. E... assim... Nessa internação já deu pra ver coisas diferentes, além desse delírio, dessas alucinações, o afeto dele, o afeto dele era muito distanciado, quase embotado, já, né. Era realmente um caso muito grave, um caso que tinha péssima aderência à medicação, ele não aceitava que tinha o diagnóstico de esquizofrenia, né. O trabalho da equipe que trabalhou comigo, foi todo em fazer a conscientização dele, da doença, que ele tinha alguma coisa que tinha... que realmente era esquizofrenia, e que não necessariamente isso significava que iria limitar a vida dele, que ele poderia fazer o máximo de coisa que ele poderia fazer.

Sérgio – Hum... Sei

Dr. Mauro – né. E aí, o trabalho com terapia ocupacional foi parte importante disso. Ele pôde ver coisas que ele poderia fazer dentro do repertório de coisas que ele tinha. Trabalhava com o pai, podia fazer... Ele pôde até dirigir depois, meio

que a contragosto da gente, a gente recomendou que não dirigisse..., mas ele acabou dirigindo. Bateu uma vez o carro. Mas aí a gente tirou o Rivotril® dele, ele desobedeceu a gente, não ficou obedecendo a gente, não.

Sérgio – Hã

Dr. Mauro – E... o que ele... Essa parte da T.O. foi muito boa E o que foi muito bom pra ele, foi ter entrado com Clozapina. Se ele não tivesse o diagnóstico de esquizofrenia bem definido na cabeça dele, a gente nunca colocaria Clozapina pra ele, né. Uma medicação que a gente tem que ter muito controle. Então, a gente... falou assim... pro paciente <<Olha, você é portador de esquizofrenia, a gente vai introduzir pra você, uma das melhores drogas que a gente usa pra... o tratamento de esquizofrenia. Só que pra isso você tem de aceitar>>. Aí ele aceitou, seguiu o tratamento direitinho. E aí, ele pôde perceber que a melhora... A melhora foi brutal, as vivências delirantes não remitiram... totalmente, mas as vivências alucinatórias... incômodas da mãe encostando nas genitálias dele, essas vivências, elas cessaram.

3.4. - Algumas considerações sobre os diagnósticos na Área de Saúde Mental

A partir dos relatos de nossos interlocutores, é possível entender que ser classificado como portador de uma patologia mental, estar incluído nesse tipo de matriz, implica mudança significativa das redes sociais das quais a pessoa participa. De forma geral, vimos que há uma restrição dessas redes.

À nomeação de *portador de transtorno mental*, seguem orientações à pessoa e aos familiares sobre a patologia, os tratamentos e cuidados que também têm suas conseqüências. Inserem a pessoa em nova matriz que afeta de forma contundente a vida de quem dela participa, fazendo com que os *selves* se cristalizem e adquiram certa rigidez. Ou seja, essa matriz torna-se uma das principais organizadoras daquilo que a pessoa reconhece ser e de como é reconhecida.

Afetam o *self1*, a perspectiva a partir da qual a pessoa vê e age sobre o mundo, conforme podemos entender na fala da psicóloga Leila, pois “a pessoa fica insegura de tá cuidando da sua vida depois da... mesmo com a doença estabilizada, não só por causa do tratamento, mas também fazer a consulta, isso é muito traumático, né. Muito forte”.

O *self2*, as qualidades da pessoa, por sua vez, então passa a contar com atributos potencialmente abertos ao preconceito: incapacitado, limitado, irresponsável, agressivo, perigoso, doente, louco e mau-caráter.

A apresentação pública que a pessoa faz de si, o *self*, é de alguém mentalmente deficiente, desviante e dependente. Assim, ela se mostra como uma pessoa socialmente desvalorizada.

Diante das inúmeras perdas por estar inserido nessa matriz e em outras relacionadas a ela, com os já citados prejuízos nas redes sociais, entendemos que a recusa das pessoas em aceitar a mudança em alguns diagnósticos, como no caso da esquizofrenia, pode estar relacionado à manutenção de alguns “privilégios” conquistados, tais como auxílio financeiro e isenção de alguns compromissos e responsabilidades.

Apesar dos manuais de referência (CID e DSM) indicarem o uso da palavra *transtorno*, e não *doença*, para designar as psicopatologias, percebemos que, freqüentemente os profissionais, portadores e familiares utilizam essa última denominação.

Constamos que as ações terapêuticas, por sua vez, podem independer da nomeação que é dada aos comportamentos. Assim, somos a favor das terapias que se comprometem em abrir novas possibilidades às pessoas, fortalecendo e ampliando os seus recursos, e que não se restringem a ser simplesmente decorrências de um diagnóstico.

Capítulo 4

O diagnóstico na perspectiva de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar

Apresentaremos, neste capítulo, narrativas construídas a partir de dois relatos de pessoas portadoras de transtorno afetivo bipolar. A primeira narrativa refere-se a Juliana³⁵, usuária de um serviço de Saúde Mental, indicada por duas das profissionais por nós entrevistadas. Em seguida, discutiremos, alguns aspectos da vida de Kay, relatados em sua autobiografia, publicada em livro. Encerraremos o capítulo sintetizando as várias questões presentes em nosso trabalho.

4.1. – Uma de nossas redes nos leva até Juliana

No final das entrevistas que fizemos com os seis profissionais que trabalham na Área de Saúde Mental, solicitamos que tentassem se lembrar de pelo menos uma pessoa que tivessem atendido durante sua trajetória profissional. Esse *portador de transtorno mental* deveria ter tido um primeiro diagnóstico – pelo mesmo profissional ou por outro - e se submetido ao tratamento regularmente. Mais, tarde, por algum motivo, esse diagnóstico deveria ter sido revisto, com continuidade no acompanhamento terapêutico. Solicitamos, também, que o primeiro diagnóstico tivesse sido esquizofrenia e que na revisão diagnóstica tenha sido atribuído ao portador o diagnóstico de TAB. Identificada uma pessoa, pedimos que eles entrassem em contato com ela, explicassem os objetivos de nossa pesquisa, e a convidassem a participar dela, combinando inclusive data, horário e local de preferência para nos encontrarmos. Somente após acertadas todas essas condições, teríamos acesso a ela.

Todos profissionais tiveram dificuldade em lembrar de casos que se enquadrassem naquilo que pedimos. Isso porque, apesar de relatarem que atenderam várias pessoas com mudança diagnóstica (conforme consta no capítulo 3), não se lembravam de casos específicos em que isso tinha ocorrido. Isso porque tinham contato com muitos usuários que portavam diagnósticos diferentes. Havia, dentre esses, aqueles que não eram mais atendidos por eles, por terem sido encaminhados para outros profissionais, por terem abandonado o tratamento ou por terem se mudado. Além disso, para que nos indicassem

³⁵ Nome fictício. Foram tomados todos os cuidados éticos, tal como nas entrevistas feitas com os profissionais da Área de Saúde Mental, explicitadas no capítulo anterior.

alguém, tinham que se recordar do nome da pessoa e teriam que ter meios para comunicar-se com ela.

Satisfeitas todas as condições combinadas, conseguimos conversar somente com uma pessoa. Juliana foi indicada por duas profissionais, a terapeuta ocupacional Daniela e a psicóloga Leila. Ambas entraram em contato com ela, obtendo sua concordância em ser entrevistada. Conforme combinado, e após a explicação sobre a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento, passamos a conversar com ela, a seu pedido, numa sala de um ambulatório de Saúde Mental, onde se reúne a Associação de Portadores, Familiares e Trabalhadores da Área de Saúde Mental, da qual faz parte. O material foi gravado em áudio, com sua pré-autorização, sendo em seguida submetido às transcrições integral e seqüencial.³⁶

Essa entrevista³⁷ teve roteiro semelhante ao que orientou nossas conversas com os profissionais. Assim, pedimos para que falasse sobre sua vida:

- a) antes de ter um diagnóstico psiquiátrico,
- b) ao ter um diagnóstico psiquiátrico e se submeter aos tratamentos
- c) ao receber um novo diagnóstico psiquiátrico e se submeter aos tratamentos.

Buscamos, dessa maneira, entender quais as conseqüências para ela e para as redes sociais das quais participa ou participava de ser nomeada como *portadora de um transtorno mental*, assim como de receber um outro diagnóstico na área.

Com base na entrevista, criamos uma narrativa, a qual será apresentada a seguir.

4.2. – Uma narrativa sobre Juliana

Juliana tinha na época da entrevista, realizada em 2005, 25 anos. É uma garota simpática, sorridente, extrovertida. Seu nome foi sugerido por duas profissionais com as quais conversei, a terapeuta ocupacional Daniela e a psicóloga Leila. Ambas disseram que Juliana tinha uma história de vida compatível com as questões relacionadas à minha tese, o que foi confirmado por ela também.

³⁶ Processos idênticos aos relatados nas páginas 64-66.

³⁷ A entrevista transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice G.

Ela me disse que antes do surto tinha uma vida normal. Tinha amizades, saía, passeava e freqüentava a igreja. Terminou o ensino médio e chegou a fazer um curso de computação, não tendo vivido até então nenhuma grande dificuldade ou problema. Cuidava de crianças, seja dos familiares, seja de outras pessoas, sendo esta uma forma de ganhar um dinheirinho.

No ano de 2000, aos vinte anos, dedicava-se, quase que exclusivamente, a trabalhar como atendente em uma padaria. De repente começou a perceber que seu espírito estava diferente. Tudo começou no serviço. Via as pessoas e conseguia ler os seus pensamentos. Sabia o que pensavam antes que falassem qualquer palavra. Chegou a comentar com uma cliente que ela era bonita tanto por dentro quanto por fora. Esta moça ficou assustada e sorriu. Quem não gostou foi o namorado da cliente, que a afastou de Juliana, com um olhar de “essa aí tá louca”.

J – Eu tava assim, eu olhava pras pessoas e eu tinha certeza que eu conseguia ver o que tinha no coração da pessoa, sabe? Eu conseguia... eu olhava pra pessoa e conseguia ler o pensamento. Eu achava que conseguia ler. No momento eu tinha certeza, né, que eu podia ler o pensamento da pessoa e entender o que a pessoa tava... sem falar. Daí começou assim, na padaria, né. E os funcionários, eles achavam estranho, porque chegava uma pessoa lá... Uma vez eu lembro que eu falei pra uma moça <<Olha, você é muito linda. Por dentro e por fora também. Seus sentimentos são muito puros>>

S – Sei.

J – Chegar uma cliente lá pra tomar um cafezinho e você falar uma coisa dessa [riso]. O que que a pessoa não vai pensar, né.

Viu um senhor e conversou com ele, já que percebeu no momento que ambos eram anjos. Ela serviu um café pra ele, enquanto ouvia conselhos e ofertas que ele fazia, como se fosse Deus. Quando Juliana comentou a respeito com uma colega do trabalho, esta disse que não tinha visto ninguém!

J – Depois eu falei <<Ah, aquele senhor lá que eu atendi, que eu dei leite pra ele e tal>>. Daí ela <<Que senhor que você atendeu? Não teve nenhum senhor que você atendeu>>.

S - Hum.

J – Depois eu vi que aquele senhor só eu vi.

S – Você deu mesmo café com leite?

J – Dei. Eu lembro que eu fiz o café e pus lá pra ele.

S – Sei.

J – Daí, quando esse senhor chegou eu já vi que... que já resplandecia assim com aquilo, sabe? Eu falei assim <<Ah, é um anjo, né>>.

S – Resplandeceu?

J – Resplandecia assim, uma luz assim. Aí eu falei <<Ah, é um anjo. Deixa eu conversar com ele porque eu também sou>>.

S – Hum...

J- Eu me considerava como um anjo também, né. Daí eu fui conversar com ele como se eu conhecia ele há muito tempo. E ele também me conhecia. E a gente começou a conversar, e tudo. Daí ele falou assim <<Filha>>, ele me chamava assim de filha e eu nunca tinha visto ele.

S – Hum, hum.

J – E ele falou assim <<Filha, o que você tá fazendo aí? Se você quiser...>> Ele veio conversar comigo como se fosse Deus, sabe. E ele tava oferecendo as coisas pra mim. E ele falou assim <<Se você quiser, eu te dou essa padaria, eu te dou empresas, eu te dou tudo o que você quiser. Você não precisa ficar trabalhando aí>> Daí... [fica emocionada, inicia choro, com algumas lágrimas] Daí eu falei pra ele [fala chorando] <<Eu não quero nada disso, né>>... << Eu não quero nada disso. O importante é que eu seja feliz. Que minha família seja feliz... E eu posso fazer as pessoas felizes também>>. O meu pensamento, assim, né!

S – Sei.

J – Porque naquele momento, assim, é... eu começava a ouvir as coisas também. [continua bastante emocionada]. Daí, começou nos primeiros dias assim. A minha mente mudar, né. Não era uma crise, ainda. Mas começou a ficar diferente, né.

S – Sei.

Aos poucos foi mudando. Estava trabalhando praticamente dezoito horas por dia. E sentia-se bem. Sua mãe e sua colega da padaria começaram a perceber que não estava bem. A mãe começou a vigiá-la, quando estava em casa, e não deixava que saísse sozinha mais. A outra, ligava pra todo mundo, mas não lhe dizia nada. Para o seu patrão, ela estava melhor. Trabalhava, aconselhava todo mundo com belas “palavras que vinham de Deus”.

J – Foi bem assim, de dias mesmo, né. Eu fiquei uns três dias ruim, depois minha mãe levou no psiquiatra. Depois, nesses poucos dias assim é... algumas pessoas notaram, outras pessoas não... É o meu patrão, mesmo, ele não notou. Ele achava que eu tava melhor ainda do jeito que eu tava.

S – Porque?

J – Ah, porque tava tudo à flor da pele... eu conversava com a pessoa e eu sabia dar conselho pra qualquer pessoa que viesse conversar comigo, eu sabia dar conselho

S – Hum

J – As palavras que eu falava não era palavra normais assim, sabe? Parece que vinha de Deus as palavras que eu falava, sabe? [risos] Era até umas coisas assim... eu tenho até saudade, achava até lindo isso. E... daí, eles começaram assim... daí, uma moça que trabalhava comigo, ela via que eu tava diferente. Mas os meus patrões não viram. E daí depois, as minhas irmãs... e eu trabalhava bastante também, daí elas não percebia, né. Daí quem tava percebendo era a minha mãe.

Não dormia mais, ficava lendo a Bíblia ou fazendo outras atividades.

Devagarinho foi deixando de se alimentar, pois sentia seu espírito muito forte, sendo desnecessário comer. Às vezes, ficava muito irritada, e chegou a fazer coisas que hoje se envergonha. Foi numa igreja distante de sua casa, tirou toda a roupa e bateu em um monte de gente. Ninguém conseguia segurá-la.

Escutava seu tio falar, mas ao olhar para ele, via um rosto de bicho. Diabo. Ouvia vozes que falavam pra se matar, senão não iria para o céu. Saiu correndo pela rua e se atirou na frente de um carro, tentando suicídio. Foi arrastada e se machucou muito. Desse período tem saudades da parte boa, era lindo sentir e falar todas aquelas lindas palavras enviadas pelo Senhor.

Isso tudo durou poucos dias. Poucas pessoas presenciaram tudo o que ocorreu.

Foi levada a um psiquiatra que, além de medicá-la, disse que tinha esquizofrenia e a aposentou pelo INSS.

De lá para cá, sempre fez tratamento regularmente. É usuária de ambulatório de saúde mental desde 2002 e, no ano seguinte começou a participar de uma associação formada por usuários, familiares e profissionais ligados a esse serviço de saúde. Começou com psiquiatra e psicólogas, e atualmente faz tratamento com psiquiatra e com homeopata. Mesmo assim, teve várias crises.

Entre 2002 e 2003, cuidava da sobrinha enquanto sua irmã ia trabalhar. Foi um período bem difícil. Ouvia vozes que diziam para machucar, para matar a menina. Lutou bravamente contra isso e, apesar das vozes que falavam alto em seus ouvidos, nada fez contra ela.

Entre as crises volta ao seu estado normal, mas percebe que as pessoas têm receio dela. Não trabalha mais de babá, pois temem que possa fazer algo contra as crianças. Só cuida da sobrinha. Não recebe mais convites e não vai mais às festas, pois as pessoas temem que passe mal.

Tentou voltar a trabalhar na padaria, foi aceita, mas não conseguiu fazer as atividades. Ficava paralisada, chorava. Não tentou nunca mais, nem ali e nem em outro lugar qualquer. Diz que se acomodou. “Não sei a palavra que usa... é... minha mente sai da realidade. Eu... não tenho mente normal assim”.

Desde os vinte anos, após tudo o que aconteceu, as pessoas não lhe falam de problemas, não trazem preocupações, não fazem críticas. Sua mãe chorava muito, ficava nervosa, mas na sua frente sempre sorria e nada lhe dizia. Ainda hoje tenta protegê-la, não deixa que lhe perturbem com nada.

J – Na igreja em que eu fiz tudo isso, eu não frequento, é muito longe da minha casa, sabe? Então... quem sabe mais dessas coisas é a minha família, né. Mas eu sou assim, na crise acontece tudo isso, né. Mas passou, eu sou completamente normal, sabe? Não fica seqüelas em mim, no meu comportamento, né. No começo eu percebia assim que... que as pessoas tinham um pouco de receio. Logo depois que eu tive a crise. Fica com um pouco de receio de... Por exemplo, eu cuidava de bastante criança, né. E tinham receio de deixar eu com uma criança.

S – Você trabalhava fazendo isso?

J - Isso, babá, né. Quem me conhecia tinha receio de deixar eu com criança... É... tinha medo de me convidar pra alguma festa assim, e dá crise em mim lá

S – Sei

J – Né. E as pessoas, elas também assim, procuram não vir com nenhum assunto perto de mim de... tipo assim, de não trazer preocupação, né. Que tem medo. Nenhum... picante assim, porque tem medo que eu vá me assustar e vai dá alguma coisa em mim, sabe?

S – Fica todo mundo te protegendo?

J – Protegendo, é... eu senti mais isso.

Sabe do cuidado e do amor de sua mãe. Mas, sente-se excluída. Bobona. Tratada como criança.

Antes, gostava muito da vida.

Diz que o diagnóstico é uma pedra que colocaram no meio de seu caminho, e que não consegue removê-lo. O sentimento que fica é que sua vida parou. Não trabalha. Não sai. Não passeia. Não vive.

Mas reconhece que faz bicos, de vez em quando, para batalhar algum dinheiro. Se não fosse a doença, tem certeza de que estaria trabalhando. No início, não saía mais sozinha, sempre havia algum parente por perto. Hoje todos estão mais relaxados, inclusive ela mesma.

Em 2004 estava participando de quase todas as atividades da Associação: bazar, lanchonete, culinária, caminhada, beleza. Estava super ativa. Continuava a tomar seus remédios regularmente. Fazia tudo o que queria, voltou a ter uma vida normal. Não via grandes mudanças em si ou na família, pois só se relaciona com eles.

J – É, porque assim... Já faz um tempo... O meu jeito, né, sou bem isolada. Não gosto de ficar conversando com muita gente. Não gosto de ficar indo na casa de ninguém. Não gosto das pessoas ficar vindo na minha casa, ficar muito tempo lá

em casa... Sabe? Eu penso assim... A minha casa, eu, minha mãe e minha televisão, só.

S – Hum, hum.

J – Então assim. Eu não importo que que os outro pensa, que que os outro fala. Porque eu não falo da vida de ninguém, não quero que ninguém fala da minha, né. Eu sô assim no meu canto, né.

S – Hum, hum

J – Então eu não vejo mudança por causa disso. Porque não me relaciono com outras pessoas. O meu relacionamento é eu e minha mãe em casa, sabe. Não tem mais nada.

No início do ano seguinte começou a ter crises novamente *na parte espiritual*. Seus pensamentos estavam bagunçados. Via tudo preto, tinha taquicardia e tinha certeza de que estava no inferno. Era um bicho. Uma caveira. E por isso iam matá-la. Lutou muito contra todos, mas, contra sua vontade, foi levada a um hospital e foi medicada. Sabia que as pessoas iam lhe fazer mal. Mas melhorou.

A psiquiatra que a atendeu disse que não tinha esquizofrenia, e sim “transtorno bipolar crônico”. Esta última palavra a atordoou. A maior mudança que percebeu foi na medicação. Sua vida, seus relacionamentos continuam os mesmos. Viveu muito tempo acreditando ter esquizofrenia.

Atualmente, o psiquiatra a trata de TAB. O homeopata lhe dá laudos com o diagnóstico de esquizofrenia. Por isso, vive grandes dúvidas. Quem estará certo? Há alguém certo? Pode ter as duas coisas? Vai ter alta do INSS? Um dia não terá mais crises? Não consegue conversar a respeito. Só passa com os médicos, e as consultas são rápidas. Eles atendem muita gente.

Não é agradável, mas tenta se conformar em ter um transtorno mental. Vários parentes seus também têm. Diz que com esquizofrenia, sua vida era pior, não conseguia fazer nada. Mas, hoje, o sentimento que predomina é o pessimismo. Não sabe se conseguirá um dia voltar a trabalhar com registro em carteira. Quem aceitará alguém com esse(s) diagnóstico(s)? Quem aceitará alguém que está há tanto tempo sem trabalhar?

Antes tinha muitas portas abertas, oportunidades de ter empregos melhores. Hoje tá tudo fechado. Depois que apareceu a doença, não dá mais tanto valor à sua vida. Não sonha. Faz o que puder fazer. Não tem mais perspectivas pro futuro.

Sérgio – Tá. Me conta um pouquinho (?), Juliana. Bom, esse primeiro médico falou que era esquizofrenia, você começou a fazer tratamento... Queria saber o

que significou pra você esse momento. De ter falado pra você que você tinha esquizofrenia. Ou mesmo ter que fazer esse tratamento...

Juliana – Ah, pra mim é uma pedra que colocaram aí no meio do caminho. Eu não consigo remover ela de jeito nenhum, porque acho que [fim do lado A]

Sérgio – Você falou que sua vida parou ali quando...

Juliana – Parou. Porque eu tava numa vida bem agitada, tinha... tinha... naquela época eu tinha amizades. Tinha amizades, tinha... trabalhava bastante, saía, passeava, não-sei-o-quê... E de repente, né, ter essas crises assim, ter que tomar esses medicamentos, ter de ir sempre no médico. Ah, acho que (?) é que parou a minha vida.

Sérgio – Você disse que quando começaram a ter as crises, que começou com o tratamento

Juliana – Que parou, né. É.

Sérgio – Explica um pouquinho melhor o que que parou, no que que parou...

Juliana – Então, acho que nessa parte assim, eu fui até fraca. Fui até acomodada. Porque eu gostava muito, gostava muito da vida, né, bem ativa assim, e tudo. E... eu acho que eu poderia, mesmo com a esquizofrenia, com bipolar, né, com esses tratamentos todos, eu poderia conciliar uma vida ativa e essa doença. Eu poderia conciliar. Mas no caso eu não conciliei, eu parei, sabe? Depois que eu tive as crises eu não fiz mais nada. Não trabalhei mais, não saí mais, não passei, não vivi mais.

Sérgio – Por que?

Juliana – Eu acho que eu acomodei mesmo. Apesar de eu ter, gostar muito da minha vida antes, mas depois das crises eu passei a só... tratamento, a se cuidar, a tomar remédio, não-sei-o-quê. E eu parei com tudo que eu fazia antes. De trabalhar, de sair, de tudo.

Sérgio – Eu tô aqui lembrando que você falou que é aposentada, né.

Juliana – Sou aposentada.

Sérgio – Desde quando?

Juliana – Desde 2000. Desde a primeira crise.

Sérgio – Desde a primeira crise. E o que significa isso pra você, ser aposentada? Como é que foi na época?

Juliana – Ah, eu nunca imaginei, né. Sempre pensei em trabalhar, né. Mas daí a gente acabou se acostumando com o que vem, mesmo, né. Com... eu acabei acostumando com isso e faz cinco anos já que eu tô sem trabalhar registrado, né. Eu faço alguns servicinhos assim, mas nada... contínuo assim, nada. E eu tô há cinco anos assim. Mudou bastante assim. Se não fosse essa doença eu taria ainda trabalhando direitinho.

Continua cuidando da sobrinha, ajuda as irmãs, às vezes dá um auxílio no serviço de secretária de sua mãe. Cuida de casa e vai à igreja. Participa da Associação. Topa serviços de limpeza, cuida das roupas das pessoas quando pedem, faz compras, *tudo o que quiser*.

Gostaria de mudar sua vida, voltar a trabalhar fora, com registro. Acredita que isso é mais sadio do que a rotina que vive.

Juliana – Acho que só quem tem essa doença, esses sintomas pra dizer, né. Porque... a gente sente especial mesmo, quando tem algum sintoma assim diferente, né... E pra gente é real aquilo, né... E eu tenho, não sei se é certo falar, saudade, né. Mas eu tenho um pouco saudade dos poderes que eu tinha, né. Agora não tem mais nada, né. Eu sou um qualquer um, né. Mas que é interessante, que tivesse aquelas coisas, mas que a mente tivesse lúcida, né.

Sérgio – Tinha super poderes, então?

Juliana – Tinha... E eu achava incrível isso. Pena que passa, né. Você ficando assim, mas não ficando bem, não adianta, né. Bom é poder ter essas coisas, mas você tá bem. Trata e depois você fica uma pessoa assim... nada de especial [risos].

Mas Juliana continua por aí, batalhando sua vida. Sorri, é simpática, faz planos de voltar a participar de várias atividades da Associação. Com a mudança de diagnóstico, perdeu sua carteirinha de passe-livre, mas não perdeu a coragem, a fibra e a paciência. Além da disposição de ajudar pessoas como eu, que tentam ainda entender como é que as pessoas vivem passando por tantas atribulações e se submetendo a tantas adversidades e erros, sem perder o sorriso.

Diante da narrativa de Juliana, vimos que, de início, ela se percebia e se apresentava de diversas maneiras, pertencendo a diversas matrizes e redes sociais, dentro de suas possibilidades sócio-econômicas. Entendemos que havia possibilidade de mobilidade entre essas redes, de se posicionar e ser posicionada de diferentes maneiras, na medida em que os fatos se sucediam. Nenhuma matriz se sobrepunha em demasia às demais. Isso multiplicava as redes das quais podia participar, e elas se organizavam pela sua pertença a uma determinada escola, curso, religião, família, trabalho e grupo de amigos. Temos, assim, uma dinamicidade de seus *selves*.

É inegável o quanto sua vida ficou restrita após a ocorrência do que foi identificado como um primeiro surto de um problema mental, sendo que pertencer a essa matriz tem um sentido bastante importante, ficando as demais matrizes e, conseqüentemente, redes sociais, a ela submetidas. A matriz *portador de transtorno mental* (e similares, tais como louco ou doente mental), torna mais rígida a noção de *self*, resultando em que a pessoa se conheça e seja reconhecida prioritariamente sob o seu jugo. Sua visão de mundo, *self*, passa a ser norteadada por essa matriz.

Perdida a possibilidade de maior mobilidade e de pertença a outras matrizes e redes sociais, ocorre certo grau de cristalização do *self* em uma única posição: alguém que merece e recebe cuidados intensivos. Porém, como vimos, esses cuidados estão carregados

de temor, pois agora seus atributos principais estão relacionados à periculosidade, à estranheza, à falta de controle, à incapacidade, à necessidade de vigilância e de tutela constantes. Todos os demais atributos, o *self2*, que antes faziam parte da Juliana, por exemplo, como uma pessoa em quem podemos confiar, que é responsável e esforçada, passaram a um plano secundário e, por vezes, até deixaram de existir ou se restringiram a existir como qualidades de um passado perdido.

Há um enfraquecimento e um desfazer de matrizes e de redes sociais. Agora ela não é mais uma trabalhadora, já não tem condições de freqüentar um curso ou uma festa. É claro que pertence a algumas matrizes e redes, mas estas acabam sendo secundárias à que a situa como *portadora de transtorno mental*. Seu *self3* está vinculado a esta matriz, independente de onde e com quem ela está. Por exemplo, ela faz parte da matriz *usuários de um serviço de Saúde Mental*, em uma rede específica composta de algumas pessoas que se beneficiam de um ambulatório específico, que se submetem a diversas terapêuticas com peculiaridades próprias. Sendo membro dessa matriz, acaba por participar da matriz *membro de uma associação de usuários, familiares e trabalhadores da Área de Saúde Mental*, numa rede social determinada.

Percebemos que há uma vigilância constante, seja de si mesma, seja por parte dos outros, tentando garantir que ela está bem, *sob controle, normal*, dentro dos parâmetros morais vigentes na sociedade. Ela, em geral, agora é posicionada e se posiciona de imediato como doente, *portadora de transtorno mental*. Suas ações e seus pensamentos passam por um crivo seu e das pessoas com quem se relaciona, marcado por pertencer a essas matrizes e redes sociais.

Vive muitas dúvidas, não sabe se é portadora de transtorno bipolar ou de esquizofrenia. Tem dúvidas se tem algum transtorno mental. De qualquer forma, assim nomeada, outras dúvidas se assomam, sendo que resumimos numa pergunta: será que um dia voltará a ter maior mobilidade e participar de outras matrizes e redes sociais, sem que uma volte a se sobrepor e subjugar as demais?

Com base nas considerações feitas nos capítulos anteriores, pensamos que isso dificilmente se concretizará. O poder que é investido em algumas matrizes faz com que a vida das pessoas que delas participam seja muito restrita, diminuindo suas possibilidades de trocas sociais.

4.3. - Outra de nossas redes nos leva até Kay

Além dos encontros face-a-face, há outras fontes de informação sobre a vida com um diagnóstico psiquiátrico: as biografias e as auto-biografias. Optamos pela história de Kay Redfield Jamison³⁸, publicada com o título “Uma mente inquieta”, traduzida para o nosso idioma. A escolha deveu-se por considerarmos que seu depoimento aborda vários aspectos da relação entre diagnóstico psiquiátrico e a apresentação do *self*.

Doutora em Psicologia, ela é apresentada na “orelha” do livro como “uma autoridade internacional em doença maniaco-depressiva³⁹ e uma das poucas mulheres catedráticas em Faculdades de Medicina em universidades norte-americanas”. Em sua obra, ora ela se posiciona e é posicionada como uma profissional da área, ora como uma portadora de psicose maniaco-depressiva.

4.4. – Uma narrativa sobre Kay

Kay está correndo há horas, com velocidade e fúria, no estacionamento do hospital do centro médico da Universidade da Califórnia (UCLA). Um colega médico que a acompanhava, exausto, já havia desistido da empreitada, quando são abordados por um policial para que explicassem o que estavam fazendo de madrugada, correndo no local. O médico responde que ambos lecionavam no Departamento de Psiquiatria. “O policial olhou para nós, sorriu, voltou para sua radiopatrulha e foi embora. O fato de sermos professores de psiquiatria explicava tudo” (JAMISON, 1996, p.04).

Ela recorda que desde criança tinha oscilações de humor ao mesmo tempo assustadoras e maravilhosas. Foi uma adolescente gravemente deprimida, e quando iniciou sua vida profissional se viu presa nas oscilações da doença maniaco-depressiva.

De início, tinha crises maníacas brandas, que lhe davam muito prazer, uma rapidez nos pensamentos e uma energia sem fim que lhe permitiam se dedicar ferozmente aos trabalhos e projetos acadêmicos.

³⁸ Temos também *Um vaso novo*, de Valéria Valencio, Floresta, Ed. Alcance, [19--?] e *O brilho de sua luz: a história de Nick Traina*, de Danielle Steel, Rio de Janeiro, 2001.

³⁹ Os termos doença e maniaco-depressiva são mantidos, conforme constam na obra.

É uma doença biológica nas suas origens, mas que dá a impressão de ser psicológica na vivência que se tem dela; uma doença sem par no fato de proporcionar vantagens e prazer e que, no entanto, traz como conseqüência um sofrimento quase insuportável e, não raramente, o suicídio (JAMISON, 1996, p.07).

Reconhece que a luta que travou consigo mesma é bastante comum, sobretudo pela dificuldade em fazer uso de um medicamento que já existe e é tido como eficaz para o controle da doença. Porém, assim como muitas outras pessoas se queixam, é esse remédio que também interrompe esse prazer sem fim, os altos vôos que até então fazia, sob efeito da doença. Além do quê, sempre havia os efeitos colaterais.

Ao nos apresentar sua família, diz que era composta pelo pai, cientista e piloto da força aérea, e pela mãe que se dedicava à família. Tinha também um irmão e uma irmã mais velhos, além de um avô e uma avó. Sobre o pai e a irmã traz informações que nos permitem entender que também sofriam do mesmo problema de saúde.

Séculos de uma tal estabilidade aparente nos genes puderam preparar minha mãe apenas parcialmente para todos os tumultos e dificuldades com que ela iria deparar ao deixar a casa dos pais para formar sua própria família. (JAMISON, 1996, p.22). No entanto, foram exatamente essa persistente estabilidade de minha mãe, sua crença na vitória sobre as dificuldades e sua enorme capacidade para amar, aprender, ouvir e mudar, que ajudaram a me manter viva ao longo de todos os anos de dor e desespero que estavam por vir. (JAMISON, 1996, p.22-3).

Estava inserida em várias matrizes e redes sociais, por pertencer a essa família, pela formação escolar, participação em competições esportivas e outras. Essas matrizes ampliavam a possibilidade de pertencer a outras matrizes, que abriam sua participação em outras e assim por diante. Ocupava, assim, várias posições de destaque e liderança em sua vida.

Teve a primeira crise de mania quando estava no último ano do segundo grau. Sentia que o mundo era feito somente de prazer e de esperança, se sentindo ótima, pois acreditava ter capacidade para fazer qualquer coisa; nada era difícil. Mas, logo em seguida, entrou numa crise depressiva grave que durou meses. Seus familiares nada perceberam. Alguns poucos amigos, um professor e a mãe de um amigo notaram que estava diferente, mas ela manteve em segredo seu estado.

Não faço a menor idéia de como consegui passar por normal na escola, a não ser porque as pessoas geralmente estão envolvidas com suas próprias vidas e raramente notam o desespero nos outros se os que estão em desespero fazem um esforço para disfarçar a dor. (JAMISON, 1996, p.47).

Várias crises alternadas – de mania e de depressão, muitas com sintomas psicóticos – se sucederam durante anos.

Estudando na Universidade da Califórnia, em Los Angeles, teve contato com um professor que, aplicando o teste de Rorschach na turma, disse que nunca tinha visto respostas tão “imaginativas”.

Ele teve a gentileza de chamar de ‘criativo’ o que outros sem dúvida teriam chamado de ‘psicótico’. Foi minha primeira lição na arte de apreciar as fronteiras permeáveis e complicadas entre o pensamento absurdo e o original, e eu lhe sou imensamente grata pela tolerância intelectual que atribuiu uma nuance positiva em vez de patológica ao que eu havia escrito. (JAMISON, 1996, p.56).

Foi convidada por esse professor para ser assistente de laboratório, recebendo bolsa de estudos para isso. Imersa ao mesmo tempo entre as obrigações acadêmicas e as descobertas do mundo das pesquisas, tinha péssimas notas em seu curso, as quais eram compensadas pelas atividades de pesquisadora. Isto é, enquanto a graduação, com todas as suas obrigações implicavam uma regularidade, uma constância, a atividade de pesquisa as abolia, proporcionando, ao contrário, independência e flexibilidade.

Estudou durante um ano em uma universidade escocesa, um período considerado agradável e que proporcionou certo esquecimento e o afastamento das crises e os problemas com elas relacionados. Nada relata a respeito do problema de saúde nesse intervalo de tempo.

De volta à UCLA, acaba por se aproximar de um professor que também sofria alternâncias de humor e se interessava pelo problema. Iniciou como auxiliar de pesquisa, passando depois a ser estudante de doutorado, sob orientação dele. Descobriram que ambos, cada um a seu modo, vinha classificando as mudanças de humor que tinham.

Fosse como fosse, como tantas pessoas que sofrem de depressão, considerávamos que as nossas eram mais complicadas e tinham mais fundamentação existencial do que na realidade tinham. Os antidepressivos podiam ser indicados para pacientes psiquiátricos, para aqueles de menos fibra, mas não para nós. Essa atitude tinha um preço alto. Éramos reféns de nossa formação e de nosso orgulho. Apesar das minhas oscilações de humor – pois minhas depressões continuavam a ser precedidas por ‘baratos’ inebriantes e vertiginosos – eu sentia que tinha com ele [o professor] um porto seguro no meu posto de auxiliar de pesquisas. (JAMISON, 1996, p.65).

O período de pós-graduação, iniciado em 1971, foi tranquilo, de forma similar ao que passou na Escócia, sendo avaliado como uma fase de remissão das crises.

Casada, com bons amigos, com uma vida estável financeira e socialmente, sentia viver em um mundo abrigado e tranquilo. Apesar disso, diz que as fotos que tem da época retratam uma pessoa que mudava sua aparência a cada semana, de acordo com as oscilações do seu humor. Numa semana, estava com cara triste, amargurada, vestindo roupas escuras e sérias. Quando estava com humor eufórico, usava muita maquiagem, roupas coloridas e provocantes e sorria muito, aparentando uma enorme felicidade.

Interessou-se de forma crescente por psicopatologia, sendo que sua formação inicial foi predominantemente baseada na abordagem psicanalítica. Faz críticas a respeito de analistas que buscam tratar graves transtornos de humor sem o uso de medicamentos.

Diz que não entende as distinções arbitrárias entre a Psiquiatria “Biológica” e as Psicologias “Dinâmicas”, e que os extremos são sempre absurdos. Logo em seguida, relata ter aplicado testes psicológicos em seu marido, um artista, sendo que na supervisão sem que fossem considerados aspectos históricos e situacionais da vida dele, e tão somente as respostas aos testes, este foi classificado como psicopata.

Teve acesso a uma abordagem de psicopatologia, baseada em sintomas, no diagnóstico de doenças e nos tratamentos médicos durante o internato, durante sua formação, no Instituto de Neuropsiquiatria.

Com o término do doutorado, foi contratada como professora-assistente, em 1974, pelo Departamento de Psiquiatria da UCLA, sendo que três meses depois diz que estava psicótica.

Qual dos meus eus sou eu? O selvagem, impulsivo, caótico, vigoroso e amalucado? Ou o tímido, retraído, desesperado, suicida, cansado e fadado ao insucesso? Provavelmente um pouco de cada lado. De preferência, que grande parte não pertença a nenhum dos dois lados. (JAMISON, 1996, p.80-1).

Passado mais de um ano sem oscilações sérias de humor, dedicou-se ao novo emprego. Porém, isso não durou muito.

O verão, a falta de sono, uma avalanche de trabalho e genes delicadamente vulneráveis acabaram por me levar para o lado de lá, para além dos meus níveis conhecidos de exuberância até a loucura plena. (JAMISON, 1996, p.82).

Em surto maníaco, fez compras de forma exageradas, utilizando dinheiro, cheques e cartões de crédito: doze kits para picada de cobras, roupas, relógios, jóias, móveis e livros. Mas contou com o apoio de seu irmão, que sempre esteve ao seu lado. Nessa época

ele não a repreendeu, mas protegeu e cuidou dela, chegando a fazer um empréstimo pessoal para pagar todas as contas que ela tinha feito.

Também fala de um colega que a auxiliou com paciência e que também lhe prestou assistência. Ele a convenceu que tinha a *doença maníaco-depressiva*. Leram muito a respeito e ele a medicou até que pudesse passar em consulta com um psiquiatra. Além disso, conversou com a família dela, a orientou a tirar licença temporária do trabalho e, como não podia estar presente ao seu lado durante as 24 horas do dia, conseguiu alguém que cuidasse dela na sua ausência.

Kay, por sua vez, aprendeu a se auto-controlar, diminuindo os acessos de riso e de irritabilidade. Evitava as situações que poderiam provocar ou aumentar os sintomas presentes, além de fingir manter a atenção quando a situação assim o exigia, mesmo que seu pensamento estivesse distante.

Fala de seu psiquiatra, um antigo professor da faculdade, que transmitia segurança como pessoa e experiência como profissional, “de uma forma muito parecida com o modo pelo qual a medicação começa aos poucos a dominar e a acalmar o tumulto da mania” (JAMISON, 1996, p.103). Ele ouviu todas as explicações que ela tinha para o que estava passando: estresse ligado ao trabalho, ao casamento etc. Mas manteve firme a opinião de que ela tinha a doença maníaco-depressiva, recomendando – por tempo indeterminado - o tratamento com lítio.

Meus temperamentos, estados de espírito e minha doença afetavam, de modo claro e profundo, os relacionamentos que eu tinha com os outros e os fundamentos do meu trabalho. No entanto, meus próprios estados de espírito eram fortemente moldados pelos mesmos relacionamentos e trabalho (JAMISON, 1996, p.104).

Tendo iniciado o tratamento prescrito, fala dos benefícios que reconhece em cada um deles.

O lítio evita minhas euforias sedutoras, porém desastrosas, ameniza minhas depressões, elimina as teias de aranha do meu pensamento desordenado, faz com que eu reduza a velocidade, me ajuda a avançar sem tropeços, impede a destruição da minha carreira e dos meus relacionamentos, permite que eu fique fora de um hospital, viva, e possibilita a psicoterapia. Mas, de um modo inefável, é a psicoterapia que cura. Ela confere algum sentido à confusão, refreia os pensamentos e sentimentos apavorantes, devolve algum controle, esperança e possibilidade de se aprender com tudo isso. (JAMISON, 1996, p.105).

Como numa parceria, onde cabe a cada um uma parcela de responsabilidade pela melhora e manutenção de uma vida melhor, ela fala tanto dos medicamentos quanto da terapia psicológica.

Nenhum comprimido tem condições de me ajudar com o problema de não querer tomar comprimidos. Da mesma forma, nenhuma quantidade de sessões de psicoterapia pode, isoladamente, evitar minhas manias e depressões. Eu preciso dos dois. É estranho dever a vida a comprimidos, a nossas próprias idiossincrasias e teimosias e a esse relacionamento singular, estranho e essencialmente profundo chamado psicoterapia (JAMISON, 1996, p.105-6).

Todos esperavam que encarasse bem a “normalidade”, mas ela não se sente satisfeita com isso. Compara o seu eu *atual, normal*, com o eu *melhor que já foi*, ou seja, quando estava maníaca. As mudanças que são consideradas confortáveis e esperadas pelos outros, para ela são repressoras. As atividades agora são consideradas de baixa produtividade e não causam a excitação de antes.

Quando eu me queixo de estar menos animada, com menos energia, menos alegre, as pessoas dizem que agora estou com o resto do mundo, querendo, entre outras coisas, me tranquilizar. Mas eu comparo meu eu atual com meu eu anterior, não com as outras pessoas (JAMISON, 1996, p.109).

Uma vez controlado o problema de saúde, diz que reuniu vários motivos para abandonar o tratamento. As questões de natureza psicológica prevaleciam, pois se sentia viciada nos seus momentos de euforia, quando se sentia segura de si, capaz de realizar qualquer coisa, contagiando todos que rodeava. Além disso, não aceitava que precisava tomar remédios. Também havia os efeitos colaterais, que a inspiraram criar, de forma sarcástica, as “normas para a aceitação sem tropeços do lítio na sua vida”.

Dentre tantas pessoas que a apoiavam, uma se mostrava diferente. Sua irmã era contra o uso de medicamentos. Ela acreditava que Kay deveria agüentar o que estava passando sem recorrer ao auxílio de remédios, caso contrário, sua alma iria se definir por ter amortecido a dor que sentia devido às crises maníacas e depressivas. E Kay reprovava a atitude dela. “Acredito, sem a menor dúvida, que a doença maníaco-depressiva é uma doença médica. Também acredito que, com raras exceções, é negligência tratar essa enfermidade sem uso de medicação” (JAMISON, 1996, p.121).

Conta sobre uma reunião anual da Associação Psiquiátrica Americana, onde ela e alguns colegas falaram sobre a *doença maníaco-depressiva*.

Era um dos anos em que esteve na moda, mas eu também sabia que era inevitável que, em outros anos, esse papel fosse conquistado, por sua vez, pelo transtorno obsessivo-compulsivo, pelo transtorno da múltipla personalidade, pelo transtorno do pânico ou por qualquer outra doença que cativasse nosso campo, que promettesse um tratamento inovador, que tivesse as imagens de PET scan (tomografia por emissão de pósitrons) mais coloridas, que tivesse sido o pivô de algum processo especialmente desagradável e dispendioso ou que estivesse começando a se tornar prontamente reembolsável por parte das companhias de seguro (JAMISON, 1996, p.123-4).

Fala de um outro amigo, também médico, que lhe deu apoio durante os momentos críticos, assim como de seu psiquiatra e de sua mãe. Estiveram presentes não somente durante as crises maníacas, psicóticas, quanto nas fases depressivas, com tentativas de suicídio. E continuaram a manter o relacionamento com ela.

Conseguiu se efetivar numa faculdade de medicina, considerando que “ser mulher, não ser médica e ser maníaco-depressiva não eram os melhores atributos” para alcançar tal fim (JAMISON, 1996, p.149). “A efetivação passou a ser um tempo tanto de possibilidade quanto de transformação. Ela também se tornou um símbolo da estabilidade pela qual eu ansiava e o reconhecimento definitivo que eu procurava por ter competido e sobrevivido no mundo normal” (JAMISON, 1996, p.150).

Junto com dois colegas médicos, montou um ambulatório para o diagnóstico e o tratamento de depressão e da *doença maníaco-depressiva*. Apesar de não ser médica, contou com o apoio da maior parte da equipe, entre eles, do diretor médico do ambulatório, do diretor do Departamento de Psiquiatria e do chefe da equipe do Instituto de neuropsiquiatria, da UCLA. Instalou-se uma rede de apoio entre todos eles, para dar conta das adversidades presentes no exercício da profissão.

Nesse ambulatório, todos enfatizavam tanto o uso de medicamentos quanto a psicoterapia, assim como as orientações sobre as doenças e os tratamentos aos pacientes e familiares. Organizaram concertos de música clássica, tendo como eixo compositores que portavam transtornos mentais, em especial a *doença maníaco-depressiva*.

Volta a ressaltar a importância do diretor do departamento ao qual pertencia, pois ele não só a apoiou, mas a estimulou para que usasse a experiência que ela tinha com a doença maníaco-depressiva para desenvolver melhores tratamentos e a mudar as atitudes públicas a respeito desse problema. Apesar de continuar a ter alternâncias de humor, manteve-se como professora, pesquisadora e diretora do ambulatório.

Durante uma de suas crises, diz que se separou de seu marido, mas que depois reataram os laços. Porém, o casamento nunca mais foi o mesmo. Separaram-se, após várias tentativas de lidar com o que tinha acontecido entre eles durante as crises. Passado um tempo após o fim desse relacionamento, conheceu um novo amor, um psiquiatra que, ao saber de seu problema de saúde, não só a acolheu, como a apresentou a dois altos oficiais do exército que também sofriam com a mesma doença, e que viviam vidas “normais”. Viveu bons momentos com ele, apesar dela morar nos Estados Unidos e ele na Inglaterra, até que ele morreu de ataque cardíaco. Contou com a ajuda de várias pessoas, entre amigos, familiares e desconhecidos para lidar com essa situação. Continuou a trabalhar, dando aulas, pesquisando, escrevendo livros.

Alguns anos depois, conheceu um outro homem, também médico, com o qual manteve um relacionamento amoroso.

Nenhuma quantidade de amor pode curar a loucura ou iluminar nossas melancolias profundas. O amor pode ajudar, pode tornar a dor mais tolerável, mas sempre estamos presos aos medicamentos que podem funcionar sempre ou nem sempre, que podem ser toleráveis ou não. A loucura, por outro lado, sem a menor dúvida e com frequência consegue destruir o amor através da sua desconfiança, do seu pessimismo implacável, das suas insatisfações, do comportamento imprevisível e, especialmente, dos estados irracionais (JAMISON, 1996, p.206-7).

Questiona as nomeações dadas a esse problema de saúde, preferindo ser uma *maníaco-depressiva* do que uma *portadora de transtorno bipolar*, porém ressalta que, mais importante do que a nomeação é o que se faz no sentido de tratar e desestigmatizar essas pessoas.

Fala, esperançosa, de James Watson, ganhador do Prêmio Nobel devido às contribuições trazidas sobre a estrutura do DNA. Watson foi diretor do *Cold Spring Harbor Laboratory*, um dos mais avançados laboratórios de biologia molecular do mundo, de acordo com a autora. Primeiro diretor do Centro Nacional para Pesquisa do Genoma Humano, dos Estados Unidos, tem pesquisado a respeito dos genes responsáveis pela *doença maníaco-depressiva*. Intercala questões ligadas a alguns possíveis usos que se pode fazer caso sejam encontrados e isolados tais genes, argumentando tanto a seu favor quanto contra. Mas acaba afiliando-se aos que buscam uma explicação científica biológica, orgânica, para a *doença maníaco-depressiva*.

No caso de Kay, percebemos que a matriz portadora de transtorno mental perde sua força quando contrastada com a matriz profissional da Área de Saúde Mental. Julgamos que isso ocorre, dentre outras razões, pelo fato de que são profissionais como ela que dão nome aos comportamentos, caracterizando-os e classificando-a dentro de psicopatologias. Além disso, insere-se em uma profissão socialmente valorizada no contexto local. Sendo partícipe de matrizes que agregam profissionais que trabalham com transtornos mentais, que estudou em renomada universidade, trabalhou e continua trabalhando em importantes instituições de saúde. Diante da possibilidade de recursos materiais e financeiros que têm à sua disposição, aliada à amplitude e à força das outras redes às quais pertence, encontra sustentação para manter sua mobilidade, transitar por outras matrizes, assim como participar de novas redes.

Encontra apoio também nas redes sociais constituídas pelos seus familiares, pelos relacionamentos amorosos, por amigos e colegas, deixando entrever o acolhimento, mesmo por parte de desconhecidos. São redes socialmente valorizadas, onde se apresenta como ocupando sempre um lugar de destaque: o irmão a auxilia, chegando a fazer empréstimos para pagar as dívidas que ela contraiu durante um surto maníaco; colegas prestam assistência, seja fazendo companhia, seja colaborando no uso de psicotrópicos; um psiquiatra que se mostra firme e acolhedor; a mãe que sempre se faz presente, preocupada e cuidadora; os diretores de ambulatório e do Departamento onde trabalhou, dentre outros.

Apesar de em alguns momentos afirmar que tanto a terapêutica medicamentosa quanto a psicológica são importantes, ressalta em diversos trechos uma sobrevalorização das questões biológicas. Isso fica claro quando fala de um caráter hereditário, genético, do problema de saúde, assim como quando questiona uma das técnicas utilizadas em Psicologia, os testes⁴⁰. Faz breves comentários a respeito das pesquisas que têm sido feitas nos Estados Unidos, ansiando pela *descoberta dos genes responsáveis pela doença maníaco-depressiva*. Ao falar das dificuldades em manter o tratamento, centra os obstáculos que encontra mais como questões psicológicas do que com relação ao tratamento medicamentoso. Não negamos a importância delas, porém, no contexto e na

⁴⁰ Não estamos em absoluto nos colocando favoráveis aos testes. Simplesmente demarcamos que a crítica que Kay dirige à Psicologia como um todo, na verdade só diz respeito a alguns aspectos, teorias e técnicas específicos.

forma em que ela as relata, fica fortalecido o argumento a favor das teorias de base biológica e contrário às questões psíquicas, como se estas atrapalhassem o êxito pessoal.

Relata que, na maior parte das vezes, aquilo que poderia ser interpretado como sinal ou sintoma de uma psicopatologia não o era, por parte das pessoas com quem estava se relacionando. Nos casos em que isso ocorria, isto não era superestimado. Isto é, ela podia viver seus momentos de tristeza e de isolamento social, deixando de trabalhar e de cumprir com outros compromissos sociais durante semanas. E isto não provocava preocupações em demasia ou ações de outras pessoas que dessem a entender que ela estava doente ou incapacitada para assumir suas responsabilidades.

Além disso, em vez de priorizarem os possíveis sentidos negativos de seus atos, ela nos conta como as pessoas que faziam parte de suas redes se uniam para cuidar dela e protegê-la, minimizando possíveis prejuízos sociais.

Também percebemos que as atividades em que se inseria lhe permitiam uma certa liberdade no cumprimento de seus compromissos. Seja como pesquisadora, seja como professora, seja como trabalhadora na Área da Saúde, nos momentos em que estava em crise, podia se retirar, se isolar, se cuidar, sem que seu estado incitasse os comentários ou afastamento de outros, de forma a excluí-la ou cristalizá-la em matrizes rígidas. Apesar das crises, as matrizes e as redes das quais participava se mantinham e permitiam sua inclusão em outras. É uma história de vida contada por alguém que possui apoio firme e incontestável nos aspectos afetivo, financeiro, político e sociais de sua vida, não só de pessoas, mas de instituições.

Podemos afirmar, diante do que foi exposto, que os *selves* de Kay são dinâmicos. Seu *self1*, sua visão de mundo, ora se baseia a partir da perspectiva de ser uma cientista, uma esposa, uma pessoa com doença maníaco-depressiva ou uma professora, permitindo que se posicione a aja de acordo com isso. Assim também são variados os seus atributos, o *self2*: competente, séria, digna, carinhosa, enlouquecida, agressiva, persistente, sábia e otimista. O *self3*, aquilo que ela apresenta publicamente a respeito de si mesma, por sua vez, está afinado com o momento histórico-social em que está vivendo. Em seu relato percebemos que, apesar de pertencer à matriz de *peessoas que portam transtornos mentais*, essa não se sobrepõe às demais.

Kay transita entre momentos de maior estabilidade e rigidez temporárias com ocasiões de fluidez de *selves*. Diríamos, assim, que ela circula em diferentes temporalidades, ou seja, tanto na Modernidade Clássica quanto na Modernidade Líquida, dependendo do tipo de matriz e de redes em que está inserida em situações específicas.

Apesar disso, ela não escapa das estratégias de governo. Vigia a si mesma e é constantemente controlada e vigiada pelas outras pessoas. Porém, a possibilidade de mobilidade, parece tornar a sua vida menos difícil e pesada, mesmo sendo partícipe de uma matriz que, via de regra, tem propiciado a exclusão e subjugação de pessoas.

Assim como Juliana, também Kay sente uma perda ao ter a doença sob controle. Apesar das inevitáveis crises de depressão, não foi fácil abandonar os altos vãos da mente e a profusão de sentimentos positivos que acompanhavam as crises maníacas. Mesmo assim, ela se mantém em tratamento.

Há uma clara afiliação de Kay - cientista, professora e psicóloga - à abordagem biológica, fortalecendo sempre que pode esse tipo de entendimento e atuação. Por outro lado, nos interstícios de seu discurso, temos a presença de uma pessoa que a todo momento reconhece quão importante foi e é a presença das pessoas com quem se relacionou, com o apoio prestado que, sem dúvida nenhuma, lhe deram suporte para lidar com as situações que viveu e continuar seguindo adiante. Teima em aparecer uma cisão *cientista, professora, psicóloga x pessoa comum*. Porém, isso, agora sabemos, nada mais é do que uma ilusão criada para os nossos olhos, fruto de um pensamento típico da Modernidade Clássica. Não são contradições, apenas, nos termos da Modernidade Líquida, as múltiplas facetas de ser pessoa, que ora se posiciona de uma maneira, ora de outra, conforme o argumento que pretende defender em determinada situação.

Capítulo 5

Considerações finais: atando provisoriamente alguns nós

Partimos do pressuposto que o *self* é resultado de um ativo processo de negociação de sentidos, sendo composto pela nossa corporeidade, pelos relacionamentos interpessoais e pelas materialidades em momentos histórico-sociais localizados. Isso nos permite o reconhecimento (por nós mesmos e por outros) de pertencermos ou não a determinados grupos e deles sermos incluídos ou excluídos, em conformidade com as características de pertença de cada matriz determinada.

Propomos pensar as diferenças na noção de *self* como o resultado da diversidade de experiências e de posicionamentos, fruto da inserção da pessoa em determinadas matrizes e redes sociais, entendendo-o não como essência, mas como formas múltiplas de atualizar-se, a partir de diversas maneiras como somos mencionados por outras pessoas, assim como nos referimos a nós mesmos, aos outros e ao mundo.

Conforme discussão feita, a matriz é um conceito que nos permite identificar um conjunto de pessoas, agrupadas por reunirem determinados atributos. Não se refere a uma pessoa, mas aos diferentes sentidos produzidos por ela pertencer a uma matriz específica. Todo ser humano pertence a diversas matrizes mas, em cada situação, a sua participação se restringe a algumas delas.

Rede social, por sua vez, designa as ligações existentes entre pessoas localizadas, permitindo que sejam interpretados os seus comportamentos e as características de seus relacionamentos.

Optamos pelo uso das duas noções, já que *matriz* nos possibilita uma visão a partir de uma perspectiva macrossocial, enquanto que *rede social* nos permite ter acesso às relações cotidianas de pessoas específicas em seu contexto imediato.

Vimos semelhanças nas histórias contadas por Juliana e Kay. Ambas são nomeadas como *portadoras de transtorno mental*, sendo que isso freqüentemente entra em jogo nas negociações que fazem em seus cotidianos. Esta designação, o diagnóstico, tem conseqüências fundamentais em suas vidas.

Juliana, apesar de participar de outras matrizes, sê vê aprisionada pela pertença à matriz *portadora de transtorno mental*. Percebemos que esta matriz ocupa lugar central em sua vida, fazendo com que as demais permaneçam, freqüentemente, secundárias. Assim, as redes sociais em que Juliana participa estão inexoravelmente submetidas à referida matriz, tornando-se lugares de submissão, de exclusão, onde são diminuídas as possibilidades de

trocas sociais. Essa matriz administra a vida de pessoas, fazendo com que elas se reconheçam e sejam reconhecidas prioritariamente em uma posição de pessoa, sendo, assim, o seu principal atributo portar um problema de saúde.

O mesmo não ocorre com Kay. Como vimos, ela consegue transitar com maior facilidade entre as matrizes que pertence e, conseqüentemente, em uma maior diversidade de redes sociais. Entendemos que isso ocorre pois, apesar dela fazer parte da matriz *portadora de transtorno mental*, ela também participa da matriz que agrega *especialistas em Saúde Mental*⁴¹. Esta última, por sua vez, permite que seus membros se sobreponham e sejam valorizados quando transitam em outras matrizes.

Assim, mesmo quando Kay se posiciona e é posicionada na matriz *portadora de transtorno mental*, muitas vezes prevalecem as qualidades intrínsecas da matriz *especialista em Saúde Mental*. Vimos isso, por exemplo, quando o caráter negativo que geralmente acompanha e rege a primeira matriz é transformado em algo positivo. Isto é, como profissional da área ela pode se usar a experiência de ser portadora, fortalecendo saberes e práticas que a beneficiam profissionalmente.

Apesar disso, persistem estratégias de controle associadas à sua posição como *portadora de transtorno mental*, pois a sua circulação em diferentes matrizes é constantemente avaliada. Assim como as demais pessoas que participam de suas redes sociais, ela também se auto-avalia com o intuito de aprovar a sua pertença a elas, quando se posiciona ou é posicionada em diferentes matrizes. Ou seja, manter-se e ter mobilidade nas redes sociais e matrizes que participa é algo sempre negociado e aprovado pelos participantes de cada uma delas.

Na vida de Juliana e de Kay a patologia é onipresente e, muitas vezes, ocupa um lugar de importância, quando comparadas às diferentes posições de pessoa que podem assumir. Em suas redes sociais, pelo que constatamos de forma quase invariável, temos a presença de associações científicas, indústrias farmacêuticas, outros portadores de

⁴¹ Apesar da crítica já feita em relação à denominação Área de Saúde Mental, a mantivemos aqui, por não termos encontrado até o momento melhor maneira de nos referirmos a esse campo. Adotamos, por hora, a distinção feita por Saraceno (1999), que define Psiquiatria como um ramo da Medicina que se ocupa da doença mental, e Saúde Mental como “a condição de saúde mental dos indivíduos e o conjunto de ações para promovê-la ou mantê-la” (p.145), entendida como mais complexa, por considerar os fatores psicossociais presentes.

transtornos mentais, psicotrópicos, bulas de medicamentos, profissionais ou serviços de saúde.

Argumentamos que as conseqüências em pertencer a esse tipo de matriz, *portador de transtorno mental*, abrange as pessoas que dela participam, não se restringindo à Juliana e Kay. Fazer parte dessa matriz contribui para a normalização de seus membros, implicando que se submetam a estratégias disciplinares que raramente se dão a conhecer de forma explícita.

O diagnóstico na Área de Saúde Mental tem proporcionado o surgimento e fortalecimento de matrizes e de redes que nos aprisionam. Consideramos que a Psiquiatria Biológica radicaliza, conforme afirmou Bauman (2001), o governo de pessoas e de populações, por meio da redução do humano a processos orgânicos, fisiológicos e bioquímicos.

Se por um lado criticamos tal aprisionamento, também questionamos o argumento típico da Modernidade Líquida que a fluidez e a fugacidade de matrizes e redes sociais permitem uma vida mais digna às pessoas. Afirmamos que a dinamicidade, caracterizada como velocidade e liberdade nestas matrizes contribuem sobremaneira não só para a inconstância e insegurança diante da vida, já que o que se valoriza é a efemeridade das relações sociais. E esta, nos termos em que tem sido colocada, implica o não-compromisso responsável diante dos acordos socialmente estabelecidos. Cria-se, assim, a busca por aquilo que nos dê vantagens e benefícios imediatos e particulares, fortalecendo práticas sociais pautadas na individualidade, baseadas na idéia de que devemos ser melhores e mais felizes que os demais seres vivos, sustentando ações que não se submetem aos pactos sociais.

Em nossa perspectiva, não exaltamos nem repudiamos as tradições ou as inovações. As tradições têm sido carregadas com um ranço de preconceito, como se de nada valessem, ou antes, como se fossem obstáculos para as supostas liberdade e felicidade que tanto almejamos. Porém, permanências são fundamentais naquilo que guardam de sementes para o que virá, assim como são sustentáculos onde podemos nos apoiar, bases para que possamos refletir e redirecionar nossos caminhos quando algo está em desacordo com nossos projetos.

Por outro lado, as inovações, a velocidade e a dinamicidade da vida na atualidade, que recebem grande propulsão com o surgimento de novas tecnologias, têm sido sobrevalorizadas. Percebemos que seus defensores vêm impregnados de uma visão evolucionista, positivista e utilitarista, expressa, muitas vezes, na idéia de progresso. Com base nisso, justificam o poderio de alguns sobre uma grande maioria, pelo fato destes serem tidos como empreendedores e por dominarem as tecnologias.

Dentre aqueles que radicalizam as críticas à vida na atualidade, temos os que argumentam que o sofrimento humano está sendo maximizado pela ruptura com as tradições e com a presença das novas tecnologias na vida cotidiana. Surgem, assim, discursos que pregam o retorno à natureza, à vida simples, como se houvesse a possibilidade de recuperar um paraíso perdido no passado.

Os relacionamentos típicos da Modernidade Líquida, a criação e o uso de novos recursos tecnológicos não são maléficis *per se*. Podem ser potencializadores de vida, desde que sirvam como possibilidade de ampliar o acesso e a circulação de pessoas às diferentes experiências e contextos por elas desejados.

Posto isso, questionamos: no caso da Área de Saúde Mental, como escapar de matrizes aprisionadoras sem cair na cilada da fluidez auto-centrada?

Apoiados em Saraceno (1999), nos posicionamos a favor de ações terapêuticas que não se limitam somente à busca da diminuição ou controle da doença ou sofrimento humano.

Portanto, o homem é aberto à doença não por uma condenação ou por uma sina, mas por sua simples presença no mundo. Sob esse aspecto, a saúde não é de modo algum uma exigência de ordem econômica a ser valorizada no enquadramento de uma legislação, ela é a unidade espontânea das condições de exercício da vida (CANGUILHEM, 2005a, p.63).

Trata-se, então, de resgatar a proposta de Canguilhem (1995), entendendo que quando falamos de normalidade, ela deve ser considerada como uma processualidade, ou seja, algo vivido por uma pessoa localizada. Devemos avaliar se ela tem utilizado diferentes recursos ao lidar com as vicissitudes de sua vida, instaurando novas normas para si mesma, de acordo com cada situação determinada. Além disso, devemos considerar o contexto histórico e social onde se desenrolam as ações que estão em questão.

Assumir essa postura implica abandonar a especificidade da Saúde Mental, abordando-a como saúde de uma forma ampliada, complexa, que está diretamente

imbricada e é fruto do relacionamento entre os seres humanos e destes com os não-humanos. Requer que se considere não somente a pessoa em foco, mas o meio ambiente, os estilos de vida, as tecnologias presentes, os códigos morais vigentes, o acesso às condições dignas de alimentação, educação, higiene e moradia, dentre tantas outras. “A saúde não é somente a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na discricção das relações sociais (CANGUILHEM, 2005b, p.44)

Torna imperativo negarmos a necessidade de tutela, seja de uma forma paternalista, seja de uma maneira patronal⁴², em busca de recuperar o projeto proposto por Basaglia⁴³ de “reconstrução dos nexos sociais, da contratualidade, do acesso às mercadorias e às trocas” (SARACENO, 1999, p.68).

Questionamos, nessa pesquisa, os usos que têm sido feitos dos diagnósticos na *Área da Saúde Mental*. Vimos, nos diversos capítulos, que eles têm servido mais como uma forma de controle, com conseqüente exclusão e subjugação de pessoas. Consideramos que os diagnósticos não deveriam ser centrados na figura do especialista, mas ser responsabilidade e competência daqueles que dele participam. Isto é, propomos que o diagnóstico é o resultado de um processo de negociação entre o profissional, a pessoa em consulta e as redes sociais de que participam. Ele deixa de se referir a um humano genérico, universal, e passa a retratar e nortear ações terapêuticas, com a anuência das pessoas envolvidas, sobre uma delas. São sempre pessoas específicas, consideradas em seu contexto histórico e social.

Sendo o diagnóstico um processo de avaliação dialógico, negociado entre os participantes, podemos construir propostas de intervenção na constelação de variáveis que se constituem como fatores de risco ou de subjugação da vida, esta entendida em seu caráter mais vasto possível.

Novamente nos auxilia Canguilhem, quando propõe uma pedagogia da cura:

Essa pedagogia deveria tender a obter o reconhecimento, pelo sujeito, do fato de que nenhuma técnica, nenhuma instituição, atuais ou por advir, lhe assegurarão a integridade garantida de seus poderes de relação com os homens e com as coisas. A vida do indivíduo é, desde a origem, redução dos poderes da vida. Porque a saúde não é uma constante de satisfação, mas o *a priori* do poder de dominar situações perigosas, esse poder é usado para dominar perigos sucessivos. A

⁴² No sentido de domínio, tal como utilizado por Saraceno (1999).

⁴³ Franco Basaglia, um dos principais articuladores de mudanças na atenção à Saúde Mental, questiona, entre outras coisas, o conceito, as práticas e as instituições que se propõem a tratar os transtornos mentais.

saúde, depois da cura, não é a saúde anterior” (CANGUILHEM, 2005a, p.70, destaque do autor)

Não há porque descartar todo o conhecimento científico acumulado, assim como todo o aparato tecnológico disponível e em desenvolvimento. Entretanto, como afirma Haraway (1991), a promessa de uma visão global, ou seja, de todas as posições e a partir de um lugar universal é ilusória. Não há como estarmos posicionados simultaneamente ou de forma integral nas diferentes redes sociais que participamos.

A autora afirma que “a única maneira de encontrar uma visão mais ampla é estar em algum particular” (Haraway, 1991, p.339), convidando-nos a reconhecer que somente os conhecimentos parciais, situados, críticos e localizados nos dão essa possibilidade.

O eu que conhece é parcial em todas suas facetas, nunca terminado ou total, não se encontra simplesmente aí, no estado original. Está sempre construído e remendado de maneira imperfeita e, *portanto*, é capaz de unir-se a outro, de e junto ao outro sem pretender ser o outro (HARAWAY, 1991, p.331, destaque da autora).

Nessa perspectiva, uma pessoa somente existe em sua complexidade, em suas contradições, estando localizada em determinado contexto histórico e social, politicamente posicionada nas relações com outras pessoas. É, assim, ao mesmo tempo, ator e agente situados, tendo sua cota de responsabilidade, reconhecidas as relações de força, de poder, aí presentes.

Trata-se de traçar acordos e construir novos lugares que incitem as relações interpessoais de forma prioritária, já que

só a construção de espaços de troca pode gerar relações, enquanto a construção da possibilidade das relações não gera espaços para a troca. Dizendo em outras palavras, a construção do direito de cidadania como eixo prioritário não é uma escolha somente ética, mas também técnica: somente o cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas (e com essas trocar também loucura), enquanto o cidadão partido ao meio não saberá o que fazer com as aquisições (se na verdade adquiridas), com as habilidades relacionais, uma vez que não haverá direito nem acesso ao exercício de relações ou estas se darão como relações desprovidas da materialidade que as torna reais (SARACENO, 1999, p.94).

Em suma, a tarefa é criar espaços relacionais onde predominem os processos de negociação entre os envolvidos, onde, reconhecidas as diferenças entre os participantes, esta não sirva de mote para justificar a dominação, a exclusão ou qualquer outra artimanha

que torne menor ou mais limitada a vida de pessoas que ocupam, no jogo de posicionamentos, lugares considerados como menos privilegiados.

Podemos definir a criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas como o tecido de uma 'rede de negociação', ou seja, as redes de negociação, na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos fracos de uma sociedade; poder-se-ia dizer, de outra forma, que o mercado (ou seja, o lugar físico e social da troca das mercadorias) precede e determina em uma comunidade a possibilidade das relações entre os seus membros (SARACENO, 1999, p.112).

O que buscamos, então, é pertencer tanto a matrizes rígidas quanto a matrizes fluídas, e que possamos transitar em diferentes espaços de sociabilidade. Para isso, faz-se necessário o aumento desses espaços, reconhecendo-se que a realidade humana é produto contínuo e inacabado dos sentidos que atribuímos às nossas experiências, às nossas ações, aos nossos sentimentos. Ela se faz nas relações interpessoais, nas relações que tenho comigo mesmo e com os não-humanos presentes ou presentificados em minha trajetória pessoal, pela memória do que já aconteceu, pelos projetos que tenho a executar e pela mediação das tecnologias.

O modelo das redes múltiplas de negociação põe no centro das questões não a autonomia, mas a participação, de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder estar em jogo com os fortes, e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e de interesses" (SARACENO, 1999, p.113).

Referências

AGUIAR, A. A. *A Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. RJ, Relume Dumará, 2004.

ALEXANDER, F. G. *História da Psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. SP, Ibrasa, 1980.

ARAGAKI, S. S. *O “Psicológico” na Medicina: um estudo sobre os usos dos Repertórios interpretativos de psicológico nos discursos na Medicina Ocidental Oficial*. SP, PUCSP, 2001. Dissertação de Mestrado.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *DSM Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Transtornos Mentais*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.

BAHKTIN, M. (V. M. VOLOCHÍNOV). *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. SP: Hucitec, 1929/1995.

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984.

BAMPI, L. Governo, Subjetivação e Resistência em Foucault. Em: *Educação & Realidade*, 27 (1), 2002, p.127-150.

BARNES, J. A. Class and committee in a Norwegian island Parish. Em: *Human Relations*, (7): 1964, p. 39-58.

BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. RJ, Jorge Zahar, 2001.

BAUMAN, Z. *Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. RJ: Jorge Zahar, 2004.

BEAUCHESNE, H. *História da Psicopatologia*. SP, Martins Fontes, 1989.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acessado em 21 de junho de 2005.

BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade: as alquimias no mal-estar da atualidade. Em: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. II (1), 1999, p.35-49.

BJORKLUND, R. Psychiatric Labels: still hard to shake. Em: *Psychiatric Services*, 47(12), 1996, p.1329-1330.

BLEULER, E. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1943/1985.

BOURDIEU, P. O Campo Científico. In: *Coleção Grandes Cientistas Sociais*. São Paulo, Ática, 1976.

BOWDEN, C. L. In reply: Potential Overdiagnosis of Bipolar Disorder. Em: *Psychiatric Services*, 52 (5), 2001, p. 688.

BROWN, E. S. e colaboradores. Drug Abuse and Bipolar Disorder: comorbidity or misdiagnosis? Em: *Journal of Affective Disorders*, 65, 2001, p.105-115.

CABRUJA i UBACH, T. Psicología Social Crítica y postmodernidad: implicaciones para las identidades construidas bajo la racionalidad moderna. Em: *Anthropos*, n. 177 – março-abril, 1998, p. 49-59.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.

CANGUILHEM, G. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. Em: *Escritos sobre a Medicina*. RJ, Forense Universitária, 2005a, p.35-48.

CANGUILHEM, G. É possível uma pedagogia da cura? Em: *Escritos sobre a Medicina*. RJ, Forense Universitária, 2005b, p.49-70.

CHEN, Y. R., SWANN, A. C. & JOHNSON, B. A. Stability of Diagnosis in Bipolar Disorder. Em: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (1), 1998, p.17-23.

CLARKE, A. e col. Technosciences et nouvelle biomédicalization: racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences Sociales et Santé*, 2000, 18 (2).

COLEMAN, D. Misdiagnosis of Schizophrenia in Older, Black Veterans. Em: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182 (9), 1994, p.527-528.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. RJ, Xenon, 1989.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. RJ, Graal, 1999.

COSTA PEREIRA, M. E. *A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia*. (200-?a). Disponível em: <<http://www.etatsgeneraus-psychanalyse.net/mag/archives/paris2000/texte88.html>>. Acesso em 23 fev. 2006.

COSTA PEREIRA, M. E. *O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para quê?* (200-?b). Disponível em:

<<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/MarioEduardoCostaPereira.htm>>. Acesso em 8 fev.2006.

COUTINHO, E. S. F. e colaboradores. Confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico em hospitais do Rio de Janeiro. Em: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 37 (4), 1988, p.197-200.

DAVIES, B. e HARRÉ, R. (1990). Positioning: The Discursive Production of Selves. Em: *Journal for the Theory Social Behaviour*. 20 (1), 1990, p.44-63.

DOMÈNECH, M. & IBÁÑEZ, T. La Psicología Social como Crítica. Em: *Anthropos* 177, 1998, p.13-21.

DONZELOT, J. (1980). *A Polícia das Famílias*. RJ, Graal, 1980.

ELIAS, N. *Sobre o Tempo*. RJ, Jorge Zahar, 1998.

EY, H. e colaboradores. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Masson/Atheneu, s.d.

FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. RJ, Tempo Brasileiro, 1984.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. SP, Perspectiva, 1987.

FOUCAULT, MICHEL. *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. RJ, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. Em: *Microfísica do Poder*. RJ, Graal, 1995a, p.99-111.

FOUCAULT, M. A Casa dos Loucos. Em: *Microfísica do Poder*. RJ, Graal, 1995b, p.113-128.

FOUCAULT, M. A Governamentalidade. Em: *Microfísica do Poder*. RJ, Graal, 1995c, p.277-293

FOUCAULT, M. A Política de Saúde no Século XVIII. Em: *Resumo dos Cursos do Collège de France 1970-1982*. RJ, Jorge Zahar, 1997a, p.198-201.

FOUCAULT, M. O Poder Psiquiátrico. Em: *Resumo dos Cursos do Collège de France 1970-1982*. RJ, Jorge Zahar, 1997b, p.45-57.

FOUCAULT, M. Nascimento da biopolítica. Em: *Resumo dos Cursos do Collège de France 1970-1982*. RJ, Jorge Zahar, 1997c, p.87-98.

FOUCAULT, M. É preciso defender a sociedade. Em: *Resumo dos Cursos do Collège de France 1970-1982*. RJ, Jorge Zahar, 1997d, p.69-78.

FOUCAULT, M. *Os Anormais*: Curso no Collège de France (1974-1975). Trad. Eduardo Brandão. SP, Martins Fontes, 2001. (Coleção Tópicos)

GERGEN, K. The Social Construction Movement in Modern Psychology. In: *American Psychologist*. 40 (3), 1985, p.266-75.

GERGEN, K. El Puento Muerto del Conocimiento Individual. Em: *Realidades y Relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, Paidós, 1994a, p.21-50.

GERGEN, K. La Crisis de la Representación y la Emergencia de la Construcción Social. Em: *Realidades y Relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, Paidós, 1994b, p.51-88.

GERGEN, K. El Construccionismo en la Tela de Juicio. Em: *Realidades y Relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, Paidós, 1994c, p.89-123.

GOFFMAN, E. *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis, Vozes, 1959/2004.

- GOOGLE. Disponível em:< <http://www.google.com.br>>. Acesso em 21 jun. 2005.
- HACKING, I. *La Construcción Social de que?* Trad. Jesús Sánchez. Ed. Paidós, Barcelona, 2001.
- HARAWAY, D. Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. Em: *Ciência, cyborg y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid, Ed. Catedra Universitat de Valencia. Instituto de La Mujer, 1991.
- HARRÉ, R. *The Singular Self*. London, Sage, 1998.
- HARRÉ, R. & GILLET, G. *A Mente Discursiva: os avanços na Ciência Cognitiva*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999.
- HUTTO, B. Potential Overdiagnosis of Bipolar Disorder. Em: *Psychiatric Services*, 52 (5), 2001, p.687-688.
- IBAÑEZ, T. Henri, Serge... and the next generation. Em: *Newsletter of the Social Psychology Section*. British Psychological Society, 24, 1991, p.5-14.
- IBAÑEZ, T. La Psicología Social como Dispositivo Desconstruccionista. In: *Psicología Social Construccionista*. Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara, 1994a, p.217-243.
- IBAÑEZ, T. ¿ Como se puede no ser construccionista hoy en día?. In: *Psicología Social Construccionista*. Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara, 1994b, p.245-257.
- IBAÑEZ, T. Construccionismo y Psicología. In: *Psicología Social Construccionista*. Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara, 1994c, p.259-279.
- IBAÑEZ, T. La Construction del Conocimiento desde una Perspectiva Socioconstruccionista. Em: MONTERO, M. (org). *Conocimiento, Realidad y Ideología*. Venezuela: AVEPSO 6, 1994d.
- IÑIGUEZ L. & ANTAKI, C. El Análisis del Discurso en Psicología Social. In: *Boletín de Psicología*, 44, 1994, p.55-75.

JAMISON, K. R. *Uma Mente Inquieta*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.

KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

LEFEVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. SP, Cortez Ed., 1991.

LUZ, M. T. *Homeomatia, Medicina e Arte de Curar*. (mimeo), 1999.

MACHADO, R. Por uma Genealogia do Poder. Em: FOUCAULT, M. (1979/1995). *Microfísica do Poder*. RJ, Graal, 1995, p.VII-XXIII.

MITCHELL, J. C. The concept and use of social networks. Em: Mitchell, J. C. (Ed.). *Social Networks in Urban Situation*. Manchester: Manchester University Press, 1969.

MORENO, D. H. & MORENO, R. A. *Manual Informativo sobre Transtorno Bipolar do Humor*. São Paulo: Lemos Ed., 1998.

MORENO, D. H. e colaboradores. *O Transtorno do Humor Bipolar: Orientação para pacientes, familiares e amigos*. São Paulo. Publicado pela Novartis Biociências S/A, s.d.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

PÉLICIER, Y. *História da Psiquiatria*. Publicações Europa-América, 1971.

PESCOSOLIDO, B. A. Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. Em: *American Journal of Sociology*, 97 (4), 1992, p.1096-1138.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. Em: Spink, M. J. e colaboradores. *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas*. São Paulo, Cortez, 1999, p.183-214.

RETAMAL, P. C. & CODNER, S. C. Diagnóstico Diferencial de Esquizofrenia y Psicosis Maníaco Depresiva. Em: *Revista de Psiquiatria*. XI (3), 1994, p.127-134.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu? Em: *Educação & Realidade*, 26 (1), 2001a, p.33-57.

ROSE, N. Inventando nossos eus. Em: Ellsworth e col. (2001). *Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito*. BH, Autêntica, 2001b.

ROSENFELD, D. *O Psicótico: aspectos da personalidade*. RJ, Vozes, 1993

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. BH/RJ, Te Corá Ed., 1999.

SOUZA, I. M. A. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. Em: Rabelo, Míriam Cristina M.; Alves, Paulo César B. & Souza, Iara Maria A.(1999). *Experiência de doença e narrativa*. Coleção Antropologia e Saúde. RJ,Ed. Fiocruz, 1999.

SPINK, M. J. & LIMA, H. Rigor e Visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. Em: Spink, M. J. et al. *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas*. São Paulo,Cortez, 1999, p.17-40.

SPINK, M. J. *Psicologia Social da Saúde: saberes, práticas e sentidos*. R.J., Vozes, 2003.

STEEL, D. *O brilho de sua luz: a história de Nick Traina*. R.J., Record, 2001.

SZASZ, T. S. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental*. RJ, Zahar, 1978.

TYRER, S. P. & BRITTLEBANK, A. D. Misdiagnosis of Bipolar Affective Disorder as Personality Disorder. Em: *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 1993, p.587-589.

VALENCIO, V. *Um vaso novo*. Floresta, Ed. Alcance, [19--?]

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que concordo em participar da pesquisa de doutorado de Sérgio Seiji Aragaki que está sendo desenvolvida no Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Professora Doutora Mary Jane Paris Spink. Fui informado sobre os objetivos da pesquisa que visa entender as mudanças e permanências na noção de eu e nas redes sociais de pessoas que utilizam serviços de saúde mental e que, tendo sido feita inicialmente uma hipótese diagnóstica por profissional(is) da área, em momento subsequente tiveram seu diagnóstico alterado, também por profissional(is) da área, com consequente alteração das terapêuticas.

Estou ciente de que a entrevista será gravada em áudio, sendo este um procedimento comum dentro dos padrões de ética em pesquisa. O pesquisador se comprometeu a utilizar os dados obtidos de forma a preservar o anonimato, não divulgando minha voz ou revelando dados que permitam que eu seja identificado(a) e que possam me ocasionar prejuízos intencionais de quaisquer natureza.

Entendo que minha participação é totalmente voluntária e que, durante a realização da entrevista, poderei interrompê-la no momento em que desejar.

Este documento foi lido na sua íntegra, sendo que demonstro meu aceite através de minha assinatura.

_____/_____/_____

APÊNDICE B

Convenções para transcrição de entrevistas

Convenções para transcrição de entrevistas

(()) – indicam ações não verbais ocorridas durante a conversa

[] – informações adicionais ou exclusão intencional de informações

<< >>- citação de fala de outra pessoa

(?) – dúvidas na transcrição

APÊNDICE C

Transcrições integrais das entrevistas feitas com profissionais

TRANSCRIÇÃO – ENTREVISTA – Psiquiatra - Dra. Gilda

S - É. Bom, eu conversei com você a respeito de você... alguma vez você ter atendido pessoas e, por algum motivo, elas vêm com um diagnóstico e depois esse diagnóstico é refeito. Queria que você pudesse me falar a respeito disso.

G - Hum. É... Tem muitos casos, de pacientes que vêm, principalmente, com diagnóstico de esquizofrenia, e que vem sendo tratado assim há muitos anos, é... e quando a gente avalia, observa que é um transtorno de humor, né. E, principalmente, os casos mais crônicos, vamos dizer assim, mais antigos, com diagnóstico de doença há mais tempo... os mais, os que têm diagnóstico mais cedo não é com tanta frequência que vêm com diagnóstico errado, se bem que também acontece.

S - Não entendi essa última parte.

G - O... pacientes assim que têm uma história mais longa de doença mental...

S - Hum...

G - Mais de cinco anos, por exemplo...

S - Hum...

G - vem sendo diagnosticado como esquizo e, na verdade, é bipolar, por exemplo.

S - Hum, hum

G - É, os mais novos, por exemplo, de dois anos pra cá, um ano, as primeiras crises, mais recentes, geralmente, têm mais diagnóstico de transtorno do humor.

S - Você diz que, você percebe que há muitos casos. A que você atribui isso? Esse diagnóstico, as pessoas terem um diagnóstico, como você diz aí, de um esquizo, por exemplo, e depois você diz <<que depois a gente avalia e percebe que é um transtorno de humor?>>. Por que você acha que tem tantos casos?

G - Eu acho... que as pessoas não são bem avaliadas. E aí, a partir do momento que o diagnóstico é feito, ninguém pára pra refazê-lo, vamos dizer assim. Fica aquele diagnóstico e ninguém pára para pensar para refazer o diagnóstico.

S - E por que que não são bem avaliadas?

G - Hum... Porquê se fosse bem avaliado dá pra perceber que tem um transtorno de humor associado, né. Tem um...uma alteração de humor, de base, não é só psicose, só... então passa despercebido os sintomas de humor.

S - Tá, mas...aí, você acha que tem haver com o Sistema de Saúde? Você acha que tem haver com a formação? Tem haver com os casos? Você acha que tem haver com o quê, para as pessoas não serem bem avaliadas?

G - Acho que haver com o Sistema de Saúde.

S - Então explica um pouquinho.

G - Que não dá tempo o...pro médico psiquiatra fazer uma avaliação adequada. A demanda é muito grande pra pouco psiquiatra, principalmente em serviço ambulatorial, então por isso que eu acho que esses que têm diagnóstico de longa data são pacientes que foram internados em manicômios, e no manicômio não tinha como você avaliar o paciente adequadamente, né. Agora, com as enfermarias já dá para ter um olhar mais cuidadoso, dá pra ter mais tempo pra ver aquele paciente.

S - Você faz uma distinção nisso aí, entre o serviço público e serviço privado? Ou você percebe... porque pelo que estou entendendo você está dizendo mais de um serviço que...seria o público, é isso?

G - Não tenho experiência em serviço privado, então não dá para dizer.

S - Ah, tá. Quando as pessoas chegam até você para serem avaliadas, então geralmente elas vêm já de um...já de um outro serviço público, é isso?

G - Raros, raros vieram de um serviço privado. Raros... não tão raros, aí...os que vem do serviço privado pode até vir com o diagnóstico correto, mas vêm com um tratamento, é... inadequado, vamos dizer assim, medicação, sub-dose, é..., basicamente isso, um orientação não tão bem feita com o paciente...parece que as pessoas têm um pouco de receio de falar com o paciente. Isso já aconteceu comigo. De vir paciente de serviço privado, de consultório particular, com diagnóstico de bipolar, só que nunca tomou uma dose de estabilizador de humor adequada que controlasse...ah, o quadro.

S - Por quê será?

G - Porque o paciente tem resistência, né, a tomar medicação, a aceitar o diagnóstico, e não sei, o serviço particular, não sei se por conta de ter que pagar a medicação...é não sei...mas, não são dadas as medicações básicas, por exemplo lítio, começa sempre com medicações mais...que têm menos efeitos colaterais, e tudo em dose baixa, fica tudo muito, tudo cuidadoso demais.

S - Cuidadoso demais, parece irônico, é irônico, não?

G - Não é irônico, é..., difícil explicar...heim...é porque é difícil de convencer o paciente, né, num serviço público o paciente aceita melhor, ele...mesmo que ele questione...é, parece que o médico está mais protegido pela instituição para poder afirmar, passar a medicação...No privado parece que ele fica mais cheio de dedos..com receio...pelo menos eu observei isso em alguns casos... principalmente de bipolares.

S - Essa dificuldade de aceitação...?

G - Por parte do paciente, não aceita a medicação, então não tolera efeito colateral,

S - Hum, hum...

G - e aí...o médico não consegue aumentar a dose, dá medicações mais potentes, quer dizer, são necessárias...

S - Hum, hum...Você disse de uma dificuldade de orientar, orientarem mal os pacientes...Orientar a respeito de que?

G - A respeito da própria doença. Da gravidade da doença, fica mais como fatores psicológicos...psicodinâmicos... não fica como uma doença que tem que ser tratada; não trata o sintoma como sintoma, né. É, fica muito nas questões psicodinâmicas, parece que tentando convencer o paciente, e ...pela dificuldade do paciente aceitar a doença, porque se não ele vai abandonar o tratamen ...acho que pelo medo de que o paciente abandone o tratamento. O pior é que ele acaba abandonando o tratamento...,né.

S - Sei..

G - ...porquê não melhora!

S - Lá atrás quando a gente tava falando...você disse que as pessoas muitas vezes não são bem avaliadas, aí você diz que você pensa que é a respeito do Sistema de Saúde, né?

G - Hum, hum.

S - Aliás, o Sistema de Saúde...os médicos têm pouco tempo, são poucos profissionais Você pensa que tem mais alguma coisa que tem haver com o fato deles não serem bem avaliados?

G - Além de poucos profissionais, pouco tempo?...Tem ...que aí depende do profissional, tem profissional que olha mais pro... transtorno de humor, né... E tem profissional que olha menos...não sei se...hum, vê um quadro psicótico e é esquizo e ponto. Só se for um transtorno de humor clássico que realmente, né, ele considere, também vai pelo profissional. Pela formação daquele profissional. Tem profissional que é mais... tem um

olhar mais pro ...antes de fechar o diagnóstico de esquizofrenia ele vê se tem uma coisa de humor, por mais psicótico que seja o paciente, não vai só pelo quadro clássico, de mania, não tem os quadros só clássicos, né. Tem mania, tem os quadros de mania que são muito graves, o paciente fica muito psicótico, mesmo, mas é um transtorno de humor. Tem profissional que não olha para isso, e...talvez pela formação.

S- Pela formação? E você acha que isso de olhar mais ou olhar menos, isso que você tá falando acontece, isso ainda acontece atualmente ou você acha que acontecia antes e não acontece mais?

G - Não, acho que ainda acontece! Ainda acontece porque também cada profissional é..., dependendo do que está estudando, vamos dizer assim, porque tem as especializações, né. As sub-especializações, vamos dizer, a especialização da especialização da especialização. Aí a pessoa acaba olhando, é, fica viciado em, vamos dizer, em ver aquilo... Não olha de uma forma generalista. Não olha o quadro clínico-psiquiátrico como um todo, já tem um olhar mais dirigido, praquilo que ele está estudando, praquilo que ele pesquisa, isso também eu acho que interfere. Então tem, por exemplo, psiquiatras que são só orgânicos, não vê nada psicodinâmico, né. Tem psiquiatra que é mais psicodinâmico, não dá tanta importância para o lado orgânico. É... eu acho que ainda tem que ser uma coisa geral, né.

S - Geral, como assim? Qual é essa diferença? Explica um pouquinho.

G - Por que tem....tem o fator orgânico da doença e tem os fatores psicodinâmicos de cada paciente, né. E ... mas isso já é outra coisa também, né. E tem também do psiquiatra em si, do que ele tá estudando.

S - sei, você acha que ele acaba tendo

G - que ele acaba direcionando.

S - Dá um exemplo.

G - ah, um psiquiatra que estude esquizofrenia... É... lá os... as alterações dos neurotransmissores, essas medicações é... de última geração, ele direciona aquilo, ao quadro psicótico em si, e nem olha o fator psicodinâmico e muito menos se tem o fator de humor associado, por exemplo.

S - Mas isso não ocorreria, por exemplo, também, pensando dessa forma, se a pessoa tiver estudando o transtorno de humor, dela começar a...a fazer diagnósticos mais de transtorno de humor e menos de esquizofrenia, por exemplo, como você está falando?

G - Pode acontecer também. Pode!

S - E você acha que corre o risco então de uma pessoa, de um profissional fazer diagnóstico de um transtorno de humor e na verdade não ser um transtorno de humor?

G - Corre. Aí o que acontece, o que eu vejo mais é fazer diagnóstico de transtorno de humor e ter um transtorno de personalidade associado, isso eu já vi mais acontecer.

S - Mas tem um transtorno de humor sim, ou não, ou só um transtorno de personalidade?

G - Às vezes só tem o transtorno de personalidade... E eu acho que, no momento, em questão de medicação o maior investimento, maior pesquisa, está sendo para os antipsicóticos, né. Então, assim... esses... os atípicos. É o que mais se estuda, no momento. Não sei se tô errada, mas pelo menos não vejo tanto, é... estudo relacionado ao transtorno de humor, não vejo assim medicações, pelo contrário, vejo alguns antipsicóticos que falam que ajudam no transtorno humor também. Mas, estabilizadores de humor, eu não vejo novos no mercado...pelo menos não tanta propaganda, tanta pesquisa.

S - Quer dizer então que parece que tem uma interferência aí da indústria farmacêutica, essas coisas?

G - Também.

S - Pode falar um pouquinho melhor, a respeito disso?

G - Ah...

S - Você falou de investimentos...

G - Ah, acho que é... que são as drogas do momento. Porque está tendo muita pesquisa sobre isso, né. E... a esquizofrenia, eu acho que, do lado orgânico, eu acho que é ...mais simples talvez de estudar do que o transtorno de humor. Mas isso é uma coisa minha, uma idéia minha. Transtorno de humor acho que é mais complexo, acho que mexe com mais coisa. Esquizofrenia já é...tá cada vez mais localizado... onde é a alteração, e aí o pessoal tá estudando (?) biológicas. As (?) biológicas.

S - Você acha que nos transtornos de humor não é isso... que é mais complexo, é isso?

G - Que é mais complexo!

S - Complexo em que sentido?

G - De localização mesmo, de...cerebral, de onde tá a alteração, como age o estabilizador...porque tem uma variedade muito maior, né. Tem sintomas de hipomania, tem mania com sintoma psicótico, tem mania sem sintoma psicótico, tem depressão com sintoma psicótico, tem depressão sem sintoma psicótico. Tem uma variedade assim maior. Esquizofrenia é uma coisa mais pontual. E tá tendo muito investimento, muito, por parte de laboratório, de antipsicóticos, esses de nova geração.

S - Quando você fala de transtorno de humor, você agora acabou de falar de vários tipos possíveis de transtorno de humor, né. Mas no início você falava que vê com muita frequência muitas pessoas que são diagnosticadas como esquizofrenia, mas que na verdade, portam transtorno de humor, você disse. Você pensa que esse transtorno de humor é em geral, você vê que acontece mais da pessoa ser diagnosticada como esquizofrênica e na verdade ter um determinado tipo de...de... de problema.

G - O que eu vejo mais é bipolar, porque é o que acaba indo mais parar em hospital, em internação, estados psicóticos, então, mais assim bipolar com mania psicótica. Os casos mais graves.

S - Porque esses acabam parando em hospital?

G - Porque...pelo próprio quadro, né. De agitação, a gravidade do quadro, tem que ser internado, né. Não dá pra fazer o tratamento ambulatorial, é... e assim, sendo tratado só com antipsicótico e tendo na verdade transtorno de humor, chega uma hora que vai ter uma nova fase, de mania, e vai parar no hospital. Então, o que mais eu vi foi isso. Pessoas que vem sendo tratadas há vários anos como esquizofrênicas e, na verdade, são bipolares que tiveram várias fases de mania psicótica.

S - Tá. E quais são as conseqüências, desse, vamos dizer, entre aspas, aí, desse “diagnóstico errado” pra pessoa diagnosticada? Pra outras pessoas que fazem parte da rede social dessa pessoa?

G - Do paciente, o prejuízo causa na vida dele, né. Porque acaba tendo várias crises, vamos dizer assim, às vezes acaba tendo várias internações, se tivesse tendo um tratamento mais adequado desde o início, evitaria, né. É... e a doença vai se agravando...vai ficando para além dos prejuízos sociais, a doença se agrava, é... precisa de mais medicação para controlar as crises. Então, tem a evolução da doença que é o período entre as crises, cada vez mais curtos, as crises cada vez mais graves, mais intensas, é...e mais difíceis se serem tratadas, precisa de mais medicação, vai se tornando resistente, né. As medicações e os prejuízos sociais e familiares, as várias internações tiram a pessoa da sociedade, estigmatizam, é... causa prejuízo no relacionamento, com a família. É... porque tem... a pessoa fica agressiva, todas as conseqüências de uma crise. É... uma crise de mania onde

gasta dinheiro, tem perdas econômicas. Fora riscos mais graves que podem acontecer, pela própria crise, de... de risco de morte, de exposição, né. Andar no meio da avenida, é... suicídio, auto-agressão, da crise em si, né.

S - E isso acontece, mesmo com o tratamento? Pensando que a pessoa teve um diagnóstico errado lá, tá, segue o tratamento de acordo com esse diagnóstico. Mesmo assim a pessoa pode ter crise, então é isso que você tá dizendo?

G - Pode. O transtorno bipolar, transtorno de humor, tem que ser tratado com estabilizador de humor. Se a pessoa não toma estabilizador de humor, só o antipsicótico, não vai controlar a doença.

S - E isso da pessoa... bom, enfim, teve lá o diagnóstico de esquizofrenia, por exemplo, e... faz o tratamento tomando lá os antipsicóticos, mesmo assim continua tendo crises etc e tal... Nesse ponto de vista, você acha... que ...como é que fica isso para a pessoa, para as outras pessoas, ver a pessoa em crise, mesmo tando em tratamento?

G - Ah! Aí é pior ainda que vai assim a doença já é uma doença de prognóstico reservado, vamos dizer assim, no sentido de que é, são doenças, muitas deixam prejuízo, é...cognitivo, né. Além do... do estigma, que fica a pessoa que é louca.

S - Isso independe do diagnóstico, do tipo de problema de saúde?

G - Isso independe... não. Então, tem o transtorno de humor a pessoa volta completamente ao normal, numa crise bem tratada. Mas se a pessoa vai tendo crise, aí fica completamente desacreditado o tratamento, né. Então para quê que vai tratar, pra quê que vai investir se daqui a pouco vai entrar em crise de novo? Então, melhor que a pessoa seja excluída da sociedade, né. Por isso que ainda tem muito aquela idéia de internação definitiva. Porque a pessoa não vai melhorar. Não vai melhorar, mesmo tomando remédio, ela tem crise todo ano, acontece tudo isso. Então fica desacreditado o tratamento, a Psiquiatria em si, a Saúde Mental.

S - Você acha que isso de ficar desacreditado, é especificamente em relação ao tratamento, à Psiquiatria, à Saúde Mental? Por que fico pensando se isso não envolveria então a própria pessoa, o próprio paciente, do você está dizendo, de ficar desacreditado, ou não?

G - Também. Mas se a pessoa fazendo o tratamento melhora, é... com o tempo ela volta a ser acreditada, né. Já vi casos de pessoas, que tiveram crises graves, que hoje estão bem e cuidam de filhos pequenos, de casa...

S - Mas isso mesmo com diagnóstico e tratamento estarem errados?

G - Não. Não. Se a pessoa não faz o tratamento correto, vai tendo crise, aí, a pessoa fica desacreditada.

S - A pessoa fica desacreditada também?

G - A pessoa também

S- Mesmo que ela faça o tratamento, seguindo a orientação de um médico?

G - Sim.

S- Fala um pouco disso, por favor.

G - Hum... Assim da própria pessoa?

S - Pelo que entendi você diz que a pessoa... é... que foi feito um diagnóstico que você considera errado, que tava fazendo um tratamento errado, é... também é a pessoa que tá desacreditada, é isso? Além do tratamento, além da Medicina, além da Psiquiatria?

G - Isso. Isso.

S - Então, queria que você me falasse um pouco mais sobre disso, da pessoa ficar desacreditada mesmo ela estando fazendo um tratamento.

G - Porque, assim... as pessoas perdem a confiança naquela pessoa. Como que vai dar um emprego, né... Prum rapaz que sabe daqui a uns meses pode ficar louco, entre aspas, né. E ficar agressivo, quebrar coisa, desorganizar. Então, vai dar preferência pra pessoa que não tem problema mental, né. Que não faça tratamento, né. É... sendo que se a pessoa faz o tratamento adequado, não tem mais crise, vai fazendo a reinserção social, no trabalho, na família. É... as coisas vão voltando ao normal. Assim, a pessoa volta a ter uma vida normal, volta a ter as responsabilidades. E as pessoas confiam que ela pode ter essas responsabilidades... porque observaram, realmente não teve mais crises, tá tratando, está bem.

S- Sei. Bom, você me disse, tava falando então da... de que se a pessoa faz o tratamento correto, tem lá o diagnóstico correto, então ela pode voltar a reinserir, essas coisas.

G – Hum, hum.

S - Então me fala um pouco mais das conseqüências da pessoa passar por esse processo de... de acabar tendo outro diagnóstico.

G - Outras conseqüências?

S – É. Porque, pelo que entendi, você falou assim, a pessoa tem um diagnóstico, no caso, lá no início, você deu um exemplo de esquizofrenia, e disse que a pessoa teria um transtorno bipolar, de humor. Depois você disse que poderia... geralmente é transtorno bipolar, mania, com sintoma psicótico. É... aí você diz que então, isso quer dizer que muitas vezes você, enfim, pessoas, profissionais avaliam e fazem lá uma revisão diagnóstica ou fazem um outro diagnóstico, é isso? Fala um pouco... primeiro quem é que avalia, quem são essas pessoas que avaliam, se você tava falando de você mesma? Se você tava falando de mais gente, quem é que faz essa avaliação e essa reavaliação. É... e depois as conseqüências dessa reavaliação pra pessoa e pra rede social dessa pessoa diagnosticada.

G - É... quem faz a reavaliação é geralmente quem tem mais tempo pra observar o paciente. Então agora, com as enfermarias, com um menor número de pacientes. Eu acho que os profissionais tão fazendo, tão... tão conseguindo, né. Avaliar melhor. Então, daí tem... eu falo de mim, né. Da equipe, das outras enfermarias, porque eu recebo lá no CAPS, por exemplo. Pacientes que vêm de enfermarias, vêm com um diagnóstico, às vezes, alterado, né. Revisto. E, já os que vem de manicômios, geralmente, não. Se bem que alguns, também, dependendo. Já vi casos também.

S - Na enfermaria? Da pessoa ter passado por um... uma reavaliação?

G - E ter sido feito uma alteração de diagnóstico.

S – Tá. Com a qual você acaba concordando? Ou você acaba achando que a inicial era...

G - não, acabo concordando com a revisão.

S - Com a revisão?

G – É. E... é... também, em CAPS, agora, onde. Porque em ambulatório, o que se vê, né. O paciente passa muito rapidamente pelo médico. Quase nem é... nem é avaliado praticamente. É só fazer a receita, pegar medicação, por causa da demanda. Em CAPS, o paciente é melhor observado..., ele tem uma maior freqüência... participa de grupos. Então, o trabalho em equipe também ajuda... a refazer esse diagnóstico. A reavaliar. A equipe toda vê, né.

S - E essa equipe?

G - Enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional...é... não só o psiquiatra, né.

S - E quando você fala de enfermaria?

G - Enfermaria... também pela presença da equipe. E... pelo número menor de pacientes. Porque é diferente você avaliar... é... você ter 17 pacientes internados, do que você ter... é... um hospital que tem sete alas, com cinquenta pacientes em cada ala.

S - Tá! Você tá falando da distinção entre dois modelos de atenção à saúde?

G - de... isso... de internação

S - uma que é enfermaria, outra que é hospital psiquiátrico

G - uma enfermaria psiquiátrica no hospital geral. O outro é... hospital psiquiátrico, né. Manicômio.

S - Tá! Você tá dizendo que enfermaria, às vezes, o trabalho acaba acontecendo de uma forma melhor, porque tem um número menor de pessoas atendidas e tem uma equipe que trabalha com essas... é isso? Com essas pessoas?

G - Proporção paciente-equipe. Número de pacientes pras pessoas que estão cuidando, né. S - Humm. É menor?

G - É menor, né. Até pra própria enfermagem, né. No manicômio, fica um auxiliar pra quantos? 30, 40 pacientes?

S - Você saberia me dizer...é... de que mudanças... que conseqüências teve pra pessoa que sofreu esse... essa reavaliação, que acaba tendo um outro diagnóstico ou se submetendo a outra terapêutica? Que conseqüências isso tem pra pessoa?

G - Vi muitos casos que a pessoa nunca mais teve crise. Nunca mais precisou ficar internada. É... se sente melhor, né. De perceber que num... que tem tratamento, né. Aceita melhor o tratamento. É... e volta a ter um funcionamento, né... na vida. Voltam a trabalhar. Voltam a ter responsabilidades. Então até aderem melhor ao tratamento.

S - Acabam se reinserindo, então? É isso que você tá dizendo ? Na sociedade?

G - Acabam se reinserindo na sociedade e aderindo ao tratamento também.

S - Hum... Persiste algo de... preconceito... de...

G - Persiste, mas eu acho que não... não... que gradativamente isso vai melhorando, isso vai passando.

S - É? Você lembra de algum exemplo, de alguém que você tenha atendido? Você poderia me contar? Algum caso que você se recorde? Descrever assim um caso, enfim.

G - Hum... Nossa, tem tantos!

S - Um que chamou muito atenção pra você...

G - Bom... um caso... é... que me chamou muito atenção, um caso do CAPS. Uma mulher que... assim, teve mais de vinte internações... assim, ela já... precisa de muita medicação pra controlar as crises dela, né. De mania, né. E... mas que atualmente dá pra controlar, vai ao CAPS diariamente. É... tem vários prejuízos já, sociais, familiares, né. Mas teve uma coisa boa. Primeiro, é que ela deixou de ter tantas internações, né. Segundo, é que a filha dela desenvolveu transtorno bipolar. E... teve uma crise... Primeiro, de depressão. Depois, teve uma crise de mania, que não aderiu ao tratamento ambulatorial. Ficou internada, e foi a única internação dessa menina. Porque... é... ela não tem prejuízo nenhum, voltou. Tem uma crítica perfeita... do quadro que ela teve. Dos sintomas psicóticos que ela apresentou. Observa isso na mãe, né. Entende a doença da mãe e sabe qual é a evolução se ela não fizer o tratamento, né. Então ela tem uma ótima adesão ao tratamento. Tá com uma medicação só, um estabilizador de humor. Super bem orientada sobre os sintomas. Tudo ela avisa, quando começa a ter qualquer tipo de alteração. E eu vejo essa menina com ótimo prognóstico, né. A mãe, a única coisa, é que agora ela não é internada, ela já estava sendo internada, três a quatro vezes ao ano, né. E agora ela não tem mais internação. Frequenta o CAPS.

S - Antes dela estar no CAPS? Ela veio de onde? Com qual diagnóstico?

G - Ah, diagnóstico de esquizofrenia! E passagem por vários manicômios. Vários, vários, vários. Era isso, era três a quatro internações ao ano.

S - E faz quanto tempo que você atende essa senhora?

G - Essa senhora... desde 2002, né. Três anos.

S - Então, há mais ou menos uns três anos ela não tem mais

G - ela teve duas internações nesses três anos. É, por conta da probabilidade da doença, de... Quando a filha entrou em mania, ela também entrou. Tiveram ...problemas, né... Precisou fazer todo um trabalho com a família. Porque a família queria uma internação definitiva pra ela, né. Foi feito todo um trabalho com a família, porque esse foi um caso assim... dos casos mais graves.

S - Internação definitiva pra essa senhora?

G - Pra ela. E quando essa menina entrou, a filha, entrou em quadro de mania, ela ia ter o mesmo fim da mãe e também já ... e hoje a menina trabalha, tem uma vida social normal. Toma medicação dela corretamente. Adere ao tratamento. Ajuda a dar medicação pra mãe.

S - Parece que teve até uma... mudança no relacionamento da filha com a mãe. Ou não?

G - Teve. Teve.

S - Que mudança?

G - De que ela entende que a mãe... não tem culpa, né. Ela viu... ela mesma teve a crise. Ela sabe... ficou clara a doença, né. Ficou bem clara a doença

S - isso aproximou as duas, então?

G - Aproximou.

S - Você tem idéia de como que era o contexto familiar dessa senhora, antes desse processo de ... revisão?

G - Ela era hostilizada por toda a família... e isso porque queriam que ela ficasse internada. Cada internação que ela tinha, era um pedido pra internação definitiva.

S - E hoje em dia? Ainda passa isso? Acontece isso com essa senhora?

G - Hoje em dia não. Não mais.

S - Como é que é a relação dela com os familiares? Você falou da filha, né.

G - É melhorada! Não é... não é assim... perfeita. Vamos dizer assim... Não é. Com as irmãs, com a mãe, não é... É... vamos dizer assim... muita coisa aconteceu, né. Muita agressão, muita ofensa. É... mas... tá menos... vamos dizer assim

S - muita agressão, muita ofensa?

G - nos períodos de crise da paciente, né.

S - que a paciente fez em relação aos familiares, é isso?

G - É isso. E aí os familiares também com relação à paciente, né.

S - Hã... Por isso que você disse que hoje está melhorada. É isso?

G - Isso. Mas foram muitos anos. Muitos anos.

S - Você disse que ela tem prejuízos, né... essa senhora. Ela tá melhor... mas tem prejuízos

G - tem prejuízos.

S - Que prejuízos?

G - Do que pode chamar de... é... vícios de manicômio, vamos dizer assim.

S - Hum...

G - Vícios de postura, de se colocar como doente... é ... como a louca. Então, também ela precisou de um trabalho pra... e precisa ainda, pra se adequar... no sentido de pra mostrar pra ela que ela tem consciência das coisas, sim, né. Que quando ela está em crise é uma coisa, quando ela não está é outra. Então... porque ela aprendeu a... conseguir as coisas no

grito, na agressividade também, né. De... no sentido de...qualquer coisa ficar brava, todo mundo ficar com medo dela, e tá entrando em crise... E a gente mostra pra ela “Você não está em crise, né”. Então, tende a tolerar. Aí tem todo esse trabalho que a gente faz com essa paciente, continua fazendo... E... agora assim um outro prejuízo... ela precisa de muita medicação pra controlar a doença dela. Muita medicação. Então, dois estabilizadores, precisa do antipsicótico, precisa de benzodiazepínico, em altas doses, né.

S - E a vida social dela? Ela conseguiu se reinserir em alguma coisa?

G - Pelo menos com a vizinhança. Não tem mais hostilidade.

S - Porque antes ela não tinha um bom relacionamento com a vizinhança?

G - Não! E... frequenta o CAPS, né.

S – Hum...

G - Ela vai e volta sozinha, de ônibus.

S - Então, ela toma ônibus sozinha?

G - Toma ônibus sozinha.Coisas assim... (?)

S - Alguma outra coisa que você gostaria de falar a respeito, que eu não perguntei?

G- Acho que não!

S – Muito obrigado, então.

[fim da entrevista]

Transcrição Entrevista – Psicóloga – Tânia

S – Bom, Tânia, você sabe que eu tô fazendo uma pesquisa de doutorado que tá relacionado com pessoas que receberam um diagnóstico na área da saúde mental, fazem tratamento, e depois por algum motivo recebem um outro diagnóstico. Certo?

T – Certo.

S – É... queria que você me falasse a respeito disso.

T – De forma assim... abrangente...

S – Do jeito que você quiser.

T – Então... Eu entrei em contato com isso muito mais na época em que eu trabalhei no ambulatório de saúde mental.

S – Hum, hum

T – Onde eu atendi pacientes... onde eu atendi, por exemplo, um paciente que recebeu um diagnóstico de esquizofrenia, com 08 anos de idade e... minto. Deixa eu me localizar um pouquinho no tempo. Acho que na época ele tinha 11 anos de idade. Ele teve uma experiência de uso de drogas, não me lembro bem do que foi, aí ele teve uma alteração de comportamento relativo aí a esse uso, chegou em casa o pai percebeu, viu, a família levou, o pai era militar, ele levou num médico e o médico pediu pra observar, mas que ele achava que era esquizofrenia. E o pai providenciou pra esse filho uma aposentadoria por essa doença. Ele recebia um benefício desde a infância. Nunca surtou. Nunca teve uma crise, e tomava Haldol®.

S – Desde pequeno?

T – Desde pequeno. E ele fazia uso de Haldol®. E ele não tinha absolutamente nada. Não teve mais nada, nenhum episódio de alteração de comportamento. A única coisa que ele apresentava era um transtorno de personalidade, uma dificuldade de adequação assim de convívio social, ele participava de um grupo de terapia comigo. Fazia dois anos, quando conheci esse rapaz ele tinha vinte anos já participava do grupo de terapia com uma outra psicóloga, no ambulatório e... eu assumi esse grupo e... no contato com ele no grupo ele foi contando a história de como tinha acontecido isso, aí ele me conta que na infância teve essa alteração, que foi levado no médico, que o médico diagnosticou aquela crise que ele teve como uma crise de esquizofrenia

S – Hum, hum

T – e que enfim, era uma doença que não tinha cura, não ia poder trabalhar, que dificilmente ele ia conseguir estudar, essa foi a orientação que o médico deu e que... ele ia ter que ser cuidado a vida inteira, né. Esse rapaz era um filho adotivo e... a família sempre o cuidou como um doente, alguém que não ia poder fazer nada, que não ia poder fazer uma carreira, não ia poder estudar e... ele se manteve em casa, ajudando os pais, fazendo tarefas domésticas, indo ao banco, fazendo coisas que não tinha que assumir nenhuma responsabilidade na vida. Sempre com os pais administrando, aí o pai faleceu e ele ficou com a mãe. E ele sempre fazendo bastante uso desse diagnóstico, da doença, porque a mãe ao longo do tempo foi percebendo que não tinha sentido, que ele era capaz de fazer muitas coisas, que ele ia, participava de grupos, saía com os amigos, levava uma vida, né, aparentemente normal, não trabalhava, não assumia responsabilidades e tudo. A mãe trouxe esse questionamento ao ambulatório onde ele fazia o tratamento. <<Mas que doença é essa? Esquizofrenia é isso mesmo? Porque ele faz de tudo e tal. Às vezes eu até percebo que ele usa droga porque ele vem em casa esquisito e tal, e depois quando eu pergunto mesmo, ele me fala que saiu com os amigos dele, mas que (?)>>

S – Mas o quê?

T – <<se mantinha bem. Assim, passado os efeitos e ele voltava a ficar totalmente bem>>. Mas ele tinha aposentadoria, ele tinha o benefício que ele recebia

S – ligado ao tratamento

T – ligado ao tratamento. E às vezes ele fazia uso do tal Haldol®, às vezes ele não fazia uso nenhum e dizia pra mãe que ele tava fazendo uso. No grupo ele trouxe que não tava fazendo uso há anos, no grupo, comigo.

S – Hã, hã.

T – Aí eu cheguei a conversar com a outra psicóloga que fazia o atendimento, a gente pediu uma reavaliação disso, e o médico constatou que, o médico do ambulatório constatou que ele podia ser uma oligofrenia, que ele podia ter qualquer outra coisa, mas que ele não tinha esquizofrenia mesmo, né. Não chegou a ser fechado nenhuma hipótese diagnóstica pra ele, mas ele levou a vida como alguém que tinha uma doença incurável e como alguém que tava totalmente incapacitado pra vida.

S – Sei...

T – E isso foi sendo trabalhado com ele no grupo.

S – Quem fez esse rediagnóstico foi o mesmo médico que tinha feito

T – Não. Foi o médico do ambulatório. Porque desde então ele vinha se mantendo no tratamento ambulatorial é... com esse diagnóstico. E isso nunca foi questionado. Nunca foi feito uma reavaliação dele, mesmo pelo médico do ambulatório. É... na época ele passava lá com um dos médicos do ambulatório que... recebeu o paciente encaminhado como esquizofrênico

S – Hã, hã

T – e ele acabou passando a mesma medicação que ele tomava. E a única pergunta que se fazia pra ele durante a consulta era se ele vinha se mantendo bem com a medicação. Ele sempre disse que tudo bem, que tava dormindo bem, que tava se mantendo bem, nunca foi questionado esse diagnóstico e começou a ser indagado o diagnóstico quando ele começou a participar do grupo de psicóticos.

S – Quem...

T - Junto com uma psicóloga que atuava no ambulatório.

S – Quem que começou a questionar isso? A mãe dele? As pessoas que tavam junto com ele no atendimento? Foi essa psicóloga?

T – Foi essa psicóloga que começou a questionar esse diagnóstico... que ele trazia.

S – E você sabe porquê?

T – Porque ela percebia que ele não trazia nenhuma crise, pertinente, não fazia uso da medicação, é... ele não tinha nenhum sintoma, né, que pudesse pelo menos indicar que ele pudesse ser um portador de esquizofrenia. Tudo que ele apresentava era um transtorno de personalidade que a gente indagou se isso não veio com o tal do diagnóstico.

S – Como assim?

T – Que a partir do momento em que ele recebeu esse diagnóstico de esquizofrenia

S – Hã

T – ele passou a levar uma vida que, como a família foi orientada que sendo uma doença incurável, né, e incapacitante, porque essa foi a orientação dada pros familiares, eles passaram a cuidar desse filho, né, como alguém que, enfim, não ia poder trabalhar, não ia poder estudar, não ia poder assumir responsabilidades, porque tava sujeito a essa doença que... segundo a orientação que os familiares tiveram, tornavam ele incapaz pra vida, né. Que ele ia ter que sempre ser assistido. Tomar uma medicação que ele deixava ele é...

enfim, sem condições de fazer muitas coisas, né. Desenvolver muitas atividades. E aí essa família cuidou dele como um doente. E ele tinha muitos ganhos nesse tipo de tratamento, tanto que ele recebia. Então muitas coisas que ele queria, por exemplo, sair, fazer uso de droga, quando ele queria sair com os amigos e voltar tarde, ele usava isso de ele ser um cara doente, né. Pra ninguém chamar a atenção. Pra ninguém cobrar uma responsabilidade dele. Pra ninguém ser mais severo ou mais rígido com ele. Ele usava isso com os outros irmãos, né. Ele já tinha uma coisa aí, uma questão com a família, que ele era um filho adotivo então, ele passou a ser o filho mais bem cuidado dessa casa por ter essa doença. Então ele nunca abriu mão dessa doença. Ele nunca trabalhou, nunca fez... fazia algumas atividades em casa, ajudava a mãe com questão de ir no banco, a pagar contas, a organizar pagamentos, atividades assim... domésticas... mas era só isso.

S – Você disse assim que... vocês começaram a questionar até onde ele é... você disse mais ou menos assim <<Até onde o transtorno de personalidade ele levou junto com o diagnóstico>>

T – Isso.

S – Esse levou...

T – Em quanto esse transtorno de personalidade não foi surgindo, né, a partir desse diagnóstico.

S – Depois do diagnóstico.

T – Depois do diagnóstico.

S – Como consequência, é isso?

T – Isso, isso. Como consequência desse diagnóstico. Porque até aí, a gente não chegou, por exemplo, a tá investigando, né, os conflitos que ele tinha ali junto à família que ele relata que isso começou por volta dos onze anos, né. Seria isso de uso de droga, essa alteração do comportamento, que segundo ele, ele ficou muito paranóide, ele via vultos, ouvia vozes, ele ficou transtornado, agressivo. Foi levado ao médico e recebeu esse diagnóstico. Então assim, né, a gente não localizou os conflitos que existiam na família antes disso acontecer. Mas, ele falava claramente do uso que ele fazia da doença pra ele poder ter mais ganhos que os irmãos, né. Pra ele poder ser mais assistido. Pra que as vontades dele fossem satisfeitas. Tudo isso porque ele era doente. E ele extremamente manipulador. E ele usava, por exemplo, o espaço do grupo e isso o grupo devolvia bastante pra ele, né, o quanto... essa atitude dele vinha dele ser mau-caráter, dele ser um folgado, dele ser irresponsável, inconseqüente, né.

S – Como se a atitude dele

T – de, por exemplo, se aproveitar daquela situação de doente, né.

S – E esse grupo era um grupo...

T – de psicóticos.

S – Qual era o objetivo do grupo?

T – Esse grupo era pra tá trabalhando um pouco o aspecto de reabilitação desses pacientes

S – Hã

T – que, por exemplo, todos eles faziam o tratamento, alguns deles eram portadores de transtorno afetivo bipolar, alguns de esquizofrenia. Eram pacientes que vinham estáveis, mas que estavam com dificuldades de voltar a exercer uma função, voltar a participar do mundo da comunidade. Então a gente resolveu atender esse grupo em psicoterapia. E era um grupo de jovens.

S – E você se sabe, você lembra se chegou a estudar, se ele freqüentava

T – Sim, mas até o diagnóstico.

S – Escola.

T – Escola. Depois

S - (?)

T - Isso. Depois a orientação que eles receberam desse médico era de que ele não ia ter condição de continuar estudando.

S – Hum... Aí ele saiu da escola.

T – Aí eles deixaram de obrigá-lo a ir na escola e ele não foi mais.

S – Sei. Você sabe de outras coisas da vida social dele? Ele fazia o tratamento no ambulatório...

T – Fazia tratamento no ambulatório, era super-resistente com participação em grupos é... dos pacientes, das atividades que tinham no ambulatório. E tinha muitas oficinas.

S – Hum

T – E a gente procurou por esse paciente em oficinas terapêuticas e em algumas atividades, por exemplo, bazar e tal. Como os pacientes que tavam bem participavam dessas oficinas e assumiam as responsabilidades ali, faziam a organização do bazar... E ele sempre se recusou. Não queria. Aí a gente chamou ele pro grupo de psicoterapia. E ele foi chamado pra esse grupo de psicoterapia. Aí ele ficou bastante resistente, mas ele acabou participando desse grupo. E ficou... quatro anos nesse grupo.

S – De que idade a que idade, mais ou menos?

T – Bom, quando ele... quando eu conheci o paciente ele tinha vinte anos, ele deve ter chegado mais ou menos, ele deve ter dado o início nesse grupo com dezoito anos.

S – Tá.

T – E ele ficou até os vinte e dois.

S – E depois?

T – E depois ele saiu desse grupo pra participar das oficinas. E gente foi trabalhando junto a ele essa questão é... da possibilidade que ele tinha de tá assumindo, embora ele tivesse recebido esse diagnóstico, dele tá assumindo algumas responsabilidades, que a gente percebia que essas capacidades eram super preservadas, que ele nunca tinha apresentado as crises relativas à doença, né. Ele próprio dizia, ele próprio percebia a diferença que havia entre ele e os outros pacientes. Que eles relatavam como tinha sido. Pra eles a experiência de ter entrado em crise, depois da crise, com o tratamento, o ajustamento do tratamento, outras crises, ou então sintomas menores da doença que às vezes os impediam de continuar exercendo a mesma função, que tinha de ter toda uma adequação de vida. E isso era colocado pra ele no grupo e tal, até que ele se... pensou em ir assumindo algumas atividades.

S – Do tipo?

T – Do tipo, participar do bazar, participar das atividades de urbanização, do caixa, das atividades de culinária, de alguns grupos lá. E... a mãe dele adoeceu. E a gente percebeu que ele começou a tomar um movimento diferente lá, dos cuidados da mãe, levava pro tratamento, procurou, buscou uma atividade, ele era muito amigo da mãe em relação a... ele tinha muita habilidade manual e aí ele começou a fazer objetos do tipo em marcenaria e tal e... vender esses objetos.

S – Você sabe me dizer da vida social dele antes e depois dessa revisão diagnóstica?

T – Olha, o que ele trazia, enquanto atividade, pelo menos nesse período da adolescência, onde ele não teve mais contato com esses colegas da escola, onde ele ficou muito enfiado dentro de casa, a família achava que tinha que observá-lo o tempo inteiro e tal. Então às vezes ele fugia pra ver alguns amigos. E a mãe ficava cheia de cuidados e ia atrás dele, e

trazia ele pra casa. E por muito tempo ele foi obrigado a ficar só dentro de casa. Não tinha contato com ninguém. Depois disso, ele começou a fazer amizades com grupos, por exemplo, é... ele estudava muito, ele lia muito sobre filosofia, sobre religião, né. E... isso em casa. E isso ele sozinho. E aí ele achou um grupo Reichnisch. Aí ele entrou pra uma experiência com esse grupo Reichnisch.

S – Que é esse grupo?

T – Esse grupo é um grupo... É... eu pouco conheço esse grupo. Mas eles têm comunidades, né. Eles seguem um... orientações de um mestre, formam comunidades, e eles praticam algumas das regras desse grupo. E eu acho que é originário de uma... esse grupo Reichnisch é... originário de uma... da Índia, acho que começou lá... Mas enfim, eles formam comunidades e eles vivem assim uma vida austera. Eles fazem... dentro dessas comunidades as mulheres têm algumas atividades, os homens também. Eles vão praticar a meditação, a simplicidade, é... tem algumas regras, alguns exercícios que esse grupo pratica é... pra evolução espiritual, né. E entrou pra um desses grupos, pra uma dessas comunidades. Ficou um tempo num grupo, ficou outro tempo noutro grupo, procurou vários grupos. E ele tinha uma grande variedade de adequação social. Então, ele procurava sempre grupos alternativos... de... hum... dos grupos que ele procurava participar.

S – Quando você fala de adequação social... Como assim?

T – Por exemplo, em estabelecer contato com a própria família, né. Com os vizinhos, com... enfim, as pessoas do meio mais imediato aí.

S- Hum

T – onde ele conseguia ter uma participação mais ativa e tal, era normalmente em meios que tava bem distante da família, bem distante do mundo mais imediato dele.

S – Você faz alguma hipótese?

T – Porque ele fazia isso? Acho que, a mim, no grupo familiar e meio mais no grupo mais imediato ele era visto como doente. E... nesses outros grupos que ele procurava, ele saía muito sozinho, ele ia muito pra XK assistir filmes, né. Quase sempre ele não levava amigo nenhum. Porque quase sempre ele ia sozinho, lá ele ia fazer contatos diferentes, mas ele nunca trazia pra casa, ele nunca falava dessas coisas em casa. Ali ele mantinha aquela questão do doente, impossibilitado, da pessoa que não tinha condições pra nada.

S – Sei. E depois dessa... desse novo diagnóstico.

T – Depois disso houve assim, uma mudança, houve uma... como vou dizer, houve um questionamento desse diagnóstico, né. Mas o médico não chegou a fechar nenhum diagnóstico sobre nada. Mas a gente concluía que ele tinha um transtorno de personalidade, levantando inclusive a hipótese de ele ter também esse transtorno em função dessa alteração que teve na vida dele a partir desse diagnóstico de esquizofrenia. E toda família se adequou ao fato de que ele tinha a doença. E ele próprio, era muito jovem, e ele próprio não sabia se ele tinha a doença ou se ele não tinha a doença. Durante muito tempo ele usou o remédio.

S – Sei.

T - Até que ele perceber que com o remédio ou sem o remédio, hã, que ele podia não usar o remédio, se ele fizesse isso escondido. E fez a experiência de ficar sem o remédio. Ele sentia efeitos indesejáveis com o remédio. Ele ficava duro, muito rígido, com dificuldade pra falar. E assim que ele parou de fazer uso da medicação ele percebeu que ele ficou bem. E ele ficou bem mesmo. Não teve nenhum sintoma.

S – De uma forma geral, na vida desse rapaz, você sabe o que que... o que que mudou? Após essa mudança de diagnóstico?

T – Então, o que a gente percebeu depois da participação dele no grupo, da gente chegar a questionar o diagnóstico com ele, que ele recebeu, essa doença, como era essa doença, e como foi a vida dele, né. E o que apareceu, que crise foi essa que ele teve. É... daí ele chegou a ele mesmo a assumir algumas responsabilidades em casa. Quer dizer, tinha muita coisa que ele não assumia antes. E começou a cuidar da mãe. Que a mãe nessa época tava doente e... normalmente eram os irmãos que vinham cuidar e ele ficava completamente omissos.

S – Hum...

T – E ele começou a assumir esses cuidados da mãe. Ele a levou pro tratamento. Ela tinha alguns problemas cardíacos, ela tinha diabetes, ela tinha um reumatismo. Então ele acompanhou a mãe durante uma internação que a mãe teve, uma cirurgia que ela teve que fazer. Foi ele que começou a assumir umas atividades em casa. Melhorou o relacionamento dele com os irmãos. E... ele começou a administrar a vida financeira doméstica, as finanças da casa. E um dia a gente chegou a questionar isso com a mãe. Porque a mãe tinha muito medo de deixar ele fazer qualquer coisa. Com medo do que pudesse acontecer.

S – E depois que houve essa dúvida em relação ao diagnóstico você disse que ela mesma trouxe, né.

T – Ela trouxe no início do tratamento, que ele ficava muito bem. E ela descobriu que ele não tomava remédio fazia dois anos. Porque ele contou pra mãe. Porque a mãe achou os comprimidos que ele não tinha jogado fora. E mãe falou << Nossa! Você vai entrar em crise!!! Você lembra que o médico falou?>> E ele falou << Oh, mãe, faz dois anos que eu não tomo esses remédios >>

S – E quando ele falou isso, ele tinha que idade mais ou menos, você sabe?

T – Por volta da época em que eu comecei a atender ele no grupo... que a mãe dele questionou.

S – Ele tinha vinte, vinte e poucos?

T – Vinte. A mãe vinha questionando com o médico, mas o médico mantendo o diagnóstico

S – Sei

T – Mas até aí ela não sabia que ele não tomava o remédio. Ela ficou sabendo depois. E ela foi de novo questionar se ele precisava desse remédio, porque ele não tava tomando. E o que a gente começou a perguntar pra ela que que ela via de diferente depois que ele não tomava, e tal, e a gente questionou ele no grupo, e não via nada, né. É... tinha muita gente diferente dele, e ele continuava do mesmo jeito

S – Hã

T – Ela tinha chegado a questionar com o médico porque ela via ele ler, ela via ele estudar, né. E ele com comportamento super normal dentro de casa. Às vezes ele ficava irritado, agressivo com a família, mas nada fora do controle. Tudo relativo a situações, por exemplo, de frustração, onde eles não queriam fazer o que ele queria, onde não deixavam ele sair, onde ele, quando ele quando, por exemplo, começou a usar o cabelo do Reichnisch e ele queria usar o estilo do grupo, a comunidade que ele escolheu, a mãe censurou, achou que isso era da doença dele, que isso era doença. Aí eles impediam ele de participar desse grupo e até chegou a pensar << Ah, acho que ele vai lá pra usar droga, né >>. E então essa mãe levou tudo isso pro ambulatório, pro médico. O médico que disse pra mãe que ela não devia privar ele de ir, que isso não tava alterando em nada. Na época ela não trouxe a questão da medicação porque ela não sabia ainda. E... mas não teve um diagnóstico, não fechou em nada. Não houve uma avaliação melhor, né. Ele começou a trazer essas coisas no grupo, o fato dele não tomar remédio, de ele ter essa discussão, já no grupo psicoterápico que ele

participava. E a gente resolveu questionar com o médico. O médico <<Nossa, pode ser que ele tenha uma oligofrenia>>. <<Pode ser que... será?>>. Foi feita uma reavaliação, mas não foi fechado nenhum diagnóstico, né. Mas, mas ele foi mantido sem medicação.

S – Como se ele não tivesse esquizofrenia, é isso?

T – Isso.

S – Tirou a possibilidade de ele ter, nessa revisão, apesar de ter ficado aberta, excluiu-se

T – a possibilidade dele ser esquizofrênico

S – Excluiu?

T – Excluiu-se. Ficou com dúvida do diagnóstico. É isso. E a partir daí... não pela exclusão, só. Mas pelo próprio trabalho realizado ali no grupo é... que ele foi assumindo algumas responsabilidades, mantendo o contato com as pessoas do grupo, melhorando o relacionamento dele em casa, né. E acabou acho que se apropriando da própria história. Pronto? Acho que esse é um caso interessantíssimo de

S – se apropriando da própria história? O que você quer dizer com isso?

T – Por exemplo, ele não era mais o doente, ele próprio percebia que ele podia viver como qualquer outra pessoa, de assumir uma função, de assumir um trabalho, de usar a capacidade nesse sentido, de ter sempre um responsável que tá dizendo sim ou não pra ele.

S – A impressão que dá é que você tá dizendo que ele também tinha dúvidas a respeito, é isso?

T – Que ele viveu com essa dúvida. Ele viveu com essa dúvida.

S – Apesar de fazer uso etc e tal, mas no fundo parecia que ele tinha dúvida

T – Sim. Se ele era doente ou não era. Porque ele também se sentia inadequado.

S – Sei...

T – Não sei se...

S – Você gostaria de adicionar mais alguma coisa sobre esse caso?

T – Não, é bem isso que chamou a atenção nesse caso, né.

S – Você falou que <<Não sei se...>>

T – Não sei se ficou bem ilustrado. Como é que ficou.

S – Sim. Pelo que entendi, sim.

Pausa pra virar a fita.

S – Bom, Tânia, sobre esse caso que você falou eu tinha pensado duas coisas: quanto tempo faz que você atendeu esse rapaz?

T – Fazem... agora em torno de seis anos

S – Seis anos.

T – Hum, hum.

S – E qual a especialidade desse médico que ()

T – Olha, o médico que fez diagnóstico inicial de esquizofrenia eu não sei. Porque, segundo o pai, ele era do serviço médico, porque o pai era militar. Então, de onde ele trabalhava...

S – Hum, hum

T – E depois quem fez o acompanhamento em saúde mental, foi, se não me engano, de início, foi um psiquiatra. Que atuava no ambulatório.

S – Que disse que depois que vocês questionaram

T – Aí ele passou por vários outros psiquiatras lá.

S – Ah, tá

T – Porque tinha uma rotatividade dos psiquiatras no ambulatório, né. Então, assim, ele foi atendido no mínimo por uns quatro, cinco psiquiatras diferentes desde assim, que eu passei a atender

S – Certo

T – esse rapaz no grupo

S – Esse profissional que fez esse outro diagnóstico

T – que levantou outra hipótese, porque ele nunca mais teve crise etc foi um psiquiatra. Um psiquiatra que ficou um curto período no ambulatório e que não chegou a fazer o tratamento. Só levantou, né, que realmente esse diagnóstico estava inadequado pra ele. Chegou a levantar outras hipóteses, não chegou a fechar nada. Foi embora, e no ambulatório esse rapaz passou a ser acompanhado por outro psiquiatra

S – Não sabe mais o que aconteceu com a hipótese?

T – A princípio ele discutiu com esse psiquiatra que passou a atendê-lo, que de início manteve o paciente assim, sem medicação, né, baseado nos dados que a gente informou e no que tava relatado no prontuário e... Mas depois que ele saiu, eu não sei mais.

S – Aí você saiu do serviço

T – Eu saí do serviço

S – Deixa eu falar uma coisa. Você começou dizendo assim, que costuma ver as pessoas tendo um diagnóstico, fazendo tratamento, continuar tendo crise e, depois num outro diagnóstico, começou vendo isso no ambulatório

T – Hum

S – Bastante casos.

T – É

S – Quería que você falasse isso. Sobre a frequência ou o que mais você observa acontecendo

T – Olha, frequência é massiva, assim. Porque quando eu entrei no serviço ambulatorial, foi uma época em que o pessoal tava organizando o serviço, os grupos psicoterápicos tinham em geral vinte e cinco participantes, é... não tinha nenhum programa específico, não tinha nenhum projeto terapêutico, enfim, né, era uma bagunça assim o serviço. Mas aí teve uma fase ótima, onde tava entrando um pessoal novo, saiu o padrão de lotação do serviço, entraram mais psicólogos, entraram mais oito psiquiatras, né. Um pessoal com uma formação diferente e assim, né, na época, nessa época em que eu entrei houve uma necessidade da gente tá levantando, fazendo toda uma revisão diagnóstica porque a gente observou que 78% dos pacientes aderidos ao tratamento do ambulatório tinham o diagnóstico de esquizofrenia.

S – Hã

T – E em geral, tomavam neuroléptico, entravam em crise, muitas reinternações. Hã, é... e assim, tinha muito paciente, por exemplo, que a gente atendia e via assim, que o diagnóstico tava totalmente errado. Não tinha a mínima sintomatologia que fosse condizente com aquilo que tinha na ficha do paciente. Aí conversando na equipe, foi na época que a gente organizou o programa de atendimento lá, dividiu, fez um programa pra psicóticos, um programa pra neuróticos graves, e nisso tudo a gente começou a levantar, fazer entrevista com família e com cada paciente aderido no tratamento.

S – Sei

T – E... tratar... fazer uma revisão diagnóstica. Isso logo de início. E aí a gente percebeu que assim, em 40% dos casos, pelo menos, o diagnóstico tava errado. E a condução do tratamento também. Então tinha, por exemplo, tinha paciente que tinha transtorno afetivo bipolar cuidado como esquizofrênico. E isso era muito comum, muito frequente.

S – E você disse que essas pessoas não tinham tratamento e continuavam tendo crise

T – Hum, hum

S – por causa disso.

T – Isso. Porque assim... o tratamento se restringe, por exemplo, o paciente que tinha transtorno afetivo bipolar tava com diagnóstico de esquizofrenia. Ele era tratado com neuroléptico e com benzodiazepínico, né. E... continuava tendo crises, continuava reinternando, né. Esse diagnóstico, apesar de o pessoal ser internado, voltar de uma internação, às vezes tem alguma mudança, alguma alteração na medicação do paciente... Quando anos que o paciente tava lá dentro do ambulatório, se mantinha a mesma conduta

S – Certo

T – quando esse programa foi implantado lá e a gente fez essa revisão diagnóstica lá, a gente começou a tá estabelecendo uma forma de tratamento diferente. E essas reinternações caíram assim, absurdamente

S – Por causa dessa revisão?

T – Por causa dessa revisão.

S – Tanto do diagnóstico quanto da terapêutica?

T – Exatamente.

S – Bom, mas você tava me falando de um tempo passado.

T – Hã.

S – Mas você continua trabalhando na área, não é isso?

T – Continuo

S – Você continua percebendo tudo isso? Ou você acha que hoje isso é tudo diferente?

T – Então. Hoje, por exemplo, acho que existe uma exigência nos serviços, como lá, por exemplo, lá em Y, no ambulatório onde eu trabalhei, né. Não tinha essa exigência pro médico que atende no ambulatório ter uma formação em psiquiatria. É... eles recebiam um treinamento... básico, e esse treinamento era a habilitação necessária pra que eles tivessem atuando como psiquiatras, né. A única exigência é que fossem médicos e... então, assim, era bastante deficitário, até mesmo por não ter conhecimento específico, não ter uma formação específica, acho que isso era uma questão... Porque assim, você podia ter quatro, cinco casos com diagnóstico, você tinha 70% dos casos, interferiu bastante, né. É... hoje existe uma exigência maior dessa formação

S – Hum

T – na contratação do profissional. Então, acho que isso melhora bastante a qualidade do serviço... Isso hoje. Embora a gente ainda continue vendo que isso... continua acontecendo.

S – Continua acontecendo, apesar disso?

T – Apesar disso.

S – Então fala um pouco disso, de continuar. Com que frequência você costuma ver isso...

T – Por exemplo, eu vejo isso aqui, né, no serviço atual bem menos do que eu via lá

S – Hum

T – Eu acho que lá pelas condições que eu já citei, que não existia formação específica pra você poder atuar. Aqui eu continuo vendo bem menos, mas ainda vejo. Numa frequência muito diminuída...

S – Mas você acha que é irrelevante?

T – É extremamente relevante.

S – Apesar de ser bem menos, é isso?

T – Apesar de ser bem menos. Porque assim... por menos que seja, quando você tem assim, uma avaliação diagnóstica interrogada, né, você já não fecha esse diagnóstico. Porque da crise, não ficou clara, não ficou, não deu pra ter realmente certeza do diagnóstico daquele paciente. Então você continua interrogando, continua investigando até você fechar, e entra

com a terapêutica que... controla os sintomas, mas você não chega a fechar o diagnóstico sobre a doença, é uma coisa. Se você fecha um diagnóstico, né, a tendência dos serviços em geral, o modo como eles... Por exemplo, a rede de saúde mental, os ambulatórios vivem superlotados. Você tem hoje profissionais com formação específica pra atender com uma condição péssima pra atender, as consultas são realizadas num tempo... ou seja, elas não são realizadas, né. Porque o médico tem um tempo pra tá consultando o paciente que é mínimo

S – Hã

T – então, se você tem uma investigação diagnóstica aí a fazer, se você tem uma revisão aí pra fazer, se você precisa tá... ouvindo, tendo uma escuta melhor pra tá investindo numa terapêutica mais assertiva pra aquele quadro, pra aquela doença, você não consegue, pelo tempo que você tem pra atender esse paciente. O que em geral ajuda, é que hoje você tem uma equipe multidisciplinar pra fazer esse atendimento. E isso ajuda bastante quando, por exemplo, o médico consegue ter um tempo, parar, fazer uma discussão dos casos, ter uma troca de idéias sobre os casos atendidos. Então, quando ele consegue ter esse retorno, quando ele consegue tá, o serviço permite uma discussão, eu acho que isso ajuda bastante. Mas não sana o problema, né. Tem muito pouco serviços, um atendimento muito deficitário, e às vezes tem profissionais muito pouco preparados... E quando o profissional tem um preparo bom, ele não tem o tempo necessário pra fazer uma boa avaliação e um bom seguimento com o paciente.

S – Você diz que tem muito profissional pouco preparado, apesar de ser uma exigência

T – Apesar da exigência, né, você tem muitos profissionais na área que não têm esse preparo.

S – E a que que você atribui isso?

T – Olha, Sérgio, acho que tem muitos fatores. Mesmo a falta de investimento, mesmo, das autoridades com a Saúde Mental, eu acho que sempre foi uma coisa colocada no canto... Então, acho que sempre teve uma despreocupação, né, geral, com a Saúde, mais especificamente com a Saúde Mental, sempre foi colocada num canto mesmo. E... a falta de mobilização, né. A falta de informação...

S – Falta de mobilização por parte de quem?

T – Dos próprios profissionais de Saúde Mental, né. No sentido de exigirem melhores condições pra tá atuando, de tá forçando mesmo essa mudança de uma ação de uma equipe que atende em Saúde Mental. E... dos serviços investirem nisso.

S – Você falou de um panorama geral, mas tudo bem.

T – Hum, hum [risadas]

S – Você tava falando aí de dois motivos pelos quais você via e continua vendo esse... esse (?) do diagnóstico e tudo mais

T – Hum, hum

S – Uma era quando você tava no ambulatório que você falava que tinha a questão dos profissionais não serem

T – não ter exigência nenhuma de contratar um profissional com formação específica

S – específica... E outra, que você diz atualmente, falta de tempo

T – Hum, hum

S – pro atendimento

T – Hum, hum

S – A falta de um interesse maior das autoridades (?)

T – Hum, hum

S – Mais alguma coisa que você pensa que contribui pra acontecer isso? Esses diagnósticos... De pessoas que têm um diagnóstico, fazem tratamento, continuam tendo crises, depois passam por uma revisão diagnóstica?

T – Então... agora não me vem nada... Além desses fatores que eu acho assim, que são de grande interferência...

S – Tá bem. Quais são as conseqüências pra pessoa, ou mesmo pra rede social próxima das pessoas é... quando elas têm esse diagnóstico que... vamos chamar de errado, mas que fazem tratamento. Quais são as conseqüências pessoais, locais, sociais?

T – Então, acho que pegando um pouquinho até esse caso que eu citei, né, do diagnóstico errado, que que a gente percebeu... que por conta desse diagnóstico esse rapaz, por exemplo, ele articulou tanto da vida dele em cima desse diagnóstico. A família, né, que por exemplo não valorizou o fato dele tá investindo nele socialmente, porque já que ele era um doente, ele era um esquizofrênico, a vida dele ia ser mais ter de ficar dentro de casa. Porque essa foi a concepção que foi passada pelo médico pra esses familiares. Ficar dentro de casa, ficar cuidado, da família tá atenta, porque ele fazia coisas mesmo sem sentido, mesmo com a medicação e tudo mais. Que não ia ter condições de estudar. Então, pra ele as seqüelas foram gravíssimas, né. Até o próprio círculo de amizades, porque a família o protegia disso, porque ele passou a ser uma pessoa sem condições de tomar conta desse aspecto

S – Supostamente.

T – supostamente, né. Então a família superprotegia. É... as relações sociais dele ficaram totalmente modificadas. Ele próprio entrando nesse diagnóstico se sentia totalmente diferenciado dos amigos, né.

S – Hum

T – Os amigos tinham um acesso a uma porção de coisas, a uma série de coisas que ele não tinha, né. Então, estudo, carreira, profissão, é... que pelo que a família passava e o médico que o cuidava passava, ele era uma pessoa que nunca ia alcançar isso, né. Então assim, se afastou dos amigos dele, se sentia totalmente isolado do grupo. E a gente percebeu que ele próprio se isolou do grupo que ele tinha um contato super normal com todo mundo, né. (?) Por causa do diagnóstico, da vergonha, do enfrentamento desse diagnóstico e pelas condições que foram apresentadas a ele que a doença traria, ele passou a ser um ser diferente dos outros seres. Então, os grupos que ele procurava se enturmar eram sempre grupos, né, que tinham uma outra característica, né

S – Sei

T – grupos alternativos, né... Enfim, de pessoas que levavam uma vida comum, ele não se sentia dentro desses grupos, né. Então, ele próprio se isolava desses grupos. Até ele trabalhar isso ali né, em psicoterapia, onde a gente foi quebrando um pouquinho esse padrão de funcionamento, mostrando pra ele, né, o que esse diagnóstico fez, o que a família trabalhou, como os serviços de saúde trabalharam. E isso era trabalhado pelo próprio grupo.

S – É? Quais as conseqüências dessa revisão pra essa pessoa ou mesmo pra outras pessoas que você tenha atendido

T – (?) muito difícil. Muito difícil

S – Hã

T – porque ele teve esse diagnóstico muito cedo, né

S – Sei.

T – então, assim, ele já tinha vinte anos. Então ele levou uma vida toda, toda uma adolescência, né, até aquele momento vivendo como um esquizofrênico

S – Sei

T – se sentindo à parte das pessoas “normais”, né. E... então assim, mudar toda a rede de relações, mesmo as familiares, né, pra ele foi muito difícil. Tinha uma série de condicionamentos familiares ali. Dele ser um doente, dele precisar ser cuidado, dele não ter capacidade pra nada, né, da coisa do remédio que ele tomava, que eles assessoravam como se fosse uma criança, e que ele burlava há anos isso, uma coisa declarada isso. E... mesmo que não tivesse sintoma nenhum, ele escondia. Pra quebrar todos esses condicionamentos familiares foi muito difícil. Então, ele foi dando passos. Então ele foi, por exemplo, se sociabilizando mais nos grupos ali no ambulatório e isso ele foi estendendo, levando pra rede social dele lá fora, fora do serviço, né. Ele começou a encontrar colegas que o viam, e ele próprio se via como o bicho estranho, né, a coisa esquisita, né

S – E ele começou a encontrar

T – e ele começou a fazer mais contato, comunicar melhor com essas pessoas. Ele tinha uma atitude arrogante de defesa, assim, né, que... protegia ele um pouco de um complexo de inferioridade que ele trazia desde a data do diagnóstico, por ser uma pessoa doente e diferente. Então a gente foi vendo que essa atitude foi se rompendo, foi se quebrando, e ele foi conseguindo se colocar mais... no mundo. Começou a cuidar da família, né. A família à princípio ficava meio assustada com tudo isso, com muita dificuldade de confiar na capacidade dele de fazer...

S – Mas aos poucos isso foi mudando

T – Foi mudando. Até o momento em que eu deixei esse atendimento, que eu saí do ambulatório, ele tava participando de um trabalho, no ambulatório mesmo e ele passou a estender isso com um trabalho que ele fazia, queria um trabalho independente, né. Que ele fazia artesanato, e ele começou a se comunicar com algumas lojas, alguns locais, passou a fornecer, a vender oficialmente as coisas dele. Porque antes ele guardava no quarto. Não tinha valor nenhum

S – Hum

T – então ele passou a valorizar isso, a levar, vender, viver disso também, não só daquele benefício que desde criança ele teve, na época acho que era uma norma, como filho de militar e tal, que ele tinha direito a essa pensão vitalícia por conta do diagnóstico. E não tem porquê, né. E enfim, a gente foi percebendo pequenas mudanças, a partir dessa revisão

S – Sei

T – e então, no momento em que eu deixei ele, ele tava realmente conseguindo é... se colocar mais, né, ampliar a rede de relações. E... deixar essa atitude arrogante, pra gente foi um sinal muito claro do quanto ele não tava precisando muito se proteger por ser “diferente”.

S – Que diferente...

T – Do quanto era difícil pra ver isso, né. Porque ele viveu assim.

S – Do quanto era difícil ver isso...

T – Quebrar isso.

S – Sei.

T – O grupo trabalhou muito

S – Você disse que ele participava de uma terapia em grupo, é isso?

T – Hum, hum. O grupo dava muita devolutiva pra ele sobre essas questões, né, que viam que ele não tinha nada disso. Não identificavam os problemas dele com os problemas dos pacientes psicóticos do grupo. E ele foi se situando...

S – Sei.

T – Mas o grupo o acolheu e acabou sendo extremamente terapêutico. Muito bom.

S – Você lembra de algum caso mais recente que você tenha atendido ou visto, onde isso aconteceu?

T – Então, Sérgio. Até lembro. Lembro de... preciso... dá uma desligadinha.

[Pausa devido gravador ter sido desligado].

S – Bom, Tânia. Você... eu tinha pedido pra você, pra você ver se recordava de algum caso mais recente

T – Hum, hum

S – que você tenha atendido alguma pessoa que teve um diagnóstico, durante um tempo fez tratamento

T – Hum, hum

S – e que acabou tendo um outro diagnóstico posteriormente. Aí você pediu pra desligar o gravador pra você pensar.

T – Hã, hã. E eu lembro assim... depois que você deu a sugestão de eu tá falando, veio alguns casos assim na minha lembrança, né. Acho que o último caso que eu lembrei foi aquele que eu relatei, é... de uma paciente que tinha, que era epilética e... veio pra cá ser atendida no pronto-socorro e... de mais ou menos um ano pra cá ela vinha com alteração do quadro e foi orientada pela psiquiatra de que, a mãe recebeu essa orientação da psiquiatra, de que, além da epilepsia ela também tava com uma doença mental. Ela vinha apresentando crises de agitação e agressividade e... foi passado, foi prescrito pra ela Haldol®, Diazepam, acho que era isso. Além da medicação pra controle das crises convulsivas, que ela já tomava... Ela chegou aqui com esse diagnóstico, fazia um ano que ela havia apresentado essas crises. Embora com o uso da medicação, que ela não vinha fazendo uso, a mãe dava o remédio e deixava pra ela engolir.

S – pra epilepsia?

T – Não. O remédio que foi prescrito pras crises de agitação foi entendido como crises onde ela... se mostrava psicótica, né. E que foi diagnosticado, o que foi pelo menos orientado à mãe de que além da epilepsia ela tava tendo, havia desenvolvido uma doença mental.

S – E isso você disse que esse diagnóstico veio com essa psiquiatra desse local aqui

T – do local aqui. Do Pronto-Socorro, da plantonista.

S – Tá

T – Então essa psiquiatra vinha acompanhando essa paciente no pronto-socorro, prescrevendo essa medicação, e mantendo essa orientação. Então, a família, ela mora sozinha com a irmã, essa paciente, e ela tinha crises quando contrariada, quando frustrada, onde ela se mostrava extremamente psicótica, ouvindo vozes que diziam pra ela agredir a mãe, pra ela quebrar a casa, né. Que diziam pra ela destruir as coisas em volta dela. Às vezes a mãe queria sair, não podia sair por conta dessas crises. E a mãe não entendia porque, a despeito dela tá fazendo uso da medicação, ela vinha mantendo essas crises

S – Hã

T – Aí ela teve isso repetidas vezes durante o ano, ela ia pro pronto-socorro, era medicada. Ela chegou a ir pra casa de outra irmã, em outra cidade, porque a mãe tava com problemas de saúde e essa irmã foi cuidar dela, que sendo doente e ficando nesse estado, tava difícil pra mãe que tava com problemas físicos, tá conseguindo controlar ou contê-la, às vezes, quando era necessário, quando ela tinha essas crises psicóticas. Essas crises duravam umas duas horas. O que não caracterizava crises de um transtorno psicótico mesmo. E era sempre reativo a situações de contrariedade, de frustração. Então isso foi o que foi possível colher na entrevista com ela aqui. Aí nem tinha sido feita a reunião junto à família pra pesquisar melhor essas crises que ela tinha. Mas quando ela apresentava isso, essas crises, aqui na

enfermaria a gente verificou que não correspondia, né, a esse diagnóstico. E ela tinha... simulava crises convulsivas também, que ela simulava desmaios, e que nesses momentos ela ficava agressiva e dizia ouvir vozes é... justo pra... assim, esses sintomas como justificativa dela poder agredir, né, as pessoas que tavam contrariando a vontade dela. Ou que tavam contendo, impondo uma regra que ela não queria aceitar. E isso a gente pode verificar num período muito breve aqui na internação. Quando a gente fez a entrevista com a família pra colher essa história, fomos confirmando a hipótese de que ela não tinha uma doença mental, né. E que fora dessa história das crises convulsivas, que não foi confirmado, mas que a epilepsia dela tava sob controle, com a medicação que ela tomava, que ela não tinha mais crises, que esses desmaios tinha uma simulação, né, que ela usava esses sintomas devido toda uma frustração dela com a própria vida, né. Depois de uma decepção amorosa, né. E dessa coisa dela achar que nunca ia poder se realizar afetivamente. Ela ficava muito agressiva com a irmã e... ela justificava essa agressividade dizendo que eram as vozes que ela ouvia, que eram os sintomas que ela tinha aprendido a manifestar e que... ela é... quebrava as coisas, controlava o movimento da mãe, enfim, ela dava um jeito pra que tudo ficasse girando em torno dela.

S – Quando você diz aprendido, ela tinha aprendido esses sintomas

T – Ela tinha aprendido esses sintomas. Ela já tinha ficado dias numa observação de pronto-socorro e... nesse período, né, os médicos pesquisavam junto à família. <<Você escuta vozes?>> <<São as vozes que falam...>> Então na entrevista, essa sugestão

[Pausa. Término da fita].

S – Bom, você tava falando das vozes (?)

T – Isso. E depois eu falei de tá investigando esses sintomas, né. Se ela realmente ouvia vozes, como eram as vozes, se as vozes falavam alguma coisa, vozes que mandavam quebrar, se as vozes mandavam ela agredir. Então, todas essas perguntas ela ia respondendo positivamente, daí a gente percebia que na abordagem com ela tudo isso era muito frágil, daí quando você fazia uma investigação mais profunda, aquilo não tinha consistência, né. Que ela fazia caras, ou seja, ela tinha gestos de quem inventava aquelas vozes e tudo. E a gente percebeu que era simulação, não eram sintomas reais.

S – Mas nesse caso específico, você acha que esse diagnóstico que foi feito de algo relacionado a psicótico, o que que você acha, você que acompanhou o caso, você acha que isso aconteceu porquê? Esse diagnóstico

T – Porque que foi dado esse diagnóstico?

S – Sim.

T – Eu acho assim, esse diagnóstico foi fruto de uma avaliação pouco precisa, né, de uma investigação pouco precisa dos sintomas da paciente.

S – Sei... Você pode supor alguma coisa de porque isso acontece? Porque isso aconteceu?

T – Porque que aconteceu essa imprecisão?

S – É.

T – Acho que uma falha da escuta mesmo, da observação durante o atendimento

S – Hum

T – Outra é que ela era sempre acompanhada por um plantonista do pronto-socorro, que era sempre um plantonista diferente que a atendia, né

S – Sei.

T – Todos os plantonistas a atendiam, a medicavam pra aquilo que aparentemente ela apresentava e aí ia pra casa, né. Então ela não tinha um seguimento, ela não tinha uma

avaliação de alguém que a acompanhasse constantemente, que acompanhasse essa evolução aí.

S – Isso você tá dizendo nessa observação aí

T – Na observação

S – No pronto-socorro

T – Isso.

S – Porque você disse que depois ela chegou a fazer um certo acompanhamento com essa psiquiatra que fez esse primeiro diagnóstico, é isso?

T – Isso. Ela chegou a passar com essa psiquiatra que fez o diagnóstico umas quatro ou cinco vezes antes de ser internada aqui por outro plantonista.

S – Mesmo assim não foi feita uma revisão no pronto-socorro, antes?

T – Não.

S – Isso aconteceu na enfermaria.

T – Hum, hum. E ela subiu pra enfermaria com hipótese diagnóstica de transtorno psicótico a esclarecer.

S – Eu sei que você já falou, mas eu queria que você falasse novamente, especificamente nesse caso aí, quais as conseqüências desse erro de diagnóstico e depois dessa revisão. Tanto pra pessoa quanto pra outras pessoas envolvidas, próximas.

T – Hã, hã. Então... é... essa moça, antes desse diagnóstico que tinha mais ou menos uns oito meses, né, porque antes disso ela começou a apresentar esses desmaios, né, essas crises de agressividade, assim que ela teve um envolvimento afetivo. E quando ela começou a apresentar isso, tinha toda uma dúvida da família de o que que é isso. Como ela já tinha tido crises convulsivas, né, anteriormente, que vinham sob controle, com medicação, acompanhamento médico, eles su... fizeram a suposição de que o remédio não tava sendo suficiente pra controlar essas crises, né. Mas como as crises foram sendo, ficando mais graves, ou seja, ela foi ficando mais agressiva com relação aos familiares eles vieram buscar a ajuda de um serviço de saúde que pudesse orientá-los com relação a o que estava acontecendo com ela, né. Na medida em que eles receberam esse diagnóstico de ser uma doença mental que ela desenvolveu, né, além da epilepsia, que ela já tinha

S – Sei

T – essa família passou a lidar com ela de uma outra forma. Ou seja, ela desenvolveu um papel em casa. Ela tinha funções, ela tinha regras, ela tinha normas, a mãe trabalhava fora, então ela assumia certas responsabilidades quando a mãe não tava, é... fazia os contatos dela fora, amigos e tudo, freqüentar a igreja, as pessoas que conviviam com ela, os relacionamentos dela eram tranqüilos até aí. E ela tinha uma atividade fora de casa, junto à comunidade. Desenvolveu um trabalho junto à igreja.

S – Isso tudo antes dela ter recebido o diagnóstico de transtorno psicótico a esclarecer?

T – Isso. Isso. Antes de ser diagnosticado como uma doença mental.

S – No hospital.

T – Isso. É aí quando ela recebeu esse diagnóstico, ela, teve um evento importante aí, porque assim, a questão do envolvimento com o namorado, é... um envolvimento sexual com o namorado que foi veiculado ali na igreja que ela freqüentava. E... isso foi levado a público. E esse namorado foi cobrado de tá levando um relacionamento fixo com ela, né, se casando com ela, e aí sumiu, desapareceu. Aí então ela deixou de freqüentar a comunidade, quando as pessoas iam visitar ou chamá-la pra participar, aí ela tinha essas crises psicóticas, né. Então ela ficava enlouquecida, ela quebrava tudo, arrebentava tudo, agredia a mãe, né. É... ela durante as crises ela falava muito da irmã ser casada, ter filhos, de ter uma vida que

ela não podia levar, e ela agredia fisicamente a irmã, que a irmã tentou ajudar, que a irmã tentou buscar um outro ambulatório, num outro município, que desse um outro remédio, que pudesse controlar essas crises dela. Ela teve que viver com essa irmã durante um tempo. Ela foi super agressiva com essa irmã, com os sobrinhos, com os filhos dessa irmã. Enfim, acho que por falta de um diagnóstico preciso do que tava acontecendo com ela, essa família foi totalmente mexida na dinâmica, né. E a mãe passou, por exemplo, a não poder trabalhar regularmente, pra tá cuidando dela, desses episódios, a irmã também deixou uma série de atividades pra cuidar dela, desses episódios, e tudo se voltou pra ela. E... e aí ela continuou nesse estado sempre, isso alimentou essa atitude, esse modo dela lidar com um problema real...

S – E depois que foi feito a

T – Então, a gente não tem o seguimento, né, do paciente depois dessa internação

S – Sei

T – que ela foi encaminhada é... depois que a gente viu que o que ela tinha era reativo a essa frustração que ela teve, a dificuldade dela de entrar num enfrentamento dessa perda, de elaborar esse luto e ter uma auto-estima muito baixa. E... ela foi encaminhada pra uma psicoterapia e foi orientado aos familiares porque que ela vinha apresentando aquilo, porque... aquelas crises não eram decorrentes de uma doença mental, mas o modo dela tá lidando com a vida que não tava boa, a gente mostrou pros familiares o quanto ela não tava gostando, por isso ela vinha funcionando dessa maneira. E que o importante é que aquilo não interferisse na dinâmica da família e que, como retaguarda, o que a família podia fazer, estimulando a paciente a fazer uma psicoterapia, a participar de um processo terapêutico pra ajudar a paciente tá encontrando outras formas de tá lidando com essas frustrações. Aí a gente perde o contato, depois. Porque a gente não tem o seguimento aqui, encaminha ela pro ambulatório e a gente não sabe, a partir desse rediagnóstico, dessa nova orientação, né, o que que vai acontecer. Mas a gente percebeu nessa reunião o quanto essa família parece que se sentiu aliviada. Porque eles tinham todas essas dúvidas.

S – Sei.

T – Essas mudanças dela repentinas. Essa melhora repentina, né. Eles percebiam que muitas vezes vinham diante das contrariedades esse tipo de crise. Eles chegaram a pensar <<Ah, mas então não pode contrariar, frustrar. Porque se frustra, a doença piora>>. E... e depois do esclarecimento, parece que eles se sentiram muito tranqüilos, né, muito... assim, aquelas dúvidas que eles tinham quanto à doença, ou se aquilo não era mesmo uma forma dela tá manipulando todas as pessoas, porque ela não tava feliz. O quanto a... suspeita que a família tinha era correta. E partir daí eles puderam de forma mais tranqüila, eles entenderam isso, eles ficaram mais tranqüilos em relação à situação.

S – E pra própria pessoa, essa paciente, foi feita algum tipo de orientação?

T – Foi feita a mesma

S – Porque pelo que você disse, era ela que chegava e dizia que ouvia vozes, que mandavam bater, quebrar etc

T – Hum, hum. Ela começou a apresentar uma resistência muito grande quando a gente começou a pontuar pra ela o que observava, né. Mas à medida em que todos os principais problemas relacionados com essa frustração que ela teve, a raiva que ela vinha sentindo da vida que ela levava, dela mesma, ela parou de referir os sintomas. Ela parou de desmaiar. Ela parou de ter crises. E quando ela segue as orientações que a equipe deu, né, num tempo breve de abordagem, ela se mostrava simplesmente resistente a entrar no contexto, a falar sobre o que ela achava, sobre o que ela via. Mas ela aceitou a orientação, aceitou o

encaminhamento, e se manteve numa postura bastante arredia. E a partir daí a gente não sabe.

S – Arredia?

T – Arredia. Assim, sem entrar na discussão, né.

S – E você atribui isso a quê? Esse jeito

T – É que é um momento onde ela tava é... acho que, a pontuação que foi feita à família, a orientação que foi feita a ela, falar pra ela que a gente tava percebendo que aquilo não vinha da doença, mas de um jeito dela lidar com as frustrações que ela teve na vida, com a própria vida dela, com o jeito que ela era e tudo mais, parece que deixou ela assim, as defesas que ela não tava usando mais pra lidar com essa frustração. E quando aquilo tudo caiu por terra, essas defesas caíram por terra, ela é... ficou meio que sem as armas que ela costumava usar, né. E sem ter como lidar com isso naquele momento.

S – E aí você não sabe

T – Não sei daí em diante. O caso foi encaminhado pra psicoterapia e a gente perde contato com o paciente. Esse é o ruim do trabalho em enfermaria, né.

S – E você tinha citado outros casos que tinha lembrado. Você quer falar a respeito?

T – O Elder foi um paciente de que deu entrada aqui, que eu conheci esse paciente durante uma das internações dele. Acho que ele tinha tido duas internações anteriores. Não sei se uma aqui e outra em outro hospital, mas acho que na terceira internação desse paciente, ele chegou aqui com o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, né, com a história de ter ficado um ano muito bem, com a medicação e aí ter piorado de forma muito grave. De vir muito agressivo, agressivo com relação aos pais, quebrando tudo em casa, tinha crises de agitação, fortíssimas, referia escuta de vozes, alucinações auditivas e sintomas que indicavam que ele tava psicótico, né. Quando ele deu entrada na enfermaria, realmente na abordagem ele era um paciente que... as crises de agitação que ele tinha e as coisas que ele falava eram indicativas, sugestivas de que ele tava ouvindo vozes, de que ele podia tá, pelo diagnóstico que ele tinha podia realmente ser, né, um surto de... uma crise de euforia, né, do transtorno bipolar, era super agitado, extremamente logorréico, enfim, todos os sintomas que ele apresentava podia sugerir que ele tava... Mas a gente ficava em dúvida, discutia muito isso, porque ele tinha a melhora desse estado psicótico muito repentino, né. De uma hora pra outra ele se acalmava, ele se melhorava, independentemente do tempo de uso de medicação ou não, esse era o comportamento dele durante o período de internação. Então a gente chegou a fazer várias conjecturas sobre o diagnóstico. E a equipe ficava sempre muito dividida. Fica sempre muito em dúvida, na verdade, desse paciente. E ele tinha sintomas que eram assim, extremamente contrários a um quadro psicótico. Ele tinha sintomas, por exemplo, trazia pensamentos obsessivos, né. Hum... a gente chegou a questionar se por um acaso ele não era um paciente portador de esquizofrenia, um esquizoafetivo ou era um transtorno de personalidade e não era uma doença mental. Se por acaso ele realmente estava num estado psicótico ou não. Sei que pela apresentação dele na enfermaria, pelos sintomas que ele apresentava todo mundo ficou muito confuso quanto à doença. Mudou-se várias vezes a forma de tratamento dele, né, na tentativa de remeter aquele estado psicótico. Durante o período de observação a gente também observou que ele também tinha todo esse comportamento reativo a situações de frustração. Quando ele era contrariado.

S – Você disse que mudou muitas vezes o diagnóstico e as formas de tratamento.

T – Exatamente.

S – E que você disse <<A gente ficava com muita dúvida em relação ao tratamento>>

T – A gente, a equipe que o atendeu aqui. Eu, que fui a psicóloga que atendeu, o médico psiquiatra que atendeu na época. E não se chegou a um diagnóstico preciso do paciente. Tinha muita dúvida diagnóstica. Justamente pela apresentação dele, pelo relato da família e por observação dele, ficava assim tudo muito confuso. Às vezes o estado em que ele se apresentava às vezes parecia mesmo um estado psicótico, né, realmente ele tava com alucinação auditiva, que realmente essa agitação, essa agressividade era por conta desse estado. Mas o tipo de melhora, o comportamento dele... a melhora da crise era muito rápida. A gente sempre ficava numa interrogação se isso era ou não era, que que era isso, que que ele teve antes, e até a hipótese diagnóstica dele anterior ficava assim, em haver, né. E a história inicial, a gente colheu uma outra história junto à família que realmente parecia bater com a hipótese diagnóstica de transtorno afetivo bipolar, né. Então a gente observou muito tempo esse caso, acompanhou muito tempo e no final não chegou a uma conclusão diagnóstica. Então, a orientação que a gente dava à família, a família, por exemplo, a equipe de enfermagem na observação do acompanhamento do paciente percebia que ele tava sempre procurando chamar a atenção pra ele. Tanto que ele ficava agressivo do nada, que não parecia que ele estivesse mesmo psicótico em certas situações em que ele se tornava agressivo, quando ele tinha comportamentos super inadequados, como cuspir nos outros, jogar comida nos outros, jogar fora, fazer recusa alimentar, né. E todo esse estado, que parecia mais uma agressão à equipe do que em função de um estado psicótico. A família ficava indignadíssima porque, porque... eu lembro que na época, a mãe, conversando com o auxiliar, o auxiliar até passou pra ela a hipótese de que ele tava fingindo que ele tinha esses sintomas. E a mãe ficou super indignada. E foi orientada a ela que a equipe de enfermagem, na observação, percebe, né, sinais do paciente porque acompanha ele 24 horas. E que essa dúvida é muito natural, né. Que de forma nenhuma isso ia alterar o tratamento do paciente, que ia continuar sendo o mesmo, né. E que na medida em que a equipe não tinha uma hipótese diagnóstica clara, sobre isso ficou muito patente, mas ela reforçava que ele tinha um transtorno bipolar, que ele tinha melhorado muito com o tratamento. Quer dizer, conseguiu ficar um ano muito bem. Só que esse um ano muito bem... Não foi um ano muito bem. O paciente não voltou às atividades, o que é normal para um paciente com transtorno afetivo bipolar, que uma vez remitida a crise, né, fique totalmente bem, principalmente se era um paciente que fez uma primeira crise, né. Foi internado, recebeu a medicação que controla os sintomas da doença. E ele não voltou a estudar, não conseguiu ter uma vida social normal, não conseguiu voltar às funções dele habituais, né. Em cima desse contexto, a gente também levantou uma hipótese de que essa melhora nunca tinha acontecido, e que esse diagnóstico transtorno afetivo bipolar era então um diagnóstico inadequado. Se pensou numa esquizofrenia, né. E a gente foi investigando essa, esse diagnóstico, colhendo mais dados da família e tal. Sempre ficou uma confusão diagnóstica. Esse paciente, é... foi feita inclusive uma medicação pra esse paciente, mas com o tempo que ele já tava internado aqui, eu ouvi uma orientação de que esse paciente tinha que ser transferido. Porque aqui é uma enfermaria de curta permanência, né, e ele precisava, segundo a orientação, segundo às conclusões que a equipe chegou, que quando ele tinha apresentado um período de melhora e uma nova medicação, porque foi introduzido três tipos de tratamento, com neurolépticos diferentes, né, até chegar a um que a gente achou que teve um período de melhora. Então a gente veio fazendo assim, período de licença, né, um período de retorno na enfermaria, até que ele pudesse tá recebendo a medicação, a medicação é de alto custo, e a gente pudesse tá fazendo uma experiência de alta hospitalar pra ele com acompanhamento ou num Caps ou num Hospital-Dia, isso ainda

tava em estudo por parte da equipe que atendia. Psiquiatra, psicóloga e a terapeuta ocupacional. [celular da entrevistada toca. Ela pede pra atender e desligar o gravador. Depois, retorno último trecho gravado para que ela ouça e prossiga em sua fala].

Então, como é uma enfermaria de curta permanência, o paciente não podia continuar internado aqui, a gente pensou numa transferência, foi tomado todo um cuidado pra que se mantivesse a última forma de tratamento estabelecida e a gente percebeu uma melhora no estado dele. Esse paciente é... atuou em concordância com a família contra a transferência. A mãe se recusou que ele fosse internado, não comparecendo quando saiu a vaga do paciente

S – Internado noutra lugar?

T – Isso. Transferido pra uma internação de longa permanência. Até que a gente chegou à conclusão que, pela melhora que ele teve, mesmo assim, em casa, ele não tava pronto pra alta. E... que ele ia precisar de um tempo maior de internação, até se chegar numa dose do remédio que controlasse os sintomas que ele apresentava.

S – Que no momento eram o quê?

T – Que no momento eram essas crises de agitação, agressividade, ele se recusava a fazer a alimentação, a comer, ele cuspiu a comida, e ele dizia que eram as vozes, essas vozes ordenavam que ele jogasse a comida fora, que ele... enfim. (?) os episódios diminuíram de forma bastante importante quando se introduziu essa nova forma de tratamento.

S – Ah, tá.

T - E aí a gente passou a observar que ele ficou... com certeza, uns sete dias, uns três dias sem esses sintomas. Que após o terceiro dia, ele passou a ter esporadicamente esses sintomas. Os mesmos sintomas. Mas bem esporadicamente, né. Então a gente concluiu que o ideal seria transferir o paciente pra uma internação de longa permanência. É... a mãe se recusou, a família foi totalmente contrária. Eles queriam levar o paciente de alta, então eles levaram o paciente de alta a pedido.

S – Hum

T – (?) ele reinternou aqui, na enfermaria. Os familiares vinham no pronto-socorro, o paciente era medicado, aí ele voltava pra casa. Aí ele teve constantes crises de agressividade e agitação em casa, mesmo com o tratamento estabelecido, mesmo com o consumo da medicação. E...ele vinha no pronto-socorro até que ele foi reinternado. Por determinação até da... da coordenação da enfermaria. E nessa reinternação foi feita essa reavaliação diagnóstica, até pela equipe que atendeu primeiramente esse paciente, que estabeleceu na época o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar.

S – Sei.

T – e na observação da equipe, o paciente veio apresentando um quadro que... não era um quadro psicótico, né. E... ficou se pensando que podia ser um transtorno de personalidade, né. E que o paciente relatava essa escuta de vozes, na realidade assim pra dar lugar a toda uma agressividade que ele realmente dirigia à equipe, dirigia à família.

S – Como é que essas intervenções, essas mudanças de diagnóstico, essa revisão feita pelos mesmos profissionais, você acha que todas essas dúvidas, essa indecisão se deram porquê? Tem a ver com quê? É o quadro? Enfim?

T – Acho assim. Não é fácil diagnosticar. A não ser quando a doença se manifesta com sintomas claros da doença. Quando a pessoa chega com um transtorno de alteração de comportamento, com crise de agressividade, é... enfim, um transtorno de personalidade não é fácil você diagnosticar precisamente que isso é um transtorno de personalidade

S – Sei

T – Precisa de uma observação maior, mais intensa, mais discussões sobre o que você observa, precisa ficar mais atento à entrevista, colher dados mais precisos que vão orientando esse diagnóstico, né. E muitas vezes, num primeiro momento de observação não dá pra se estabelecer esse diagnóstico... de forma... correta.

S – E aí, essas mudanças no tratamento, você falou de intervenções no tratamento

T – Hum, hum

S – Essas intervenções foram o quê? Medicamento?

T – Enquanto medicamento, enquanto também uma orientação de como lidar com isso na psicodinâmica familiar mesmo

S – Orientação pros familiares?

T – Pros familiares, pro próprio paciente. Acho que tem que ser pontuado pra ele que diagnóstico foi dado, foi observado. Como seria o melhor modo dele tá cuidando daquilo que ele tá apresentando, né. E pra própria família também. Que muitas vezes a dinâmica familiar é... fica totalmente modificada em função dessa mesma indefinição. Que é <<Não sei como cuidar>>. <<Não sei como tratar>>, né.

S – Eu tava pensando, né. Que você falou que ele teve várias hipóteses diagnósticas

T – Hã, hã

S – várias intervenções relacionadas e que... você falou que ficava tudo confuso

T – Exatamente. Exatamente. A própria confusão que a equipe tinha de estabelecer um diagnóstico mais preciso, manteve a família numa atitude super protetiva, super protetora em relação ao paciente. E cada vez mais arraigada, mais convicto de que aquilo era uma doença, né.

S – Hum

T – Até porque a família não sabia como lidar e sendo uma doença, dava pra transferir a responsabilidade pra equipe de saúde.

S – E não sendo?

T – E não sendo a própria família tinha que trabalhar com aquilo. Tudo bem que com a ajuda de um equipamento de um serviço de saúde também. A família tinha de fazer toda uma revisão de como vinha vindo, como vinha conduzindo aquilo, né. E de certa forma até reforçando

[pausa pra virar a fita]

T – Reforçando o paciente a mudar a conduta que ele exibia, não é? E assim, garantindo esse lugar de doente na casa, que justificava a agressividade, enfim, justificava todo aquele impulso destrutivo que ele mostrava junto à família.

S – Você, pensando nesse caso, você entende que ele tinha, tem uma doença? Ou ainda fica nessa indefinição

T – Ou fica com isso...

S – É.

T – Eu acredito que não. Eu acho que hoje, avaliando todo o seguimento do caso, toda conduta, todo tratamento que foi indicado pra ele e toda evolução do quadro me parece mesmo que o paciente tinha um transtorno de personalidade. E que foi difícil de diagnosticar.

S – Só que você disse também que não há uma continuidade depois, né.

T – Exatamente. O que a gente sabe é que essa família ela tinha toda, todo um... é... essa família buscava o tempo todo tá responsabilizando a equipe de saúde pelas questões ligadas ao filho.

S – Hum

T – O tempo todo buscando uma forma de internar, de internar, internar. E faz muito tempo que essa família não vem a esse serviço. É o máximo de informações que a gente tem. Porque a gente perde o seguimento do caso. E a gente pode levantar várias hipóteses, né. Que a família realmente seguiu a orientação, foi buscar um apoio psicoterápico, né. Que ela própria conseguisse ir trabalhando com essa longa orientação sobre o tratamento dele. Se a família realmente conseguiu tá levando o paciente pra uma psicoterapia. É, foi a orientação dada pela equipe. E se isso acabou terminando com essa tentativa de transferir a responsabilidade pra um hospital, uma internação, enfim. E se a família conseguiu cuidar da questão. Não sei. Infelizmente não sei.

S – Isso da especificidade desse serviço

T – Eu acredito que sim.

S – Porque você disse que depois da alta a pessoa continua o tratamento noutro lugar.

T – Isso. Vai pra rede ambulatorial, enfim. Vai pra rede que existe de apoio, atendimento em Saúde Mental. E aí a gente perde o contato.

S – Não existe essa integração.

T – Não existe. Não existe. A gente não tem informações de como o paciente tá, né. Do serviço tá retornando se o paciente aderiu ou não aderiu. A gente não tem nem esse *feedback*, se o paciente realmente tá sendo atendido. Ou se ele não procurou o atendimento.

S – Sei.

T – A gente só vai ter notícia disso se o paciente for reinternado. E aí a gente entra em contato em como foi o seguimento após a orientação.

S – Mas isso a partir do que o paciente traz?

T – A partir do que o paciente traz, a partir do que o familiar traz, em como foi feito o seguimento após a alta hospitalar.

S – Esse relacionamento dos profissionais da rede, então, não acontece isso?

T – Não. Na região aqui não. Isso pode acontecer em alguns locais, mas aqui não acontece.

S – Sei.

T – Eu desconheço onde acontece.

S – Você teria algo mais a falar sobre o que a gente conversou?

T – Eu acho que não.

S – Algum outro caso que você gostaria de falar?

T – Olha, acho que se a gente ficar pensando a gente vai lembrar de muitos casos. Alguns até que a gente tem o retorno, que a gente viu, né. Que realmente... é... houve um... seguimento posterior à orientação, ao rediagnóstico e que depois disso o paciente, enfim, teve uma mudança na própria história. Mas acho que de momento são os casos que eu consigo tá lembrando, né.

S – Hum. Então muito obrigado.

[fim da entrevista]

Transcrição - Entrevista Terapeuta Ocupacional – Daniela

S - Bom, Daniela primeiro eu queria que você falasse qual é a sua profissão.

D – Sou terapeuta ocupacional.

S – Bom, eu falei com você que ... tô fazendo uma pesquisa de doutorado que tem a ver com pessoas que são atendidas na Área de Saúde Mental e que tiveram diagnóstico, fizeram tratamento e tudo mais, e mesmo assim continuaram tendo crises e... depois essa pessoa passa por um outro diagnóstico e... enfim, que isso... ocasiona algumas mudanças pra pessoa, e tudo mais. Queria que você me falasse um pouco a respeito disso.

D - ... Como assim? O que você quer que eu fale?

S – Se você vê isso... Se você

D – vejo, aqui no hospital mais, né, do que no ambulatório, mas... aqui a gente vê muito, aqui em F a gente vê muito. Muito comum.

S – E porque você acha que isso acontece?

D – Primeiro porque os (?) dos ambulatórios, principalmente aqui da região dão ênfase num trabalho muito pequena. Então o médico trabalha sozinho, fechado na sala dele, não conversa com nenhum outro técnico do local e fecha o diagnóstico sozinho baseado só naquilo que o paciente fala com ele na sala. O que é pouco. A consulta já é muito pequena, é o tempo dele fazer a receita. Acho que o primeiro ponto é esse. Segundo, é a desqualificação profissional mesmo.

S – Como desqualificação?

D – Tem profissional que não sabe o que é uma doença mental, não sabe diferenciar um diagnóstico de outro, não sabe fechar diagnóstico

S – Mas isso você fala de profissionais que são formados na Área específica da Saúde Mental?

D – Sim.

S – É?

D - É. e... acho que segundo é isso. E... acho que o principal é isso, é trabalhar sozinho, ver o paciente num lugar só, por quatro, cinco minutos, que é o tempo que dura a consulta, o diagnóstico é geralmente fechado só pelo médico, nenhum outro profissional opina, aponta, conversa, o médico não tem tempo, não quer, talvez não queira, ler o prontuário, ver o que os outros profissionais viram, conversaram com o paciente, não se colhe história. É a desqualificação mesmo, de não saber direito o que é um diagnóstico. É mais fácil colocar F20 pra todo mundo. Achar que resolveu o problema.

S – Isso de trabalhar sozinho, fazer o diagnóstico sozinho, você disse que tem a ver com o tempo de consulta, super pequena, e com o não interesse? É isso? De partilhar, de ler o prontuário, conversar com outros profissionais

D – Não sei se é. Nos lugares onde eu trabalho é... onde eu trabalhei até hoje, eu não acho que é só falta de interesse. Quer dizer, tem aí a coisa do médico achar, né, que ele... é um pouco da hierarquia no ambulatório de Saúde Mental, então, ele não tem grande interesse em compartilhar coisa nenhuma. Mas você vê que tem profissionais que tem interesse em compartilhar, mas não dá, não dá tempo.

S – Profissionais médicos que querem compartilhar

D – É é

S – e discutir o caso com outros profissionais?

D – É. Mas isso é mais raro, bem mais raro. É mais fácil o médico que não quer mesmo, acho que ele sabe tudo, acha que ele vai fechar tudo sozinho, tem cinco minutos pra fazer a consulta, acha que fazer reunião é perda de tempo, acha que estudo de caso é perda de tempo. Isso é comum.

S – Isso é contra até a noção que se tem de um tempo pra cá de um trabalho de equipe, não é isso?

D – Na Área de Saúde Mental, principalmente, né.

S – Mas mesmo assim isso acontece com frequência, você diz.

D – Acontece. Acontece sim.

S – E você disse de profissionais da área que não sabem fazer diagnóstico, apesar de serem... terem a formação específica pra área.

D – Hum hum

S – Fala um pouco mais disso pra mim.

D – Acho que pra fechar diagnóstico você tem que ter tempo pra conversar com o paciente, pra colher história direito, pra ter um ouvido diferenciado, né, prestar atenção em determinadas coisas, é... ter tempo de conversar com o familiar. Isso dificilmente acontece. E quando acontece, muitos profissionais, e aí não falo só de médico, mas também médico, infelizmente, dão diagnóstico já fechado, né. ...(?) médico, mas você vê muitos outros profissionais falando muita bobagem. Acho isso comum. Comum. Talvez por falta de prática, talvez por falta de incentivo pra especialização, né, pra estudo. Isso é muito comum. Até mesmo pela falta de conversa entre a equipe mesmo, o povo que sai da faculdade, fez faculdade e depois nunca mais fez nada, nunca mais estudou nada. Acho que isso vai gerando... e falta de interesse também, né. Ele tá lá pra fazer o serviço, o que tem que fazer, terminou o horário, levanta e vai embora. Encara o serviço da saúde mental como um emprego mesmo.

S – Como assim?

D – Ah, como um emprego, e não como... uma coisa que tá afim de fazer, que faz com prazer, tem vontade de estudar... que ele pensa em outras horas do dia dele, que não é só ali, né. Tem muita gente que tá lá pra ganhar o dinheiro e pagar conta mesmo.

S – E ponto final?

D – E ponto final.

S – Não consegue ter interesses de

D – Não consegue olhar aquilo como uma mais ampla, de tá mudando a vida de alguém que tá ali com você

S – Hum

D – De tá interferindo nessa vida de outro jeito

S – Você falou de... do profissional saber o que ouvir, o que falar, é isso? O que que você quer dizer com isso?

D – Você tem que ter um ouvido diferenciado, mesmo. É... ouvir não é só ouvir as palavras e anotar no papel... Ah, não sei como se explica isso. Não sei como se adquire isso, entende? Acho que um pouco é treinamento mesmo

S – Hum

D – e aí quando você tá trabalhando em equipe, trabalha com uma equipe generosa, que compartilha, que discute, isso facilita muitíssimo. E... um pouco é estudo mesmo, né, se interessar, saber como é, como fazer... Não que seria um dom, entendeu? Que uns conseguem e outros não conseguem. Uns conseguem com mais facilidade e outros com

mais dificuldade. Mas todo mundo consegue. Se você passar por um treinamento, por um estudo, se tiver afim...

S – Isso tem a ver com a formação também? Com interesse e com formação? Aquilo que você falou antes.

D – Exatamente. Acho que algumas profissões propiciam mais isso, até porque preconizam o trabalho em equipe, acho que isso facilita muito você desenvolver uma escuta

S – Hum...

D – diferenciada... E tem outras profissões que não dá, né, que preconizam que você vai atender sozinho mesmo, que é você com você mesmo, né.

S – E você diz que vê com muita frequência isso... de pessoas, de pacientes que têm diagnóstico, enfim, que depois... que fazem tratamento e que continuam mal e que depois passam por uma revisão, por um outro diagnóstico... é... você diz que isso é bastante frequente, então?

D – É frequente sim. É bem frequente.

S – Tem algum diagnóstico que você vê com maior frequência e... na verdade não é bem aquilo

D – Esquizofrenia.

S - As pessoas muitas vezes são diagnosticadas como...

D – Sim...

S – tendo esquizofrenia e não são

D – e não são esquizofrênicas, nem sempre são esquizofrênicas.

S – E quais são as consequências de um diagnóstico de esquizofrenia para uma pessoa que não tem esquizofrenia?

D – Ah, muitas. Esquizofrenia é uma doença, por exemplo, que aposenta, que diz pra pessoa que ela não pode mais trabalhar

S – incapacitado

D – é, incapacitado pra trabalhar... é... e eu acho que isso tem consequência pra vida inteira, um cara de vinte anos escutar que ele tem uma doença que ele não pode mais trabalhar. E daí a dez anos, escutar que não, que ele podia ter trabalhado se ele tivesse sido atendido de uma outra forma, há dez anos, né.

S – Hum

D – Acho que outra consequência é evitar crises, né. Se você é bipolar e é atendido como esquizofrênico, você acaba tendo uma crise atrás da outra.

S – Mesmo tratando.

D – Mesmo tratando, mesmo você se empenhando em melhorar, você fazendo tudo o que mandam você fazer, você vai continuar tendo uma crise atrás da outra, porque na verdade a medicação não tá correta. Acho que outra consequência é... às vezes você reforça determinados sintomas que são de fundo histriônico mesmo, né. Então você faz um diagnóstico errado e aí a pessoa... no caso de uma neurótica grave, de um histérico grave, né

S – Hum

D – Aí ele tem todos os alibis na mão pra ele fazer o que ele quer, né. Pra... pra atuar de todas as formas, porque afinal de contas, ele é um esquizofrênico, né.

S – Como se fosse.

D – Como se fosse um esquizofrênico

S – Você diz aí como se tivesse benefícios então de tá usando um diagnóstico que não é aquele

D – Sim. Sim. Acho que inclusive nessa coisa da aposentadoria, de direito a passe livre, essas coisas todas. Às vezes o pessoal usa isso, né. E usa mesmo. E até fica bravo quando você diz pra ele que na verdade ele não é esquizofrênico (?) porque perde um monte de coisa que na cabeça dele é um ganho, né, que ele queria mesmo é se encostar

S – Passe de ônibus, aposentadoria

D – É. Infelizmente é. E até uma visão diferenciada dentro da família, de ter que ser poupado, de não poder passar nervoso porque é esquizofrênico.

S – Hum

D – Infelizmente tem isso também. Mas acho a maior perda é mesma essa de... ter uma crise atrás da outra, de não ser cuidado direito, de perder um monte de... cidadania mesmo, assim, você o direito de ir lá, trabalhar, tem gente que quer

S – Hum

D – e tá lá, com diagnóstico de esquizofrenia.

S – Limita então a vida da pessoa?

D – Sem dúvida, sem dúvida.

S - Daniela, e você falou assim da pessoa ter dado um diagnóstico de esquizofrênico e não ficar irritado, não poder passar nervoso e... Mas aí, isso é uma coisa que deve acontecer, é... com uma pessoa que tem esquizofrenia... Por que sempre tem essa coisa, né, das pessoas serem poupadas, etc e tal, de não terem responsabilidade etc e tal. E... como é que você vê isso?

D – Acho que é o contrário, tem que botar a pessoa na vida, mesmo. Não tem que ser poupado de nada. Tem que cuidar. Tem uma doença, um monte de gente tem várias outras doenças

S – Hum

D – e não tem que ser poupado, né. Tem que tratar e viver. Viver da forma que consegue, viver da forma como bem entende, mas tem que viver. Não tem que ser poupado. Mas... em alguns casos, o paciente usa isso sim, freqüentemente o paciente que não é esquizofrênico, pois o paciente que é esquizofrênico é muito mais difícil, é muito mais raro ver um paciente esquizofrênico tentando tirando vantagem da doença dele, do que um paciente neurótico grave.

S – No caso de uma histeria, é isso?

D – Isso, tentar tirar vantagem de um diagnóstico como esse. Ter recebido um diagnóstico desse. Tenta e consegue, né.

S – Sei. E o círculo social dessa pessoa assim que tem um diagnóstico que a gente tá chamando de errado. Como é que fica isso? Quais são as conseqüências? Você falou isso, de as pessoas acharem que tem que poupar... né... parece que ela fica retirada de muitas responsabilidades e compromissos.

D – Em alguns casos, eu acho que fica sim. Principalmente... se você tá com o diagnóstico errado, você toma a medicação que não é pra ser tomada, cê tá recebendo um atendimento terapêutico que não era pra receber

S – Hum

D – então dificilmente a pessoa vai melhorar como devia melhorar

S – Você diz que as pessoas continuam tendo crises

D – ou continuam tendo crises ou continuam com manipulação, com atuação, né, seja o que for. Enfim, o que era pra estar sendo tratado não tá sendo tratado. Então, ou porque teve de ser internado mais vezes, ou porque ficou com rótulo, no círculo social de... louco, porque não consegue evitar as crises, porque toma remédio mas continua tendo crises.

S – Hum

D – Seja lá qual for o motivo, eu acho que isso, sem dúvida, interfere sim... no social da pessoa

S – Sei... E quando a pessoa passa por essa revisão, então, quais são as conseqüências que você vê? Tanto pra essa pessoa quanto pro círculo social.

D – Hum... São tantos casos diferentes, difícil fechar assim... Mas acho que... a curto ou a longo prazo, a tendência é melhorar... Você trata o que tem que ser tratado. Seja da personalidade, seja, sei lá, uma coisa orgânica, você trata do que precisa ser tratado. Algumas coisas eu acho que... alguns casos eu acho que tem conseqüências irreversíveis, né. A pessoa já ficou muito debilitada... já ficou com um monte de... um monte de... como se diz... de um monte de efeito colateral da medicação e que não precisava tomar aquele remédio por tanto tanto, daquele jeito, naquela dose. Acho que outra conseqüência é também a descrença... o cara quer ser tratado, tem uma doença, toma remédio e aí <<como é que agora eu não tenho uma doença?>>. <<Você vem dizer que eu não tenho mais essa, que eu tenho outra>>... Em outros casos, acho que também não tem as conseqüências muito boas. A conseqüência de conseguir controlar. Por exemplo, no caso de bipolar, especificamente, é ótimo, né. Você consegue controlar as crises muito bem. Mesmo que ele tenha alguns efeitos negativos, aí, né, por ter tido um crise atrás da outra, ainda assim a vida dele é melhor do que com crise.

S – Certo.

D – socialmente, (?) organicamente, fisicamente... Eu acho.

S – E pro círculo? Pra rede de relações mais próxima?

D – Sempre bom. Bom porque a pessoa consegue... retornar algumas tarefas que não conseguia mais fazer, consegue refazer... é... vínculos que ele não fazia mais, enfim. Só vejo vantagem.

S – Só vê vantagem nisso.

D – Só.

S – Queria que você me contasse um caso, alguém que você atendeu, que passou por isso...

D – Um só?

S – Um, dois, três, quantos você quiser contar...

D – Teve um caso que eu atendi no ambulatório de saúde mental de M é... que é um caso de esquizofrênica. Chegou no ambulatório... é... eu não a atendi desde o princípio, né. Eu a conheci, ela tava entrando no projeto de reabilitação, não peguei esse início, essa crise toda. Mas eu sei que ela chegou lá, ouvindo coisas, perseguida, e não queria sair de casa porque tavam perseguindo, e na verdade, no meu modo de ver, ela tinha tido uma crise de depressão psicótica.

S – Hum

D – Mas foi atendida como uma esquizofrênica pelo médico. E ele passou (?) como esquizofrênica paranóide. Encostou ela no INSS como esquizofrenia paranóide. Essa crise remitiu totalmente, quando ela chegou pra mim, né. (?) atendida por mim atualmente. É... No começo ela era atendida só pelo médico psiquiatra, hoje em dia ela é atendida por um rol de profissionais. Quando ela chegou pra esses profissionais, ela chegou totalmente bem. Ela tinha o afeto preservado, ela tinha é... bom contato verbal, ela conseguia fazer todas as atividades da casa dela sem nenhum déficit, e tinha coisas ligadas a... eu acho mesmo à privação cultural, privação causadas pela religião, né. E que... tomava vinte gotas de Haldol® por dia. E eu discutindo o caso numa reunião de mini-equipe, a gente conseguiu fazer o médico reverter esse diagnóstico... que... era estranho né, na forma como ela

evoluiu... “Será que é uma esquizofrenia paranóide, né. Pô, mas onde que é uma esquizofrenia paranóide?”

S – Essas coisas que você falou, do afeto, das atividades, é isso?

D – Isso, o contato dela não era um contato de uma esquizofrenia. A medicação que ela tava tomando era uma medicação leve pra controlar uma esquizofrenia paranóide e ficar tão bem como tava, né. Então, conseguimos convencer o médico, e tal, né, e a gente achava que na verdade ela era uma neurótica, uma neurótica leve, que nem era nada grave, que tinha até algumas questões na verdade ligadas à sexualidade, à religião, ela é evangélica, né, enfim

S – Só um pouquinho... Você falou em convencer o médico... porque volta a questão dessa hierarquia que você tinha falado no início, é isso?

D – Exatamente.

S – Porque se o médico... diagnostica... dá um determinado diagnóstico e...

D – É uma questão de você convencer mesmo. Porque... não é uma coisa que ele participa da discussão de mini-equipe

S – Hum

D – A equipe tem que tá empenhada em tentar convencê-lo de que aquilo pode não ser aquilo.

S – E se não convence, então?

D – Se não convence, ele continua tomando Haldol®, continua saindo de lá com um atestado que nem esse de esquizofrenia paranóide

S – Ah, tá. São coisas que o médico é responsável por fazer, é isso?

D – Exatamente.

S – Certo.

D – Embora toda a equipe possa trabalhar de um outro jeito, mas a palavra que ela ouve final, a cartada final é essa de que ela é uma esquizofrênica paranóide.

S – Tá.

D - Aí é tentar convencer ele que não é esquizofrenia paranóide. Tentar tirar esse Haldol®, né. O que esse médico fez, né. Ele saiu do atendimento com um pouco de raiva, no próximo atendimento ela precisava de um atestado para o INSS, porque ela tava encostada no INSS

S – Sei.

D – E aí... ele não conversou nada com ela, isso foi logo em seguida da reunião, então, dias depois, não deu nem tempo de ela passar em nenhum outro grupo, nenhum outro atendimento, pra gente tá vendo ela e tá conversando isso com ela, que a gente achava que era um outro diagnóstico, né. E esclarecer a diferença dali pra frente.

S – E já fazia tempo que ela tinha esse diagnóstico

D – Fazia alguns anos.

S – Tá.

D – Uns três ou quatro anos que eu a conheço ela já tinha

S – Hã hã.

D – Aí, ela entrou na consulta médica, e falou que precisava do atestado. E ele <<Ah, tá! Tá aqui>>. Fez um atestado de neurose pra ela, de uma neurótica grave. E ela tentou conversar com o médico <<Ah, mas não é esse aqui, doutor>>. <<Não, é esse sim!>> <<É esse sim>>. E tocou ela da sala pra atender o próximo paciente. A senhora saiu dali e parou na recepção do ambulatório e pediu pra falar com uma de nós. A gente foi lá, ela contou o que tinha acontecido, meio assustada <<Mas e agora? Não vou ter mais o dinheiro da

aposentadoria? Eu vou passar na perícia e o médico não vai aceitar de continuar me afastando, de continuar me pagando...>>

S – Hum.

D – Enfim, tinha uma série de questões que parecem perdas, né. Que você ouvindo, a curto prazo parecem perdas. O paciente ouve <<não vou poder mais continuar recebendo o INSS>>. É... e você tem que trabalhar com ela pra entender que isso não é uma perda, isso na verdade é uma vantagem, né. E... isso não foi feito, né.

S – Vantagem? Em que sentido?

D – Vantagem no sentido de que ela não (?) tem mais é que voltar a botar a mão na massa como ela fazia, de que eticamente não é correto ela tá recebendo do INSS, que ela não precisa receber. Ela tava trabalhando como doméstica, escondida, e realmente não tinha nada, nenhum motivo pra ela tá aposentada. Uma menina de 19, 20 anos, por aí. Super jovem. Aí... hoje em dia deve ter uns 23, 24.

S – Mas na época ela tinha 19, 20 anos?

D – 19, 20 anos. Não na época que a gente trocou, né. Na época em que ela começou a se tratar.

S – Ah, tá. Quando foi feita revisão ela tinha...

D – Uns 22, 23, por aí. (?) Bom, aí, deve ter uns quinze dias mais ou menos e a gente foi trabalhando isso com ela, nas sessões de terapia, nos atendimentos do grupo de reabilitação, nós fomos conversando, dentro dos grupos, né. Até porque ela começou a trazer o assunto no grupo, com os outros pacientes, e aí... depois de uns quinze dias depois disso, mais ou menos, a gente começou a notar que ela tava mais eufórica. Tava mais animada, mais sexualizada, e isso evoluiu pra um quadro de mania típica, clássica. E... o diagnóstico foi mudado de novo, e hoje em dia ela toma estabilizador de humor, hoje em dia é... ela consegue entender a diferença de ser uma esquizofrênica de uma bipolar de uma neurótica mesmo, né. Hoje em dia ela entende porque foi feito todo esse caminho, até que ela teve uma nova crise até que se conseguiu fechar esse diagnóstico. Se reverteu um monte de coisas que naquelaa época ela via que era desvantagem, né, uma grande perda na vida dela.

S – Uma era o INSS. Quais os outros?

D – É. E eu nem sei se ela continua encostada, talvez ela ainda continue encostada, mas já não é mais por esquizofrenia. Ela sabe que não vai aposentar por essa doença.

S – Hum...

D – E outras são dentro da família dela, né... que... enfim, eles voltaram para ela, mas <<Pô, porque que ela continua fazendo esse tratamento, né>>. Porque ela tá ótima há tanto tempo, com tão pouco remédio, e eles viam que ela era diferenciada do restante que eles acompanhavam lá no ambulatório, que eles conheciam de lá do ambulatório, até de amigos dela mesma que participam da Associação, que nunca haviam entrado na casa dela, e são pacientes do ambulatório. É... e aí eles entenderam o porquê, né, que eles viram que é uma doença que é só durante as crises que a pessoa fica alterada, fora das crises ela é uma pessoa que leva uma vida totalmente normal.

S – Sei.

D – Então, deixou de ser a esquizofrênica. Passou a ser a fulana, né. A pessoa comum. Como as outras amigas, enfim.

S – Chegou a ser... deixar de ser... porque do jeito que você tá falando é como se a pessoa virasse um diagnóstico, é isso? Pelo menos foi assim que eu entendi...

D – Antes ela era um diagnóstico, hoje em dia eu acho que não mais.

S – Hum... isso, isso que eu queria entender

D – Com essa dificuldade de relacionamento, por exemplo, de ter um namorado, de procurar um relacionamento com um namorado, enfim. As limitações que ela mesma coloca, e que todo mundo achava que era doença, não eram da doença, era limitações dela mesma, dificuldades dela mesma, a personalidade dela, né. E que... outras pessoas da mesma religião que ela talvez não tivessem, talvez não tenham essa dificuldade. Isso independe da pessoa ter um diagnóstico ou não, né. E é (?) porque ela faz tratamento, né. Que ela é esquizofrênica, você entendeu? Que ela tem essa dificuldade... <<Ah, então, é por isso que ela não namora, tadinha dela>>. Não é. Não é que ela não namora porque ela tem uma doença que chama esquizofrenia, que ela tem essa dificuldade, tem outras dificuldades que precisam ser tratadas, né. Cuidadas, melhoradas. Como todo mundo tem.

S – E de não ter mais esse diagnóstico mais de esquizofrenia, você sabe se mudou também esse aspecto de relacionamentos, de namoro, de amizade?

D – Não. Ainda não.

S – Ainda não. Mudanças mais patentes que aconteceram... você tá falando de um caso que tá então em atendimento, é isso? De uma pessoa que tá em atendimento. Então as mudanças mais patentes que aconteceram...

D – Uma das coisas foi olhar pra isso e não achar mais que é da doença. Ah, não. É porque ela é assim.

S – Hum...

D – É ela que tem essa dificuldade, não é essa doença que traz essa dificuldade pra ela.

S – Sei.

D – E eu acho que isso é um respeito.

S – E isso você chamou de voltar a ser uma pessoa, é isso?

D – É. Deixar de ser um diagnóstico. E outra coisa é isso de algumas coisas que eram consideradas ganhos... <<Eu sou doente, mas aí... eu ganho ficando encostada no INSS>> <<Eu sou doente, mas em compensação, eu ando de graça dentro do ônibus>>

S – Sei.

D – <<E aí, mudou a minha doença e agora eu perdi o INSS>>. <<Eu perdi andar de graça no ônibus>>. Eu acho que essa visão dela modificou.

S – Hum...

D – Né...

S – Mudou pra...

D – Deixou de ser uma vantagem, né, não poder ir trabalhar. Agora, as coisas que eram vantagem vamos ver e batalhar de novo. Com o tempo poder ganhar o dinheiro com a mão dela, né. Não é porque o governo deu pra ela. Não é porque ela não consegue, então tem que dar pra ela. Não dão pra ela porque ela consegue, né.

S – Ela sai então desse lugar de... de... como é que a gente tinha dito no começo? De alguém que é incapaz?

D – Isso, e passa pro lugar de alguém que é capaz. E tem de freqüentar um monte de lugar que todo desempregado tem. Mas é capaz de enfrentar essas dificuldades e passar por todas elas também, né.

S – Mesmo tendo outro diagnóstico.

D – Mesmo ela tendo outro diagnóstico. Mesmo ela fazendo tratamento em saúde mental.

S – Você disse que essa pessoa participa da Associação, é isso?

D – É.

S – Que que é essa Associação?

D – É uma associação de pacientes, né, usuários, trabalhadores e de familiares que são atendidos em saúde mental em M.

S – E ela participa disso.

D – Ela participa disso.

S – E ela participava antes?

D – Antes, quando ela tinha outro diagnóstico?

S – Sim.

D – Já.

S – E teve alguma mudança da participação dela na Associação?

D – Na Associação?

S – É.

D – Muita, nossa!

S – Quais?

D - Ah, ela era uma menina que não tinha amigos, que sempre (?) ficava restrito na casa dela, isso na época, hoje em dia não é mais, mas na época ela morava na região mais periférica, mais pra região rural que pra região urbana, né
[pausa pra virar a fita]

S – Você tava falando que teve uma mudança grande nela depois...

D – Na Associação.

S – Na Associação...Depois dessa mudança de diagnóstico

D – A mudança de diagnóstico até começou depois que ela já tava um tempo na Associação, né. Ela entrou nesse projeto de reabilitação que se transformou nessa Associação.

S – Ah, tá. Você tá dizendo da mudança dela... participando da Associação... Muito bem, Daniela. Você gostaria de relatar algum outro caso, fazer algum comentário?

D – Não, de cabeça acho que não.

S – Bom, então ficamos por aqui, então...

[fim da entrevista]

Transcrição - Entrevista – Terapeuta Ocupacional – Flávia

S – Bom, Flávia, primeiro eu gostaria que você me falasse a sua formação.

F – Tá. Bom... eu sou terapeuta ocupacional. Formada na Universidade Federal de São Carlos, formada em 92, fiz especialização em Saúde Mental, em Terapia Ocupacional e em Saúde Pública.

S – Tá. E me fala rapidinho sobre o trabalho que você já fez ou faz na área. Primeiro o que você já fez, já trabalhou...

F – Já fiz... eu trabalhei no Ambulatório de Saúde Mental de Y; na U.B.S. da C; trabalhei em S; em M, numa unidade de integração em Saúde Mental, trabalhei no Caps Z, trabalhei no antigo Q, antigo hospital psiquiátrico em T, que foi fechado em 95. E agora trabalho na Regional de Saúde, sou articuladora de Saúde Mental.

S – Isso faz quanto tempo?

F – Ah, eu tô lá há dois anos e meio. Como TO, a atuação foi mais em M, foram nove anos, a princípio era um ambulatório muito fechado, apesar de caminhar pela reforma aí, mas era muito tímida... o trabalho. Então, como eu vim de um aprimoramento do Caps Z, né, tinha outras idéias e tal, eu e mais alguns profissionais começamos a trabalhar com reabilitação psicossocial de usuários na... na unidade. No meu caso, sempre usando atividade, seja estruturada, seja expressiva, seja cultural... E até culminou com a fundação de uma Associação, que é a Associação LV

S – que é uma associação...

F – de usuários, familiares e trabalhadores de Saúde Mental, né. Foi a partir de um movimento... como a reforma psiquiátrica também começou com um movimento dos trabalhadores... aqui também começou, tentando mudar o perfil do ambulatório, que era só o atendimento individualizado, é... pouquíssimos grupos, e os usuários, na sua grande maioria, usava só medicamento, não passava por outro tipo de atendimento. Na UBS C, onde trabalhei, eu fazia grupos de... hipertensos, gestantes de alto-risco, acabou virando um grupo de idosos também, dava palestras nas escolas, grupo de TB, fazia esse tipo de trabalho. Como articuladora, eu supervisiono é... também... ajudo... a construir a rede de Saúde Mental, né, na região que eu tô trabalhando, que é em T, pega 27 municípios.

S – Você me falou também que trabalhou no Hospital Q

F – Trabalhei no Hospital Q, que foi uma experiência horrível... No Q trabalhei por pouquíssimo tempo, porque não dava, eles estavam a ponto de ser descredenciados como hospital psiquiátrico. E então, o que eles fizeram. Pegaram um montão de... contrataram um montão de gente, psicólogo, TO, médico, assistente social. Contrataram um montão de gente. Nós, que fomos contratados, tentamos fazer um trabalho, né. Na época, 690 usuá... pacientes. É... numa condição horrorosa

S – era um hospital de longa permanência

F – a maioria de longuíssima permanência, né. Tanto tem uma história que eu e uma psicóloga pegamos uma... apenas uma ala de oitenta mulheres é... todas tavam com F20. Todas. Sem exceção.

S – F20 é esquizofrenia.

F – É, na época nem era F20, era o outro CID ainda. Aí, a gente tava vendo o diagnóstico, não tinha uma que era F20, né. Tinha uma, inclusive, que era só surda e muda. Eram todas deficientes mentais.

S – E tavam com um diagnóstico de um profissional

F – de F20.

S – e sendo tratadas como tal

F – a maioria, tô chutando baixo, com mais de um ano de internação, né. A grande maioria. Poucas... eu peguei só uma ala, como eu falei, esse hospital tinha 690 leitos, né. E tentei fazer alguma coisa, trabalhando, mas realmente não tinha condições de fazer. Pedi demissão. Tanto que esse hospital, depois foi fechado.

S – Sei

F – Foi descredenciado.

S – Hoje ele não existe mais.

F – Não, hoje ele não existe mais, mas a verba que era pra ser destinada pra nossa região, que era de 690 leitos, a gente não sabe pra onde foi.

S – Só uma coisa. Você falou de uma Associação... essa associação é ligada ao ambulatório?

F – Não. Ela usa o espaço físico.

S – Mas... surgiu a partir de funcionários, é isso?

F – usuários e familiares.

S – E o objetivo dessa associação...

F – é a reinserção social, desmistificar a questão da loucura, diminuir o preconceito, trabalhar a questão... o pragmatismo mesmo, com os usuários, porque muitos deles passam anos e anos na questão do medicamento apenas. E não sabem fazer compra, não sabem mexer com dinheiro, não sabem cozinhar. Então, a Associação tem alguns projetos que dão uma ajuda nesse sentido também.

S – Bom, eu te falei, antes de começar a gravação, sobre a pesquisa e você até falou um pouquinho

F – É que... Nossa, quando você falou, veio histórias, do que eu e essa psicóloga fizemos...

S – Agora, então me diga uma coisa. É... eu te falei que minha pesquisa tem a ver com pessoas que tiveram um diagnóstico dado por algum profissional da Saúde Mental e que... depois, em determinado momento tiveram um outro diagnóstico. Pessoas que se submeteram e continuam se submetendo às terapêuticas indicadas.

F – Certo.

S – Com que frequência você viu e vê isso acontecer... de pessoas que tinham algum diagnóstico e que depois, por algum motivo, muda

F – Pouquíssima frequência.

S – Pouquíssima?

F – Pouquíssima frequência. Na minha vida profissional, pouquíssima. E quando eu vi mudar, é... quando a equipe tá disposta a conversar. A equipe como um todo. Principalmente... não é sacrificando, de maneira nenhuma, a questão do médico. Mas pouquíssimas vezes. Tem dois casos que pra mim são emblemáticos, né. Uma que era esquizofrênica que na verdade era um transtorno obsessivo-compulsivo e outro de esquizofrênico passou pra transtorno conversivo. Foi uma mudança muito legal, porque mudou a vida desses usuários. Mudou a qualidade de vida deles. É... a medicação, o jeito de conduzir o tratamento. Mas... na minha vida profissional, mesmo, muito pouco.

S – Essa mudança.

F – Essa mudança, pouquíssimo.

S – Mas isso, deixa eu entender... é porque você mesma percebeu que não tinha mudança no diagnóstico ou porque... Pelo que eu entendi, pra uma mudança do diagnóstico é preciso um acordo, uma negociação da equipe. É isso?

F – Não é bem um acordo, mas eu acho que precisa haver conversa, reunião, discussão de caso, né. E é o que não acontece.

S – Hã

F – isso é o que eu percebo. Na verdade, as reuniões ficam mais administrativas do que técnicas, sem supervisão, acaba não tendo supervisão por falta de grana, enfim. E aí, os casos acabam ficando... o diagnóstico não é discutido.

S – Sei

F – Não que isso também seja fundamental, né. Mas, é que você pergunta se foi mudado esse diagnóstico, né. E eu vi muitas vezes, muitas vezes, eu inclusive e alguns colegas, psicólogo, assistente social, TO, enfermeira, e até o pessoal de apoio <<Olha, aquele paciente... eu não sei... não é assim...>>. E tava sempre pra se discutir com a equipe que tratava. Então, quando chegava num acordo...

S - <<não é assim...>> não entendi.

F – É... ele tá como esquizofrênico, e na verdade era um transtorno conversivo.

S – Ah, tá.

F – Uma histeria, tal...

S – Mas aí eram profissionais ou outras pessoas que

F – é, vinham falar com a gente, nos corredores <<Não parece que é esquizofrênico>>. Porque no dia-a-dia você acaba tomando aí... pegando a prática e aí não tem como passar essa questão diagnóstica

S – diferenciar?

F – isso. Você fica com *feeling*, e tal. Mas, e aí? Vamos ver, vamos apostar num transtorno de personalidade. Vamos apostar nesse usuário. Mudar a condução desse tratamento. Chegou cúmulo de um desses usuários... que a gente batia “É transtorno de personalidade”, “É transtorno de personalidade”, “É transtorno de personalidade”,

E a gente pediu uma supervisão, foi levado, o caso, né. E esse usuário já tinha passado por todos, todos, todos os profissionais do ambulatório de Saúde Mental. Todos, sem exceção, né. O médico não abriu mão do diagnóstico que ele havia dado. De jeito nenhum. E ele continuou pondo F20, pondo F20, pondo F20. Continua até hoje

S – psiquiatra, no caso?

F – Isso.

S – Mesmo com os outros profissionais tendo um outro diagnóstico? Ou não?

F – Exatamente. Exatamente.

S – Então tem uma questão de poder aí

F – muito grande. Mesmo no ambulatório é incrível como o poder médico prevalece. É impressionante. Impressionante. Isso porque nosso supervisor era um psiquiatra.

S – E nessa supervisão chegou-se a alguma conclusão?

F – Não, porque esse psiquiatra não participava da supervisão.

S – Não participava?

F – Não. E o que eu vejo, na questão do diagnóstico é... às vezes a gente até fica achando... são usuários muito antigos, né. Então, os prontuários... às vezes tem dois prontuários, né

S – aqueles prontuários imensos

F – imensos. Não que são dois prontuários, eles têm que ser divididos em dois. Muito pesados. São prontuários únicos e tal, né. Com dados colhidos e tal, né. Mas aí, você usou uma terapêutica, tá. Psicoterapia individual... Daqui a três anos, um ano, dois anos, sei lá quanto, aí você vai discutir o caso novamente, ele tem que passar pela... parece que zerou,

não aconteceu nada há três anos atrás. “Gente, vamos rever o tratamento desse usuário”. E não sou só esse que eu tô contando. Tem vários casos que a gente tem por aí.

S – Você disse assim, você viu poucas vezes mudar o diagnóstico

F – pouquíssimas

S – mas pelo que eu tô sentindo, você tá dizendo tem uma frequência muito grande de possíveis mudanças que não aconteceram, é isso?

F – Isso. Isso. Exatamente.

S – Na verdade, você profissional, discorda ou discordou do diagnóstico

F – isso, isso, de outros profissionais, e não há mudança.

S – Isso pela questão do poder médico.

F – Isso pela questão do poder médico. Principalmente. Não só pela questão do poder médico, não vamos colocar só nele. Mas, fica nele, que dá o diagnóstico e não tem essa discussão.

S – Tá. E isso de... pessoas que têm um diagnóstico e você muda... discorda, faria um outro diagnóstico, vai discutir com outros colegas, e vocês, apesar da discordância do médico colocam um outro diagnóstico. Isso você viu, vê com muita frequência? Ou não?

F – Do médico fazer de um jeito e o resto da equipe de outra?

S – Sim, o diagnóstico

F – sim, sim. Acontece o tempo inteiro isso.

S – essa discordância?

F – o tempo inteiro. O tempo inteiro.

S – É? Então, é super freqüente?

F – Super freqüente. Super freqüente e... não há... eu tô falando desse ambulatório

S – sim

F – é diferente de quando eu trabalhei no Caps Z

S – Hum

F – Lá, nossa! Você discute exaustivamente os casos. A triagem nunca é feita por uma pessoa só. Aqui é só por uma pessoa. E é muito complicado isso, né. Lá tinha várias reuniões. As próprias reuniões daqui... tinha época que nem reunião tinha, né. Quando tinha eram muito administrativas... a questão administrativa, gerencial aqui é complicadíssima. Sempre houve momentos melhores e piores, agora tá terrível. Então, aí o usuário fica... os casos acabam não sendo discutidos, né. E a gente, é muito estranho... porque... <<Ah, o paciente tal...>>, o paciente vem com um diagnóstico de esquizofrenia e a gente fala <<não é esquizofrênico>>. <<Não é>>. <<Não é>>. <<Não é>>. E aí vem ele <<é>>. <<É>>. <<É>>. Continua dando Haldol®, sei lá, Risperdal®... E aí você tenta, pelo menos do ponto de vista da equipe, ver se muda a conduta desse usuário. <<Tá muito sedado>>. Qual é o projeto terapêutico? Então, aqui, na verdade, nunca teve projeto terapêutico individualizado

S – pra cada paciente

F – nunca teve. Eu sei que aqui é um ambulatório, mas poderia ter tido isso. Dava pra fazer isso. Teve até momentos que se pensou fazer isso e tal. Até conseguiu fazer

S – Hã, hã

F – mas, né. Mesmo na discordância. Claro, às vezes se discorda mesmo. Às vezes o meu laudo tá errado também. Não sei... Às vezes, tem um terceiro diagnóstico, né. Mas, na verdade, a gente nunca se pautou só pelo diagnóstico, né.

S – Como assim?

F – A gente nunca... O paciente chega aqui. Ele é esquizo ou não é. A gente acha que não é esquizofrênico. Nem por isso é... A gente vai tratar esse usuário, vê-lo, o que que limitou, o que que tá limitando a sua vida, o que tá acontecendo na sua vida e trabalhar a questão social, a questão familiar. Seja esquizofrênico ou não. Seja bipolar

S – independe do diagnóstico

F – independe do diagnóstico. E extrapolando isso sempre. Isso sempre. Extrapolando.

S – Deixa eu te perguntar uma coisa. Você disse que é articuladora de Saúde Mental.

F – Isso.

S – Como articuladora, você tem visto muito essas questões que a gente tá discutindo? De... de mudança de diagnóstico ou diagnósticos que vão... ou esse embate que você viveu, vive...

F – Vejo. Na verdade menos, porque eu não tô lá. É o usuário. E eu tô trabalhando com a equipe. Mas como eu vou aos serviços, a gente tá montando um caps, a gente acabou de fazer auditoria nos serviços... Aí quando você pede o CID, né, aí tem... as cidades lá são 27 cidades e 16 serviços de Saúde Mental. As cidades são bem pequenininhas. A cidade maior tem 270 mil habitantes, né. Tem cidade de cinco mil habitantes, dez mil, oitenta mil. Aí você vai pegar os diagnósticos, né. Tudo com F20. Tudo não, vai. Mas, gente, é esquizofrênico demais. Ltinga. Dez mil habitantes. Tinha duas mil pessoas cadastradas no Serviço de Saúde Mental. Mil trezentos e cinquenta, F20. Falei “Ah, não. Não é possível. É muito esquizofrênico na cidade”.

S – Até pelos estudos estatísticos, a quantidade de pessoas com esquizofrenia

F – é só 1% da população.

S – E os outros distúrbios são mais

F – são mais, bem mais. Álcool, em cidades pequenas, o índice de alcoolismo é gritante. E é muito interessante isso. Principalmente em cidades pequenas. Porque eu faço um trabalho de Saúde Mental junto com PSF, no Programa de Saúde da Família

S – Sei, sei

F – porque numa cidade de cinco mil habitantes, não vai ter uma equipe de Saúde Mental. É impossível ter. Então, você trabalha junto com o PSF. E é engraçado porque... é... não a equipe de PSF, mas eles não falam muito do alcoolismo. <<Ah, tem gente usando crack!>>. Mas quantas pessoas usam crack? E quantas pessoas usam álcool? Então, muita gente usa álcool e acaba não aparecendo.

S – E você acha estranho... aparecer tanto dependente.

F – É, na cidade que eu... que eu fui fazer essa auditoria. Eu achei muito esquisito.

S – Hã, hã

F – né. Então, pega a cidade. Porque tinha um ambulatório que tinha uma equipe muito legal, que trabalhava legal... Aí você vê a questão diagnóstica, né, a estatística, né, muito... F41, F32, F... sabe, balanceado, é... diferente de uma cidade que não tem suporte de Saúde Mental também. Mas, eu tô falando do alcoolismo porque... não é porque eu acho isso por causa do alcoolismo. É porque a cultura do alcoolismo... não é doente, faz parte da cultura daquela cidade mesmo.

S – Certo

F – mas é gritante. É enorme. E é claro que eles vão bater na saúde, porque há de fato problemas clínicos, porque a droga... a saúde do alcoolista não é imensa. Então eu vejo assim, as equipes, eu falo com o colegiado, todo mês eu reúno os articuladores dos municípios. E todos eles se queixam sim. <<Ah, tem paciente que a gente acha que precisa

de um atendimento mais intensivo, aí o médico acha que não precisa porque... esse paciente tomou remédio a vida inteira e não precisa>>. De novo, o poder médico.

S – E a questão do diagnóstico também aparece nessas reuniões? Discordância diagnóstica?

F – Ah, aparece, com menos frequência. Menos frequência até porque é uma reunião administrativa, né.

S – Não seria um dos focos, um dos objetivos da reunião. É isso?

F – A gente tem pautas e como a gente tá credenciando os serviços, a gente tá vendo a qualidade do serviço, se isso tiver na pauta... Já teve, a questão do diagnóstico

S – e você se lembra como foi?

F – A mesma questão. Que há um embate entre equipe não médica e equipe médica e aí a equipe não médica, de novo, não tem esse poder de tá... Tá sempre conversando, mas não se muda diagnóstico.

S – E o que você tá chamando de equipe médica e de equipe não médica?

F – Eles é que usam esse termo, tá.

S – Tá.

F - Equipe médica é o médico psiquiatra ou o especialista médico. E o psicólogo, assistente social, TO, enfermeiro e os técnicos de enfermagem

S – são a equipe não médica.

F – Isso. É isso que eles chamam de equipe não médica, né.

S – E agora, me diga uma coisa. É... você tava comentando o quanto você viu, vê com frequência, na sua experiência profissional, pessoas que têm um diagnóstico que você discordava... não sei se sozinha ou com outros profissionais... Mas que isso acontecia e que isso continua acontecendo... Que nessa reunião que você teve como pauta essa questão do diagnóstico isso também apareceu... É... queria saber a que que você atribui esse diagnóstico... Por exemplo, você tá falando de F20, né, é como se todo mundo tivesse diagnóstico de esquizofrenia. É isso?

F – Isso. F20.9, que é esquizofrenia não específica.

S – Tá. Que é mais aberto ainda.

F – Muito mais aberto, muito mais aberto.

S – Porque que você acha que isso acontece? De ter um número muito grande de diagnósticos de esquizofrenia, por exemplo, né. Ou outro

F – ou outro, né

S – mas você tá falando de esquizofrenia

F – eu acho que... transtorno conversivo que eu acho que é a maioria. Ou distúrbio de ansiedade... que eu vejo pouquíssimos. Realmente, é... pelo menos, diagnosticado, em prontuário mesmo, transtorno de ansiedade é raríssimo de você ver. Raríssimo. Bom, eu acho que a formação é péssima

S – formação

F – do médico, né, a questão da equipe, aí, como um todo, ela é sempre pequena, é uma equipe que atende... ela é tarefaira. Ela vem, executa tarefas, vai e atende, atende e vai embora. Não tem tempo de tá conversando. Não tem tempo de investigar mais esse usuário e os seus familiares, a sua dinâmica

S – discutir caso, fazer um projeto terapêutico, como você tá dizendo

F – Isso, exatamente. Aí não é só o médico. Aí eu acho que também é uma questão da direção que a instituição... que a instituição prioriza, seja lá ela qual for. Seja ambulatório, um CAPS, né, ela... Na verdade é sempre o que se prioriza: psicótico, adulto jovem, primeiro surto.

S – Sei.

F – Só que a maioria não é psicótico adulto jovem. A maioria que vem procurar o serviço, por exemplo, esse em M, que é o único serviço na cidade, né, são transtornos de ansiedade, transtornos conversivos. Quer dizer, são a maioria. E é disputado aqui sim, porque a dificuldade tá aí, né. É... então, a maioria... há um grande número de dependentes de benzodiazepínicos, que era mais fácil você dar a medicação, por isso que... eu acho que tem tanta gente fazendo, né... Porque você dava a medicação, e conduta mantida. Depois de três meses você via o paciente de novo. Você vê o paciente depois de três meses de novo. E isso acontece em vários lugares ainda. Eu sei que acontece. É um jeito também de... Sabe, se livrar desse usuário. Não fazer um trabalho realmente como...tem de ser feito. É porque a demanda é grande, e é grande mesmo. Eu acho até que a formação da equipe é muito ruim.

S – Mesmo sendo formação específica pra área?

F – Mesmo sendo formação específica pra área. Eu vejo pessoas principalmente na rede pública... saem muito pra clínica, aí você vai parar numa rede pública, com uma demanda gigante e não tem a formação de Saúde Pública. É muito claro isso pra mim. Com todos os profissionais.

S – Você diz que todos os profissionais têm uma formação voltada pra clínica, mas a formação pra clínica não dá sustentação pra

F – não dá sustentação pra rede pública. Acho que a formação do profissional pra rede pública, aí o profissional geral, é muito ruim. Por vezes, nem dá... tem gente que nem tem, nem teve Saúde Pública na sua formação. Então eu acho que isso também é um dos motivos.

S – Mais algum motivo?

F – Ah, acho que... falta de medicação? Não, né. Acho que não. É... acho que é essa... a formação mesmo que... muito organicista, né, não só do médico. Ajuda, por incrível que pareça, tem gente que tá enlouquecida (?)

S – Você fala dos profissionais.

F – Dos profissionais, em geral.

S – Organicista.

F – Ah, eu acho.

S – Que que deixa de lado, na formação?

F – Que que deixa de lado? Como assim?

S – Você tá falando que é muito organicista. O que é que falta, vamos dizer assim, nessa formação? Você tá dizendo que tem uma ênfase numa visão que é organicista.

F – Que é que falta? Pro profissional?

S – É.

F – Além da formação?

S – Não. Dentro dessa formação.

F – Ah, uma reforma da universidade, do currículo, o investimento aí pós-profissional na Saúde Pública, o investimento aí... eu acho complicado funcionar um serviço... não sei se você trabalha em CAPS ou não... no CAPS tem supervisão, né, que eu acho que

[fim do lado A]

S – Você tava falando de trabalhar num CAPS, supervisão...

F – Num CAPS, né, que é o que o Ministério preconiza hoje, como excelência pra transtorno mental, certo?

S – Sei.

F – Aí, o CAPS funciona sem supervisão? Né?! Com casos severos e persistentes, né. O usuário fica o dia inteiro com você lá, você fica lá o dia inteiro e sem supervisão de caso. É muito complicado. É claro que isso tá mudando com relação... com a vinda dos CAPS. Mas, as questões ambulatoriais... E aí, fica mais fácil, sim, você dar um F20 ou, quanta vezes eu vi com F20, e tomar Diazepam...

S – Que é uma coisa estranha, também.

F – Isso é estranho. Tem de rir. Ou então sair com o tal de coquetel.

S – Que coquetel?

F – Coquetel, ué. Haldol®, Amplictil®, Neozine®, é... Hidantal®, Diazepam... deixa eu ver se eu estou esquecendo de algum... esses.

S – Vários antipsicóticos

F – e benzodiazepínicos

S – anticonvulsivante...

F – Isso, isso.

S – Uma mistura...

F – Ah, tá faltando antidepressivo também.

S – Antidepressivo?

F – Faltou. Isso é coquetel. Isso tudo aí. Aqui no ambulatório. Fizeram os usuários fazerem fila, não tinha nem cadeira pro usuário sentar, e ele voltava daqui a três meses só. Como é que você pensar em um diagnóstico pra aquele usuário, se a consulta é de um minuto?

S – Mas, isso de três meses é todos os profissionais?

F – Médico. É uma questão medicamentosa.

S – Exclusivamente?

F – Sim. Só médico. Porque os outros profissionais, a maioria, são atendimentos semanais. Ou quando não são até mais de uma vez por semana, né.

S – Hã, hã. E você falou da estranheza de pessoas com diagnóstico de F20 tomando Diazepam.

F – Nossa, eu já vi

S – Não é um antipsicótico

F – não

S – já que esquizofrenia é uma psicose

F – é. É que a gente tá falando de F20, né. Mas, ou... ou usuário que tinha... quadro de transtorno obsessivo, eu sei que é um diagnóstico bem difícil, mas também usando é... o Haldol®. Ou, então, muito bipolar usando o Haldol®, não como tranquilizante maior, mas sim como antipsicótico também, por muito tempo. Não é naquela fase que ele chegou a ter até delírio. Mas por muito tempo. De não pensar <<Ah, vamos ver como é que a Maria tá>>. Não se pára. Não se tem esse tempo de parar e repensar como é que esse usuário tá. <<Será que ele melhorou?>>. <<Vamos repensar o diagnóstico?>>. Não existe isso. É isso que... era nossa bronca. A gente chegou a fazer um mutirão. Por isso que eu falava em F20, tanto. Fizemos um mutirão em 88, e a gente só... pra ficar mais fácil pra gente, a gente colocou: neurótico, psicótico e dependente químico. Mas, assim, pra ficar mais fácil pra gente, né. Foi só uma... um tempo... O número de psicose era enorme. Mas era muito grande. Era muito maior que os neuróticos e de...

S – dependente químico

F – dependente químico. Muito maior. E aqui, hoje deve tá dando em torno de 13, 14mil prontuários. Não sei quantos estão ativos. Não estou mais aqui, como eu te falei. Mas na

época eram dois mil ativos. E desses dois mil, acho que eram mil... mais de mil eram psicóticos.

S – E dentro das psicoses?

F – A maioria era esquizofrenia. A grande maioria era esquizofrenia, F20.9, né.

S – E... quais as conseqüências de um diagnóstico... vamos chamar de errado... pra pessoa diagnosticada ou mesmo pro meio social imediato dessa pessoa?

F – A primeira coisa que... me veio agora... não sei, não sei... a pessoa foi punida... não sei se é punida, sabe? Veio como uma punição por ela ter precisado de um Serviço de Saúde na vida dela, né, ou ter tido uma crise mesmo, um surto, sei lá eu, como for, e aí ela passou por um serviço, precisou tomar medicamento que tem muito efeito colateral... Acho que é por isso que vem essa coisa de punição pra mim, sabe?

S – Hã

F – Eu vejo a vida dela prejudicada

S – Em que sentido?

F – Prejudicada... é... clinicamente, porque ela tem muitos efeitos colaterais mesmo, ela fica com aquela marca na vida dela... os pacientes têm necessidade, a gente sempre mostra o prontuário pra ele e tal, e... <<eu sou esquizofrênico>> e isso é muito forte

S – Essa é a marca

F – É. É. É muito forte

S – da pessoa se dizer esquizofrênica

F – é muito pesado. Eu não tô falando “ele”. Tô falando de diversos usuários usaram essa mesma fala, né. Tem vergonha de dizer que é esquizofrênico. Que não tem mais coragem... que não tem coragem de namorar, de estudar, de procurar trabalho, né.<<Eu não procurar trabalho. Eu vou falar que eu faço tratamento e sou esquizofrênico?>>. Então, eu acho que é prejudicado na sua vida social, familiar mesmo, fica aquele <<É o louco da família>>, né. E é claro que a gente tem que... cabe a todos nós, usuários, profissionais, desmistificar a questão da Saúde Mental. Eu acho né. Bom, doença...

S – mesmo no caso de esquizofrenia

F – mesmo no caso de esquizofrenia. Exatamente. Não dá pra negar que (?). Passa de um jeito muito pesado. Quando se fala do louco, a primeira coisa que vem é a coisa da agressividade. Vários usuários falaram pra mim <<Ah, eu não vou procurar serviço. Se eu falar que eu sou esquizofrênico, que eu faço tratamento em Saúde Mental, vão falar que eu vou ter crise, que eu vou bater>>. Outros, tinha a questão muito forte das convulsões, as pessoas tinham muito medo das convulsões... Então, eu acho que isso também amenizou, né. Mas tinha muito medo, né. Então, eu acho prejudicial pra... pra qualquer ser humano, na questão diagnóstica... no diagnóstico errado...

S – Deixa eu explorar isso um pouquinho, saindo um pouco do foco... Mas você falou muito do senso comum, né.

F – É.

S – Não sei, mas eu particularmente, eu já vi algumas vezes profissionais também terem uma visão totalmente errônea

F – verdade. Você tem toda razão. É... eu acabei não falando nisso. Mas, sempre passo por aí. Dentro da própria Saúde, né, você vê um preconceito enorme

S – Saúde de uma forma geral?

F – de uma forma geral. E mesmo na Saúde Mental.

S – Mesmo na Saúde Mental?

F – Mesmo na Saúde Mental. Com certeza.

S – Mesmo profissionais formados?

F – Mesmo profissionais formados. Com certeza. Mas, na Saúde é mais. Tanto que é.. já vi casos <<Ah, você é da Saúde Mental? Ah, que ruim, coitadinha!>>. Sabe? Como se fosse uma penalidade, um sacrifício fazer tratamento na Saúde Mental, né. E tem profissionais que não querem nem passar por perto, né... Nem passar perto do serviço.

S – Saem correndo quando ouvem falar

F – Saem correndo. Isso eu também eu acho que passa pelo serviço... pela rede. Porque a rede, é... tem muito profissional, e aí... quando fazem os concursos, as pessoas caem no serviço e muitas vezes não tem perfil nenhum pra trabalhar. Não tem preparo anterior pra esse profissional trabalhar. Seja na Saúde Mental, seja com hanseníase, seja na UBS, seja no pronto-socorro. Não tem essa preparação. Então, eu acho que isso faz também com que esse profissional seja um tarefeiro, faça um serviço mais desmotivado, faça um serviço mais desleixadamente mesmo. Porque... quantas pessoas eu vi passar, e que não tinha perfil nenhum pro serviço. Em outro serviço ela trabalharia muito bem. Mas não na Saúde Mental.

S – Tá. Mas voltando um pouquinho agora

F – [ri]

S – Não, não. Eu que entrei, porque eu achei interessante. Vamos voltar um pouquinho

F – [ri]

S – É... a gente tava na seqüência, falando do diagnóstico errado, né.

F – Ah, tá.

S – Você falou de várias conseqüências, você falou de pessoas que têm vergonha de falar até nesse diagnóstico. Que se sentem incapazes de trabalhar, de namorar

F – de procurar trabalho... <<Como é que eu vou procurar trabalho? Eu sou esquizofrênico>>, né. E muitos também usam esse... esse diagnóstico pra... pra alguns benefícios.

S – Tipo?

F – Tipo benefício mesmo, benefício de INSS, e benefício na casa, de ser o doente mental, de tá manipulando a casa, a família... são esses benefícios... <<Não vou fazer nada mesmo. Eu sou doente>>. Tem um outro viés aí, de um diagnóstico errado. Que não é incomum. Esse ganho que esse usuário tem, quando esse usuário é diagnosticado como... esquizofrênico, de novo. Esquizofrênico tem o benefício do INSS, do LOAS, seja lá qual for o benefício

S – Hã

F – o único diagnóstico que dá o LOAS, por exemplo, é o F20. Muitos sabem disso, né. E aí... ele acaba também não trabalhando, não fazendo as coisas na vida dele, na própria casa. Muitos usuários eu já vi fazendo isso também.

S – Muitos?

F – Muitos.

S – Esquizofrênicos?

F – É... depende... vi, vi. <<Ah, sou esquizofrênico>>. Ele usa, né. Tá preservado, você vê, né. <<Ouço vezes>>. É nisso que eu falo desse embate com o profissional

S – Hã

F – Você vê que é uma alucinação que é aprendida, na verdade.

S – Que não é verdadeira?

F – Não é verdadeiro. Sabe? Quando você fala com um esquizofrênico, aquele delírio dele nunca vai cair por terra, né

S – Hã

F – É diferente quando você fala com uma pessoa que não é... e ela tá... é aprendida, mesmo, né. Fala <<Tenho esses sintomas>>, né

S – Sei

F – e é muito comum de usuários que ficaram internados em hospital psiquiátrico. Eles aprendem esses sintomas.

S – Ah, tá. Quando ficam internados.

F – Isso, isso. Porque antes internava pra caramba, qualquer um. O Q tinha 690, né, leitos, que era aqui pertinho. Hoje é o B, na cidade de T que se interna. Tem até as enfermarias, mas é com muito mais critério que se interna. E antes, não. E, então, tinha aqueles usuários todos delirando, né. Tinha um usuário que dizia que era o Roberto Marinho. E veio como esquizofrênico. E dando uma investigada, ele não era esquizofrênico nem aqui e nem em lugar nenhum do mundo. E foi muito difícil conversar toda a equipe pra mudar o diagnóstico desse usuário. Demorou uns quatro anos.

S – Nossa!

F – Quatro anos. Até desconfiar que ele não era esquizofrênico. Que ele era um transtorno conversivo, um histérico grave, precisando sim de tratamento. Porque quando a gente fala que é histeria, pra algum profissional, seja ele qual for, parece que não precisa de tratamento. Eu sempre falo que não. Eu acho que é mais difícil de ser tratado, né. E pra esse usuário demorou quatro anos. E ele tomando Haldol®, Amplictil®, Neozine® e tomou coquetel durante muito tempo, depois foi tirado. Ele tomou Risperdal®. Aí que mudou o diagnóstico. Mas olha, foi suado. E aí aquele paciente tinha muito, gente, ele era muito... não-sei-o-quê, muito florido, florido até demais. Desse florido até demais é que veio a desconfiança

S – por causa do exagero de sintomas

F – muito, muito. Exagerava demais. No primeiro momento... é lógico, não dá pra você ver tudo

S – sei

F – Então, como a gente tinha o grupo de adulto, “Ah, tudo bem”. Depois, “Peraí. Não é bem por aí. Ele conversa bem, vive bem, difícil não falar que ele não era esquizofrênico. É difícil sim.

S – E me diga uma coisa... Quais são as conseqüências, então, dessa mudança, dessa revisão de diagnóstico pra pessoa diagnosticada e mesmo pro meio mais imediato.

F – Pelas pessoas que eu vi, com a mudança de diagnóstico, depois de conversas, depois de exaustivas conversas, de ter um projeto terapêutico pra aquele usuário, eu vi que a qualidade de vida daquele usuário mudou.

S – Mudou?

F – Porque ele começou a participar mais das atividades. Participar mesmo. Isso eu vi. Não de tá de corpo presente, só. Mas de ser atuante nas atividades, é... pedir... pedir outras atividades. Começou a participar da Associação

S – Muito mais ativo?

F – Muito mais ativo, procurar apoio fora. É isso que eu vi.

S – E isso antes não acontecia?

F – Não acontecia. Tinha um paciente que escrevia. A gente conversou, nunca achou que fosse esquizofrênico, era histérico, né. Nossa, esse paciente foi pro cabelereiro, foi aprender a fazer cabelo fora. Depois da mudança. Impressionante. Porque não é assim, milagre. Mas teve uma mudança de conduta no tratamento dele. Esse paciente tomava medicamento. Aí

começou a freqüentar o grupo de TO. E podia muito mais que isso, né. Muito, muito mais que isso. Esse paciente foi fazer tratamento psicoterápico, tinha condições de fazer tratamento psicoterápico. Poderia ter outra história, né. E foi muito legal. São dois casos muito fortes pra gente né. Não é só um caso... são dois casos. E esse caso desse usuário que era F20 por um tempão, era uma pessoa muito difícil pra unidade. Quando mudou o diagnóstico dele, ele tomou um outro rumo, começou a fazer coisas fora da unidade. Foi procurar um serviço, começou a trabalhar, mesmo sendo aposentado... É... ele voltou a estudar, né. É isso que eu vi...

S – E pro círculo familiar, pra vizinhança, você sabe, se houve mudanças?

F – Pra vizinhança eu não sei, mas a família... é... de um deles achou horrível. Pior. Porque ele começou a fazer coisas fora, começou a ter amigos, a querer outras coisas pra vida dele... Os outros dois que eu falei, não. A família dos outros dois adorou. Porque tomou uma posição na casa. Era mais uma pessoa na casa. Não era mais “um vaso de flor”, mas era uma pessoa atuante, que tomava decisões também. E um outro caso... Outro caso não, outros casos, tá vindo vários casos agora de... transtorno bipolar que é tratado como esquizofrênico, que é uma pena. Transtorno bipolar tem um prognóstico tão legal, né. E... são um grupo de mulheres, eu tô fazendo um grupo de mulheres, né, e... E de repente e tal, sabe, depois que a gente viu, fez um projeto terapêutico pra elas, elas começaram <<Ah, eu quero me pintar>>, <<Ah, eu quero sair... eu quero me arrumar>>, <<Eu quero arrumar a casa, deixar a casa bonita, não deixar a casa do jeito que tá>>. Aí também causa um transtorno pra família. Porque elas queriam mais. Porque antes, a pessoa tava em crise, na verdade. Aí você tinha que fazer um trabalho com a família. Porque na verdade, aí a pessoa tem um florescer, aí, né, deu uma agitada na vida dela. Até então era... não sei quantos Haldol® e... ficava, levantava, (?) e ia embora. No máximo era lavar louça. No máximo.

S – E porque a família não aceitava

F – porque ela queria sair pra passear, ela queria namorar, ela queria voltar a estudar, usar roupa diferente, né. Fazer atividades religiosas... Então, é por conta disso. Aí, teve uma pessoa que a gente teve que fazer um trabalho grande com a família. Que estudar era fundamental pra ela. Que ela tinha condições sim, de estudar. E aí, a gente tem que fazer esse trabalho com a família. Porque eu tava falando do projeto terapêutico... o projeto terapêutico não é só aqui do usuário, é do contexto familiar, do contexto que ele vive

S – com a família

F – com a família, e assim... É, quando eu converso, onde eu trabalho agora, se for possível, se esse usuário tiver um PSF perto, de fazer... conversar com o agente comunitário e esse agente também saber como é que é. Porque, quanta gente que eu ouvi, que não precisa nem de ambulatório. Vai pro PSF, vai ficar atuando na comunidade. Não precisa vir pro serviço.

S – Me fala um pouquinho mais sobre isso, sobre pessoas que tinham diagnóstico de esquizofrenia e passaram a ter diagnóstico de transtorno bipolar... Querida que você falasse um pouco mais disso.

F – Ah, era freqüente sim. Eu falo que é uma pena, porque hoje a gente tem outras medicações que causam menos transtornos, né. Mas, com o Haldol®, com o Amplictil®, a pessoa era muito embotada, muito embotada. Aí você via o paciente, vinha, fazia um atendimento, fazer uma atividade, sabe, e assim, muitos pacientes sentiam que não podiam mais, né. Que era uma coisa... eu não sei como tá agora, mas de rever constante a hipótese do paciente, por conta dos efeitos mesmos dos medicamentos. Porque você vai tomar o Lítio, mesmo o Haldol® que... em pequena quantidade... tô falando do transtorno bipolar,

ele vai ter outras atividades na vida dele do que o esquizofrênico com uma grande quantidade de antipsicótico.

S – Fala mais um pouquinho, que eu não entendi

F – Um paciente que veio diagnosticado como esquizofrênico. E ele tá com coquetel. Muito, mas muito mesmo remédio. Como é que esse paciente ficava? Parado, robotizado, só faltava babar, porque não segurava a baba, porque o tônus ficava baixo. Era assim que esse paciente vinha. Aí, você ia conversar com esse usuário e, sabe, meu Deus, que história, a história não batia com uma história de esquizofrenia

S – Hum

F – né. Nunca teve delírio... alucinação... Estamos no século XX, meu Deus do céu! Na época em que teve o surto, arrancou a roupa, sei lá, e vinha andando devagarzinho, com dificuldade de subir a escada... E aí, quando você revê esse diagnóstico, né, medicação diminuída, trocada, você que o paciente começa a ter outras atitudes, a dinâmica dele muda no grupo de TO, esse paciente tem mais iniciativa

S – depois dessa revisão

F – depois dessa revisão, né. Que nem eu falei antes. Esse paciente procurou outras coisas fora do ambulatório de Saúde Mental. Hoje, o esquizofrênico, a vida dele fica muito restrita ao ambulatório de Saúde Mental, né. Em casa. Ambulatório. Em casa. No ambulatório. É claro que eu acho que tem que mudar isso, né. Não é assim também. Mas antigamente era.

S – A vida se resumia em casa

F – e tratamento, mais nada. Em muitos casos eu vi isso. E apontava isso pro usuário. “Que que é que você tá fazendo da sua vida?” Eu conto uma história. E isso me marcou muito. Um paciente que tava há oito anos aqui no ambulatório, o diagnóstico dele, F20, esquizofrenia. Tava num grupo de crônicos, esse paciente. E aí eu fazia um grupo de TO, fazia uns cinco meses que eu tinha vindo pra cá. E eu falei pra esse paciente “Liga pra sua casa, pra falar que vai ter a festa amanhã, meio-dia”. Porque ele queria ligar. Era ficha ainda, de telefone. Ele falou <<Ah, eu não sei ligar. Não sei usar telefone. Nunca usei telefone>>. E eu fiquei mal com isso. Muito mal. Porque ele tava oito anos num serviço e não sabia usar o telefone

S – e o telefone dentro do serviço, é isso?

F – dentro do serviço, telefone público. E isso mexeu muito comigo. Esse paciente não tá mais no ambulatório, ele tem um CID de F41

S – F41 é... transtorno de ansiedade?

F – isso. Ele trabalha na roça, ele é membro da Associação, ativo. E era um paciente que tinha uma vida... Ele me marcou muito. Ele nem é mais usuário do serviço, mas ele vem na Associação. E aí, quando eu vi isso, eu falei “Ele tem que aprender a usar o telefone”. Porque ele tinha um rebaixamento. E por causa desse rebaixamento, colocaram ele como esquizofrênico. Ele vinha como esquizofrênico, tomava Haldol®... E você via o prontuário dele, você via várias anotações: conduta mantida. Conduta mantida. Só isso. Mais nada. Sem conversar. E esse paciente usava medicação por anos e anos e anos.

S – E nisso você tá falando só da questão médica ou não?

F – não

S - ou de forma geral?

F – Não. De forma geral.

S – Que trabalham com os pacientes como esquizofrênicos

F – Isso, isso.

[fim da fita]

F – sendo que o que cronificou o grupo de crônicos foi a própria instituição, né. Isso é que eu fico batendo na mesma tecla. Quem cronifica somos nós. Nós é que cronificamos. Não é crônico. Ninguém nasceu crônico. Então, na questão diagnóstica, a gente não pode só colocar o nosso... projeto pro paciente só por ela, mas é importantíssimo.

S – Como é que é?

F – O diagnóstico do paciente, a gente... ele nunca deixou... mesmo a gente brigando com outro profissional, a gente nunca deixou de fazer o serviço. Mas ele é importante também, o diagnóstico. Ser mais um modelito pra gente tá fazendo esse projeto com esse paciente

S – Você não tá brigando com a existência de um diagnóstico, é isso?

F – Não, não tô. Acho que teve muito isso no começo da reforma psiquiátrica, sim. Eu que vivi isso, mas a história de você ter vários disso <<Não tem que ter diagnóstico>>, <<Você tá rotulando como louco>>. Eu não acho isso. Eu acho que você tem mais um elemento pra ajudar, né. Mas... tem o pessoal que tem um transtorno de ansiedade e que é tratado como esquizofrênico, por exemplo.

S – Tá. Queria que... você começou a relatar vários casos, um pouquinho de cada caso, né... Eu queria que você tentasse lembrasse de um, que a pessoa... pode ser mais de um... que a pessoa tinha o diagnóstico de esquizofrenia inicialmente, e que esse diagnóstico foi mudado posteriormente pra transtorno bipolar.

F – Tá. Deixa eu lembrar... Tá. Lembrei. Uma pessoa, que ela veio, entrou em surto no Japão, de kassegui. Começou no Japão, veio pra cá, uma família bastante rígida, família oriental. E no Japão não trataram. Simplesmente mandaram ela tratar. Então, são casos que vêm como esquizofrenia

S – o diagnóstico veio do Japão?

F – não, daqui. Do Japão, eu não sei. Ela pega, e a família conta que ela pirou lá no Japão, e não aceitaram e mandaram ela de volta pra cá. Medicaram ela lá, mas mandaram ela pra cá.

S – e aqui ela teve diagnóstico de esquizofrenia, é isso? Aqui no Brasil?

F – Isso. Não sei quem deu esse diagnóstico primeiro. Quando eu entrei, ela já estava no serviço. Tá?

S – Tá.

F – E era uma pessoa que tomava coquetel. Inclusive ela tinha problema de pele muito grave. E não tomava uma medicação. Tomava muita medicação

S – Problema de pele? Você tá falando de efeito colateral?

F – É, efeito colateral. Já era uma pessoa poupada. Veio de família oriental. Rígida, falava baixinho, não participava de jeito nenhum. Terrível, terrível, terrível. E conversando com ela, ela com uma habilidade incrível, manual

S – Me fala, antes da revisão, como é que era a vida dela, que tipo de coisas que ela fazia?

F – Na casa?

S – Tendo esse diagnóstico de esquizofrenia

F – Ela ficava em casa, fazendo pouquíssimos serviços domésticos. Tinha que insistir pra ela fazer algum serviço doméstico

S – Hã

F – não trabalhava, não fazia nada em casa. Fora, menos ainda. Pouquíssimos serviços domésticos.

S – De passear, namorar

F – não, não. Nada, nada, nada. Ela vinha pro tratamento. Tanto que eu achei melhor ela vir mais vezes pro grupo. Pus ela num grupo de mulheres, num grupo misto, e tentava colocar noutros grupos. E a mãe, e a irmã que eu tinha contato... porque o pai ficou no Japão... a

irmã falava que ela ficava dentro de casa, na cama. “Como é que foi o fim de semana?” . <<Debaixo das cobertas>>. Só debaixo das cobertas. E vinha pra cá, num sacrifício... resistente pra vir, mas vinha. Depois não, depois ela vinha na boa.

S – Porque?

F - Precisa de um vínculo, né. Ela fez vínculo com o grupo, comigo. Ela vinha sozinha, ela conseguia vir sem ninguém, não precisava de ninguém trazê-la. E aí, ela contando a história dela, como é que foi no Japão, como é que foi o surto, né. Aí... eu fiquei pensando... eu pedi pros outros profissionais fazerem avaliação com ela também. E ver um outro diagnóstico, né. Não sabia que era um transtorno bipolar ainda, tava em dúvida. Depois de um tempo, não lembro quanto tempo, foi diagnosticado o transtorno bipolar

S – Hum

F – né. É claro que ela tava vinculada no grupo, como eu já tinha te falado, né. Ela era uma pessoa que tinha muita habilidade, tinha não, tem muita habilidade manual. Ela tá ensinando, ela me ensinou várias atividades, né. E... aí eu invisto bastante na atividade de artesanato com ela. E tudo muda. Quando a equipe conversa, conversa de mudar o diagnóstico... Ela faz psicoterapia, ela não deixa a TO, isso é uma... ela não quer deixar, ela gosta. A questão da fala é muito complicada com ela. É sempre através da atividade que a gente consegue alguma coisinha com ela. Sabe como é família oriental. Muito fechada, fechadíssima. E aí, é... você vê ela pensando... Teve um dia que ela falou assim <<Ah, eu tô pensando em vender as coisas pra fora. O que você acha?>>. Ela perguntou pra mim.

S – As coisas que ela fazia?

F – As coisas que ela produzia. “Mas o que é que você vai fazer com isso? Vamos pensar”

S – Que que é que ela fazia?

F – Bolsas de crochê, tapetes, toalha... Lindas, lindas. Cortina. Lindas. E eu não queria falar pra ela o que fazer. Queria que partisse dela. Mas foi um tempo grande, foi demorado.

S – Aí um dia, ela chegou e disse que tava pensando em vender...

F – Isso, em vender pra fora. E ela começa a vender as coisas dela aqui, pra funcionário. Até que ela começa a vender pra vizinhança, né. E... eu... não só eu, né, os outros profissionais, decidimos encaminhar ela pra Associação. E na Associação, ela é uma pessoa que na cozinha se sai muito bem, né. Então, tem uma entrada muito boa com os outros usuários, tímida, do jeito dela, mas ela sai, ela pensava em voltar a estudar, mas... ela já tinha feito faculdade, na verdade.

S – Ela já tinha feito?

F – Já, já. Ela tinha feito. E... aí... Ela vive desse artesanato, ela vive... até frequenta a Associação, bastante prestativa, é uma pessoa que... É isso que eu falo, é uma pessoa tímida, mas quem viu ela chegando, embotada, sem falar uma palavra, robotizada... vendo ela vender as atividades, pondo preço, preço justo. Antes ela não sabia por preço. E ela foi aprendendo essas coisas. Ela foi atrás disso. Ela compra o material, vai pra São Paulo.

S – Antes ela não saía, pelo que você falou.

F – Não, antes ela nem saía. Vai na 25 de março, comprar material pra fazer artesanato.

S – Sozinha?

F – Sozinha. Tem uma questão muito forte, que ainda não... porque depois eu saí, mas eu insisti pra ela ir pra psicoterapia. A questão sexual ainda não foi trabalhada. Mas o pragmatismo... Ela sai com os amigos, faz programas com a família. Imagina que eu ia ver ela no shopping. Imagina.

S – Já viu ela no shopping?

F – Já, já. Várias vezes. Ela tá saindo sozinha de casa. Um dos casos. Tem muitos casos. Não só com diagnóstico de bipolar, mas também com outros... que nem aquele paciente que eu te falei da ficha

S – um transtorno de ansiedade

F – isso. Um transtorno de ansiedade. E que tava há anos como esquizo. E esse paciente trabalha. Ele também trabalha na roça, mas ele vai nas festas, quando a gente fez um abaixo-assinado, ele foi pras ruas ajudar. Ele morria de medo de falar. Ele falava pras pessoas que fazia tratamento aqui, pedia pras pessoas assinarem, pra gente ter uma enfermaria psiquiátrica. Olha, quem te viu e quem te vê. [risada]. Eu não acho que é só a questão diagnóstica, Sérgio. Não acho mesmo. Não é só isso. Acho que... é um pensar, um projeto como um todo, pro usuário.

S – Tá. Essa mudança...

F – Essa mudança. Eu acho que é isso. Pensando nesses quadros, o diagnóstico é importante sim, mas pensar num todo, junto com ele, com a família, pensar junto. Não é só lá na reunião técnica <<Ah, vamos fazer isso com esse paciente>>, né. Eu acho que pensar junto com o usuário também é importante.

S – O quê, por exemplo?

F – O que fazer. Ele que vai me falar. Às vezes, conversando, talvez ele não tenha mesmo condições. A gente tem que emprestar pra ele nosso poder, aí, né. Esse poder que a gente tem. A gente empresta, depois ele devolve. Ele sabe o que vai fazer da vida. Poder de decisão. <<O que eu vou fazer com a minha vida?>>. <<Que iniciativa que eu vou ter?>>. <<Que que eu posso fazer?>>. <<Até onde eu posso fazer?>>, né. É isso. [silêncio].

S – Hã. Você quer falar mais algo sobre alguma coisa?

F – Acho que não.

S - Alguma coisa que você quer explorar mais, alguma coisa que eu não te perguntei?

F – Não, não. Acho que a gente passou muita informação profissional. Informação do serviço. [risadas de ambos].

S – Então, tá bom. Obrigado.

[fim da entrevista].

Transcrição - Entrevista – Psicóloga – Leila

S – Bom, Leila, eu te expliquei sobre a minha pesquisa de doutorado, né.

L – Hum, hum.

S – Queria que você me dissesse com que frequência você viu ou vê pessoas que fazem tratamento, tem um diagnóstico inicial de algum tipo de patologia na Área de Saúde Mental, que fazem tratamento, e depois acaba tendo um outro diagnóstico.

L – Hum: com que frequência?

S – É.

L – Olha, eu acho que a frequência é bem baixa.

S – Hum:

L – Apesar da gente acompanhar, né, muitos casos que a gente acompanha que a gente tenta discutir com o médico, até levantar outras hipóteses, né, mas são poucos os que a gente vê alterar mesmo.

S – Tá. São poucos que você vê alterar

L – Que você vê efetivamente mudar, né e... mudar assim que eu digo, mudar no prontuário, mudar o esquema de tratamento, no geral, assim, não sei nem te dizer em porcentagem.

S – Você diz que é pouco frequente.

L – Pouco frequente.

S – Mas isso de aparecer pessoas que têm diagnóstico inicial e que depois é... tem toda essa discussão etc e tal.

L – É pouco frequente também.

S – Porque isso?

L – Da discussão, de discutir os casos?

S – Hum, hum.

L – Ah... acho que é até uma: um problema institucional, de ter pouco tempo, pouca participação do médico nas reuniões e a gente acaba discutindo o que sobressai, né, algo mais urgente, algo que se sobressai. Mas esse parar, reavaliar os casos, a gente acha necessário mas não consegue fazer.

S – Porque necessário?

L – Então, porque assim... Quando a pessoa vem com os papéis da internação, primeiro atendimento na rede básica, né, é uma situação bastante diferente, né. Talvez assim, a gente possa estar avaliando depois de seis meses de tratamento. Qual foi a evolução, tá dando certo este esquema, né. A gente não pára pra... Assim, se o time tá ganhando, continua jogando, entendeu?

S – Sei...

L – Mas não pára pra pensar, pra refletir, só o que sobressai mesmo, né. Quando não tá dando certo, quando acontece alguma coisa, chamar a atenção, a pessoa volta a ter uma internação, a família começa a procurar daí a gente para... pra... pra conversar, né.

S – Tá.

L – Rediscutir, né.

S – E... eu não entendi uma coisa. Você diz que é pouco frequente a efetiva mudança

L – Isso

S – do diagnóstico

L – Isso

S – Mas a mudança depende de quê?

L – Do quê?

S – É.

L – De um fator desencadeante, né. Eu posso falar de um caso, uma coisa que eu lembro?

S – Pode.

L – Então, o que me (?) foi uma paciente que tava como esquizofrênica há anos

S – Hum

L – já há uns dois ou três anos, e ela chegou a ter uma crise, chegou a ser internada, não, não chegou a ser internada, mas ficou em observação e aí a equipe do hospital é que levantou a hipótese dela ser bipolar

S – Hum

L – E só aí que... Olha, se for pensar... A gente começou a juntar um pouquinho as coisas... A queixa da família, normalmente era uma pessoa bastante ativa aqui, e aí numa reunião em equipe... Olha, talvez seja mesmo e a gente precisa mudar o tratamento. Mas, teve que ter um... alguma coisa assim... uma situação que chame a atenção.

S – E... e... deixa eu ver se eu entendi. A... essa mudança de diagnóstico é uma mudança então de equipe ou depende de algum profissional em específico?

L – Depende muito mais do médico

S – Muito mais do médico

L – Nós, os outros profissionais, a gente pode até cantar a bola, levantar a bola, mas...

S – Se o médico não muda o diagnóstico

L – Se o médico não muda o diagnóstico, permanece o mesmo

S – Ah, é?

L – Hum, hum

S – E na sua experiência, já aconteceu, acontece isso, de você ou outros profissionais levantarem, fazerem uma outra hipótese diagnóstica do paciente e

L – discutir?

S – discutir, e apesar de você acreditar, chegar à conclusão de que é outro diagnóstico, mesmo assim isso não ser mudado?

L – Ah, já aconteceu já. Então, aí a gente convoca assim, antes até acontecia mais assim, da gente ter umas discussões mesmo, né. Ah, eu tenho tal posição e aí justificava. E o médico falava <<Ah, eu tenho tal posição>> e justificava, né.

S – Hum, hum

L – Isso já aconteceu. Mas assim daí a gente, nós apresentamos nossas posições mas continuava inalterado.

S – Então é uma questão de poder médico

L – Exatamente. É o que (?) assim, né. Se você for ver o registro no prontuário, tudo o que conta, o que vale, digamos assim, é a opinião do médico, assim, às vezes a gente trabalha assim em parceria

S – Hum.

L – Principalmente uma outra médica que tem aqui que quando ela fica em dúvida, né, a gente faz uma avaliação, a gente troca um pouquinho, né. Discute o caso, <<Ela não é uma psicótica, e tal>>

S – Sei.

L – Mas existe uma questão de poder cristalizada, né

S – É, porque pelo que, pelo menos eu entendo, na verdade, a proposta é que seja mais ou menos de uma equivalência entre os poderes de decisão

L – Hum

S – de todos os profissionais

L – É. Mas não há.

S – O médico acaba prevalecendo

L – O diagnóstico do médico. Tanto que aqui, nós profissionais normalmente nem coloca uma hipótese, você colhe uma história, mas dificilmente você vê uma triagem onde o profissional coloca uma hipótese diagnóstica.

S – Vamos pensar assim: se... se o médico concordasse com as outras pessoas da equipe, você acha que teria muita mudança de diagnóstico ou não?

L – Aqui no ambulatório?

S – Sim

L – Ah... eu tinha que não sei, mas eu acho que teria sim, bastante trabalho

S – Bastante trabalho?

L – É. Acho que teria sim, uns casos sempre tem aqui, que você acha que caberia uma revisão, né. Que o pessoal poderia se beneficiar de um, de um outro tratamento, de uma outra estratégia medicamentosa. Acho que sim, eu não sei te dizer quanto.

S – Sei.

L – Eu tenho um pouco de dificuldade, Sérgio, porque assim, como a gente aqui, nós técnicos, a gente se pauta na reabilitação psicossocial né, é... a gente fica pouco, eu principalmente, fico pouco apegada à questão do diagnóstico, a gente verifica, e tal, né, mas eu não sei te dizer números, né, então eu sinto um pouco de dificuldade, é isso.

S – Você disse que o diagnóstico é importante.

L – Hã, hã.

S – E você

L – Então, e acaba sendo mais importante é, interessante isso, acaba sendo mais importante pro próprio paciente, nomear o que ele tem.

S – Sei.

L – Pelo menos, o que eu percebo aqui é que pra eles é importante nomear <<O que é que tá acontecendo comigo?>>, né. Acho que isso mais pro paciente do que pra mim, a psicóloga, né. Que a gente atende. Porque aqui a gente não atende só individual, a gente trabalha com grupos, com outras atividades

S – E sobre esses casos que você disse que já viu, uns poucos casos de mudança de diagnóstico, pensando que o diagnóstico inicial tava errado por algum motivo, quais são as conseqüências, como você entende que são as conseqüências desse diagnóstico errado pra pessoa que tá fazendo o tratamento, a partir desse primeiro diagnóstico. Enfim, quais são as conseqüências pra pessoa que tá fazendo o tratamento e pras pessoas mais próximas

L – Hã... as conseqüências? Olha, primeiro o que a gente percebe é que as pessoas têm o primeiro surto e numa outra crise têm uma conseqüência muito mais traumática, muito mais aguda que a outra, né

S – Hum

L – Mas assim.. o que me chama a atenção é a conseqüência social mesmo, né

S – Sei

L – Da pessoa que tem crise e recebe o diagnóstico de esquizofrenia. Eu acho que é um rótulo pesado, né e... limita a vida da pessoa, né e... tem um peso na vida da pessoa, né e... só de tá lá, né, esquizofrenia, tem um peso muito grande, né. É... eu acho que a pessoa fica rotulada mesmo, né. É diferente quando a pessoa fala <<Ah, eu tô numa depressão>>, <<com um transtorno bipolar>> o que pega as pessoas... Noutro dia mesmo um paciente

falando que antes, ele tinha psicose maníaco-depressiva, e agora não, ele tem transtorno bipolar [risadas] a mudança na nomenclatura, né, pra ele pareceu uma coisa mais leve

S – Sei

L – Ele tá se tratando da mesma coisa

S – Sei

L – É... eu acho que, que no geral o que acontece aqui, como esse ambulatório trabalha com transtornos graves, né, é... os erros, não diria os erros, a mudança de diagnóstico que eu vi é quando a pessoa chega pra uma coisa mais grave, é...no geral eu vejo isso, passa de um algo mais grave, psicótico e daí depois é que pode ser um transtorno neurótico, pode ter sido um momento psicótico, mas a pessoa não é exatamente um esquizofrênico. Não sei se você tá me entendendo

S – Assim, por que você acha que acontece isso? Você disse que inicialmente a pessoa recebe um diagnóstico que é mais grave

L – mais grave, um diagnóstico que eu já vi alterar foi isso, né

S – E porque isso acontece?

L – Olha, eu não sei, não sei te dizer se é porque... Eu acho que diagnosticar é algo extremamente difícil, né

S – Hum

L – É... é... é... colocar uma hipótese, tal coisa, né, é, não sei, no geral, tem tantas coisas influenciando, né, que eu acho que tinha que ter a reavaliação pra gente e... e eu não sei se é um hábito, né, os casos que não é muito claro, vamos tentar algo mais grave, né, e o resto é lucro. E aquele diagnóstico F20.9 que é outras esquizofrenias, esquizofrenia não especificada, né. Que daí cabe tudo e isso daí a gente vê bastante, esquizofrenia não especificada e tal.

S – E aí você diz de um peso que tem um nome, né. Você que principalmente pra pessoa que recebe esse nome, o paciente. Você falou também que limita

L – Hã, hã. Então quando a pessoa, o diagnóstico, a pessoa têm, pega um atestado do médico que tem esse diagnóstico, né, ela já para de trabalhar, passa a ter dinheiro até a carteirinha de passe livre, tem os benefícios, né. Mas por outro lado, isso implica em parar de trabalhar, né, e você se afastar daquele grupo, parar, né, de, de... freqüentar tal lugar, né. Eu creio que no geral vai acontecendo esse afastamento mesmo, né

S – Isso com qualquer diagnóstico?

L – É... acontece, mas é... perdi o ponto...

S – da coisa da limitação

L – da limitação... É eu não se acaba sendo uma, uma idéia nossa que estamos aqui, né, acompanhando uma pessoa, mas no geral, quando elas começam freqüentar o ambulatório eles falam que isso aqui é lugar de louco. É... já há esse afastamento de toda rede social, mesmo. Já é uma ruptura, até.

S – E a pessoa já tem dito isso?

L – É, eu percebo isso. Mesmo os mais jovens, né. E é engraçado por que às vezes... a gente tem uma parte delicada, né. A gente tem casos aqui que a pessoa chegou, começou a ser tratada como esquizofrenia não especificada, e tal e com o tempo vai se estabilizando e você vê que não era aquele tipo de transtorno, né

S – Sei

L – e aí se muda o tratamento medicamentoso, né, e a pessoa está bem só que, por não ser esquizofrênico, a pessoa perde uma série de benefícios, né. A carteirinha de passe-livre, é... sei lá, financeiros...

S – aposentadoria

L – é, e... o que eu acho é que às vezes é... isso pega pra mudar o diagnóstico também, né, porque daí há uma força contra, né, da pessoa <<Ah, mas eu não estava bem>>, <<Não era isso que eu tinha>>, né. É... e agora tão querendo tirar a minha carteirinha, tão querendo tirar o meu, o meu auxílio-doença

S – Você tá falando de um paciente que tá com um diagnóstico que dá direito a benefícios etc

L – Isso, isso e depois, há também uma pressão paciente pra se manter essa situação

S – Pra não perder os benefícios

L – Isso, por causa dos benefícios. Não porque ele não esteja bem, não porque, né, ele não se dê com a medicação, né.

S – Então me fala quais são os benefícios e os prejuízos dessa mudança de diagnóstico, ou não, né, porque as pessoas não querem... Queria que você falasse dos benefícios e dos prejuízos tanto pra pessoa quanto pra rede

L – Hum, hum. Os prejuízos e benefícios da mudança? De mudar?

S – Sim.

L – Olha, é engraçado, porque o que a gente vê como benefício, o que a gente como técnico vê como um benefício nem sempre o paciente sente como um benefício, né. Como eu te falei

S – por exemplo

L – Então, por exemplo quando a gente fala <<Olha, o prognóstico é positivo>>, se é um outro transtorno não tão grave, né, não tem... são mais chances, né, a gente vê positivamente, né, mas os pacientes só vê os benefícios que ele tá perdendo. Ele considera o que tá perdendo. É... então a gente tem visões bem diferentes, né. É... acaba tendo uma acomodação, né... Uma acomodação em cima com a situação, né. A gente vê que quando a pessoa leva a cartinha da (?) é... dificilmente é negado o benefício. É... seja o INSS quando é mais grave... A carteirinha de passe-livre, e tem gente que nem vem ao tratamento com frequência, não vêm com tanta frequência ao médico, mas tem direito ao passe livre, né. Então, é... o que eu acho que seria um benefício eu acho que ele sente como um prejuízo, né. E... e... eu até entendo, né. Eu acho que as mudanças são difíceis de serem encaradas, né. É complicado porque... quando a pessoa chega, a gente explica o que é o transtorno, né, que isso vai tá presente na vida dela, vai interferir nas coisas dela, mas que não vai ficar inútil e coisa e tal e... e aí de repente às vezes acontece de forma muito brusca, né. Ele não tem tempo de se adaptar.

S – Como assim?

L – Então, às vezes isso acontece, vai acontecendo, mas assim, por exemplo, o médico faz a alteração, mas isso não é trabalhado junto com o paciente. Aí ele percebe que só quando ele pega a cartinha e aí <<Puxa, agora o meu diagnóstico tá diferente da primeira cartinha que eu tinha>> E eu acho que isso não é devidamente refletido, comunicado ao paciente, ele é pego de surpresa

S – Sei

L – Não sei se tem prejuízo. Do ponto de vista profissional eu não vejo prejuízo, né. Desde que tenha melhoria pro paciente, desde que ele tenha uma vida melhor, na qualidade de vida do paciente, eu não vejo prejuízo.

S – Quais são os benefícios possíveis então

L – isso

S – tendo a mudança de diagnóstico

L – Ah, então, ele tá podendo ter, primeiro, possibilidade melhores de vida. É... e eu acho que é o estigma, o peso do rótulo, né.

S – Hum...

L – Eu acho que isso diminui. Mas eu tô falando desse tipo, né, que a gente vê aqui, de mais grave, achar que é um esquizofrênico e depois a gente tá vendo que é um bipolar, um transtorno de humor, tal. Aí, de outros, também tem que contar, né.

S – Hã

L – Você... até tem uma... piora. Você vê que é mais grave do que tinha visto inicialmente. Mas isso eu acho que eu nunca vi aqui. Por que a dificuldade que a gente tem é em definir o que é um transtorno de personalidade, né. Eu tenho pra mim que muitos que estão como esquizofrênicos, na verdade, trata-se de transtorno de personalidade.

S – Quando você fala de mais grave, tá falando de quê?

L – De... mais grave, de transtorno psicótico, né. E eu, pra mim, quando você passa de um transtorno psicótico pra um transtorno neurótico, eu acho que isso é uma melhoria, né

S – Hum

L – Não que não seja grave, né. Mas você tem possibilidades melhores, né

S – Sei

L – Então é nesse sentido

S – Você falou que... na mudança de diagnóstico a pessoa tem a possibilidade de ter uma vida melhor

L – Hum...

S – Fala um pouco disso, pra mim

L – Hã... Então, eu acho que aí vai muito do trabalho que a equipe consegue fazer, de tá é... é... fortalecendo e motivando a retomar atividades da vida, tal como trabalhar, retomar o contato com a família, né, os amigos, voltar a estudar. Isso vai do trabalho que a equipe consegue fazer e também do paciente, né. Aí vai. E aí..., né, se a gente consegue estimular, né... e consegue... é... digamos assim, esclarecer do que se trata, como é que é o funcionamento daquela doença, né, o que pode acontecer e o que não, e trabalhar numa parceria mesmo, a pessoa pode ter uma boa qualidade de vida. A gente tem, né, pacientes esquizos

S – Acontece de pessoas se afastarem e serem afastadas

L – Sim, de se isolar, e até de... e até um pouco da equipe e da família, né. O apoio familiar é fundamental, porque quando a gente tem a presença da família, né, a situação, o tratamento, as chances daquele paciente estabilizar e caminhar bem são muito maiores

S – E com relação ao estigma? Você falou que tem uma questão na mudança de diagnóstico?

L – Do estigma?

S – É.

L – Então, né, eu acho que é um pouco comum, né (?) esquizofrenia que tem, esquizofrenia não cura, né

S – É grave

L – É, então tem essa coisa depreciativa mesmo, né, da loucura e tal. Eu vejo estigma nesse sentido, né. Mas... socialmente se tolera mais quando você fala outras doenças <<Ah, a pessoa tem transtorno de humor>>, <<depressão>>, <<Ela é ansiosa>>, né. Socialmente isso tem um peso diferenciado. Não que não chegue a (?). Mas é diferente dizer <<Ah, ele é esquizofrênico>>, imediatamente vem uma coisa de loucura, uma coisa depreciativa

mesmo, né. Da pessoa que tem comportamentos estranhos, que as pessoas tiram sarro, né. Que anda suja.

S – Sei. Você falou rapidinho de um caso, de uma pessoa que você acompanhou e teve um diagnóstico de esquizofrenia e que depois teve uma mudança de diagnóstico pra bipolar

L – Isso.

S – Dá pra você aprofundar, me explicar um pouco melhor sobre esse caso?

L – Esse caso?

S – É. Pode ser esse ou outro caso que houve essa mudança...

L – Hum, hum. Tá. Não sei se vou te falar com maior riqueza de detalhes que merece. Então é um paciente jovem, acho que não tem nem vinte e cinco e... que teve a doença cedo, já deve estar aqui há uns 6 anos, mais, e que vinha sendo tratada como esquizofrênica, então dava antipsicótico, né. Mas, por incrível que pareça ela... até estabilizou e aí, assim, eu acompanhei mais ela porque ela participava da Associação. Uma pessoa muito ativa, muito prestativa, aquela pessoa que você podia contar, uma pessoa muito inteligente, né.

S – Hum

L – Chamava a atenção porque ela era muito inteligente, aprendia as coisas muito rápido e... aí ela tinha um problema de auto-estima muito... é... ela era gordinha, né, se achava feia, chegou uma época em que ela fez um regime, né

Pausa para virar a fita

L – então, e aí, foi passando o tempo e ela tava nessa fase legal, que ela tava arrumadinha, tava se ajeitando, mas aí a gente começou a perceber que até tava demais, né. Ela trabalhava o dia todo, trabalhava em casa, lavava roupa pra fora, cuidava da família. E aí começou a chamar a atenção

S – Hum

L – e ela até se afastou uns tempos

S – ela continuava a fazer tratamento?

L – Isso. Continuando o tratamento, participando da Associação, mas começou a chamar a atenção mesmo esse exagero. É... mas aí teve um período que ela ficou afastada, e... sumiu. A gente não via mais. Depois de dias, porque se antes ela vinha dia sim, dia não, aqui a gente ficou uma semana sem ver

S – Ela fazia pouca coisa, ela participava aqui no ambulatório?

L – Então, a Associação tem os projetos de trabalho. São todos os dias. Então, um dia ela vinha trabalhar no bazar, um dia ela vinha trabalhar na culinária, um dia ela vinha trabalhar na lanchonete, entendeu? Por isso que ela vinha praticamente todos os dias, né.

S – Então... só pra eu entender... Antes dela ter o primeiro surto, ela tinha alguma atividade?

L – Tinha uma vida normal. Trabalhava como balconista numa padaria

S – Hum

L – Então, não vou saber te dizer muito, pois quando conheci ela, ela já estava aqui.

S – E o que mudou depois, que você se lembre?

L – Do que?

S – Depois desse primeiro surto. Você disse que ela trabalhava como balconista numa padaria

L – Hum, hum

S – Você sabe mais alguma coisa da vida social dela?

L – Então, ela tinha uma vida social um pouco mais restrita, né. Não minto. Depois do primeiro surto, você tá falando, né.

S – Não, antes de ter o primeiro surto, antes dela começar a freqüentar o tratamento, antes do primeiro diagnóstico, que tipo de vida ela tinha?

L – Então, até onde eu sei ela era uma pessoa normal, ela era evangélica, ela trabalhava, ela estudava, acho que na época em que ela teve o primeiro surto ela já tinha terminado, tinha amigos da escola, do bairro, de próximo do trabalho, ela freqüentava a igreja, ela andava sozinha, realizava, cuidava da sua vida sozinha, era independente. Depois desse primeiro surto, a primeira coisa foi que... ela... se afastou, saiu da escola, da vizinhança, parou de trabalhar, né. Começou a ficar muito dependente, não resolvia nada sozinha, de repente ela mesma falava isso, não falava mais com as pessoas. De repente ela não se sentia é... capaz, não se sentia (?) pra falar com as pessoas, né. E, agora, pensando nesse primeiro surto que ela teve, ela estava bastante erotizada, então, ela mexia com os homens, arrancava a roupa. Veio muita culpa, muita vergonha, né. Isso dificultou... como posso dizer... contribuiu para ela se sentir muito mal, dela ficar dependente das pessoas, né e tal. E ela foi se afastando. E depois, com o tratamento ela foi recuperando, voltou a ficar um pouco independente, né

S – Mas foi um movimento dela se afastar das pessoas, do emprego, é isso? Ou não?

L – Então, ela eu atendia em psicoterapia... ela falou que ela se afastou mas as pessoas também não foram... solidárias, compreensivas, né. Ela fala que não recebeu visita... <<Será que...>>... <<Ah, fulana falou que era minha melhor amiga e não foi nem perguntar como é que eu tava>>. Foi de ambas as partes, né

S – Sei

L – Ela foi se afastando, mas ela também não tinha o contato de ninguém, das outras pessoas

S – Entendo

L – Mas aí ela foi recuperando, aí ela arranhou novos amigos aqui dentro do ambulatório, né.

S – Hum, hum

L – E a participação na Associação, e tal, mas daí a gente começou a perceber ela mais sedada e tal, né. E ela se afastou por um tempo, e a gente soube que ela voltou na firma uma possível crise. E aí que ela ficou em observação no hospital, ficou muito agitada, ela não conseguia mais se concentrar e foi aí que se levantou que ela... muito provavelmente era uma bipolar. Aí mudou a medicação, é... mudou a medicação dela no hospital, aí (?) porque o médico daqui é que via, né. Agora que eu lembrei, o médico daqui bateu o pé, não queria alterar a medicação, não concordava e tal, e aí ela pediu pra mudar de médico aqui no ambulatório.

S – Sei. Ela teve umas crises, começou a ser tratada aqui e tal, lembrando da primeira crise já era uma coisa mais erotizada.

L – Mas ela ficou como esquizofrênica

S – Esquizofrênica

L – É

S – E fazia o tratamento como esquizofrênica, é isso?

L – Hum, hum. A gente até... né...

S – Com antipsicóticos

L – É. E ela chegou a ter uma segunda crise que não chegou a ser tão forte que nem a primeira, mas ela começou a agitar, numa fase maníaca mesmo

S – Você já começou a perceber daí

L – É, mas nem deu tempo da gente é... identificar isso, porque o pessoal de casa levou ela pro hospital

S – Hã.

L – Mas ela nem chegou a passar por internação. Acho que ela ficou um dia em observação. Um ou dois dias. E aí, na internação é que se... tipo, a equipe da internação é que levantou essa bola, né

S – De uma outra hipótese diagnóstica

L – É. Aí já mudou a prescrição medicamentosa, né. Ela começou a tomar estabilizador de humor, tirou o antipsicótico, né. É mesmo. Na primeira crise tinha mesmo, possíveis... falava de anjos, umas coisas assim, sabe, umas possíveis visões

S – Hum

L – mas tudo muito solto... E aí, então é... depois que ela saiu dessa observação, ela chegou a passar aqui. Ela fazia tratamento com o profissional X, né, com o médico X

S – Hum

L – E ele bateu o pé, né. Teve uma discussão até

S – E os outros profissionais da equipe?

L – Hã? É, então, quando ela chegou pra gente, ela... tava bem avançado já. E ainda essa consulta, com o profissional X. << Mas tem a medicação que ela tava >>. E aí a mãe falou << Não, ela tá bem com essa agora, tá super diferente >>. E... a mãe pediu pra direção pra mudar de médico. E aí ela mudou de atendimento com o profissional, o profissional Y, continuou, concordou com a segunda hipótese, achou que era por aí mesmo e continuou assim. E já faz assim, uns seis meses que ela... Agora o que a gente percebe é que ela mudou um pouco, ela já não tá mais tão ativa na Associação... Mas também porque ela perdeu a carteirinha de passe-livre, né, ela não vem mais tanto aqui. Não é tanto por não querer ou não se sentir disposta, né.

S – Ela perdeu alguns benefícios

L – Ela perdeu alguns benefícios, isso. Hã, hã.

S - Você tinha falado alguma coisa... das mudanças, né.

L – Então, e ela por outro lado, né... assim... o que no caso dela ela ficava muito insegura de abraçar as possibilidades que ela tem, né. Por exemplo, ela tem um bem-estar em sendo bipolar, né. É... ela pode voltar a ter uma vida... né, mais próxima do que ela tinha antes. Ela pode voltar a ir à igreja sozinha. Pode voltar a, sei lá, estudar, fazer um curso que ela queira, né

S – Mas isso assusta e tal

L – Isso. Tem isso mesmo. Tem muito medo. É às vezes eu acho que é um pouco... Essa coisa, essa mudança, né. É preciso uma consequência do tratamento que a gente oferece assim, sabe? Uma coisa um tanto iatrogênica mesmo, sabe? A gente fala << Ah, você vai fazer tratamento porque você tem tal coisa, né. Uma coisa que você vai ter pra sempre, então vai ter que fazer tratamento pra sempre, não-sei-o-quê, não-sei-o-quê >>. E eu acho que esse é o peso, né... De... a pessoa fica insegura de tá cuidando da sua vida depois da... mesmo com a doença estabilizada, não só por causa do tratamento, mas também fazer a consulta, isso é muito traumático, né. Muito forte. E aí, assim, a gente tem outro papel, que é fortalecer, né, estimular a pessoa a se mostrar, a tentar retomar a sua vida... Ah, eu tô me sentindo... Eu acho que eu tô enrolando muito

S – Você falou desse caso específico que a mãe falou que ela tava muito diferente. Depois que ela passou nesse hospital, teve essa mudança de diagnóstico, que ela voltou pro

ambulatório, que o médico do ambulatório não quis que ela... concordar com o colega que tinha feito, enfim, essa mudança de diagnóstico

L – Isso

S – e continuar a terapêutica que ele tinha feito antes

L – Hum, hum

S – Mas você disse que a mãe desafiou esse médico... enfrentou, sei lá. Você disse que a mãe falou que ela tava muito diferente do que ela era antes

L – É.

S – Como é que é isso?

L – Eu acho que é assim. Não sei se eu tô exagerando, assim. Mas a mãe percebeu melhora, não sei. Eu acho que esse antes, é o período que ela tava mais agitada.

S – Hum...

L – Eu acredito... e o médico não queria tratar... um caso maníaco mesmo, né, continuou trabalhando compulsivamente, né e a mãe, as irmãs, tinha mais de um familiar, né, que bancaram isso...

S – Bancaram isso o quê?

L – A mudança do diagnóstico, né. Pro médico que atendia aqui não cabia

S – Aí você disse que você e outros profissionais foram ver esse caso depois

L – É. Na hora em que eu vi a situação já tava até... mudou de médico... a situação já tava até encaminhada, né. Aí ela já tava com outro diagnóstico e tal. (?)

S – Sei.

L - Depois ela mesmo veio contar

S – O quê?

L – A paciente veio contar o que aconteceu, né. Tudo o que eu tô relatando aqui ela é que me contou, né.

S – Que aconteceu isso, que a mãe veio junto com as irmãs

L – Isso

S – Mais alguma coisa desse caso?

L – Não. Acho que não. Acho que é isso.

S – Você gostaria de contar mais algum caso onde aconteceu isso?

L – Então, que eu lembro, sabe, que me marcou foi ela. Até mesmo foi interessantíssimo porque ela, na época ninguém falou <<Pôxa, mas ninguém percebeu [risadas] que ela poderia ser uma bipolar>>. Acho que a gente convivia com ela muito, muito próxima, praticamente todo dia e... e a gente acabou não percebendo. Teve que ser uma equipe de fora pra... pra levantar essa possibilidade...

S – Esse novo diagnóstico

L – Esse novo diagnóstico. É. Hã, hã.

S – Há uma concordância então.

L – Hã, hã. Mas é interessante isso, né. E foi até uma das coisas que me marcaram, isso. Ela tava aqui todos os dias, né. E acabou que... passou [risadas]

S – Porque será?

L – Porque será. Boa pergunta. [risadas]. Então, eu acho que falta a gente conversar disso, né. Falta é... é... primeiro, reavaliar os casos de tempos em tempos. E é interessante porque acaba vindo do profissional, e eu me coloco um pouco, acaba sendo... você acaba ficando mesmo acostumado... não sei se acostumado... as coisas acabam ficando um pouco igual, fica difícil perceber as nuances, né. Quando você tá nessa... nesse contato freqüente, né. E eu acho que é complicado, né. Eu acho que aí que falta... nós profissionais a gente

precisava de uma estratégia pra... pra não ficar assim... insensível... se bem que às vezes acontece, né. Acho que o profissional em termo geral. Mas aqui acho que acontece. De vez em quando a gente para e fala <<Nossa, já tá assim há alguns dias e só agora a gente percebeu>>, né.

S – Mas você falou que isso também tem a ver com falta de tempo, de possibilidade de discutir com outros

L – Tudo isso. Tudo isso. Então, eu não acho que é uma questão individual, né, do profissional. Eu acho que é... a raiz, a estrutura da instituição que permite isso.

S – Que seja assim, desse jeito.

L – Isso. Exatamente, né. Hoje a gente tem o tratamento completamente baseado no diagnóstico do médico. E isso acaba desmotivando o restante da equipe.

S – Volta a questão do poder

L – Volta. Exatamente, né. E a gente tem uma rede de saúde muito precária, a gente não tem uma retaguarda, isso tudo vai contribuindo, né... E a gente vai reclamando aqui [risadas]

S – Você falou da Associação. Queria que você me esclarecesse exatamente o que é a Associação.

L – Então, a Associação é uma entidade sem fins lucrativos que funciona num espaço aqui, cedido pelo Ambulatório de Saúde Mental. É uma entidade autônoma, né, não tem relação com o Ambulatório de Saúde Mental, não tem uma relação formal. Mas ela funciona aqui dentro. Formada por profissionais, por profissionais que trabalham e que trabalharam aqui, por usuários e por familiares, né. E ela começou assim... porque queria se tratar a questão do trabalho, mesmo. Trabalho, né... é... e aí começou com os projetos de trabalho. Então a gente tem o bazar da pechincha, tem o projeto de culinária, né. Ela começou assim.

S – Hum

L – Mas aí ela ganhou corpo. Hoje a Associação tá presente no Conselho Municipal de Saúde, tem até usuários no Conselho. Então, nessas Assembléias a gente discute muito a saúde, a organização da saúde, as pessoas se implicam mesmo, né, se interessam por isso, né. A gente tá buscando... a idéia da Associação é tá defendendo os direitos dos portadores de transtornos mentais, né. E... aí, por isso que ela tá mais próximo da política mesmo, a gente tá mais... perto das decisões, acompanhando mais de perto, através do Conselho Municipal, a gente tá mais próximo. E também tem a questão da socialização mesmo, né. É um grupo de setenta e dois associados, a gente tem setenta e dois associados, mas não são os setenta e dois que freqüentam, né. É, mas é muito interessante isso das pessoas se juntarem, né, de... de trocarem, trocarem informações, de trocarem conversa fora, né

S – Hum, hum

L – de trabalharem juntas, né. A gente vê que isso é importantíssimo.

S – Bom, Leila, alguma coisa que eu não perguntei, algum comentário a mais que você queira fazer...

L – Então, eu tô até preocupada se eu fui clara [risadas] Mas eu acho que é até interessante. Eu tô fazendo relato da profissão, aqui é... que até a gente por causa de como a coisa tá... é claro que... do jeito que a instituição funciona, de como ela tá organizada, a centralização da decisão da... da... do diagnóstico na mão do médico, isso também acaba sendo conveniente porque a gente se implica pouco, né. Isso incomoda. Mas a gente se implica muito pouco. Então acho que é até por isso que eu não consegui lembrar de mais casos, né. Porque a gente não participa mesmo, né, das situações. Talvez até tenha muito mais do que eu imagino, né. Mas acho que...

S – Você falou no sentido do médico ter o poder de dar o diagnóstico. Pelo menos foi essa a impressão que você me deu.

L – Isso, mas foi isso que eu disse mesmo.

S – Tá. E você como profissional

L – Hã, hã

S – Não tem...

L – fico sem parâmetros pra falar sobre isso. Eu sei que a gente quase não participa mesmo.

Tá bom?

S – Algo mais?

L – Só isso [risadas].

[fim da entrevista]

Transcrição - Entrevista – Psiquiatra – Dr. Mauro

S – Bom, Dr. Mauro, você tá sabendo sobre a minha tese que tem a ver com as mudanças e permanências na noção de *self*, das conseqüências sociais, das pessoas que usam o Serviço de Saúde Mental, e que tiveram em algum momento o diagnóstico alterado. Certo?

M – Sim.

S – Então tá. Bom, queria que você pudesse me falar é... sobre a freqüência com que vê, com que você vê pessoas, ah... que se submetem a tratamento na Área de Saúde Mental, né, durante um tempo, que fazem o tratamento, tem diagnóstico inicial, mas que depois passado algum tempo a pessoa tem um outro diagnóstico. Queria saber assim, se você costuma ver isso com freqüência. Se a freqüência é muito grande, enfim.

M – Ah... é freqüente. Freqüente... Não é muito freqüente, mas vejo... um por dia, pelo menos, eu vejo.

S - Um por dia, de quantas pessoas mais ou menos?

M – De... numa média de 15 atendimentos, um eu mudo o diagnóstico.

S – Ah, você mesmo muda?

M – Hum, hum.

S – Tá. E isso... independe do lugar? Você falou que trabalha em três instituições...

M – Isso... É mais freqüente aqui no ambulatório.

S – No ambulatório.

M – Hum, hum.

S – É...tem alguma característica peculiar que você considera para acontecer mais no ambulatório que nos hospitais?

M - É que no ambulatório você tem um seguimento longitudinal dos pacientes. Você tem... você sabe a história pregressa dele, sabe diagnósticos de outros médicos e, é... conseqüentemente você pode ver o paciente, você pode ter uma outra visão dele e, às vezes, você tem outros dados do mesmo paciente que antes não tinha sido mencionado entre as consultas, que servem para embasar outro diagnóstico.

S – E... De uma forma geral, você está me falando aí do quanto você mesmo faz e revê diagnósticos.

M – Hum, hum.

S - De proximidade com outros profissionais na área... você também percebe, não sei se há comentários a respeito de colegas seus, enfim, da mesma área, de outra... de outra... de outra profissão na Área de Saúde Mental também que aconteça isso? Você sabe me dizer a respeito?

M - Sim, isso acontece com freqüência, né. Mesmo porque o diagnóstico na Psiquiatria é uma coisa longitudinal mesmo. Então, é... cada um que vê tem uma impressão diferenciada do paciente. Então eu acredito que às vezes, muitas vezes, né, de uma forma longitudinal você tem uma mudança e pareceres, né e discute o que cada um viu do paciente. <<Ah, o que você viu naquela determinada consulta>>. <<Ah, eu vi tais sinais>>. <<Achei ele mais desconfiado>>. <<Achei ele mais depressivo>>. Ou <<Achei ele mais acelerado>>. E... depende muito do momento que o psiquiatra fez a consulta também. Às vezes ele teve mais disponibilidade de falar com a família do paciente, e outros não tiveram. Depende muito do... do máximo de informação que você tiver, com pessoas que possam informar, de... pra determinado diagnóstico e o momento, né, que o psiquiatra tá. Eu acho isso muito importante também.

S – Tá. Você diz é... informações com a família,

M – Hum

S - né, você falou do atendimento longitudinal do próprio paciente, no caso, né.

M – Hum, hum

S - E eu entendi <<conversa com outros profissionais>>, é isso?

M – Isso. Isso também é importante, né. Acho que a opinião de outros profissionais serve para você embasar um diagnóstico. Os profissionais que atenderam anteriormente, nesse caso que você está me dando.

S – Hã, hã

M – acho que é importante você tá pegando a opinião deles também, pra você tá mudando um diagnóstico, né.

S – Hã, hã

M – Eles podem ter uma impressão parcial do caso, e você pode tá confrontando com ele. “Acho que eu vi isso”. “Acho q vi outro sinal nele”. “Será isso bate com o que você viu antes”, né. Aí a gente debate, faz um debate, mais ou menos, e aí a gente vê. “Ah, dá pra mudar o diagnóstico aqui”. “Dá pra mudar a conduta”, né.

S – Sei. Dentro dessa questão da revisão aí, eu queria que você falasse um pouco mais sobre esse atendimento longitudinal.

M – Certo. Por exemplo, né, eu tô lembrando de um caso agora. De uma moça de uns 27 anos, né. Inicialmente... que eu atendi num ambulatório, não foi nesse ambulatório de HW. Foi num ambulatório de um convênio.

S – Sei

M – é... ela inicialmente veio com uma idéia muito... me fez pensar num transtorno obsessivo-compulsivo, né. Ela falava que não conseguia tirar as idéias... que ela tinha acabado de ter um parto. E ela ficava muito preocupada com o filho, que ele podia ter alguma coisa, né. E que fazia determinadas... determinadas compulsões pra... aliviar a ansiedade dela, né. Daí eu fui acompanhando ela longitudinalmente.

S – Hã

M – Primeiro... primeiro quem apareceu na consulta, foi só ela. Então, ela me deu esse quadro, me fez pensar num quadro de ansiedade. E eu tratei como tal, dei antidepressivo, né. Só que ela não tava tendo melhora, né. E aí, nos retornos, eu tava vendo que ela não tava conseguindo atender bem a medicação. Tinha uma pressão pra falar muito grande, que me confundia muito. Se era uma pressão pra falar ou se ela tava se desorganizando ou não. Daí, num desses retornos... que apareceu o pai dela. Daí, ele me confirmou um pouco a história, só que me deu outros dados que me fizeram pensar, né. Ele falou de riso imotivado que ela tinha. Ele falou... que ela falava sozinha. E... ao mesmo tempo que ele foi falando essas coisas, deu pra ver que ela foi mostrando uma certa perplexidade, querendo minimizar o sintoma...E daí, a partir do momento que ele passou isso, eu comecei a pensar noutro diagnóstico, num quadro psicótico, né.

S – Sei

M – e ela falou <<Ah, eu falo sozinha mesmo>>. Mas ela começou a falar, minimizando o sintoma. <<Ah, não!. É que eu achei engraçado, o que tava acontecendo em determinada situação>>. E eu achei esquisito, ou dissociado ou... ou de uma forma dissociada ou de uma forma... incongruente, vamos dizer assim.

S – Hum

M - ela não tava mostrando o afeto que ela tava... mostrando, com o sintoma que ela tava sentindo, né. Aí, o pai falou, e depois a mãe veio depois. E confirmou a história de que ela

parecia ouvir vozes. E a partir desse momento que a mãe falou, eu já mudei a conduta, mudei o diagnóstico

S – Sei

M – e... mudei pra esquizofrenia, o diagnóstico. Depois que eu fui ver, o afeto dela parecia muito embotado... nem era embotado, era muito estranho, gerava estranhamento no contato. E aí “ Não, essa menina... Não é TOC que essa menina tem, né”

S – Hum

M – É... eu tive uma impressão parcial no primeiro contato, só depois desses contatos longitudinais com a família, com pai e com mãe, que eu pude estabelecer um diagnóstico mais seguro, né. E então, né... de diagnóstico longitudinal... ver um paciente longitudinalmente é o que vai te dar segurança no que ele tem. Então, o máximo de informação passada que você tiver é importante.

S – Hum, hum... Você falou no momento do profissional também.

M – Hum, hum. Isso é uma coisa que... na verdade que não está escrito em nenhum *guide-line* acho. Mas, é... acho que se você não tiver bem, você não pega essas coisas, eu acho. Se você não tiver bem... se você tiver... até se você tiver fisicamente cansado, você não pega determinadas coisas. Se você ficar mais irritado, você não consegue ter uma boa contra-transferência com o paciente, você não consegue empatizar direito. Então, às vezes, você não consegue fazer bons diagnósticos.

S – Sei

M – Então você tá lá, tem de ter um bom momento também para o profissional. Se você não tiver num bom momento, sua capacidade de fazer um diagnóstico vai tá prejudicada.

S – Hum. Você disse que isso não está escrito em que?

M - Em nenhum *guide-line* , nenhum... protocolo, sei lá...

S – Ah, *guide – line*

M – *Guide-line*

S – Ah, agora entendi.

M – Não tá escrito em nenhum... manual de conduta

S – Certo

M – mas... é lógico que se você não tiver num bom momento, não dá pra fazer um bom diagnóstico.

S – Tá. E você falou aí, é... você tava contando esse caso, um pouquinho, né, dessa pessoa que atendeu.

M – Hum, hum

S – Você falou que ela minimizava sintomas, né. Pra quê? Porque uma pessoa faria isso?

M – Porque uma pessoa faria isso...É... era a primeira vez que ela tava vivenciando essas coisas, vivenciando esses... é... entrando em contato realmente com a doença. Acho que o medo, o temor de estar, entre aspas, “louca”, é uma coisa que... ela minimizava os sintomas. Então, ela... ela demonstrava muito receio em falar o que tava sentindo realmente. E... até nos últimos retornos ela ainda estava meio receosa de falar, mas já tava parecendo bastante, assim. Então, às vezes, você esconde sintomas por isso, né. Eles ficam com esse temor de estarem loucos, né

S – Hum

M – ficam com estranhamento do próprio pensamento, das vivências de alucinações e... o temor de que tudo isso... do estigma que isso carrega, né. As pessoas ficam todas defendidas, né. Acabam minimizando

S – Sei

M - acabam falando que <<Ah, não! Aquilo lá foi porque eu tava cansada naquele dia>>. <<Não, aquilo aconteceu, eu tava rindo sozinha porque... o meu pensamento é que foi engraçado, e eu ri sozinha>>. <<Imaginei ter ouvido alguma coisa, mas não era isso, eu tava cansada>>. Mais ou menos isso, né. Minimizar os sintomas, mais ou menos isso. Mas aí quando a gente confrontava com o pai, a gente observava que isso era muito freqüente. Não era porque tava cansada, acontecia todo dia, acontecia de uma forma estranha.

S - E a pessoa evitava de falar pra você, mesmo sendo um profissional da área?

M – Evitava de falar pra mim, com temor de tá... Eu imagino, né, eu não sabia que você ia perguntar, mas isso... pelo contato que eu tive com ela, ela me pareceu com muito temor, de qual significado que o sintoma teria... pra ela.

S – E deixa eu te perguntar uma outra coisa... É... acho que acontece de você receber, ou começar a atender pessoas que antes você não atendia. Pensando nessa idéia de pessoas que vem com diagnóstico e depois você acaba fazendo uma revisão, uma mudança, enfim... Porque você situa até no momento, em casos que você mesmo fez um diagnóstico inicial e que depois você fez uma revisão.

M – Eu mesmo mudei o meu diagnóstico, né.

S – Isso. É isso que você tá falando até agora, né.

M – Isso. Isso.

S – Isso, pelo que eu entendi, acontece em uma a cada quinze pessoas que você atende. É isso? Ou quando você falou de um pra quinze você falou de forma geral ?

M – Isso acontece de uma forma geral, acontece também aqui... em casos que eu atendo pela primeira vez que já tão sendo seguidos no ambulatório.

S – Tá

M - Por outro profissional... Aí, no caso, a gente vê a história clínica que tá escrito no prontuário. É... a gente entrevista o paciente, entrevista a família. De repente aparece um dado novo, ou dado que... eu tive com o pai dessa paciente. De repente o paciente só vinha sozinho, de repente vem com a mãe, e a mãe fala que ele escuta vozes

S – Sei

M – daí a coisa muda de figura. Aí a mãe começa a falar que ele fala sozinho, que ele se sente perseguido no meio da rua... que fica desconfiado de todo mundo, quando tá no meio de muita gente...Aí a gente acaba... acaba tecendo uma outra impressão do caso que... aparentemente é diferente, né. Eles vêm muito com... com... ,vamos dizer assim, com termos de uso popular, né. <<Ah doutor, tô com uma depressão>>, né. Se você não deixa bem esmiuçado o que é essa depressão

S – Hum

M - ou se você pergunta só algumas coisas mais elementares de depressão e ele concorda

S – Sei

M - você deixa o diagnóstico de depressão. Se você não tem uma impressão da família também... ou mesmo dele, né quando ele faz um vínculo, né. Que você é uma pessoa que consegue... vê que você é uma pessoa que ele consegue confiar, ele consegue abrir umas coisas.

S – Tá. Tem a ver com a confiança?

M – Hum, hum. Isso independe de... às vezes, você tá numa primeira consulta. Às vezes, você faz uma primeira consulta com o paciente, e ele confia em você

S – Sei

M - confia em você e não confia nos outros três, quatro que passaram por ele, né.

S – Outros profissionais

M - outros profissionais que ele passou, né. Consegue abrir mais coisas, né.

S - Tá.

M - Ai...

S - E... você tinha falado uma coisa... Você tinha falado dessa coisa da confiança, né.

M - Hum, hum. Isso é uma coisa, como te falei, é uma coisa que independe de você tá seguindo o paciente ou não, três, quatro consultas, ou na primeira. Às vezes, o paciente... é... depende muito... se você dá uma escuta pro paciente, né. O paciente se sente seguro de poder falar dos problemas dele, né. Você abre o espaço pra ele falar, ele estabelece as confianças, e você começa a empatizar com os problemas que ele tem. Ai, acho que ele começa a falar mais coisas, né. Isso pode ser feito numa consulta só, né. Dá numa consulta só.

S - Hã

M - Lógico que às vezes essa consulta demora bastante, né. Mas, aí a gente tenta manejar o tempo em outras consultas mais rápidas, né. Mas... depende dessa confiança, você desprender mais tempo pra ele poder falar, são coisas que geram... que geram um bom vínculo também, né. É... a patologia também, né. Tem mais pacientes que são mais desconfiados, por natureza, né. Então... esses são mais difíceis de estabelecer confiança... do que um paciente que tá deprimido, e você é a primeira pessoa que a escuta os problemas familiares, conjugais. Isso é importante.

S - Tá. Você... Eu fiquei pensando nesses números que falou, de um pra quinze etc... Hã...

M - Isso é um número chutado, né.

S - Sim, sim. Entendi, né. Só pra ter uma noção. Você começou falando da sua atuação, né, enquanto você... como você, algumas vezes, revê diagnósticos que você mesmo fez. E depois eu tava te perguntando aí de outros diagnósticos de outros profissionais, que você passa a atender, enfim. Você pensa... Você vê algum tipo de diferença na quantidade... entre aqueles que você mesmo atendeu, fez um diagnóstico inicial e depois faz essa revisão pra essas outras pessoas que já chegam pra você com outro diagnóstico, de outro profissional, que passa também com você e você faz a revisão?

M - Qual que é a frequência de um e qual é a frequência de outro.

S - É. Só queria saber se tem alguma diferença ou não.

M - Se é mais o meu que eu mudo, ou se é mais dos outros que eu mudo?

S - Isso.

M - É mais dos outros.

S - Mais dos outros?

M - É, o meu às vezes eu mudo, mas acabo mudando mais o diagnóstico dos outros.

S - Porque você acha que isso acontece?

M - É... isso tá acontecendo bastante aqui... porque na verdade...ele... aqui, nesse ambulatório, né, atendiam-se muitos pacientes num curto período de tempo.

S - Hum

M - Então, o que acontecia é que os pacientes não tinham muito tempo pra falar do quadro.

S - Sei

M - A partir do momento que... que eu pude entrar aqui, que o Dr. R pôde entrar aqui, a gente pode despende mais tempo pra poder falar com eles e com a família... e a gente pôde tá mudando o diagnóstico... com segurança.

S - Ah!...

M - E... Assim, na verdade tem a ver com o jeito de atuar, na verdade, que é despendendo mais tempo com o paciente.

S – Despendendo mais tempo...

M – É.

S - Você acha que tem mais algum outro elemento que... que...

M - Que faz mudar o diagnóstico?

S - Isso. Que faz a pessoa, um profissional, sei lá, dar um diagnóstico inicial

M – Hum, hum. E um outro mudar

S – E o outro mudar

M - Ou o mesmo... Bom, acho que o principal é você... tempo, né. Por isso o seguimento longitudinal pra você estabelecer o diagnóstico, dá mais qualidade. Acho que esse é o principal, né... A confiança, que a gente colocou agora... Bom, acho que outro fator pra mudar o diagnóstico, muito, na verdade, é... são exames clínicos, na verdade, né

S – Hum

M – mas aí, é de uma maneira mais... (?) as impressões que a gente (?). algumas vezes temos algumas surpresas, né. O paciente tem esquizofrenia, né. Então, todo mundo achando que tem uma esquizofrenia, tem um quadro típico, daí você vai fazer uma tomografia e não é nada daquilo, tinha um tumor no cérebro.

S – Ah... tá...

M – Mas isso é bem infreqüente, na verdade.

S – Bem...?

M – Infreqüente. Não é muito freqüente, não. Na verdade, o que dá mais pra apurar assim, é o tempo e a técnica de entrevista, né. Se você faz uma boa entrevista com o paciente e com os familiares...

S – Hum...

M – Acho que isso é mais importante do que tá fazendo exames clínicos...

S – Fazer uma boa entrevista

M – É, fazer uma boa entrevista. Uma boa entrevista é o que dá diagnóstico. A entrevista e um bom seguimento, né.

S – E você disse que aqui nessa unidade, pelo menos, você tá fazendo várias mudanças de diagnóstico. É isso?

M – Hum, hum

S – Você... Você falou que outros profissionais fizeram outros diagnósticos por questão de tempo ou por uma questão da entrevista, como fazer ou coisa assim... é isso?

M – Eu acredito, né, que muitos profissionais aqui não tiveram formação psiquiátrica, né.

S - Ah, não tiveram?

M – Não. Não tiveram ou se tiveram foi uma formação bem prática, né, bem mais na... na... no cotidiano, né. Tem uns profissionais que são mais antigos. Tem uns que são psiquiatras mesmo, tá. É... esses têm uma formação psiquiátrica, mas o tempo de consulta é uma coisa que limita bastante o diagnóstico, né.

S – Sei

M – Daí, tem uns diagnósticos que você vê ao longo do tempo, que o cara fez o diagnóstico certo e que esse diagnóstico tá sendo seguido corretamente.

S – Sei

M – Mas, por dia, você sempre pega um ou outro que... faltou conversar um pouco mais. Você percebe isso. Faltou perguntar aquela coisa... aquela pergunta chave que mudaria as coisas de figura, de maneira importante, né.

S – Sei... Você disse que profissionais que são mais antigos, e de profissionais que não tem formação específica na área mas que trabalham na área, é isso?

M - Na verdade não tiveram formação na residência médica, né. Na prática, eles acabavam tendo. Não fiquei sabendo se eles... pela prática, se eles fizeram especialização, fizeram prova de título, alguma coisa assim. Mas a informação que eu tenho é que muitos deles não tiveram residência médica em Psiquiatria, por exemplo. Mais na prática, no contato diário, do que propriamente numa formação especializada.

S – Tá. E isso que você tinha comentado de profissionais mais antigos... Você tem alguma coisa?...

M - Tem alguns não sabem tanto fazer os critérios de diagnósticos, com a CID-10, o DSM-IV, né.

S – Hã

M – Mas, o que tenho observado é que... pelo menos um profissional que é bem antigo daqui, ele é um profissional que ouve muito os pacientes, um profissional que tem muito bom contato com eles.

S – Sei

M – Apesar dele não ter sido... bem antigo, desde 2000, coisa assim

S – Bem antigo?

M – Bem antigo, apesar disso, é um bom psiquiatra, porque ele... despende tempo pra atender, tem bom contato com eles. Então, o diagnóstico acaba... O diagnóstico formal acaba sendo menos importante, porque eu acho que o diagnóstico da situação e dos sintomas em si, ele fez muito bem mesmo.

S – Hum...

M – Sintomas psicóticos, ansiosos, enfim. Ele acaba tendo bom contato com o público, e ele acaba pegando o centro da questão, que é mais importante, que tem de ser seguido ao longo do tempo, que tem de ser tratado.

S – Hum

M – É... Tem outros profissionais que só trocam a receita, né. E acabam ficando com a avaliação muito prejudicada.

S - Só renovam a receita?

M - Só renovam a receita. Aí, esses daí...

S - Não fazem entrevista (?)

M – Não fazem bom contato. Não conversam com a família direito, né. Esses acabam tendo uma avaliação muito prejudicada, assim. Isso é uma impressão que eu acabo tendo também por causa dos pacientes, né. Essas... observações... Nunca vi nenhum deles atendendo. Vejo pelo que os pacientes falam pra mim. <<Ah, que legal, né>>. Eles fazem essa observação no final da entrevista <<Ah, que legal, você conversou, o outro não conversou, só renovou a receita, nem olhou pra minha cara>>. Isso é uma observação que é freqüente aqui. Eles falam de uma maneira bem... Às vezes tenho a impressão que fui o primeiro a conversar com ele.

S - Que antes nenhum profissional conversou com ele, é isso?

M – É. Mais ou menos isso.

S – Hã...

M – Mas... acho que é mais ou menos isso.

S – Me fala uma coisa... Quais são as conseqüências de um diagnóstico que eu vou chamar de “errado”, né... Quais as conseqüências desse diagnóstico inicial que é errado, enfim, pra pessoa que é diagnosticada, pra rede social mais próxima.

M - Acho que muitas, né. Dependendo do diagnóstico que é estabelecido pra ela, fica com um estigma, né. Assim... às vezes, eu vejo pacientes com diagnósticos de esquizofrenia

que... ficaram estigmatizados, né. Aposentaram... eram pacientes que não tinham esse diagnóstico... e que poderiam ter um cotidiano mais produtivo, né. Poderiam ser aproveitados, por exemplo, né. Tem a questão do estigma, né. Tem a questão de tá fazendo um mau tratamento. Dando o diagnóstico errado você não tá tratando do sintoma corretamente, e continua... continua delirante, por exemplo. Gerando prejuízo no meio social que ela está inserida, né, continua agredindo pessoas que ela tá se sentindo perseguida, né

S – Sei

M - e às vezes tratam como se fosse ansiedade, às vezes a pessoa tá psicótica e o diagnóstico tá lá de ansiedade. Aí complica, né.

S – Hum... O diagnóstico errado e o tratamento também. A pessoa continua...

M - continua sintomática... ou às vezes o contrário também aparece muito. A pessoa é ansiosa e vem um diagnóstico de esquizofrenia e tratam com medicação errada. Aí a pessoa não melhora, continua ansiosa, aí continua, piora o efeito adverso da medicação, né. Aí... diagnóstico é uma coisa que tem que ser bem pensado, senão você pode dar várias interpretações pra ele, né. Hoje mesmo, tenho um exemplo de um caso.

S – Hum

M - Um rapaz que iniciou um quadro aos 13 anos, um quadro... depois que pediram pra ele tá falando aparentemente era esquizofrenia, bem precoce, uma hebefrenia, provavelmente. Só que todo mundo que tratou ele, ele já era [fim do lado da fita].

S – Você tá falando de um caso, de uma pessoa que tem uns 41 anos agora, é isso?

M – Iniciou o quadro com 13 anos, que provavelmente era uma esquizofrenia hebefrênica, né. Só que a mãe tinha tanto... tanto problema no contato, ela repudiava tanto o contato com ele, achava que agredia ela porque era sádico, alguma coisa assim, né. A impressão que ela deu a entender, né. E nunca ninguém explicou pra ela... E aí, ele ficava isolado, ficava falando sozinho, ficando gesticulando, tendo maneirismos, né. E ficou com um afeto embotado, né. Uma esquizofrenia já com evolução crônica, já, né. Só que no começo... no começo falaram que era psicopata. Daí trataram como tal. Psicopata, um transtorno de personalidade... trataram ele mal, meio que isolaram do contato... todo mundo tinha medo dele... ele queria matar todo mundo porque era perverso... e aí, ninguém deu um diagnóstico. Quem foi dar o diagnóstico, foi uma pessoa que atendeu antes de mim, que viu, mais ou menos, que se tratava de um quadro psicótico. E medicou ele como se fosse psicótico. Deu Haldol® e deu Prometazina. E o... e o paciente melhorou.

S - Quando você fala que ninguém deu diagnóstico, esse diagnóstico de esquizofrenia. Tinham dado um diagnóstico de psicopata. É isso?

M – Isso, exatamente. Foi dado esse diagnóstico de esquizofrenia agora. Começou com 13 anos, foi dar o diagnóstico pra ele com... 40 anos. Faz alguns meses. Isso tem implicações terríveis pra ele. Ele não se desenvolveu, não estudou, né. Lógico que numa hebefrenia seria muito difícil ele se desenvolver em estudos, né. É... Poderia se mudar totalmente a terapêutica, inserir ele mais na comunidade... é... fazer ele ter relacionamentos mais significativos, né. Hoje ele tá totalmente estigmatizado, com a auto-estima baixa porque foi tratado como bandido a vida inteira.

S – Sei

M - Agora que alguém medicou ele, e os sintomas psicóticos desapareceram... a mãe não tem mais contato com ele, praticamente passou a vida inteira tratando dele como se fosse um bandido. Agora não tem nenhum contato afetivo com ele.

S – Não tem?

M – Não tem. Agora, o principal que ela pediu na consulta, foi o laudo do INSS pra conceder benefício. Benefício financeiro.

S - O diagnóstico de esquizofrenia dá e de psicopatia não.

M - não... Esquizofrenia... ele aposenta.

S – Sei.

M – O outro diagnóstico, não.

S – Sei.

M - E porque isso tudo? Porque uma pessoa faz, ao meu ver, de uma maneira impensada, né, dá um diagnóstico incorreto.

S - E essa pessoa foi tratada assim pelo mesmo profissional ou tiveram outros profissionais que

M – não, na verdade ela foi seguindo... ela... como o quadro muito cedo, né, os sintomas psicóticos começaram com 13 anos, a família ficou com muito medo, mas... esse diagnóstico foi dado bem lá atrás e a família não queria cuidar desse paciente quando era adolescente E aí, ele foi pro Rio de Janeiro morar com uma tia

S – Sei

M - daí o seguimento se perdeu. Daí, o seguimento se percebeu, daí exacerbou os sintomas psicóticos de novo, e ele tentou matar a sobrinha. Daí ele foi internado numa instituição de longa permanência, naqueles manicômios... de longa duração. E ficou lá no Rio de Janeiro por um bom tempo. E saiu recentemente.

S - E aí nesse lugar no Rio de Janeiro... você sabe o diagnóstico que ele tava lá?

M – Não. Não sei.

S - Não sabe nem se foi alterado ou se ele foi submetido a um tipo de tratamento lá?

M - Não sei se foi alterado. Eu sei que o cara veio pra mim com a impressão de psicopatia, né. Pode até ser que alguém tenha pensado em esquizofrenia, mas não veio com tratamento para tal, né.

S - Antes então ele não fazia um tratamento?

M – Não. Não fazia. Quando ele foi pro primeiro psiquiatra que diagnosticou corretamente, ele já tava com tanto sintomas negativos de esquizofrenia, isolamento, embotamento, falta de iniciativa, que... na verdade, o diagnóstico mesmo, né, os sintomas psicóticos só vêm eventualmente, né. Então ficou tanto tempo sem esse diagnóstico, que cronicizou também. Esse caso eu atendi hoje. Um caso triste, né. Podia... Se alguém pudesse ter mudado a direção do diagnóstico dele lá atrás, podia ter... podia ter... a vida dele podia ter sido diferente. Mas, não. Agora está num estágio que é difícil fazer qualquer coisa por ele, né.

S - Você acha que tem mais alguma consequência, quando... acontece esse tipo de situação, da pessoa ter algum diagnóstico, submeter a tratamento durante um tempo e, enfim, depois é refeito?

M – [silêncio]. Eu acho que também tem uma questão é... do próprio paciente, quando acaba tendo determinados diagnósticos, ele acaba tendo alguns ganhos secundários com isso.

S - Como assim? Dá pra você falar um pouquinho mais alto que eu não tô escutando?

M - Alguns deles, de posse do diagnóstico... eles pedem laudos pro INSS, pra ganhar o benefício do auxílio-doença, de uma aposentadoria. Nem sempre os diagnósticos que eles tem, é um diagnóstico que você vai ver o caso não parece aquele diagnóstico. Mas é um diagnóstico que alguém deu lá atrás, e que a pessoa fez uso pra... obter um benefício, né. Acho que é uma consequência... isso é uma consequência socialmente (?) bem nefasta.

Porque a pessoa acaba tendo benefícios que não tem direito. Acaba... tendo dinheiro do governo... de benefícios que poderiam ser utilizadas por outras pessoas.

S – Sei.

M - Não me vem nenhum outro em mente agora.

S – Tá. E pro meio mais próximo assim... Você falou desse caso do rapaz que você citou, você disse que se perderam os laços, alguma coisa do tipo, né. A mãe não tem mais contato, nunca mais teve...

M – Hum, hum

S – mas, de uma forma geral?

M - De uma forma geral, assim, é... uma coisa que se vê muito é um esquizofrênico, paciente portador de esquizofrenia, sendo tratado como, entre aspas, pânico ou depressão. E aí, a família faz toda uma idéia do pânico e da depressão, e aí... o paciente tá falando sozinho, tem alucinações, fica delirante, e a família fica perdida, né. Tem essa consequência pro meio em torno. E na verdade, você faz um bom diagnóstico, você pode tá informando à família do que o paciente tem... a capacidade de... de... de realizar, né. Se ele vai ser... ser... se ele vai ter limitações ao longo da vida. Se é passível de tratamento ou não. É muito diferente você dar um diagnóstico de um pânico pra uma esquizofrenia. O pânico dá um bom prognóstico, se tratar direitinho. A pessoa se reinsere no contexto dela. Volta a ter relacionamentos significativos. Volta a conseguir sair de casa. O paciente com esquizofrenia, ele vai tender a se isolar. E a abordagem que você vai ter é outra, né. Você vai ter de estimular o contato social. Você vai ter de estimular atividade. Além do antipsicótico, né. Além do tratamento medicamentoso que... também difere bastante, né.

S - Tem várias mudanças no tratamento em si.

M – Mudanças no tratamento em si. Não só no tratamento medicamentoso, mas no tratamento... como um todo, né.

S – Você falou em estimular, reinserir

M – reinserir... terapia ocupacional, né. Difere muito o... enfoque, né. O paciente tem muito mais... O paciente com quadro ansioso tem mais iniciativa que um paciente com esquizofrenia. O paciente com esquizofrenia fica com a iniciativa, né, com a volição diminuída, né.

S – Sei.

M – Então... É bem diferente.

S - Mais alguma consequência?

M – [silêncio. pensativo]. Não.

S – Agora me fala do outro lado, assim... Quais são as consequências dessa revisão, dessa mudança de diagnóstico, tanto pra pessoa quanto pro meio social. Vamos tá dizendo que ele tava com um diagnóstico que a gente tá chamando... eu tô chamando de errôneo

M – [ri]

S – mas que depois, tem um outro diagnóstico. Você falou que (?) [falas sobrepostas, incompreensível]

M - Pra pessoa, é... primeiro que a gente tem que tomar cuidado quando o diagnóstico é mudado e... e... quando a gente dá um diagnóstico, por exemplo, de esquizofrenia, né. Senão... é um choque. Pro paciente é um choque. Então assim... é... Apesar do paciente ter esses prejuízos na organização do pensamento, delírios, alucinações ele tem consciência do que ele é e como ele tá ficando com a doença. Então, se você não falar com ele com muito cuidado, isso pode ser devastador pra ele, né. Eu acho. Porque... o paciente se vê, às vezes, muito limitado, às vezes ele se vê... como um incapaz, né, às vezes ele se vê, como as

peças falam, como um “louco”, né. <<Você tá dizendo que eu sou louco??>>, né! Isso é uma coisa muito freqüente pra eles, né. Como se louco fosse uma coisa altamente... fosse a tradução de algo pejorativo, incapaz, uma pessoa inferior, né. Então, aí a gente... eu tomo cuidado pra falar... “Olha, você é portador de tais sintomas”. “Pelo que a gente expôs, você se encaixa aqui”. “Tem tratamento pra isso”, né. É... Mas se a gente não falar com cuidado, pra pessoa é devastador. Pra família também. Pra pai que tinha uma expectativa com relação ao filho, a partir do momento que perguntam, você... “O curso é de determinada forma...”. “Vai ter um prejuízo de tal maneira”. É... muitas vezes, as pessoas ficam tomadas, tendem a negar, procuram outros profissionais pra ver se tem outro diagnóstico, pra ver se o outro muda o diagnóstico, né. Mas... mas... aí você fala com certeza, realmente tem que se falar com cuidado, senão a pessoa pode não aceitar, pode postergar uma melhora, né... posterior.

S - Isso independe de um novo diagnóstico?

M - Isso é pra novos diagnósticos. Quando o paciente já vem com um diagnóstico antigo na verdade ele já vem com informações já dadas por outros profissionais, né. Agora, pra novos diagnósticos, tem que ter um cuidado, né.

S - Tô falando justamente o contrário. Pessoas que tinham diagnóstico e que depois tem um novo diagnóstico. Tinham um diagnóstico inicialmente e fazem tratamento etc. e tal, mas depois de um momento tem um novo diagnóstico.

M- Hum, hum

S - Quer saber quais são as conseqüências desse novo diagnóstico pra essa pessoa e pro familiar.

M - Agora essa última questão, eu não entendi...

S – Quais são as conseqüências... A pessoa viveu anos, com um diagnóstico, fez tratamento praquele suposto diagnóstico e você depois muda. Pra pessoa, pros relacionamentos mais próximos, quais as conseqüências disso?

M – É... Depende do diagnóstico que você vai mudar, né.

S – Hum

M - se por exemplo uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, você muda pra ansiedade você pode falar que aquilo lá é muito mais... muito mais tratável, né, e conseqüências menos nefastas do que quadro psicótico. E a pessoa se sente bem mais aliviada, né.

S – Hum

M - Existem diagnósticos que carregam em si um estigma, né, esquizofrenia é um deles. Se você fala pra pessoa que antes tinha diagnóstico de ansiedade, por exemplo, que na verdade é portador de esquizofrenia, isso pra ele é... é um golpe duro, a pessoa se sente inferiorizada, incapaz. Mas... A família fica... cai no estigma, né. A família confirma o terror que a pessoa era louca mesmo.

S - Tinha um diagnóstico e fazia o tratamento errado...

M - O quadro clínico muda. Mas a partir do momento que você dá um nome pra patologia, né, você muda muito as coisas pra ele. Às vezes... como a questão de minimizar os sintomas. Às vezes, a pessoa era psicótica e tudo o que era de psicótico você começa a dar um nome de ansiedade, <<aquilo era a ansiedade dele, era a depressão dele>>.

S – Hum

M – não detalha muito. A partir do momento que você detalha bem o caso, aí você vê que aquilo lá não era psicose coisa nenhuma, que aquilo lá ele tava minimizando, mas que era

sintoma psicótico, e que na verdade aquilo lá era muito mais grave que uma simples ansiedade, aí muda muito de figura as coisas.

S - Queria que você falasse um pouquinho mais sobre isso, a pessoa que viveu anos com um diagnóstico, com uma terapêutica, e depois acaba tendo outro diagnóstico, com uma outra terapêutica. Que outras conseqüências possíveis têm pra vida dela, pras vida das pessoas que ela convive?

M - [pensa em silêncio]

S - Isso se você tiver mais alguma coisa...

M - É... Não me vem nada em mente agora. [pensa em silêncio]. Pro psicótico, pro paciente psiquiátrico, o nome da doença é muito importante, né. É... [pensa em silêncio] Às vezes eles negam muito o quadro.

S - Isso de ter um nome então e depois dizer que tem outro nome

M - que tem um outro nome...

S - qual a repercussão disso então?

M - Acho que a partir do momento que você dá um nome, descreve, a pessoa começa a ser ver... Eu acho que eles começam a se ver diferente, não imaginavam isso, né.

S - Se vêem diferente? Eles se vêem diferente do que se imaginavam antes.

M - É. Dependendo do diagnóstico você mudou. É... Quando você muda de ansiedade pra esquizofrenia, você explica direitinho como é o quadro, os prejuízos, é certo que eles se vêem... eles se vêem numa clarificação daquilo muitas das coisas que eles estavam sentindo e não tinham um nome, tinham um nome muito estranho e não batia com que sentiam. Se sentem diferentes, às vezes se sentem mais amparados, mais seguros porque eles têm alguma coisa mais definida

S - com as quais eles se identificam

M - com as quais eles se identificam. Imagino que pro ansioso é muito difícil pra alguém falar pra ele que ele tem algo delirante quando o que ele tem é muito real. É claro que pro psicótico é assim também, né. Não corresponde ao juízo correto da realidade. Então... O psicótico fica também igualmente ansioso, mas o que ele tem... só que o que faz ele ficar ansioso não corresponde à realidade.

S - Hã

M - Se você clarificar, eu acho que eles ficam mais seguros, mais...

S - O diagnóstico dá um certo alívio?

M - dá um certo alívio. Isso, isso. Às vezes eles dizem isso <<É verdade, é muito mais claro isso do que aquele outro médico falou>>, então eles sentem um alívio. Engraçado, né. Porque esquizofrenia tem um certo peso, mas quando você fala o que ele tem, <<Olha você tem isso>>. <<Você tá sentindo desse jeito, não é?>>. <<O diagnóstico, na verdade, é esse mesmo>>. Então, na medida que você vai enfatizando, você vai descrevendo pra ele um pouco das vivências que ele tem, eles se sentem mais aliviados

S - mesmo sendo

M - mesmo sendo um diagnóstico mais pesado, um diagnóstico com mais prejuízos, com mais limitações.

S - Sei

M - Se você faz... começa a traduzir com empatia o que ele sente, ele sente mais aliviado.

S - Algo mais, ainda?

M - Vixe! Não sei mais, Sérgio. Tenho que pensar, ainda. [risadas de ambos].

S - Deixa eu te falar uma coisa. Você falou de alguns exemplos, falou de alguns casos que você atende, que você atendeu. Agora, especificamente alguém que tinha um diagnóstico

inicial de esquizofrenia, e que durante alguns anos, durante algum tempo, fez tratamento pra esquizofrenia etc e que depois acaba tendo um diagnóstico, uma revisão de diagnóstico de transtorno bipolar. Você vê isso acontecer?

M – Vejo.

S - É bastante isso? Ou não?

M – Hum... É freqüente.

S – É freqüente?

M- Freqüente. Dá pra confundir muito quando o bipolar fica com sintomas psicóticos, né. O paciente com transtorno bipolar pode ter alucinações pode ter delírios persecutórios, né...

S - Mas isso tá escrito mesmo na CID, não é isso?

M – Hum, hum

S - que o paciente bipolar pode ter sintomas psicóticos.

M - Pode ter sintomas psicóticos. E aí você confunde muito com paciente com esquizofrenia. O que vai mudar o diagnóstico é o curso da doença, é o acompanhamento longitudinal que você vai fazer. Você vai ver que ele melhora com estabilizador de humor, que tem redução dos sintomas. Passa a ter um período normal, estável, e aí num outro momento, um estressor, ele surta de novo vai ter um outro episódio de mania ou depressão.

S – Não entendi

M – Assim, o paciente com esquizofrenia ele tem um curso ao longo do tempo deteriorante, sempre vai vir com prejuízo, seja um prejuízo no afeto, seja um prejuízo no juízo da realidade, delírios que ficam persistindo...

S - Isso mesmo tratando?

M - Mesmo sendo tratado. Na verdade é um curso deteriorante... por definição da esquizofrenia. Agora o transtorno bipolar, ele evolui em episódios de mania, lógico que não é sempre assim, né, no bipolar pode ter uma certa deterioração também, tem prejuízo orgânico, estados de mania muito prolongados, ocorrência de mania também vai ter prejuízo... mas... é... de uma forma geral uma mania ela... evolui em episódios de agitação psicomotora, de aceleração de pensamento, de ideação deliróide de grandeza, ou episódios depressivos. E a esquizofrenia ela evolui num curso deteriorante, a cada episódio psicótico, a cada episódio de exacerbação dos sintomas de delírios e alucinações a pessoa nunca volta a ser e ter o mesmo funcionamento de antes do episódio. São cursos deteriorantes.

S – Hum

M - O que confunde, na verdade, é se você vê os dois pacientes em crise, na verdade, você não vai conseguir diferenciar um do outro muitas vezes. Muitas vezes você vai ver um com sintomas psicóticos que tá alucinando, tá disfórico, bravo com tudo e aí você... e tá falando extremamente rápido porque tá muito irritado, e aí você faz o diagnóstico de transtorno bipolar, e aí, você vai ver, na verdade, quando você trata ele, que ele evolui com prejuízo do afeto, com pensamento mais concreto, você vê que se trata de uma esquizofrenia.

S – Sei

M - O contrário também acontece, o cara tá tão psicótico e você trata ele com estabilizador, e ele volta no patamar normal. Então... Já vi acontecer as duas condições, tanto o bipolar sendo diagnosticado como “esquizo” quanto o “esquizo” sendo diagnosticado como bipolar.

S - Especificamente nessas duas situações a esquizofrenia e o transtorno bipolar, quais são as conseqüências do diagnóstico errado e depois de um novo diagnóstico correto? Um de cada vez, né. Pra não confundir. Vamos supor, primeiro uma pessoa que tem um diagnóstico de transtorno bipolar e que depois num segundo momento é feito um

diagnóstico de esquizofrenia. Queria saber assim, pra essa pessoa em específico, quais são as conseqüências de um diagnóstico errado, no caso, que primeiro foi feito para transtorno bipolar e depois quais são as conseqüências desse diagnóstico correto? Certo?

M – Certo. Então, o cara na verdade o diagnóstico dele é esquizofrenia e primeiramente ele foi medicado como bipolar, certo?

S - Isso.

M – Tá. É... Se você tratar uma pessoa com esquizofrenia primeiramente como transtorno bipolar, primeiro que você vai dar estabilizador de humor e não vai fazer tanto efeito pra ele, e só vai ter efeitos colaterais da medicação, vai ter tontura do ácido valpróico, vai ter tremor do lítio, pode ter defeitos de tireóide por causa do lítio, sem tá precisando. Essa é a primeira conseqüência.

S – Sei

M – A segunda conseqüência é que... na verdade, essa pessoa tá evoluindo com prejuízo psicossocial, não tá conseguindo relacionamento significativo, tá tendendo a se isolar, é... tá se exigindo dessa pessoa um funcionamento de uma pessoa normal. Porque o bipolar, a gente espera que ele, fora de crise, tenha um funcionamento normal, um funcionamento psicossocial, com trabalho, com namoro, com amigos...

S- Hum

M - A evolução do bipolar, fora das crises é de uma pessoa relativamente... com... com relações normais, é uma pessoa que namora, é uma pessoa que tem emprego. Já, uma pessoa com esquizofrenia não... uma pessoa com esquizofrenia, ela vai tender a se isolar, vai perder a iniciativa, então se você não tiver um tratamento específico, que estimule essa pessoa a se inserir no meio social, você pode tá gerando prejuízo pra ele, você tá mais ainda... o isolamento, você vai tá gerando uma queda da auto-estima dessa pessoa, porque ela... não vai fazer o que esperam dela, né. <<Ah, você tem o diagnóstico de bipolar, então você deveria tá namorando, você deveria tá... numa faculdade, você deveria tá... trabalhando>>. E a pessoa com esquizofrenia, dependendo da gravidade, não vai conseguir fazer isso.

S – Sei

M – É lógico que existem casos e casos, mas, é... uma pessoa com a expectativa que a gente tem de um paciente que tem transtorno bipolar, é muito mais alta do que um paciente que tem esquizofrenia, né. Então a pessoa que tem esquizofrenia, ao ser diagnosticado como bipolar, ela fica com a auto-estima muito rebaixada porque ela tem os déficits da esquizofrenia, né.

S – Tá

M - não tem iniciativa,

S – tem, na verdade, prejuízos sociais

M – prejuízos sociais, muitas vezes no afeto também. Essa pessoa que ele vai namorar, essa pessoa que vai ter contato com ele, vai se queixar <<Olha, você é uma pessoa muito fria>> e... ele não vai entender porque, e de repente ele pode ter um delírio que fica persistindo

[fim da fita]

S – Você tá falando de um delírio que pode tá persistindo

M - e que ninguém tá vendo esse delírio, e as pessoas não dão o diagnóstico correto e a pessoa fica... não tem o tratamento correto, não tem a medicação própria para fazer esses delírios perderem a força, pra as alucinações perderem a força, deixar de ser tão aterrorizantes como elas são. A pessoa acaba... imagine que uma pessoa continua com esses

delírios e alucinações fica mais retraída, fica mais temerosa com o que tá acontecendo com ela, vários prejuízos, né.

S – Bom. Tá. Agora o contrário.

M - A pessoa que é bipolar que está sendo diagnosticada como esquizofrenia.

S – Isso.

M - Na verdade você tá carimbando... tá carimbando o diagnóstico... estigmatizante numa pessoa que tem possibilidades... de desenvolvimento quase normal, né. Você tá dando... dando um estigma pra uma pessoa que poderia tá desenvolvendo muito mais... muito mais do que uma pessoa portadora de esquizofrenia, né. É...a pessoa pode tá... igualmente se sentindo inferiorizada por tá com esse diagnóstico não tendo ele, tendo grandes possibilidades pela frente e... sei lá, às vezes sendo aposentada precocemente e... não precisando disso. Uma pessoa que podia se desenvolver mais e não conseguiu.

S - A pessoa pode deixar de participar então de algumas coisas, é isso, por conta de ter um diagnóstico de esquizofrenia quando na verdade poderia?

M – Poderia... ter uma vida... normal. Agora, tem as outras pessoas que fazem uso disso também, como a gente tava falando, né

S – Hã

M – é... conseguem benefícios, né, passe-livre de ônibus

S – Esquizofrenia dá direito a isso

M – dá direito a isso, e aí com diagnóstico diferenciado, pode tá recebendo passe-livre de ônibus, pode tá recebendo aposentadoria... né. .Você pode tá gerando uma consequência ruim no indivíduo que poderia tá é... almejando um melhor emprego, mas que fica acomodado numa aposentadoria... Você acaba por acomodar um indivíduo que não precisaria ser acomodado, né.

S – Essas são as consequências: acomodar, aposentar, dar benefícios que na verdade a pessoa não tem direito...

M – Hum, hum [silêncio]

S – Pra rede pessoal mais próxima?

M – Pra rede social... Na verdade, os dois acabam... A família acaba tratando ele como se fosse... como se fosse portador de uma patologia mais grave do que já é, então, a família tende a proteger mais o paciente também, né. E não precisaria proteger tanto. E, aí, o paciente acaba fazendo uso disso também, né. Acaba é... sendo mais dependente, quando na verdade não precisaria.

S – Sei

M – É... [silêncio]. Acho que é isso mais, mesmo. Ele tende a ter uma dependência, ao passo que o esquizofrênico fica desamparado, né. Porque ele não tem como ter essa dependência toda que o bipolar teria, por exemplo, né.

S – É como se a pessoa que tem um... um na verdade um diagnóstico de esquizofrenia, mas que foi na verdade diagnóstico de bipolar deixasse, ficasse mais solta...

M – e o bipolar

S – ao contrário

M - ao contrário. Ele se acomoda, ele fica dependente...

S – Sei

M – Ele faz uso, <<Ah, deixa (?)>>. <<Ah, faz um laudo pra mim doutor>>. <<Ah, esse laudo aqui, esse CID não serve, doutor>>. <<Muda esse CID daqui, pra eu ter o benefício>>. Daí você vai comentar com ele <<Olha, mas eu não acho que você precise tanto tempo desse benefício>>. <<Acho que você pode tá trabalhando agora>>.<<Ah,

doutor, mas o emprego tá tão difícil, né>>. <<Puxa vida, essa ajudinha a mais, também poderia ser boa pra mim, né>>. E aí ela acaba se acomodando, ficando mais dependente, reclama do governo toda hora... [risadas de ambos]. E, na verdade o errado, não sei se é questão certo ou errado mas.. é... a situação acaba se configurando desse jeito, né. Acaba ficando mais dependente, né. E não precisaria, poderia ser mais produtivo.

S – Só pra terminar

M – Hum, hum

S - Queria que você me desse um exemplo, se você se lembrar, de alguém que teve um diagnóstico de esquizofrenia

M – Hum, hum

S - que fez durante anos um tratamento como se fosse esquizofrenia etc e tal...

M – Hum, hum

S - e que depois passou por uma mudança e foi feito o diagnóstico de transtorno bipolar.

[Pausa. Batem na porta da sala. O médico atende uma auxiliar que vem perguntar por algo, rapidamente, e retornamos à entrevista].

M - Lembro de um caso que eu atendi, quando eu era R1... Ele... foi tratado como esquizofrenia.. e... tinha uns 47 anos mais anos... que evoluía desde os 25 anos com surtos recorrentes, episódios recorrentes de mania psicótica, né. E... foi tratado vários anos como... como esquizofrenia e foi tendo as recorrências de mania. Quando ele ficava com mania, achava que tinha poder grande, tinha um soco de karatê que derrubava uma parede, né. E... e ficava meio persecutório, às vezes, porque achava que as pessoas iam se aproveitar do grande poder que ele tinha, e das grandes posses que ele tinha também, né. E ouvia vozes também. E essa pessoa foi sendo tratada como... como esquizofrenia, e... na verdade, ela era portadora de transtorno bipolar.

S – Sei

M – É... Por causa disso na verdade, aí a esposa dele não entendia, queria se separar dele. Ninguém tinha noção correta de que se tratava de um transtorno bipolar, né. A esposa tratava ele como se fosse... uma criança, né. Com uma atitude até maternal e ao mesmo tempo pejorativa... porque ao mesmo tempo que ela era maternal, ela esperava outras coisas dele... e ele não correspondia às expectativas... E vira e mexe tinha mania... porque aí ele também assumiu uma postura de doente.

S – Hum

M – É. Eu vi esse caso, diagnostiquei como sendo transtorno bipolar... sendo tratado, e tendo remissão do quadro, né. E... ele, na verdade, quando ele tinha um quadro de mania... é... faz muito tempo esse caso... é... na verdade, fazia muito tempo que ele não conseguia ter emprego, não conseguia fazer mais as coisas que ele... é... não conseguia mais é... ter um emprego, um desempenho social aceitável. Porque ele assumiu uma postura tal de doente, tão de dependente, que ele não conseguia ter iniciativa mais pra... pra.. pros atos do dia-a-dia, do trabalho, né. Quem tava sustentando a casa era a esposa. Bom, esse paciente, ele... no seguimento... ele acabou ficando encostando, até onde eu sei, né. Ficou recebendo auxílio-doença e... perdeu o seguimento. Acredito que ele... estou até curioso pra saber se ele continua o seguimento ou não, ou se ele entrou numa recorrência de mania ou não, né. Uma coisa que ouvi bastante na residência é que... pra esses pacientes é muito mais prazeroso tá em mania, do que tá no estado eufímico. É muito mais prazeroso estar na euforia, tendo idéia de grandeza, do que... voltar à realidade.

S - Porque?

M - Porque no estado da mania tudo parece mais... grandioso, mais... colorido, né. Você tem mais posses, mais poderes... e você perde a crítica disso. O prejuízo tá no que você pode fazer a partir dessas idéias, né. E o engraçado é que, às vezes, eu tenho a impressão que mesmo esses pacientes tendo... a consciência de que tem prejuízos nesses quadros, eles preferem tá nesses quadros do que... num estado de eutimia, né, num estado normal. Acho que é isso... Agora você vai perguntar o exemplo inverso?

S - Não. [risadas de ambos].

M - Eu tenho um outro, de exemplo inverso, a gente pode relatar [risadas de ambos].

S - É... a gente vai parar nesse momento, e vai continuar noutro momento.

M - Tá.

[fim da primeira entrevista].

S - Bom, Mauro, então... você ficou de me falar de 2 outros casos, não é isso?

M - Hum, hum.

S - Você gostaria de começar com qual?

M - Eu vou começar com um caso de um rapaz de 32 anos, que... o primeiro diagnóstico dele foi de esquizofrenia, né. Só que... ele quando veio pra cá, ele tava bem exaltado, tava... tava muito disfórico com a esposa, se sentindo perseguido, e com sinal de alucinação auditiva

S - Sei

M - e até pela alucinação, pelo quadro tá muito florido, dava até a impressão da gente dar um diagnóstico de um transtorno psicótico, uma esquizofrenia, né. Como já anteriormente já tinha sido feito por dois médicos particulares dessa pessoa.

S - Fazia tempo que ele fazia tratamento?

M - Ele... tava com esse diagnóstico desde os 28 anos de idade.

S - Vinte e oito anos de idade, primeiro diagnóstico como esquizofrenia e tratando...

M - Vinha sendo tratado apenas com medicação antipsicótica

S - Hã

M - e com essa medicação ele vinha tendo episódios repetidos em que ele ficava muito, muito irritado, se sentia perseguido pela mãe, pela esposa... e chegava até ser heteroagressivo com a própria mãe.

S - Hã... Mesmo em tratamento ele apresentava tudo isso?

M - Mesmo em tratamento ele apresentava tudo isso

S - Sei

M - e... ele se recusava em fazer tratamento também. É, eu vendo ele naquele estado, eu tentei medicá-lo com uma medicação mais sedativa, e aí pedi pra ele retornar em uma semana. Com... ele veio inicialmente só com a esposa, e aí eu pedi pra voltar com a mãe. A mãe já detalhou mais com... com... com episódios que ele já tinha desde a juventude que ele realmente ficava mais exaltado, mas que ele tinha períodos de normalidade entre essas crises e que ele... ele inclusive freqüentava o coral da igreja, ele trabalhava, era uma pessoa produtiva, né. Isso já me fez desconfiar de que se tratava de alguma outra coisa

S - E não de esquizofrenia

M - e não esquizofrenia, né. E, inclusive, o próprio paciente ficava muito angustiado com o diagnóstico de esquizofrenia, e perguntava se era alguma coisa definitiva ou não. Daí, vendo a exaltação, vendo aceleração dele, decidi medicar ele com um estabilizador de humor, ele melhorou, né. Ficou ainda muito desconfiado comigo, mas assim pelo menos da aceleração e da disforia, ele melhorou bastante.

S - Sei

M – E aí, eu passei o diagnóstico pra ele, de transtorno bipolar, não dei muita esperança quanto a ficar sem remédio ou não, né. É... falei que ele iria precisar do remédio por um bom tempo, e quem sabe pelo resto da vida, né. Mas... só pelo fato de tá bem esclarecido que era algo cíclico e que... tinha períodos de normalidade, foi algo muito importante pra ele.

S – Pra ele?

M – Pra ele

S – Hã

M - Agora ele tá saindo do episódio de mania, tem um retorno agora... acho que no mês, ele já retornando aqui de novo, espero que melhor.

S - Você disse que ele teve esse primeiro diagnóstico de esquizofrênico com 28 anos, e você começou tratá-lo com 32 anos de idade?

M – Isso. Ele passou quatro anos...

S – Com esse diagnóstico

M - com esse diagnóstico.

S – E... você o atende faz quanto tempo? Só pra eu ter uma idéia

M – Eu atendo ele faz uns... dois meses.

S – Dois meses? Então esse outro diagnóstico é uma coisa super recente.

M – É recente. Mas... ele foi baseado com informações colhidas com a família, né. Com a esposa, que tá aproximadamente um ano com ele, mas com a mãe que tinha detalhes mais apurados do... quadro dele.

S – Sei. Que te trouxe outros dados e fez você pensar noutro diagnóstico.

M – (?) o maior tempo com a família conversando, e tirando maiores dados, deu pra firmar um diagnóstico com mais segurança.

S – Entendi. E escuta uma coisa... Você sabe quais são as conseqüências, quais foram as conseqüências pra esse rapaz, aí, ter tido esse diagnóstico de esquizofrenia?

M – Tenho que... que... A mãe sempre achava ele como uma pessoa mais incapacitada, mais limitado, e... sempre ficava vigiando muito ele nos empregos, nas atividades do dia-a-dia dele. E deixava ele muito incomodado, razão pela qual ele sentia muito perseguido, quando ele tinha outras... outros surtos, outros episódios maníacos, né.

S – Sei

M – Então, primeiro que assim, que limitava, a família ficava muito cheia de cuidados com ele. Ele mesmo se limitava na vida profissional, não tinha muita capacidade pra tá assumindo as responsabilidades. E, no fundo, na verdade, se fosse bem esclarecido que se tratava de um transtorno cíclico, e que há períodos de normalidade entre as crises, acho que isso ia ficar muito bem... mais diluído, né.

S – Hum, hum. Entendo. Mais alguma coisa que você saiba que tenha afetado a vida dele?

M - Acredito que a relação com a mãe dele ficou muito conturbada. Ele ficou, ele ficou... Se fosse mais esclarecido, né, que ele poderia ter períodos de normalidade, talvez a mãe não ficasse assim tão cheia de cuidados com ele. Talvez seria algo mais... é... Talvez a relação dele com a mãe, se a mãe tivesse sido mais esclarecida, ele não tivesse sido tão agressivo com a mãe, né. Acabou prejudicando ele também. Ele... por conta disso, ele acabou entrando num casamento que não sei se era desejado pra ele, né. Ele tá um ano com essa esposa dele, e tão numa boa relação assim. Mas eu não vi um contato legal entre os dois, acho... o que eu pude entender, ele fugiu da mãe pra casar com a esposa dele, tá.

S - Isso tem a ver com o primeiro diagnóstico. Se tivessem feito o segundo diagnóstico...

M - Sim, sim. É... é uma suposição na verdade, né. É... o que era notório nele, era que ele sentia muito perseguido pela família, né, pela mãe em especial.

S - Hã, hã

M - E aí... Isso dificultava muito até a adesão ao tratamento, até qualquer intervenção que pudesse ser feita. Acho que se você fala que é uma doença tem implicações como a esquizofrenia tem, você dá muita consequência pra ele. A mãe passa a ver a pessoa como uma pessoa limitada, né. A mãe desse paciente...

S - Quais as limitações mesmo?

M - Uma pessoa com esquizofrenia fica limitada, né. Começa a ter alucinações auditivas, começa a não ter capacidade pra... pra julgar seus atos. Isso até que de uma maneira permanente. Agora uma pessoa com transtorno bipolar não, ela fora de mania, fora de depressão, pode ter um julgamento mais próximo da realidade, né. Ser uma pessoa que pode ter uma vida mais independente, né. É claro que não dá pra generalizar todos que tem esquizofrenia, mas é... de um modo geral, se a gente não tratar direito a esquizofrenia, ela acaba gerando limitações importantes, né.

S - Esse rapaz não chegou a ser aposentado. Você chegou a citar

M - Hum, hum. Esse não chegou a ser aposentando, não. Mas tavam querendo já aposentar ele.

S - Quem tava querendo?

M - A esposa já tava querendo um laudo com diagnóstico de esquizofrenia pra aposentar ele, já.

S - E ele?

M - E ele... passivo. Ele, na verdade, ele não tava entrando muito em contato com isso, né. Estava tava mais é irritado com todo questionamento que tava tendo aqui na entrevista. Nem sei se ele tava julgando tão bem essa questão da aposentadoria, dele ficar o resto da vida com um diagnóstico, recebendo um benefício que seria muito menor do que ele poderia receber, um salário que ele poderia receber, por exemplo.

S - Sei. Você disse que ele tava mais incomodado, irritado no questionamento da entrevista....

M - É, ele tava... nas vezes que eu vi, ele ainda tava com mania. Então, ele tava disfórico, tava acelerado, não tava pegando bem as informações, realmente. Acho que ele não tava avaliando muito bem ainda o que tudo aquilo implicava pra ele, né.

S - Hã... Algo mais sobre esse caso?

M - Acho que não.

S - Aí você disse que teria outro caso, que seria o inverso, que você achava que era interessante tá me contando

M - Sim, sim. Um caso que foi primeiro diagnosticado como transtorno bipolar e que, posteriormente, foi visto que era esquizofrenia.

S - Hã

M - Na verdade tem alguma diferença se eu falar se o caso primeiramente foi diagnosticado por mim, e depois foi mudado por outro?

S - Não sei dizer... Porquê?

M - Porque quem diagnosticou primeiro, o diagnóstico... é... vamos dizer assim, que foi mudado posteriormente, o primeiro diagnóstico foi o meu.

S - Ah, foi você mesmo que fez o diagnóstico e depois um outro diagnosticou esquizofrenia?

M - Um outro diagnosticou esquizofrenia. Eu pude até acompanhar esse caso diagnóstico, diagnosticado como esquizofrenia, em enfermaria, depois.

S - Espera lá, vamos com calma, deixa eu entender...

M - Sim, sim.

S - Você começou...

M - Eu recebi esse paciente em pronto-socorro, com uma história que me sugeria um episódio depressivo grave... com sintomas psicóticos, como parte de um transtorno afetivo bipolar.

S - Então você recebeu esse rapaz...

S - É rapaz?

M - É rapaz.

S - Tá. De que idade?

M - De vinte e um.

S - Que você...

M - Que eu diagnostiquei como se fosse um transtorno bipolar, episódio depressivo.

S - Tá.

M - Ele foi internado, nessa internação o diagnóstico mudou pra esquizofrenia. Esse rapaz recebeu alta e tal . Eu tava na residência, daí eu fui passar na enfermaria, como parte do meu estágio e novamente esse rapaz foi internado, já com o diagnóstico de esquizofrenia e ficou sob meus cuidados.

S - Hã

M - Mas é um rapaz que tem uma história muito interessante também. Que... na verdade, ilustra bem como um diagnóstico de esquizofrenia pode não ter tantas implicações, mas se for um caso bem conduzido.

S - Sei

M - É um rapaz de 21 anos que recebi mais ou menos há dois anos... É um caso muito antigo, ou tá...?

S - Não...

M - eu recebi há dois anos no pronto-socorro do Hospital São Paulo.

S - Na época você fazia residência?

M - Na época eu era R1, residente de 1º ano. E... é um caso que me inspirou muita angústia, na verdade. Era um rapaz que tinha tentado suicídio, perfurando o tórax, é... perfurou os dois pulmões dele, com estilete, foi uma coisa muito violenta, na verdade. Ficou internado na cirurgia, no pronto-socorro, alguns dias antes de ir pra enfermaria. E aí, na verdade, ele... ele foi internado na enfermaria e tal. E ele não falava praticamente nada, nessa admissão. Tava em negativismo passivo. A gente perguntava, ele não respondia. E... bem identificado que... sugeria que estivesse deprimido. Tirando a história com a família, eu lembro muito bem da família ter relatado dele ter... é... um delírio erótico dele, com relação à mãe dele. Uma coisa que era muito perturbadora pra todo mundo. E, assim, eu aí achei muito estranho. Perguntei se ele tava muito exaltado, e eles falaram que ele tava muito bravo.

S - Sei

M - “Ah, deve ser um transtorno bipolar”, de qualquer forma era um caso pra internar, pela gravidade clínica do caso, e acabou sendo internado na enfermaria do Hospital São Paulo. Logo em seguida...

S - Você fez o diagnóstico no pronto socorro....

M - O diagnóstico no pronto socorro, mas como a situação era de emergência mesmo, não era psiquiátrico, daí ele foi internado. Ele... o processo pelo qual se diagnosticou esquizofrenia, eu não sei muito bem ao certo. Só sei que foi diagnosticado.

S – Hum

M – Só que, como residente do 2º ano, eu passei de novo na enfermaria, e me deparei com ele. Daí, quando eu me deparei com ele, na verdade, eu pude perceber que... essa... esse delírio erótico dele com a mãe dele, era uma coisa que o incomodava muito, muito, ele. Só que eram vozes que falavam isso pra ele. E com as vozes ele tinha vivências delirantes corpóreas da mãe encostando no corpo dele. E que a mãe era... tinha... dotada de uma mediunidade, de que podia falar com ele à distancia e por telepatia. É uma coisa muito bizarra. E ele também tinha um delírio que ele era médium, que podia falar com mortos. E... assim... Nessa internação já deu pra ver coisas diferentes, além desse delírio, dessas alucinações, o afeto dele, o afeto dele era muito distanciado, quase embotado, já, né. Era realmente um caso muito grave, um caso que tinha péssima aderência à medicação, ele não aceitava que tinha o diagnóstico de esquizofrenia, né. O trabalho da equipe que trabalhou comigo, foi todo em fazer a conscientização dele, da doença, que ele tinha alguma coisa que tinha... que realmente era esquizofrenia, e que não necessariamente isso significava que iria limitar a vida dele, que ele poderia fazer o máximo de coisa que ele poderia fazer.

S – Hum... Sei

M – né. E aí, o trabalho com terapia ocupacional foi parte importante disso. Ele pôde ver coisas que ele poderia fazer dentro do repertório de coisas que ele tinha. Trabalhava com o pai, podia fazer... Ele pôde até dirigir depois, meio que a contragosto da gente, a gente recomendou que não dirigisse..., mas ele acabou dirigindo. Bateu uma vez o carro. Mas aí a gente tirou o Rivotril® dele, ele desobedeceu a gente, não ficou obedecendo a gente, não.

S – Hã

M – E... o que ele... Essa parte da T.O. foi muito boa e o que foi muito bom pra ele, foi ter entrado com Clozapina. Se ele não tivesse o diagnóstico de esquizofrenia bem definido na cabeça dele, a gente nunca colocaria Clozapina pra ele, né. Uma medicação que a gente tem que ter muito controle. Então, a gente... falou assim... pro paciente <<Olha, você é portador de esquizofrenia, a gente vai introduzir pra você, uma das melhores drogas que a gente usa pra... o tratamento de esquizofrenia. Só que pra isso você tem de aceitar>>. Aí ele aceitou, seguiu o tratamento direitinho. E aí, ele pôde perceber que a melhora... A melhora foi brutal, as vivências delirantes não remitiram... totalmente, mas as vivências alucinatórias... incômodas da mãe encostando nas genitálias dele, essas vivências, elas cessaram.

S - Se as outras, chegaram a diminuir, teve alguma diferença...

M – É... Ele... ele ainda saiu achando que era um pouco médium, né. Mas, ele saiu aceitando que ele poderia ter uma interpretação diferente daquilo que ele acreditava.

S – Médium... porque que ele achava?

M - Porque ele achava que... tinha telepatia, conversava coisas estranhas. Aí ele saiu acreditando que poderia ser dado pra ele uma interpretação diferente daquilo que ele sentia. Daí, com isso, ele saiu, até onde eu sei ele aderiu ao tratamento. Fez um curso de desenho... é um rapaz que desenha muito bem. Tá trabalhando com o pai agora, tá evoluindo de uma maneira satisfatória.

S – Você diz que é um caso diferente no sentido de

M - é um caso diferente, porque é um caso que a gente pôde proporcionar... mesmo proporcionando um diagnóstico de esquizofrenia, que muitas vezes tem implicações importantes. Tem gente que já quer aposentar.... Esse não, é um rapaz que a gente passou

um diagnóstico de esquizofrenia, mas que ele pôde desenvolver, né. Fazer coisas... é... explorar ao máximo as capacidades dele. Foi um caso legal, esse, bem interessante. Pra aprendizado, foi muito bom.

S - Isso que ele fala da mediunidade pode ser uma coisa mais cultural, mais religiosa?

[fim do lado A]. [Repito a pergunta].

M - Olha, é... um delírio, na verdade, quando ele é compartilhado por muitos... não um delírio, mas uma idéia, um juízo de realidade que não faz contato com a realidade, se ela é compartilhada por muitas pessoas

S - Hã

M - a gente não considera um delírio, a gente considera uma crença culturalmente compartilhada. Mas no caso dele...não. No caso dele, ele trouxe pra gente que até o pessoal que era médium, o pessoal que mexia com essas coisas religiosas, vamos dizer assim, até essas pessoas tavam achando estranho.

S - Ah...

M - Então... Até essas pessoas tavam achando que aquilo lá tinha alguma coisa a mais. Então, é... com certeza, ele tinha alguma alteração psíquica que merecia muito cuidado. Além disso o prejuízo que ele tinha pra própria vida dele, que fez ele até se angustiar, ao ponto de querer se matar de uma forma muito violenta. E... até onde eu sei, isso não é compartilhado pelos médicos, na verdade. Mesmo que isso fosse uma coisa pouco desenvolvida da parte deles, né. Não sei, eu não sou espírita, né. Mas o que me chamou a atenção é que até entre os espíritas, isso estava sendo muito esquisito

S - Entendido como não mediunidade, então

M - É. Entendido como doença. E isso me chamou a atenção.

S - Tá bom. Alguma coisa a mais sobre esse caso?

M - Não, acho que não.

S - Bom, Mauro, você gostaria de adicionar alguma coisa a mais... que a gente veio conversando?

M - Acho que não, Sérgio.

S - A gente conversou bastante, né. [risadas de ambos]

M - A gente conversou bastante. Espero ter ajudado.

S - Com certeza.

[fim da entrevista].

Apêndice D

Transcrição Seqüencial

(exemplo)

Transcrição Seqüencial – Psicóloga – Tânia

S – Fala a respeito do tema da pesquisa.

T – Entrou mais em contato com isso quando trabalhou no ambulatório de saúde mental. Relata caso

T1.

S – Retoma que ela disse que começou a ver bastante casos no ambulatório.

T – Concorda.

S – Pergunta a freqüência.

T – Massiva. Quando entrou no ambulatório estavam organizando o serviço e aumentou número de profissionais. Perceberam que 78% dos pacientes tinham diagnóstico de esquizofrenia. Tomavam remédios, entravam em crise e reinternavam. Criação de programas específicos. Entrevista com família e paciente para rever diagnóstico e tratamento, que estava errado em pelo menos 40% dos casos. Muito freqüente bipolar com diagnóstico de esquizofrênico. Reinternações caíram absurdamente.

S – Pergunta se por causa dessa revisão.

T – Concorda.

S – Pergunta se tanto do diagnóstico quanto da terapêutica.

T – Exatamente.

S – Pergunta se continua percebendo isso ocorrer.

T – Diz que antes não havia exigência de formação de psiquiatra e que hoje existe. Melhora a qualidade, mas ainda vê isso.

S – Pede pra falar a respeito.

T – No serviço atual vê bem menos do que via lá.

S – Pergunta se isso é irrelevante.

T – É extremamente relevante. Ambulatórios superlotados. Profissionais atendem em condições péssimas. Tempo de consulta pequeno. Precisa ter escuta melhor e não consegue. Equipe multidisciplinar ajuda bastante quando há discussão dos casos. Há poucos serviços, atendimento deficitário, profissionais pouco preparados. Profissional bom, não tem tempo.

S – Retoma sobre profissionais pouco preparados.

T – Concorda.

S – Pergunta motivos.

T – Falta de investimento das autoridades, falta de mobilização, falta de informação.

S – Falta de mobilização por parte de quem?

T – Dos profissionais, de exigirem melhores condições pra atuarem.

S – Pergunta se há outros motivos para os erros de diagnósticos e de tratamento.

T – Não se recorda de outros.

S – Pergunta quais são as conseqüências pra pessoa e pra rede social o diagnóstico errado.

T – Retoma o caso. Paciente e família organizam a vida a partir do diagnóstico. As seqüelas foram gravíssimas. As relações sociais ficaram totalmente modificadas. Ele se sentia diferenciado dos amigos, se isolou de tudo e de todos.

S – Pergunta quais as conseqüências da revisão pra pessoa e pros demais

T – Retoma o caso. Diz que difícil, porque ele teve esse diagnóstico muito cedo. Levou uma vida toda vivendo como um esquizofrênico. Mudar toda a rede de relações foi muito difícil.

S – Mas aos poucos isso foi mudando.

T – Concorda. Diz que conseguiu ampliar a rede de relações. E deixar a atitude arrogante que tinha, que usava ora se proteger por ser “diferente”.

S – Pergunta de caso mais recente que tenha atendido ou visto.

T – Relata caso T2.

S – Pergunta porque foi dado o diagnóstico errado.

T – Avaliação pouco precisa.

S – Porque isso acontece?

T – Falha da escuta, da observação durante o atendimento. Ela era sempre acompanhada por plantonistas diferentes do pronto-socorro, não tinha um seguimento.

S – Retoma que tinha dito que a paciente fez acompanhamento no pronto-socorro com psiquiatra que deu primeiro diagnóstico.

T – Passou umas quatro ou cinco vezes antes de ser internada.

S – Mesmo assim não foi feita uma revisão no pronto-socorro?

T – Não.

S – Isso aconteceu na enfermaria.

T – Concorda.

S – Pergunta quais as conseqüências do erro de diagnóstico e da revisão no caso.

T – Retoma o caso. Diz que ela tinha responsabilidades em casa e na igreja e bom relacionamento com todos. E que ficou muito agressiva diante das contrariedades após o primeiro diagnóstico.

S – Pergunta sobre o que ocorreu após a revisão.

T – Diz que não há seguimento no serviço após a internação. Foi feita orientação aos familiares na alta hospitalar. Família evitava frustrá-la pra doença não piorar, mas tinham dúvidas sobre o diagnóstico. Esclarecidos, ficaram mais tranquilos.

S – Pergunta se foi feita orientação pra paciente.

T – Foi feita a mesma. À medida em que profissionais apontaram o que ocorria com ela, parou de ter crises. Aceitou orientação e encaminhamento, mas continuou arredia. Não sabe o que ocorreu depois.

S – Lembra que tinha lembrado de outros casos.

T – Relata o caso T3.

S – Pergunta se quer falar mais algo a respeito do que conversado.

T – Se continuar pensando, vai lembrar. Mas é o que se recorda no momento.

[fim da entrevista]

Apêndice E

**Quadros a respeito das discordâncias, motivos e conseqüências
dos diagnósticos – por profissionais**

Profissional: Psiquiatra Dr Gilda - De onde fala: Hospital e Caps

Frequência	Tem muitos com diagnóstico de esquizofrenia, e que é um transtorno de humor
Motivo dos erros	<p><i>As pessoas não são bem avaliadas. Quando o diagnóstico é feito, ninguém pára pra refazê-lo</i></p> <p><i>Tem a ver com o sistema de saúde, não há tempo pro psiquiatra fazer uma avaliação adequada. Poucos profissionais, pouco tempo</i></p> <p><i>A demanda é muito grande pra pouco psiquiatra.</i></p> <p>Esses que têm diagnóstico de longa data foram internados em manicômios, e não tinha como avaliar o paciente adequadamente.</p> <p>Serviço privado: <i>Pode até vir com o diagnóstico correto, mas vêm com um tratamento inadequado. Parece que as pessoas têm um pouco de receio de falar com o paciente. o paciente tem resistência de tomar medicação, aceitar o diagnóstico. Não são dadas as medicações básicas, começa sempre com medicações que têm menos efeitos colaterais, e em dose baixa.</i></p> <p><i>Pela formação do profissional.</i></p> <p><i>No momento, em questão de medicação o maior investimento, maior pesquisa, está sendo para os anti-psicóticos</i></p>
Conseqüências dos erros	<p><i>acaba indo parar em hospital, em internação</i></p> <p><i>Acaba tendo várias crises, internações, se tivesse tendo um tratamento mais adequado desde o início, evitaria. A doença vai se agravando, precisa de mais medicação para controlar as crises. O período entre as crises fica cada vez mais curto, as crises cada vez mais graves, mais intensas, mais difíceis de se serem tratadas. Tira a pessoa da sociedade, estigmatiza, causa prejuízo no relacionamento com a família, perdas econômicas, riscos de morte, de exposição, auto-agressão.</i></p> <p><i>fica completamente desacreditado o tratamento e a pessoa. As pessoas perdem a confiança naquela pessoa</i></p>
Motivo da mudança	<p><i>Quem faz a reavaliação é geralmente quem tem mais tempo pra observar o paciente.</i></p> <p><i>O trabalho em equipe também ajuda a refazer esse diagnóstico</i></p> <p><i>número menor de pacientes</i></p>
Conseqüências da mudança	<p><i>Se a pessoa faz o tratamento adequado, vai fazendo a reinserção social, a pessoa volta a ter uma vida normal, e as pessoas confiam que ela pode ter responsabilidades.</i></p> <p><i>A pessoa nunca mais tem crise, não precisou mais ficar internada. Se sente melhor, volta a ter um funcionamento na vida. Voltam a trabalhar. Voltam a ter responsabilidades. Então até aderem melhor ao tratamento</i></p> <p>Acabam se reinserindo na sociedade</p> <p><i>Preconceito persiste, mas gradativamente vai melhorando</i></p>

Obs: Estes quadros foram feitos com base nas transcrições sequenciais. Os trechos em itálico são transcrições literais do que foi dito.

Profissional: Psicóloga Tânia - De onde fala: Ambulatório e Hospital

Frequência	<i>Massiva. Perceberam que 78% dos pacientes tinham diagnóstico de esquizofrenia. Entrevista com família e paciente para rever diagnóstico e tratamento, que estava errado em pelo menos 40% dos casos. Muito freqüente bipolar com diagnóstico de esquizofrênico.</i>
Motivo dos erros	<i>antes não havia exigência de formação de psiquiatra. Ambulatórios superlotados. Profissionais atendem em condições péssimas. Tempo de consulta pequeno. Precisa ter escuta melhor e não consegue. Há poucos serviços, atendimento deficitário, profissionais pouco preparados. Profissional bom, não tem tempo. Falta de investimento das autoridades, falta de mobilização dos profissionais, de exigirem melhores condições pra atuarem, falta de informação. Falha da escuta, da observação durante o atendimento. Ela era sempre acompanhada por plantonistas diferentes do pronto-socorro, não tinha um seguimento</i>
Conseqüências dos erros	<i>Tomavam remédios, entravam em crise e reinternavam. Paciente e família organizam a vida a partir do diagnóstico. As seqüelas foram gravíssimas. As relações sociais ficaram totalmente modificadas. Ele se sentia diferenciado dos amigos, se isolou de tudo e de todos. Levou uma vida toda vivendo como um esquizofrênico. Mudar toda a rede de relações foi muito difícil. Caso 1 Diz que ela tinha responsabilidades em casa e na igreja e bom relacionamento com todos. E que ficou muito agressiva diante das contrariedades após o primeiro diagnóstico. Caso 2</i>
Motivo da mudança	<i>Hoje se exige formação de psiquiatra Equipe multidisciplinar ajuda bastante quando há discussão dos casos.</i>
Conseqüências da mudança	<i>Reinternações caíram absurdamente Diz que conseguiu ampliar a rede de relações. E deixar a atitude arrogante que tinha, que usava ora se proteger por ser “diferente”. Caso 1 Família evitava frustrá-la pra doença não piorar, mas tinham dúvidas sobre o diagnóstico. Esclarecidos, ficaram mais tranquilos. Caso 2 À medida em que profissionais apontaram o que ocorria com ela, parou de ter crises. Aceitou orientação e encaminhamento, mas continuou arredia.</i>

Profissional: Terapeuta Ocupacional Daniela - De onde fala: Ambulatório e Hospital

Frequência	<i>Mais no hospital do que no ambulatório. Vê muito, é muito comum</i>
Motivo dos erros	<i>o médico fecha o diagnóstico sozinho. Médico não tem tempo, talvez não queira discutir o caso com outros profissionais. Falta de interesse de uns. E hierarquia no serviço. Há médicos que querem conversar, mas não têm tempo Tempo de consulta pequeno. Tem que ter tempo pra conversar com o paciente e com familiar a desqualificação profissional. Tem profissional que não sabe diferenciar diagnósticos, não sabe fechar diagnóstico. Formados na área específica da saúde mental. não sabem direito o que é um diagnóstico. Ter ouvido diferenciado Não é só ouvir as palavras e anotar no papel. É treinamento. Falta de prática e de incentivo pra estudo. Falta de interesse. Encara o serviço da saúde mental como um emprego pra ganhar o dinheiro e pagar conta. Não tem olhar amplo.</i>
Conseqüências dos erros	<i>1) Esquizofrenia aposenta, diz que a pessoa é incapaz pro trabalho, afeta a vida inteira. 2) Se bipolar é atendido como esquizofrênico, tem uma crise atrás da outra, mesmo tratando, porque a medicação não tá correta. 3) Reforçar sintomas histriônicos, dando alibi pra atuar como se fosse esquizofrênico. S – Pergunta se há benefícios em ter um diagnóstico incorreto. D – Sim. Pra aposentadoria, direito a passe livre. Fica bravo quando se diz pra ele que não é esquizofrênico, porque perde coisas que acham ser um ganho. Ele é diferenciado na família, poupado, não pode passar nervoso. A maior perda é ter uma crise atrás da outra, não ser cuidado direito, perder. Limita a vida da pessoa Toma a medicação e recebe atendimento terapêutico errado. Dificilmente vai melhorar. Ou continuam tendo crises ou continuam com manipulação. O que era pra estar sendo tratado não tá sendo tratado. Então, ou porque teve de ser internado mais vezes, ou porque ficou com rótulo, no círculo social de louco, porque não consegue evitar as crises, porque toma remédio mas continua tendo crises. Seja qual for o motivo, interfere no social.</i>
Motivo da mudança	<i>Discutir em equipe e estudar facilita Há profissões que preconizam o trabalho em equipe, isso facilita a escuta diferenciada.</i>
Conseqüências da mudança	<i>a tendência é melhorar. Em alguns casos tem conseqüências irreversíveis. 1) A pessoa já ficou muito debilitada, com efeito colateral da medicação 2) a descrença no diagnóstico e no tratamento devido à mudança. Em outros casos, conseqüências boas, de conseguir controlar as crises. Evitar crises. S – E pra rede de relações mais próxima? D – Sempre bom. A pessoa consegue volta a fazer tarefas, refaz vínculos.</i>

Profissional: Terapeuta Ocupacional Flávia - De onde fala: Ambulatório, Caps, UBS, Hospital Psiquiátrico e como Articuladora de Saúde Mental

Frequência	<p><i>Pouquíssima frequência. Só quando a equipe tá disposta a conversar. [] E é o que não acontece. As reuniões são mais administrativas, não há supervisão. Os casos não são discutidos. Fala que muitas vezes profissionais, usuários, funcionários percebem que um caso está com diagnóstico errado, mas que isso não é alterado pelo médico.</i></p> <p><i>S – Diz que há uma frequência muito grande de possíveis mudanças que não aconteceram. F - Exatamente. Há uma questão do poder médico.</i></p> <p><i>S – Pergunta se é freqüente o médico dar um diagnóstico e o resto da equipe outra.</i></p> <p><i>F - O tempo inteiro, no ambulatório [].</i></p> <p><i>S – Pergunta se como articuladora, as questões em discussão também ocorrem.</i></p> <p><i>F – Diz que na maior parte das cidades há um excesso de diagnósticos de F20, que o alcoolismo não aparece apesar de ser muito freqüente. [] Diz que como articuladora também aparece o poder médico e a discordância entre diagnósticos entre não médicos e médicos, prevalecendo os destes.</i></p>
Motivo dos erros	<p><i>Fala da diferença entre as cidades que não têm suporte de profissionais de saúde mental e as que têm, nestas últimas o diagnóstico é mais balanceado. O alcoolismo faz parte da cultura da cidade, não sendo considerada doença, mas os etilistas apresentam muitos problemas de saúde.</i></p> <p><i>a formação do médico é péssima, a equipe é pequena e tarefeira. Sempre se prioriza psicótico, adulto jovem, primeiro surto, mas esses não são a maioria, e sim os transtornos de ansiedade, transtornos conversivos, dependentes de benzodiazepínicos. A formação da equipe é muito ruim.</i></p> <p><i>S – Mesmo sendo formação específica pra área?</i></p> <p><i>F – Concorda. Muitos não têm formação de saúde pública. Muito organicista dos profissionais, em geral.</i></p>
Conseqüências dos erros	<p><i>Diz que sente como se a pessoa tivesse sido punida, com a vida prejudicada clinicamente, fica marcada pelo diagnóstico, vergonha, não tem coragem de namorar, de estudar, de procurar trabalho. Prejudicado na sua vida social, familiar. []</i></p> <p><i>Diz que há preconceito na saúde de uma forma geral, mesmo na saúde mental, com profissionais formados. []</i></p> <p><i>F – Diz muitos também usam pra obter benefícios, INSS e na casa, de ser o doente mental, de tá manipulando a família, não fazendo as coisas na vida dele.</i></p>
Motivo da mudança	<p><i>Precisa haver conversa, reunião, discussão de caso.</i></p>
Conseqüências da mudança	<p><i>A qualidade de vida muda, ficam mais ativos.</i></p> <p><i>A família de um achou pior, dos outros dois, adorou. Fala de casos de transtorno bipolar que é tratado como esquizofrênico. Fala de um grupo de mulheres, que após mudança do diagnóstico elas enfrentaram dificuldades, pois a família não concordava que saíssem, se arrumassem, estudassem, namorassem etc. <i>Ai também causa um transtorno pra família. Porque elas queriam mais.</i></i></p>

Profissional: Psicóloga Leila - De onde fala: Ambulatório

Frequência	<i>Bem baixa.</i> Tenta discutir com o médico outras hipóteses, mas são poucos os que altera mesmo, se o médico não muda o diagnóstico, permanece o mesmo. <i>Se o médico concordasse com as outras pessoas da equipe, teria muita mudança de diagnóstico.</i>
Motivo dos erros	Problema institucional, pouco tempo, pouca participação do médico nas reuniões. Discute-se o que sobressai. Parar, reavaliar os casos, é necessário mas não se faz. Só ocorre quando acontece alguma coisa. Diagnosticar é algo extremamente difícil, tem muitas coisas influenciando. <i>Nos casos não muito claros, colocam diagnóstico mais grave. Em F20.9, esquizofrenia não especificada, cabe tudo.</i> Falta reavaliar os casos de tempos em tempos, o profissional que está num contato frequente com o paciente tem dificuldade de perceber as nuances. <i>O tratamento completamente baseado no diagnóstico do médico desmotiva o resto da equipe.</i> A centralização da decisão do diagnóstico na mão do médico, é conveniente porque os outros profissionais não se implicam tanto E a rede de saúde é muito precária, os profissionais não tem retaguarda, isso tudo contribui.
Conseqüências dos erros	<i>Crise posterior tem uma conseqüência mais traumática, mais aguda que a outra. O que chama a atenção é a conseqüência social. Esquizofrenia é um rótulo pesado, limita a vida da pessoa, pesa.</i> Relata que um paciente disse que tinha psicose maníaco-depressiva, e agora não, tem transtorno bipolar . <i>A mudança na nomenclatura fez parecer uma coisa mais leve, apesar de ser a mesma coisa. Com o atestado para de trabalhar, passa a ter dinheiro, carteirinha de passe livre. Mas para de trabalhar, se afasta daquele grupo, para de frequentar lugares. Quando elas começam frequentar o ambulatório falam que é lugar de louco, com afastamento da rede social. Já é uma ruptura. Tem casos que a pessoa começou a ser tratada como esquizofrenia não especificada, e depois não era aquele tipo de transtorno. Aí muda os medicamentos, e a pessoa está bem só que, por não ser esquizofrênico, a pessoa perde uma série de benefícios financeiros.</i> Fala da pressão de pacientes pra manter diagnóstico errado pra manter os benefícios
Motivo da mudança	Mudança efetiva de diagnóstico depende de um fator desencadeante
Conseqüências da mudança	<i>Possibilidade melhor de vida. O estigma, o peso do rótulo diminui.]</i> <i>Esquizofrenia não cura, tem essa coisa depreciativa da loucura. Socialmente se tolera mais quando você fala outras doenças, mesmo na saúde mental</i>

Profissional: Psiquiatra Dr Mauro - De onde fala: Ambulatório e Hospital

Frequência	<i>Numa média de 15 atendimentos um eu mudo o diagnóstico</i>
Motivo dos erros	<p>Tempo curto de consulta. <i>o tempo de consulta limita o diagnóstico cada um que vê tem uma impressão diferenciada do paciente</i></p> <p>Momento pessoal do profissional. <i>Se não estiver bem, estiver cansado, irritado, às vezes não consegue fazer bons diagnósticos.</i></p> <p><i>Muitos profissionais aqui não tiveram formação psiquiátrica ou se tiveram foi uma formação bem prática, no cotidiano. Tem uns diagnósticos que você vê ao longo do tempo</i></p>
Conseqüências dos erros	<p><i>Dependendo do diagnóstico, fica com estigma.</i></p> <p><i>Pacientes com diagnósticos de esquizofrenia aposentaram e poderiam ter um cotidiano mais produtivo. não tá tratando do sintoma corretamente e continua delirante, gerando prejuízo no meio social.</i></p> <p><i>Piora o efeito adverso da medicação.</i></p> <p><i>O paciente tem ganhos secundários com isso</i> Tem algumas pessoas que fazem uso disso: conseguem benefícios, passe livre de ônibus, recebendo aposentadoria. A família acaba tratando ele como se fosse portador de uma patologia mais grave do que é, não precisaria proteger tanto</p> <p><i>Se você tratar uma pessoa com esquizofrenia como bipolar, a medicação não vai fazer tanto efeito, vai ter efeitos colaterais, a pessoa tá evoluindo com prejuízo psicossocial</i></p> <p><i>Dá um diagnóstico estigmatizante numa pessoa que tem possibilidades de desenvolvimento quase normal. Fala dos prejuízos psicossociais</i></p>
Motivo da mudança	<p>Atendimento longitudinal.</p> <p>Conversa com outros profissionais</p> <p><i>A opinião de outros profissionais serve para embasar o diagnóstico</i></p> <p>Confiança do paciente no profissional.</p> <p>Exames clínicos.</p> <p>Técnica de entrevista</p> <p>Avaliação aprofundada</p>
Conseqüências da mudança	<p><i>Reinsérer, terapia ocupacional, difere muito o enfoque.</i></p> <p><i>Depende do diagnóstico que você vai mudar. Existem diagnósticos que carregam em si um estigma, esquizofrenia é um deles. A partir do momento que você dá um nome pra patologia você muda muito as coisas pra ele.</i></p> <p><i>às vezes se sentem mais amparados, mais seguros porque tem algo mais definido com que se identificam, sente mais aliviado mesmo sendo um diagnóstico mais pesado, com mais prejuízos.</i></p>

Apêndice F

**Quadros a respeito das discordâncias, motivos e conseqüências
dos diagnósticos – por temas**

Profissionais falam sobre a frequência das discordâncias nos diagnósticos.

Profissional	Local de onde fala	Frequência das discordâncias nos diagnósticos
Psiquiatra Dra Gilda	Amb. de Saúde Mental, enfermaria e CAPS	Tem muitos com diagnóstico de esquizofrenia, e que é um transtorno de humor
Psicóloga Tânia	Enfermaria de doenças infecto-contagiosas, clínica de reabilitação, consultório particular, ambulatório e enfermaria de Saúde Mental	<i>Massiva.</i> Perceberam que 78% dos pacientes tinham diagnóstico de esquizofrenia. Entrevista com família e paciente para rever diagnóstico e tratamento, que estava errado em pelo menos 40% dos casos. <i>Muito freqüente bipolar com diagnóstico de esquizofrênico.</i>
Terapeuta Ocupacional Daniela	Centro de convivência, ambulatório e enfermaria de Saúde Mental	<i>Mais no hospital do que no ambulatório. Vê muito, é muito comum</i>
Terapeuta Ocupacional Flávia	Ambulatório de Saúde Mental, U.B.S., CAPS, hospital psiquiátrico e como Articuladora de Saúde Mental	<i>Pouquíssima freqüência. Só quando a equipe tá disposta a conversar. [] E é o que não acontece. As reuniões são mais administrativas, não há supervisão. Os casos não são discutidos. Fala que muitas vezes profissionais, usuários, funcionários percebem que um caso está com diagnóstico errado, mas que isso não é alterado pelo médico.</i> S – Diz que <i>há uma freqüência muito grande de possíveis mudanças que não aconteceram.</i> F - <i>Exatamente. Há uma questão do poder médico.</i> S – Pergunta se é freqüente o médico dar um diagnóstico e o resto da equipe outra. F - <i>O tempo inteiro, no ambulatório [].</i> S – Pergunta se como articuladora, as questões em discussão também ocorrem. F – Diz que na maior parte das cidades há um excesso de diagnósticos de F20, que o alcoolismo não aparece apesar de ser muito freqüente. [] Diz que como articuladora também aparece o poder médico e a discordância entre diagnósticos entre não médicos e médicos, prevalecendo os destes.
Psicóloga Leila	Ambulatório de Saúde Mental	Bem baixa. Tenta discutir com o médico outras hipóteses, <i>mas são poucos os que altera mesmo, se o médico não muda o diagnóstico, permanece o mesmo.</i> <i>Se o médico concordasse com as outras pessoas da equipe, teria muita mudança de diagnóstico.</i>
Psiquiatra Dr Mauro	Ambulatório de Saúde Mental e pronto-socorro de hospitais	<i>Numa média de 15 atendimentos um eu mudo o diagnóstico</i>

Profissionais falam dos motivos das discordâncias nos diagnósticos.

Profissional	Local de onde fala	Motivos das discordâncias
Psiquiatra Dra Gilda	Ambulatório de Saúde Mental, enfermaria e CAPS	<p><i>As pessoas não são bem avaliadas. Quando o diagnóstico é feito, ninguém pára pra refazê-lo. Tem a ver com o sistema de saúde, não há tempo pro psiquiatra fazer uma avaliação adequada.</i></p> <p><i>Poucos profissionais, pouco tempo</i></p> <p><i>A demanda é muito grande pra pouco psiquiatra.</i></p> <p><i>Esses que têm diagnóstico de longa data foram internados em manicômios, e não tinha como avaliar o paciente adequadamente.</i></p> <p><i>Serviço privado: Pode até vir com o diagnóstico correto, mas vêm com um tratamento inadequado. Parece que as pessoas têm um pouco de receio de falar com o paciente. o paciente tem resistência de tomar medicação, aceitar o diagnóstico. Não são dadas as medicações básicas, começa sempre com medicações que têm menos efeitos colaterais, e em dose baixa.</i></p> <p><i>Pela formação do profissional.</i></p> <p><i>No momento, em questão de medicação o maior investimento, maior pesquisa, está sendo para os anti-psicóticos</i></p>
Psicóloga Tânia	Enfermaria de doenças infecto-contagiosas, clínica de reabilitação, consultório particular, ambulatório e enfermaria de Saúde Mental	<p><i>antes não havia exigência de formação de psiquiatra.</i></p> <p><i>Ambulatórios superlotados. Profissionais atendem em condições péssimas. Tempo de consulta pequeno. Precisa ter escuta melhor e não consegue. Há poucos serviços, atendimento deficitário, profissionais pouco preparados. Profissional bom, não tem tempo.</i></p> <p><i>Falta de investimento das autoridades, falta de mobilização dos profissionais, de exigirem melhores condições pra atuarem, falta de informação.</i></p> <p><i>Falha da escuta, da observação durante o atendimento. Ela era sempre acompanhada por plantonistas diferentes do pronto-socorro, não tinha um seguimento</i></p>
Terapeuta Ocupacional Daniela	Centro de convivência, ambulatório e enfermaria de Saúde Mental	<p><i>o médico fecha o diagnóstico sozinho. Médico não tem tempo, talvez não queira discutir o caso com outros profissionais. Falta de interesse de uns. E hierarquia no serviço. Há médicos que querem conversar, mas não têm tempo</i></p> <p><i>Tempo de consulta pequeno. Tem que ter tempo pra conversar com o paciente e com familiar a desqualificação profissional. Tem profissional que não sabe diferenciar diagnósticos, não sabe fechar diagnóstico. Formados na área específica da saúde mental. não sabem direito o que é um diagnóstico. Ter ouvido diferenciado Não é só ouvir as palavras e anotar no papel. É treinamento.</i></p> <p><i>Falta de prática e de incentivo pra estudo.</i></p> <p><i>Falta de interesse. Encara o serviço da saúde mental como um emprego pra ganhar o dinheiro e pagar conta. Não tem olhar amplo.</i></p>
Terapeuta	Ambulatório de Saúde	Fala da diferença entre as cidades que não têm suporte de profissionais de saúde mental e as que

Ocupacional Flávia	Mental, U.B.S., CAPS, hospital psiquiátrico e como Articuladora de Saúde Mental	<p>têm, nestas últimas o diagnóstico é mais balanceado. O alcoolismo faz parte da cultura da cidade, não sendo considerada doença, mas os etilistas apresentam muitos problemas de saúde. a formação do médico é péssima, a equipe é pequena e tarefaira. Sempre se prioriza psicótico, adulto primeiro surto, mas esses não são a maioria, e sim os transtornos de ansiedade, transtornos com dependentes de benzodiazepínicos. A formação da equipe é muito ruim.</p> <p>S – <i>Mesmo sendo formação específica pra área?</i> F – Concorda. Muitos não têm formação de saúde pública. Muito organicista dos profissionais, em geral.</p>
Psicóloga Leila	Ambulatório de Saúde Mental	<p><i>Problema institucional, pouco tempo, pouca participação do médico nas reuniões. Discute-se o que sobressai. Parar, reavaliar os casos, é necessário mas não se faz. Só ocorre quando acontece alguma coisa.</i></p> <p><i>Diagnosticar é algo extremamente difícil, tem muitas coisas influenciando. Nos casos não muito claros, colocam diagnóstico mais grave. Em F20.9, esquizofrenia não especificada, cabe tudo.</i></p> <p><i>Falta reavaliar os casos de tempos em tempos, o profissional que está num contato freqüente com o paciente tem dificuldade de perceber as nuances.</i></p> <p><i>O tratamento completamente baseado no diagnóstico do médico desmotiva o resto da equipe. A centralização da decisão do diagnóstico na mão do médico, é conveniente porque os outros profissionais não se implicam tanto</i></p> <p><i>E a rede de saúde é muito precária, os profissionais não tem retaguarda, isso tudo contribui.</i></p>
Psiquiatra Dr Mauro	Ambulatório de Saúde Mental e pronto-socorro de hospitais	<p>Tempo curto de consulta. <i>o tempo de consulta limita o diagnóstico cada um que vê tem uma impressão diferenciada do paciente</i></p> <p>Momento pessoal do profissional. <i>Se não estiver bem, estiver cansado, irritado, às vezes não consegue fazer bons diagnósticos.</i></p> <p><i>Muitos profissionais aqui não tiveram formação psiquiátrica ou se tiveram foi uma formação bem prática, no cotidiano.</i></p> <p><i>Tem uns diagnósticos que você vê ao longo do tempo</i></p>

Profissionais falam das conseqüências das discordâncias nos diagnósticos.

Profissional	Local de onde fala	Conseqüências das discordâncias nos diagnósticos
Psiquiatra Dra Gilda	Ambulatório de Saúde Mental, enfermaria e CAPS	<i>acaba indo parar em hospital, em internação</i> Acaba tendo várias crises, internações, se tivesse tendo um tratamento mais adequado desde o início, A doença vai se agravando, precisa de mais medicação para controlar as crises. O período entre as crises cada vez mais curto, as crises cada vez mais graves, mais intensas, mais difíceis de se serem tratadas. A pessoa da sociedade, estigmatiza, causa prejuízo no relacionamento com a família, perdas econômicas, de morte, de exposição, auto-agressão. <i>fica completamente desacreditado o tratamento e a pessoa. As pessoas perdem a confiança naquela pessoa</i>
Psicóloga Tânia	Enfermaria de doenças infecto-contagiosas, clínica de reabilitação, consultório particular, ambulatório e enfermaria de Saúde Mental	<i>Tomavam remédios, entravam em crise e reinternavam.</i> <i>Paciente e família organizam a vida a partir do diagnóstico. As seqüelas foram gravíssimas. As relações sociais ficaram totalmente modificadas. Ele se sentia diferenciado dos amigos, se isolou de tudo e de todos. Levou uma vida toda vivendo como um esquizofrênico. Mudar toda a rede de relações foi muito difícil. [Caso 1]</i> <i>Diz que ela tinha responsabilidades em casa e na igreja e bom relacionamento com todos. E que ficou muito agressiva diante das contrariedades após o primeiro diagnóstico. [Caso 2]</i>
Terapeuta Ocupacional Daniela	Centro de convivência, ambulatório e enfermaria de Saúde Mental	1) <i>Esquizofrenia aposentada, diz que a pessoa é incapaz pro trabalho, afeta a vida inteira.</i> 2) <i>Se bipolar é atendido como esquizofrênico, tem uma crise atrás da outra, mesmo tratando, porque a medicação não tá correta.</i> 3) <i>Reforçar sintomas histriônicos, dando alibi pra atuar como se fosse esquizofrênico.</i> S – Pergunta se há benefícios em ter um diagnóstico incorreto. D – <i>Sim. Pra aposentadoria, direito a passe livre. Fica bravo quando se diz pra ele que não é esquizofrênico, porque perde coisas que acham ser um ganho. Ele é diferenciado na família, poupado, não pode passar nervoso. A maior perda é ter uma crise atrás da outra, não ser cuidado direito, perder.</i> Limita a vida da pessoa <i>Toma a medicação e recebe atendimento terapêutico errado. Dificilmente vai melhorar.</i> <i>Ou continuam tendo crises ou continuam com manipulação. O que era pra estar sendo tratado não tá sendo tratado. Então, ou porque teve de ser internado mais vezes, ou porque ficou com rótulo, no círculo social de louco, porque não consegue evitar as crises, porque toma remédio mas continua tendo crises. Seja qual for o motivo, interfere no social.</i>

Terapeuta Ocupacional Flávia	Ambulatório de Saúde Mental, U.B.S., CAPS, hospital psiquiátrico e como Articuladora de Saúde Mental	<p>Diz que sente <i>como se a pessoa tivesse sido punida, com a vida prejudicada clinicamente, fica marcada pelo diagnóstico, vergonha, não tem coragem de namorar, de estudar, de procurar trabalho. Prejudicado na sua vida social, familiar.</i> []</p> <p>Diz que <i>há preconceito na saúde de uma forma geral, mesmo na saúde mental, com profissionais formados.</i> []</p> <p>Diz que <i>muitos também usam pra obter benefícios, INSS e na casa, de ser o doente mental, de tá manipulando a família, não fazendo as coisas na vida dele.</i></p>
Psicóloga Leila	Ambulatório de Saúde Mental	<p><i>Crise posterior tem uma conseqüência mais traumática, mais aguda que a outra. O que chama a atenção é a conseqüência social. Esquizofrenia é um rótulo pesado, limita a vida da pessoa, pesa. Relata que um paciente disse que tinha psicose maníaco-depressiva, e agora não, tem transtorno bipolar . A mudança na nomenclatura fez parecer uma coisa mais leve, apesar de ser a mesma coisa. Com o atestado para de trabalhar, passa a ter dinheiro, carteirinha de passe livre. Mas para de trabalhar, se afasta daquele grupo, para de freqüentar lugares. Quando elas começam freqüentar o ambulatório falam que é lugar de louco, com afastamento da rede social. Já é uma ruptura. Tem casos que a pessoa começou a ser tratada como esquizofrenia não especificada, e depois não era aquele tipo de transtorno. Ai muda os medicamentos, e a pessoa está bem só que, por não ser esquizofrênico, a pessoa perde uma série de benefícios financeiros. Fala da pressão de pacientes pra manter diagnóstico errado pra manter os benefícios</i></p>
Psiquiatra Dr Mauro	Ambulatório de Saúde Mental e pronto-socorro de hospitais	<p><i>Dependendo do diagnóstico, fica com estigma.</i></p> <p><i>Pacientes com diagnósticos de esquizofrenia aposentaram e poderiam ter um cotidiano mais produtivo.</i></p> <p><i>não tá tratando do sintoma corretamente e continua delirante, gerando prejuízo no meio social. Piora o efeito adverso da medicação.</i></p> <p><i>O paciente tem ganhos secundários com isso. Tem algumas pessoas que fazem uso disso: conseguem benefícios, passe livre de ônibus, recebendo aposentadoria. A família acaba tratando ele como se fosse portador de uma patologia mais grave do que é, não precisaria proteger tanto</i></p> <p><i>Se você tratar uma pessoa com esquizofrenia como bipolar, a medicação não vai fazer tanto efeito, vai ter efeitos colaterais, a pessoa ta evoluindo com prejuízo psicossocial</i></p> <p><i>Dá um diagnóstico estigmatizante numa pessoa que tem possibilidades de desenvolvimento quase normal. Fala dos prejuízos psicossociais</i></p>

Profissionais falam sobre os motivos das mudanças de diagnóstico

Profissional	Local de onde fala	Motivos da mudança de diagnóstico
Psiquiatra Dra Gilda	Ambulatório de Saúde Mental, enfermaria e CAPS	<i>Quem faz a reavaliação é geralmente quem tem mais tempo pra observar o paciente. O trabalho em equipe também ajuda a refazer esse diagnóstico número menor de pacientes</i>
Psicóloga Tânia	Enfermaria de doenças infecto-contagiosas, clínica de reabilitação, consultório particular, ambulatório e enfermaria de Saúde Mental	<i>Hoje se exige formação de psiquiatra Equipe multidisciplinar ajuda bastante quando há discussão dos casos.</i>
Terapeuta Ocupacional Daniela	Centro de convivência, ambulatório e enfermaria de Saúde Mental	<i>Discutir em equipe e estudar facilita Há profissões que preconizam o trabalho em equipe, isso facilita a escuta diferenciada.</i>
Terapeuta Ocupacional Flávia	Ambulatório de Saúde Mental, U.B.S., CAPS, hospital psiquiátrico e como Articuladora de Saúde Mental	<i>Precisa haver conversa, reunião, discussão de caso.</i>
Psicóloga Leila	Ambulatório de Saúde Mental	Mudança efetiva de diagnóstico depende de um fator desencadeante
Psiquiatra Dr Mauro	Ambulatório de Saúde Mental e pronto-socorro de hospitais	Atendimento longitudinal. Conversa com outros profissionais <i>A opinião de outros profissionais serve para embasar o diagnóstico</i> Confiança do paciente no profissional. Exames clínicos. Técnica de entrevista Avaliação aprofundada

Profissionais falam das conseqüências da mudança de diagnóstico

Profissional	Local de onde fala	Conseqüências da mudança de diagnóstico
Psiquiatra Dra Gilda	Ambulatório de Saúde Mental, enfermaria e CAPS	<i>Se a pessoa faz o tratamento adequado, vai fazendo a reinserção social, a pessoa volta a ter uma vida normal, e as pessoas confiam que ela pode ter responsabilidades. A pessoa nunca mais tem crise, não precisou mais ficar internada. Se sente melhor, volta a ter um funcionamento na vida. Voltam a trabalhar. Voltam a ter responsabilidades. Então até aderem melhor ao tratamento Acabam se reinserindo na sociedade Preconceito persiste, mas gradativamente vai melhorando</i>
Psicóloga Tânia	Enfermaria de doenças infecto-contagiosas, clínica de reabilitação, consultório particular, ambulatório e enfermaria de Saúde Mental	<i>Reinternações caíram absurdamente Diz que conseguiu ampliar a rede de relações. E deixar a atitude arrogante que tinha, que usava ora se proteger por ser “diferente”. [Caso 1] Família evitava frustrá-la pra doença não piorar, mas tinham dúvidas sobre o diagnóstico. Esclarecidos, ficaram mais tranqüilos. À medida em que profissionais apontaram o que ocorria com ela, parou de ter crises. Aceitou orientação e encaminhamento, mas continuou arredia [Caso 2]</i>
Terapeuta Ocupacional Daniela	Centro de convivência, ambulatório e enfermaria de Saúde Mental	<i>a tendência é melhorar. Em alguns casos tem conseqüências irreversíveis.1) A pessoa já ficou muito debilitada, com efeito colateral da medicação 2) a descrença no diagnóstico e no tratamento devido à mudança. Em outros casos, conseqüências boas, de conseguir controlar as crises. Evitar crises. S – E pra rede de relações mais próxima? D – Sempre bom. A pessoa consegue volta a fazer tarefas, refaz vínculos.</i>
Terapeuta Ocupacional Flávia	Ambulatório de Saúde Mental, U.B.S., CAPS, hospital psiquiátrico e como Articuladora de Saúde Mental	<i>A qualidade de vida muda, ficam mais ativos. A família de um achou pior, dos outros dois, adorou. Fala de casos de transtorno bipolar que é tratado como esquizofrênico. Fala de um grupo de mulheres, que após mudança do diagnóstico elas enfrentaram dificuldades, pois a família não concordava que saíssem, se arrumassem, estudassem, namorassem etc. <i>Aí também causa um transtorno pra família. Porque elas queriam mais.</i></i>
Psicóloga Leila	Ambulatório de Saúde Mental	<i>Possibilidade melhor de vida. O estigma, o peso do rótulo diminui. Esquizofrenia não cura, tem essa coisa depreciativa da loucura. Socialmente se tolera mais quando você fala outras doenças, mesmo na saúde mental</i>

Psiquiatra Dr Mauro	Ambulatório de Saúde Mental e pronto-socorro de hospitais	<i>Reinserir, terapia ocupacional, difere muito o enfoque. Depende do diagnóstico que você vai mudar. Existem diagnósticos que carregam em si um estigma, esquizofrenia é um deles. A partir do momento que você dá um nome pra patologia você muda muito as coisas pra ele. às vezes se sentem mais amparados, mais seguros porque tem algo mais definido com que se identificam, sente mais aliviado mesmo sendo um diagnóstico mais pesado, com mais prejuízos.</i>
------------------------	---	--

Apêndice G

Entrevista com Juliana

Entrevista Juliana

S – Bom, Juliana, então eu queria que você falasse sua idade.

J – Tenho 25 anos.

S – Vinte e cinco. Tá. Bom, eu te expliquei sobre a pesquisa de doutorado, você foi indicada por uma, por uma não, por duas pessoas que eu entrevistei, e... e justamente porque você tem uma história de usar um Serviço de Saúde Mental, né, já há um tempo, de ter tido um diagnóstico, ter feito tratamento e.. em um outro dado momento você teve um outro diagnóstico, certo?

J – Exatamente.

S – Então eu queria que você me falasse um pouquinho do início, de como começou. Como é que você ficou. O que foi acontecendo na sua vida, nos seus relacionamentos.

J – Eu tinha uma vida normal, né. Trabalhava muito, estudava bastante. Daí em 2000, no ano de 2000, né, eu tava trabalhando numa padaria.

S – Hã.

J – E daí, nessa padaria... eu não sei os motivos, não sei porque aconteceu de acontecer a crise.

S – Sei.

J – Não sei, eu tava trabalhando bastante. Eu acordava bem cedinho, saía muito tarde e tava trabalhando bastante. Daí começou... na padaria mesmo eu comecei a sentir um... acho que começou da parte espiritual, sabe? Eu achava assim que eu tava diferente, meu espírito tava diferente.

S – Quantos anos você tinha na época?

J – Vinte.

S – Vinte. Seu espírito tava diferente...

J – Tava.

S – Tenta explicar pra eu entender melhor.

J – Eu tava assim, eu olhava pras pessoas e eu tinha certeza que eu conseguia ver o que tinha no coração da pessoa, sabe? Eu conseguia... eu olhava pra pessoa e conseguia ler o pensamento. Eu achava que conseguia ler. No momento eu tinha certeza, né, que eu podia ler o pensamento da pessoa e entender o que a pessoa tava... sem falar. Daí começou assim, na padaria, né. E os funcionários, eles achavam estranho, porque chegava uma pessoa lá... Uma vez eu lembro que eu falei pra uma moça <<Olha, você é muito linda. Por dentro e por fora também. Seus sentimentos são muito puros>>

S – Sei.

J – Chegar uma cliente lá pra tomar um cafezinho e você falar uma coisa dessa [risada]. O que que a pessoa não vai pensar, né.

S – Qual foi a reação dessa cliente, você lembra?

J – Ela ficou olhando assim, olhando de lado pra mim. Ela tava com um rapaz que era o namorado dela.

S – Hum.

J – Daí ficou olhando assim pra mim. Daí ela não conseguiu falar nada. Ela só ficou olhando assim pra mim.

S – Uma cara com que expressão.

J – Espantada.

S – Espantada. Meio assustada, meio preocupada?

J – Assustada. E ela deu um sorriso.

S – Sei.

J – Porque eu falei coisa boa, né.

S – Hã.

J – Daí ela deu um sorriso assim, ficou meio espantada e o namorado dela ficou olhando esquisito pra mim. Como quem diz assim <<Ah, vamos embora daqui porque essa tá meio doida, né>> [risadas] E eu achei assim, né, daquele jeito do namorado dela. E é ruim porque eu falei assim pra muitas pessoas, eu falava outras coisas, né. Pra muitas pessoas. Daí eu lembro que chegou um senhor lá uma vez que... esse senhor só eu vi. Ninguém mais de lá viu.

S – Hã.

J – Depois eu falei <<Ah, aquele senhor lá que eu atendi, que eu dei leite pra ele e tal>>. Daí ela <<Que senhor que você atendeu? Não teve nenhum senhor que você atendeu>>.

S - Hum.

J – Depois eu vi que aquele senhor só eu vi.

S – Você deu mesmo café com leite?

J – Dei. Eu lembro que eu fiz o café e pus lá pra ele.

S – Sei.

J – Daí, quando esse senhor chegou eu já vi que... que já resplandecia assim com aquilo, sabe? Eu falei assim <<Ah, é um anjo, né>>.

S – Resplandeceu?

J – Resplandecia assim, uma luz assim. Aí eu falei <<Ah, é um anjo. Deixa eu conversar com ele porque eu também sou>>.

S – Hum...

J- Eu me considerava como um anjo também, né. Daí eu fui conversar com ele como se eu conhecia ele há muito tempo. E ele também me conhecia. E a gente começou a conversar, e tudo. Daí ele falou assim <<Filha>>, ele me chamava assim de filha e eu nunca tinha visto ele.

S – Hum, hum.

J – E ele falou assim <<Filha, o que você tá fazendo aí? Se você quiser...>> Ele veio conversar comigo como se fosse Deus, sabe. E ele tava oferecendo as coisas pra mim. E ele falou assim <<Se você quiser, eu te dou essa padaria, eu te dou empresas, eu te dou tudo o que você quiser. Você não precisa ficar trabalhando aí>> Daí... [fica emocionada, inicia choro, com algumas lágrimas] Daí eu falei pra ele [fala chorando] <<Eu não quero nada disso, né>>... << Eu não quero nada disso. O importante é que eu seja feliz. Que minha família seja feliz... E eu posso fazer as pessoas felizes também>>. O meu pensamento, assim, né!

S – Sei.

J – Porque naquele momento, assim, é... eu começava a ouvir as coisas também. [continua bastante emocionada]. Daí, começou nos primeiros dias assim. A minha mente mudar, né. Não era uma crise, ainda. Mas começou a ficar diferente, né.

S – Sei.

J – E isso nos primeiros dias. Começou a ficar diferente.

S – Sei. Que mês era mais ou menos, só pra eu ter uma idéia? Era começo do ano, meio...

J – Era começo

S – Começo, tá.

J – Era começo de 2000, antes de maio, assim. Era antes de... maio, assim. Era antes de maio.

S – Você falou que escutava também...

J – Então... daí depois desses dias, né, minha mãe pegou e... viu também que eu não tava bem, né. E daí eu comecei a falar com essas pessoas assim e depois eu passei a não dormir mais. E daí eu fiquei mais de uma semana sem dormir, né. Uns sete, oito dias, mais ou menos.

S – Fazendo, Juliana?

J – Eu ficava em casa... porque eu não queria acordar a minha mãe, né. Então eu ficava deitada na minha cama, daí eu lia a bíblia, levantava um pouco, ia pra cozinha quietinha, fazer um chazinho, fazia um bolo, sabe? Fazia uma coisa assim... e ficava assim. Ou ficava olhando pro céu, olhando estrela, sabe? Ficava a madrugada inteira assim.

S – Hum...

J – Daí eu comecei a não dormir mais e comecei a não comer mais também. Porque eu sentia assim, sentia o meu espírito muito forte e achava que não precisava mais comer. Daí eu passei a não comer mais, também. Eu fiquei uns seis dias sem comer. Daí, no meio disso, depois de ter ficado uns três dias sem dormir e tudo, não conseguia mais, eu tentava comer, mas não conseguia mais.

S – Hum, hum...

J – Pegava a colher de comida assim, mas não conseguia. Daí minha mãe me levou pro psiquiatra, né. Daí levou pro remédio, daí deu... passou os remédios pra tomar, pra ver se conseguia dormir.

S – Deixa eu entender uma coisa pra depois prosseguir. É... você trabalhava nessa padaria na época

J – Isso.

S – Como é que ficou a coisa na padaria? Você continuou trabalhando ou não? As pessoas como é que te tratavam? Em casa mesmo... Queria saber como é que ficou tudo isso.

J – Então, eu

S – Antes de você passar no psiquiatra.

J – Foi bem assim, de dias mesmo, né. Eu fiquei uns três dias ruim, depois minha mãe levou no psiquiatra. Depois, nesses poucos dias assim é... algumas pessoas notaram, outras pessoas não... É o meu patrão, mesmo, ele não notou. Ele achava que eu tava melhor ainda do jeito que eu tava.

S – Porque?

J – Ah, porque tava tudo à flor da pele... eu conversava com a pessoa e eu sabia dar conselho pra qualquer pessoa que viesse conversar comigo, eu sabia dar conselho

S – Hum

J – As palavras que eu falava não era palavra normais assim, sabe? Parece que vinha de Deus as palavras que eu falava, sabe? [risadas] Era até umas coisas assim... eu tenho até saudade, achava até lindo isso. E... daí, eles começaram assim... daí, uma moça que trabalhava comigo, ela via que eu tava diferente. Mas os meus patrões não viram. E daí depois, as minhas irmãs... e eu trabalhava bastante também, daí elas não percebia, né. Daí quem tava percebendo era a minha mãe.

S – Mas você falou que pelo menos essa moça que trabalhava com você percebia, a sua mãe também. E aí como é que as pessoas... Quero saber como é que ficaram seus relacionamentos esses poucos dias. Se teve alguma mudança, que tipo de coisa as pessoas falavam, faziam que hoje você percebe que eles percebiam que você não estava bem.

J – Ah, pelo... então, a moça que trabalhava comigo. Ela ficava espantada, assim, sabe? Ela olhava com olho arregalado pra mim, e ficava ligando pros outro. Pra falar que eu não tava legal.

S – Hum.

J – Ela telefonava, até pro pastor da igreja ela telefonava, e ela chegou a falar pra minha mãe também, que eu não tava bem. Daí depois disso, né, que ela começou a falar pros outro que eu não tava bem. Ela deve ter falado pros meus patrões, também, que eu não tava bem. Falou tudo pro pessoal. Aí, assim, pra mim não falava nada. Sabe, não chegava pra mim e falava <<Oh, Juliana, você tá doida>>. Não falava nada pra mim.

S- Hum.

J- Eu percebia esse jeito de espanto dela. Daí a minha mãe também... ela... ela ficava mais atenta, só, né. Quando eu tava com ela, todo o tempo ela tava olhando pra mim. Agora, ela ia me vigiar, né. Não deixava eu ir sozinha em lugar nenhum.

S – Sei.

J – A todo tempo ela tava perto de mim, pra poder me olhar. Aí eu notei isso.

S – Você fala como se tivesse aumentado uma certa vigilância, por parte da sua mãe e por parte dessa moça que trabalhava com você.

J- Aumentou.

S – Alguma coisa mais mudou?

J – Então... o que mudou foi de... eu saí do emprego, né. Aí depois disso eu saí do emprego, comecei a tomar bastante remédio pra poder dormir...

S – Isso depois de já ter passado no psiquiatra. Mas antes de passar no psiquiatra... alguma mudança mais teve aí nesses relacionamentos?

J – Não, porque foram poucos dias, né.

S – Hum, hum.

J – Apresentei os sintomas num dia, depois de três, eu já fui no médico.

S – Então você disse que sua mãe foi percebendo que você não tava bem e te levou no psiquiatra.

J – Levou.

S – Já.

J – Mas eu acho que antes de levar pro psiquiatra... porque fazem seis anos, a gente acaba esquecendo alguns detalhes, né. Mas eu acho que antes de ir ao psiquiatra eu tive uma crise. Acho que a crise feia que tive foi antes de ir ao psiquiatra... eu acho que foi antes sim. Que... nas minhas crises, eu perco a minha mente totalmente.

S – Como assim?

J – Não sei a palavra que usa... é... minha mente sai da realidade. Eu... não tenho mente normal assim.

S – Dá exemplos pra eu entender melhor.

J – Hã... que eu tô nesse mundo, sabe? Eu vejo que eu tô lá no céu ou que eu tô no inferno. Pra mim, ficar sem roupa é normal. Essas coisas assim, né. E a minha crise eu fiz isso. Eu dentro da igreja eu tirei a roupa e bati num monte de gente, aí pegaram e me levaram pra casa e... eu tava na crise ainda. E na minha casa ninguém conseguia por roupa em mim, tinha... não conseguia que ninguém colocasse a mão em mim. Veio quatro tio meu super forte e não conseguiram segurar. Uns quatro homens assim, pra me segurar. E mesmo assim eu escapei deles, fui pra rua, corri na frente lá, me joguei na frente do carro. Daí o carro deu uma freada e foi me arrastando assim, na rua, e eu me machuquei inteirinha, né.

S – Nossa!

J- Ralei tudo. E... essa foi a primeira crise minha. Foi dessa maneira.

S – Sei.

J – E nessa crise, eu ouvia também... ouvia vozes e via coisas absurdas assim. Um tio meu eu vi ele falando comigo, mas eu não via o rosto dele, tinha um bicho, tipo um diabo, sei lá.

S – Hum...

J – Não via o rosto dele, via isso, né. E tinha uma voz que falava assim pra mim <<Você tem que se matar, se você não morrer agora, você não vai pro céu. Você só vai pro céu se você se matar agora>>. E por isso que eu tentava me matar de todo jeito, né. Me jogando debaixo do carro, saindo na rua e querendo morrer, né. Mas todo esse tempo eu realmente tava fora de si, né. Não tava na realidade. E até que chegou... que ninguém conseguia me segurar, não tinha jeito mesmo, né. Não conseguiam me prender de jeito nenhum. Até que chegou a ambulância e tiveram que amarrar na maca e me levaram, né.

S – Aí você passou pela primeira vez no

J- No hospital psiquiátrico.

S – Tá.

J – Nessa vez ainda me levaram no SUDS. Daí deram umas injeções lá, fiquei um dia inteiro lá, daí deram bastante injeção, acho que injeção de Haldol® parece... Mesmo assim eu cheguei em casa e não conseguia dormir ainda não. Porque a agitação era muita, a euforia era muita, muita, muita, sabe? E eu sou uma pessoa muito calma. E eu perder a voz, eu nem lembro se eu perdi a voz alguma vez, sabe?

S – Teve uma mudança muito grande.

J – Muito radical. Eu sou muito tímida, também. E eu ando assim, tudo coberto, bem decente. E na crise não. Tudo florado, à flor da pele, sabe?

S – Hum.

J – Fico sem roupa na frente de todo mundo, e bate, e não-sei-o-quê e... fala que vai casar com não sei quem, sabe? Tudo... muito estranho, assim. Daí, essa foi a primeira crise. Me levaram lá, tomei os remédios, tudo. E lá eu comecei o meu tratamento, né. Daí depois disso teve várias outras crises também.

S – Queria saber assim... no seu dia-a-dia... é... no seu relacionamento com as outras pessoas, como é que foi sendo, né. Você disse que entrou em crise, que você ficou nesse estado, que você tirou a roupa na igreja, e que as pessoas tinham que te segurar e não conseguiam, enfim. Você se lembra, pra me contar, como é que ficaram as pessoas? Como é que lidavam com você? Você tá falando como é que você lidava com eles, né. Agressiva... enfim... E as outras pessoas? As pessoas que você conhecia, não conhecia.

J – Então, eu tive um pouco de sorte, né. Porque... poucas pessoas me viram no estado de crise.

S – Hum

J- Sabe?

S – Hum

J – Na igreja em que eu fiz tudo isso, eu não freqüento, é muito longe da minha casa, sabe? Então... quem sabe mais dessas coisas é a minha família, né. Mas eu sou assim, na crise acontece tudo isso, né. Mas passou, eu sou completamente normal, sabe? Não fica seqüelas em mim, no meu comportamento, né. No começo eu percebia assim que... que as pessoas tinham um pouco de receio. Logo depois que eu tive a crise. Fica com um pouco de receio de... Por exemplo, eu cuidava de bastante criança, né. E tinham receio de deixar eu com uma criança.

S – Você trabalhava fazendo isso?

J - Isso, babá, né. Quem me conhecia tinha receio de deixar eu com criança... É... tinha medo de me convidar pra alguma festa assim, e dá crise em mim lá

S – Sei

J – Né. E as pessoas, elas também assim, procuram não vir com nenhum assunto perto de mim de... tipo assim, de não trazer preocupação, né. Que tem medo. Nenhum... picante assim, porque tem medo que eu vá me assustar e vai dá alguma coisa em mim, sabe?

S – Fica todo mundo te protegendo?

J – Protegendo, é... eu senti mais isso.

S – De não deixar mais as crianças... Porque além da padaria você trabalhava

J – Eu já trabalhei

S – de babá

J – De babá

S – Na mesma época em que você trabalhou na padaria você trabalhou de babá. É isso?

J – Não. Eu tive vários empregos, né. O último foi na padaria.

S – Hum, hum

J – Quando era mais nova eu olhava criança, né. Hoje eu ainda olho também, né, hoje eu cuido também.

S – Só pra eu entender um pouquinho, Juliana. Então, na época em que você teve a primeira crise, você começou... a tá ruim, você tava trabalhando na padaria e as pessoas perceberam isso. Depois você passou a primeira vez no psiquiatra, começou a tomar remédios. Aí você disse que percebeu que as pessoas já não confiavam de deixar as crianças com você... É isso?

J – Não confiavam muito.

S – Hã, hã.

J- Assim, não é só de babá, né. Eu percebo assim... Uma prima minha, por exemplo, fui colocar a criança dela no meu colo pra mim ver o neném assim, sabe? Fica com um pouco de medo. Medo de eu fazer algum mal pra criança, né. Pra mim trabalhar, não. Porque eu demorei pra trabalhar depois disso, né.

S – E você teve a crise e parou de trabalhar, é isso?

J – Parei.

S – Pediu a conta, foi demitida?

J – Não, fiquei encostada pelo INSS.

S – Ah, naquela época você

J – Eu já me encostei, em 2000. Eu tô encostada até hoje.

S – Tá.

J – Eu percebi as mudanças nas pessoas assim, né. De medo, de receio, né. De medo de eu fazer alguma coisa de mal, né... [fica bastante triste, em silêncio]

S – Você me falou no começo que você estudava. E nessa época você ainda estudava ou não?

J – [silêncio]

S – Vinte anos...

J – Não, nessa época eu já tinha saído. Eu tava fazendo um curso de computação, só. Estudava computação, só.

S – E lá no curso, como ficou isso, as pessoas do curso, colegas, professores?

J – Eu acho que nessa época eu tava terminando. É... [pensativa] eu acho que eu terminei, aí deu essas coisas. É, na padaria... Porque quando começou as crises eu tava só na padaria mesmo, trabalhando só na padaria, não fazia mais nada do que fazia antes, né.

S – Hum

J – Eu trabalhava direto na padaria. Fiquei um mês, o último mês eu entrava seis horas da manhã e saía dez e meia da noite. Tava trabalhando assim, né. Um mês trabalhando direto assim.

S – Sei.

J – E eu tava trabalhando só lá mesmo. Não tinha outra coisa que eu tava fazendo.

S – Tá. E as suas amizades na época? Como é que ficaram? Durante a crise, depois que você passou a primeira vez no psiquiatra...

J – Eu, desde que eu saí da escola, assim, eu tive pouquíssimas amizades, sabe? Mais amigas assim da minha rua... Não tenho muitas amizades.

S – Hum, hum

J – E... as minhas amigas assim, a única que... a única pessoa que soube, das minhas crises, assim, né, uma amiga da minha rua. Ela foi em casa, me visitou quando eu tava doente, tudo, levou umas coisas pra mim e me tratou super bem. Não mudou nada no relacionamento com ela comigo.

S – Do jeito que era?

J – É. Não mudou nada. E as outras também não ficaram sabendo. E eu também não conto. Acho que não tem motivo de ficar contando.

S – Sim.

J – Não conto pras outras não sobre as cri.. sobre o meu... o meu tratamento não.

S – Sei. E aí, você tava me falando que no início você tava fazendo tratamento, que algumas pessoas não deixavam mais as crianças com você ou mesmo você vindo aqui, não se sentia seguro de deixar o bebê com você no colo...

J – Não tinha essa segurança.

S – Que mais que foi mudando? Após essa primeira crise?

J – No relacionamento?

S – É. Naquele momento, assim.

J – É, porque assim... Já faz um tempo... O meu jeito, né, sou bem isolada. Não gosto de ficar conversando com muita gente. Não gosto de ficar indo na casa de ninguém. Não gosto das pessoas ficar vindo na minha casa, ficar muito tempo lá em casa... Sabe? Eu penso assim... A minha casa, eu, minha mãe e minha televisão, só.

S – Hum, hum.

J – Então assim. Eu não importo que que os outro pensa, que que os outro fala. Porque eu não falo da vida de ninguém, não quero que ninguém fala da minha, né. Eu sô assim no meu canto, né.

S – Hum, hum

J – Então eu não vejo mudança por causa disso. Porque não me relaciono com outras pessoas. O meu relacionamento é eu e minha mãe em casa, sabe. Não tem mais nada.

S – E a sua mãe, como é que ficou nessa época?

J – Bom...

S – Como é que vocês ficaram?

J – Minha mãe, eu pensei que ela ia morrer também. [ri, nervosa]. Acho que ela ficou mais ruim do que eu, viu! Ela ficou muito mal também. Nossa! E, nas crises eu não percebia, né. Não tinha nem como perceber nada dela, né. Mas depois me falaram, né, dela, me falavam do jeito que ela ficava. E ela chorava demais, e ficava muito nervosa. Não na minha frente, né. Porque ela não fala nada pra mim. De repente ela tava ali, né. Boazinha, com sorrisinho.

S – Ela era uma das pessoas que tentavam te proteger das preocupações...

J – Nossa! De tudo. Se alguém viesse pra me falar alguma coisa, ela já avançava na pessoa. Porque ela não deixava ninguém se aproximar de mim pra... pra falar nada. De problema, de crise, de alguma coisa que eu fiz de errado.

S – Hã.

J – Ela não deixava e não deixa até hoje. Ninguém se aproximar... Por que você perguntou de?

S – Das mudanças, como é que sua mãe ficava

J – Bom, ela ficava assim, muito nervosa, né. Ela precisou também passar no médico pra dar uns calmantinho pra ela. Que eu... nunca tinha acontecido assim com ninguém, né. De ficar ruim desse jeito, né. Com as crise tão horrível como eu ficava, né.

S – Você disse que ela... quando você começou a não ficar tão bem, ela ficava super preocupada, te observando a todo momento, meio que te vigiando, né.

J – Ficava.

S – E depois que você já tava passando no médico, tomando remédio

J – Que eu tava melhorzinha?

S – É.

J – Daí ela foi deixando, né. Porque ela tinha de trabalhar, né. Mas eu dei sorte, que uma irmã minha tava de férias e a outra também ia tirar férias no outro mês, sabe?

S – Hum

J – Daí eu tive gente pra me cuidar durante dois ou três meses, assim. Eu tinha alguém pra me cuidar. Daí ela relaxou um pouco, né. Ela ligava direto do serviço dela. Ligava um monte de vez por dia, pra saber como é que eu tava, né. Daí ela ficava um pouquinho tranqüila por causa disso, das minhas irmãs ficavam cuidando de mim, né.

S – Sei.

J – Daí, uns dois meses e pouco, minhas duas irmãs cuidando de mim e depois disso, ela ficou um pouco receosa. Ela ia trabalhar e eu ia ficar sozinha, né. Mas ela sempre pedia pra minha vó dar uma olhadinha em mim. E depois foi passando os tempos e ela foi acostumando, né. E eu também.

S – E as suas irmãs ou mesmo a sua avó, que você tá falando aí. Como é que foi durante esse tempo? Como é que elas lidaram com isso, enfim?

J – Eu tinha uma irmã que assim, elas duas são... sabe? É que cada um é diferente, né. Uma era mais amorosa assim, sabe? É... eu falava as coisas, tudo, e ela fazia, acreditava, tudo. E... me tratava muito bem assim, tudo o que eu pedia, me ajudava em tudo.

S – Mas isso era diferente do que ela costumava ser ou era igual?

J – Igual. Agora, eu tenho uma outra irmã, que assim, ela é muito boa também, mas ela é meio seca.

S – Hum, hum

J – Uma pessoa um pouco fria, né. Daí [ri] eu lembro uma vez que eu tava me sentindo meio estranha, peguei um copo e quebrei com tudo no chão, né. E ela falou pra mim <<Maior frescura, você, heim!>>. Ela falava pra mim. <<Olha a frescura que você tá fazendo! Pode limpar aí, não-sei-o-quê>> Sabe? Olha [risadas] depois de chorar de ódio, né.

S – Hã.

J – Daí eu lembro disso, sabe? De eu pegar e, assim... porque eu não tava me sentindo bem, sabe? Tinha alguma coisa me sufocando assim, eu tava bem sufocada, meio esquisita, fiquei até vermelha assim, sabe? Meio estranha, fiquei até com medo de voltar uma crise assim, tudo. (?) Peguei um copo e joguei com tudo. E ela falou assim, sabe? Quer dizer, eu

tava esperando outra reação dela, né. <<Ah, Ju, como tá aí, né>> Tentar acalmar, tudo, né. Mas ela foi meio grossa assim, sabe? Daí (?)

S – Isso foi mais esse episódio ou aconteceu outras vezes?

J – Ah, com ela foi mais isso assim, sabe. Comecei a chorar... Aí uma tia minha veio correndo <<Ju, o que tá acontecendo?>>. E eu falei <<Não, porque eu tô nervosa, eu quebrei o copo, não-sei-o-quê>> Falei assim, né. E ela quis saber da minha irmã, né.

S – Hã.

J – E eu falei <<Ah, tá limpando ali, né>>. Daí minha tia conversou com a minha irmã, né.

S – Sabe o que ela falou?

J – Não sei. Elas conversaram... mais longe assim. Ela conversou, depois a minha irmã veio, deu um copo de suco, não-sei-o-quê, daí a gente ficou bem, sabe?

S – Hã.

J – E eu lembro mais disso, só. Porque... muitas coisas sai da memória da gente, né. Até na crise mesmo. Tem muitas coisas que eu fiz que me falam <<Ah, você fez aquilo e tal>>. E eu falo <<Eu fiz isso?>>. A gente não acredita, porque sai da mente da gente. Não fica tudo na mente. [silêncio]

S – Que mais você lembra dessa época, assim?

J – Do meu relacionamento? [silêncio]

S – Você saía, não saía? Alguma coisa mudou com você? Não tanto seu, mas no jeito das pessoas... Você falou que era mais caseira, né. Mas acho que de vez em quando você saía.

J – Saía. Eu ia pra cidade, tudo, né. Quando eu tava bem. Depois que eu fiquei melhor, tudo, né. Daí eu ia pra cidade, ia mais acompanhada, né. Minha mãe não gostava de jeito nenhum que eu fosse sozinha, né. Mas normal, quando eu saía também acompanhada ou eu saía sozinha também. Assim, tinha um pouco de cuidado, né. Que eu tinha medo também, de dar mais alguma coisa assim em mim, na rua, tando sozinha. Eu tinha um pouco de medo. Mas mesmo assim, eu conseguia me controlar, tudo e saía assim. Andava um pouco pela cidade...

S – Nesse primeiro psiquiatra que você passou, tudo mais, te deu um diagnóstico?

J – Ele, né, foi ele que falou que era esquizofrenia.

S – Ele te explicou alguma coisa? Explicou pra sua família alguma coisa a respeito? O que que te fez... (?)

J – Então, porque no começo assim, eu era meio estranha pra passar com o psiquiatra, sabe. Eu não ficava quieta. Minha mãe ficava falando com ele e eu ficava lá fora. Ia no banheiro, tomar água, beber um cafezinho, sabe?

S – Hum.

J – E eu na hora... <<Fica aqui, e tudo>> E eu não sei, eu ficava... tava meio agitada ainda, né.

S – Tá.

J – Daí no começo assim. Daí, no caso, ele ficou mais com a minha mãe. Não sei se ele explicou pra ela o que que era, né. Mas acho assim, acho que devido os meus... sintomas... provavelmente... Eu falava pra ele que eu ouvia muitas vozes, tinha alucinação, pensar em delírio... Aí, diz que é esquizofrenia, né.

S – Hum.

J – Por esses motivos. [silêncio]

S – Você lembra de ter sido explicado pra você alguma coisa a respeito? Que que era isso, enfim?

J – Ah, acho que assim, definição completa assim, ele não deu não.

S – Alguma noção?

J – Esquizofrênica, né. [silêncio] Oh, o que vem na minha cabeça é isso que ele falava, né, de ter alucinação e vozes.

S- Hum, hum.

J – Daí ele já deu os remédios, que era esquizofrenia (?) ele deu medicamento.

S – Você ainda faz?

J – No começo eu tava tomando Haldol®, Akineton® e Amplictil®.

S – Hum.

J – Ele passou esses três pra mim. E eu fiquei tomando por alguns anos, esses remédios. Daí agora, agora que a médica, descobriu, disse que eu tenho transtorno afetivo bipolar, né. E agora ela mudou os medicamentos.

S – Tá. Me conta um pouquinho (?), Juliana. Bom, esse primeiro médico falou que era esquizofrenia, você começou a fazer tratamento... Queria saber o que significou pra você esse momento. De ter falado pra você que você tinha esquizofrenia. Ou mesmo ter que fazer esse tratamento...

J – Ah, pra mim é uma pedra que colocaram aí no meio do caminho. Eu não consigo remover ela de jeito nenhum, porque acho que
[fim da fita - lado A]

S – Você falou que sua vida parou ali quando...

J – Parou. Porque eu tava numa vida bem agitada, tinha... tinha... naquela época eu tinha amizades. Tinha amizades, tinha... trabalhava bastante, saía, passeava, não-sei-o-quê... E de repente, né, ter essas crises assim, ter que tomar esses medicamentos, ter de ir sempre no médico. Ah, acho que (?) é que parou a minha vida.

S – Você disse que quando começaram a ter as crises, que começou com o tratamento

J – Que parou, né. É.

S – Explica um pouquinho melhor o que que parou, no que que parou...

J – Então, acho que nessa parte assim, eu fui até fraca. Fui até acomodada. Porque eu gostava muito, gostava muito da vida, né, bem ativa assim, e tudo. E... eu acho que eu poderia, mesmo com a esquizofrenia, com bipolar, né, com esses tratamentos todos, eu poderia conciliar uma vida ativa e essa doença. Eu poderia conciliar. Mas no caso eu não conciliei, eu parei, sabe? Depois que eu tive as crises eu não fiz mais nada. Não trabalhei mais, não saí mais, não passei, não vivi mais.

S – Por que?

J – Eu acho que eu acomodei mesmo. Apesar de eu ter, gostar muito da minha vida antes, mas depois das crises eu passei a só... tratamento, a se cuidar, a tomar remédio, não-sei-o-quê. E eu parei com tudo que eu fazia antes. De trabalhar, de sair, de tudo.

S – Eu tô aqui lembrando que você falou que é aposentada, né.

J – Sou aposentada.

S – Desde quando.

J – Desde 2000. Desde a primeira crise.

S – Desde a primeira crise. E o que significa isso pra você, ser aposentada? Como é que foi na época?

J – Ah, eu nunca imaginei, né. Sempre pensei em trabalhar, né. Mas daí a gente acabou se acostumando com o que vem, mesmo, né. Com... eu acabei acostumando com isso e faz cinco anos já que eu tô sem trabalhar registrado, né. Eu faço alguns servicinhos assim, mas nada... continuo assim, nada. E eu tô há cinco anos assim. Mudou bastante assim. Se não fosse essa doença eu taria ainda trabalhando direitinho. Mas atrapalhou bem, porque...

Mesmo esse serviço que eu tava, eu tentei não sei se três ou quatro vezes, eu tentei voltar lá.

S – Na padaria?

J – É. Eu tentei, eu voltei lá. E os meus patrões me receberam super bem <<E olha, volta aqui também>>, né. E eu voltei lá e tentava trabalhar, sabe, e eu tinha que fazer as coisas, eu via e não dava, me prendia assim, sabe? É... paralisava, não conseguia fazer, e gente ali pra mim atender. Eu não... ficava meio desesperada. Eu não tava mais normal como eu trabalhava antes.

S – Hum.

J – Trabalhava normal, rapidinho e tudo. Quando eu fui trabalhar depois das crises, já não. Já não conseguia mais desenvolver o que eu fazia antes, né.

S – E isso foi quando?

J – Depois das crises, depois que venho a primeira crise.

S – Hum.

J – Daí passou já algumas semanas, assim, eu tava já melhor, eu tentei ir lá de novo. E o patrão também falou pra eu voltar, ver se eu conseguia, né. Eu voltei lá, mas... por três ou quatro vezes eu tentei, às vezes ficava chorando lá e não conseguia fazer, ficava paralisada e não saía nada. E eu acabei voltando pra casa e não tentei trabalhar nunca mais. Não conseguia. [silêncio longo]

S – E aí o que você vem fazendo durante esses últimos anos, antes da mudança de diagnóstico, inclusive.

J – Antes da mudança?

S – Você falou que tentou voltar a trabalhar na padaria, que não deu certo...

J – Não deu. É. Essa mudança de diagnóstico foi em fevereiro.

S – Fevereiro de?

J – De 2005. Que eu tive a última crise.

S – Tá fazendo um ano, mais ou menos.

J – É. Que eu tive a última crise e mudou, né, o diagnóstico. Bom, daí antes das crises eu tava mais ativa aqui no ambulatório. Porque aqui a gente tem diversas atividades, né.

S – Hum.

J – Daí aqui eu tava... eu fiquei até em quase todas atividades. Trabalhava no bazar, na culinária, no lanche, tinha o coral, o “Beleza Pura⁴⁴” que eu trabalhava também, fazia caminhada. Eu vinha em todas atividades daqui praticamente, né. Aí depois da crise eu parei também. Parei com as coisas aqui. Eu fiquei com poucas coisas pra mim... fazendo poucas coisas aqui.

S – Você me falou que teve várias crises, é isso?

J – Tive várias. Umas quatro ou cinco.

S – Nesses cinco anos.

J – Nesses cinco anos.

S – Mas você já tava fazendo tratamento... acompanhamento médico, desde então...

J – É. Desde que começou os primeiro sintomas, a primeira crise, né. Eu faço tratamento até hoje.

S – (?) o seu tratamento de uma forma geral, como é?

J – Eu passo com o psiquiatra aqui, né, Dr. A, aqui. A cada dois, três meses. A medicação... Eu passo em outro médico também, homeopata também. O tratamento é mais isso. Faço

⁴⁴ Grupo de Terapia Ocupacional para cuidados e orientações com higiene e beleza.

vários exames também, quando os médicos pedem, né. Esses dois médicos que eu passo, o homeopata e o psiquiatra aqui.

S – Você falou da Associação também...

J – É. Eu só faço parte, né, da Associação daqui. Daí, nessa Associação tem uma reunião toda sexta-feira, que eu também participo, e a gente faz atividades também, fazendo parte da Associação.

S – Faz quanto tempo que você participa dessas atividades, da Associação?

J – Faz desde 2002. É, 2002. Dois mil e dois eu comecei o tratamento aqui. Fui encaminhada pra algumas atividades, ficou uma, duas atividades. Daí em 2003, mais ou menos, comecei na Associação...

S – E o tratamento é basicamente com médico psiquiatra. Tem algum outro tratamento, atividade?

J – Então, aqui eu comecei com o psiquiatra e psicólogo, né. Psicólogas. Mas agora eu tô só com psiquiatra. Com psicólogas eu não tô mais fazendo, né, a psicoterapia que eu fazia antes.

S- Hum.

J – E eu tô só com psiquiatra agora, mesmo. [silêncio longo]

S – Você disse que vinha fazendo tratamento, que vinha nas consultas e... mesmo assim você teve outras crises, é isso? Você foi internada? Como é que foi isso? Só pra eu ter uma idéia.

J – Essa última crise?

S – As outras crises que você teve.

J – Mesmo eu fazendo o tratamento, tomando a medicação, mesmo assim dava as crises.

S – Hum. Que eram como?

J – Eram também de perder, de sair fora da realidade, de não conseguir também dormir. A maioria são parecidas, assim. De... eu começar a falar as coisas que não tem nada a ver. Mas (?) na verdade, a maioria das crises era assim.

S – Sei.

J – E essa última que... que não teve... que foi diferente, né. Não ouvi vozes, assim, não tive alucinação, né. Foi só a mente mesmo que saiu fora e... os pensamentos que ficaram bagunçado, né. Foi um pouco diferente das outras.

S – Que mais que ficou diferente?

J – [silêncio] Ah, essa última... Ah, essa última já... nas crises... parece que não tive mais visão. Não tinha mais a visão, né. Eu enxergava tudo preto e só sentia o coração batendo demais, parecia que ia sair mesmo, né. E minha mãe falava que pulava aqui em cima de medo [mostra região do pescoço]

S – O coração?

J – É. Não sei se era o coração. Sentia pular assim, não sei em que lugar assim.[continua mostrando a região do pescoço].

S – Hã.

J - E eu sentia também isso, durante essa crise, né. Tudo escuro e só sentindo o coração assim. Daí eu tinha certeza que eu tava morta assim, nessa última crise. Eu tinha certeza que tava morta e que... mais uma vez na parte espiritual também. Sempre minhas crises é nessa parte.

S – Hum.

J – E que eu tava no inferno. Eu tava me vendo lá. Daí eu tava me vendo assim, porque... porque pra mim aquele era o inferno, né. De não ver nada, só sentir o coração assim. E

acabou a minha vida... E eu fiquei muito, muito porque (?) de ficar sentindo assim. Sentindo o coração... E eu me sentia também como se eu já... todo mundo olhava esquisito pra mim, sabe? E eu andava assim e todo mundo olhando pra mim, olhando estranho... E eu, pra mim, eu era um bicho também, sabe? Não sei se eu chegava a olhar no espelho, mas eu via um bicho porque todo mundo ficava olhando pra mim. Então eu me imaginava assim, uma caveira, igual a um bicho assim, sabe. E eu... me sentia assim o tempo todo. Daí eu achava que eu era uma aberração porque alguém ia me matar mesmo, pra mim poder, pra poder sair igual (?) assim. Eu imaginava nessa última crise. Daí eu fui no... médico no S, minha mãe me levou lá. Daí os médicos queria de tudo jeito me pegar e dar injeção, né. E eu falava <<Não, não vai me dar porque vai me matar, né>>. Eu pensava assim: vai me matar, né. eu não vou deixar. Elas vão me matar.

S – Hum.

J - Nossa, como eu relutei pra elas darem a injeção. Minha mãe segurando e elas querendo dar injeção. E eu não deixava dar, pois eu sabia que eu ia morrer. E elas deram na perna. Mas não adiantou nada, também, aquela injeção. Aí eu fiquei lá, no S, lá, acho que eu fiquei uns dois, três dias lá, no S. Não adiantou também nada não. Daí... depois disso eu sei que eu dormi bastante. Não sei se foi nessa última crise, minha que eu cheguei a dormir três dias.

S – Hum.

J – Três dias eu dormi. Acho que foi dessa última. Daí, depois que eu acordava é que começou a melhorar, né. E dessa última também teve muita coisa que eu não lembro não. Lembro muito da primeira crise, mas da última tem muita coisa que eu não guardei na minha mente não, o que aconteceu.

S – Hum, hum.

J – Mas é tudo ligado assim, a parte espiritual mesmo.

S – Hã.

J – Tudo coisa absurda.

S – E você disse que teve mudança no seu diagnóstico, é isso?

J – É. Era esquizofrenia e depois, agora, em fevereiro nessa última crise ela disse que era transtorno afetivo bipolar. Que não era esquizofrenia não.

S – E daí?

J – Daí mudou a medicação, só. Não teve nenhuma outra mudança não. Daí eu passei a tomar... Amplictil® e Lítio... Amplictil® e Carbolitium® e tava tomando Diazepam® também. Esses três. Mas o médico daqui falou pra mim pra fazer a experiência de tomar só Lítio, só.

S – Hum, hum.

J – Tirar o Amplictil®, tirar o Diazepam®. [silêncio]

S – E daí em diante? Você acha que teve alguma mudança? Depois que teve essa mudança no diagnóstico, essa mudança no tratamento, ou não?

J – Não tem mudança, assim em mim...No início assim, no corpo não tem mudança nenhuma. Na mente também não. É tudo o que aconteceu antes, acontece agora também, né. O que eu sentia antes, eu sinto agora. Não teve nenhuma mudança, não.

S – Nos seus relacionamentos... no seu dia-a-dia teve alguma mudança?

J – Não senti não. [silêncio]

S – Nos seus planos...

J – Ah, eu fiquei um pouco triste quando a médica disse que era crônico, né. A palavra mexeu um pouquinho comigo assim. <<Transtorno afetivo bipolar crônico>>, ela falou

assim. Daí eu fiquei pensando assim, né. Será que nunca vai acabar a crise assim, né? Porque nesses cinco anos eu tive crise, quase uma por ano, né. Daí eu fico pensando, né. Será que nunca eu vou poder dizer que foi a última? Será que nunca mais vai acontecer de novo?

S – Hum.

J – E é nisso que eu fico pensando.

S – De fevereiro pra cá você teve essa crise, depois não teve mais. É isso?

J – Isso. A última foi em fevereiro. [silêncio]. Pensava também depois, pra mim, hoje em dia eu tô encostada, mas um dia eu posso ter alta, né, vamos supor assim, do INSS.

S – Hum.

J – E aí eu vou procurar emprego. É o que eu mais penso. Alguém vai aceitar uma pessoa que ficou seis anos parada? E que tem esse diagnóstico? Alguém vai aceitar uma pessoa assim pra trabalhar?

S – Hum.

J – Isso é o que eu mais penso. Porque eu sou nova ainda, né. Eu tenho que trabalhar, preciso trabalhar. O que eu penso é isso. Porque atrapalhou muito a doença. Eu tinha bastante porta aberta pra mim. Agora parece que tá tudo fechado.

S – Mesmo depois dessa última crise que você disse que faz um ano, de fevereiro, você diz que as portas continuam fechadas?

J – Desde a primeira crise, eu acho.

S – Desde a primeira.

J – Desde a primeira crise eu acho que fechou as portas de vez, assim. Porque antes eu tinha mais oportunidade de ter, né, por exemplo, um emprego melhor, né.

S – Hum.

J – Porque com estudo, experiência, que eu já trabalhei em alguns lugares, né. Mas agora com essa doença e ter ficado parada todo esse tempo, né. Acho quase impossível alguém pegar uma pessoa assim pra trabalhar.

S – Você chegou a voltar a procurar?

J – Emprego?

S – É. Na padaria ou noutros lugares... Que você falou que na... antes você chegou a procurar, chegou a procurar umas quatro vezes

J – Na padaria.

S – Na padaria. Eu tô pensando assim, se de um ano pra cá você chegou a procurar, depois que você voltou a ficar bem... Se você chegou a procurar um emprego... enfim

J – Assim, servicinhos pequenos eu sempre faço, né. Faço uma limpeza.

S – Desde quando?

J – Sempre faço.

S – E mesmo anos atrás?

J – Anos atrás. Só assim. Dá a crise, controlar a crise, daí não, né. Depois que passa um tempo das crises, que eu fico bem, né. Que eu melhora, esquece um pouco daquilo, né

S – Hum.

J – Daí eu faço bastante coisinha, né. Topo serviço de limpeza, de uma roupa pra alguém, né, criança eu cuido, né. Mas... emprego assim registrada eu não procuro porque eu tô encostada há um tempão, né.

S – Hum.

J – Não tem como ser registrada. Mas assim, agora eu tô um pouco tranqüila porque eu tenho o meu pagamento, né.

S – INSS

J – Isso. Tenho pagamento todo mês, né. Faz cinco anos que eu tenho esse pagamento direitinho, tô tranqüila. Mas, por enquanto, né. Porque... um dia eu posso receber alta, né. Do INSS. E eu vou procurar emprego, né. Agora... se eu vou achar, eu não sei. Se eu vou conseguir, não sei. Eu tô bem pessimista nessa parte.

S – Você... que que é que eu ia falar?

J – [risos]

S – Quando foi a última vez que você passou em perícia?

J – Última vez foi... outubro? Outubro. É, outubro. Daí, em seis meses. Daí em abril eu volto de novo pra lá. Mas, seis meses assim, né. Tem que dar nova entrada no benefício. Saiu uma nova lei lá e tá um pouquinho diferente agora.

S – Teve alguma mudança no INSS depois que mudou o seu diagnóstico ou não? No relatório que você tá levando você sabe qual o diagnóstico que tá sendo feito, no diagnóstico que você levou? Na perícia, em outubro?

J – Então, porque assim... O médico daqui, né Ele põe mais o diagnóstico de bipolar mesmo, né. Mas o outro médico passa e acaba colocando de esquizofrenia.

S – Que outro médico?

J – O homeopata que eu passo, né. Mas ele acaba colocando porque... porque eu tenho dois diagnóstico, que é mais os dois. Não sei se isso é possível. Falou que eu tenho os dois diagnósticos, né. Daí, não sei, acaba colocando do de esquizofrenia. E acho que acabo passando, na última vez que eu passei, eu levei o diagnóstico de esquizofrenia lá na perícia. Acho que foi sim.

S – Hum, hum. Na perícia você chegou alguma vez a levar algum outro diagnóstico que não de esquizofrenia?

J – [silêncio] Eu acho que já levei bipolar também. Eu acho que levei uma vez só. Mas não teve também... nenhuma mudança não. [silêncio]

S – E você fala que gostaria muito de voltar a trabalhar registrada, é isso?

J – Ah, queria mudar minha vida, né. Porque... nova assim ficar parada, né. E a gente fica... acaba acomodando, mesmo. Ficar muito em casa. E eu sinto que é maior o stress assim. Ficar o dia inteiro em casa, fica cuidando de casa, de roupa, de casas de outras pessoas que eu limpo, eu tudo. E cuidando de criança, assim. Sabe? Eu acho que é maior o stress assim do que você trabalhar fora, ver algumas pessoas. Eu acho bem mais... bem mais sadio, assim.

S – Você voltou a cuidar de criança depois de quanto tempo?

J – Então, assim, criança de pessoa de fora eu já não cuido mais, né. Mas minha irmã tem essa confiança em mim, né. Porque ela tem uma filha e a filha dela tem quatro anos. Aí a filha dela, com um ano e pouco, assim, veio pra gente cuidar. A gente começava a cuidar da menina. Eu e minha mãe, né. E a gente cuida junto. E quando minha mãe tá trabalhando eu fico sozinha com a menina, né.

S – Você tem cuidado dessa sobrinha desde... faz quatro anos, mais ou menos, é isso?

J – É. Faz três anos

S – Três anos.

J – que eu cuido dela. [silêncio]. Mas, eu já passei apuro também, com essa menina. Porque no começo assim, que eu não tava bem, tinha saído de uma crise e tava com a menina

S – Hum

J – nossa, o que vinha, o que falava na minha cabeça pra fazer com ela, assim, sabe? Pedia pra Deus proteger... Porque... [chora] Porque falava as vozes, assim na minha mente, sabe?

[chora]. Tava cortando uma fruta, e de repente, sei lá, vinha uma voz e sei lá <<Pega uma faca e enfia na menina>>. Sempre vinha essa... isso foi uma vez que eu tava com uma faca na mão. Quando ela era pequenininha também, eu tava com o fogo, fazendo bolo, assim e daí falava da minha mente, né <<Pega a menina e enfia lá dentro do forno, né>>. Ou então ligava tudo e vinha essas coisas assim, falar pra mim. [chora]. E quando tava dando banho nela, também, vinha essas voz e falava <<Afoga ela na banheira>>. E... quando vinha essas coisas terrível, assim, eu ficava com medo, né, de ficar andando assim pela cidade e falava <<Se joga debaixo do trem>>, né. Falava alto, assim, na minha cabeça. Parecia que tinha alguém. Alguém do lado, falando isso <<Se joga debaixo do trem>>, ou tava passando do lado do rio, falava <<Se joga aí dentro do rio>>. E era bem difícil.

S – Isso mesmo você fazendo tratamento?

J – Mesmo fazendo, tomando remédio, tomando bastante remédio. E falava alto essas coisas na minha mente.

S – As crises vinham mesmo assim.

J – Mesmo tomando remédio. [silêncio]

S – Você acha que já chegou a ficar totalmente bem, isso antes dessa última crise, Juliana? Ou você sempre vinha com essas coisas de ouvir vozes, ter esses pensamentos, nesses

J – Não.

S - últimos anos?

J - Já faz um tempo já que eu me livreí dessas, né... vozes e alucinações não tive mais. Acho que quando ela era pequena que as vozes falavam muito, assim, todo dia eu ouvia. Mas uns dois anos pra cá, assim, não teve mais nada não. Não tive mais vozes nenhuma. Eu não pensava nem tanto por mim, né. Porque eu... depois que eu fiquei assim... depois que apareceu essa doença, não dou muito valor mesmo pra minha vida, sabe? Não sei, a gente acaba desanimando, assim. Eu até... porque eu não tenho filho, não tenho esposo, nem nada, sou mais assim sozinha, né. E eu até falo com Deus assim, né <<O dia que quiser me levar dessa terra, eu até agradeço>>, sabe? Não me prendo a nada não. Não tanto por mim, mas ficava pensando na menina, né. Lutando com ela assim, e falando essas coisas, pra mim fazer com ela. E eu tinha medo de chegar, assim, pra mãe dela e falar isso pra mãe dela. Falar pra minha irmã. Falar o quê? <<Essas vozes tão muito forte na minha cabeça, falando pra mim fazer isso com ela>>. Se eu falasse isso pra ela, ela nunca mais ia deixar eu ficar perto da menina, né. Daí eu não contava pra ela. Eu segurava essas vozes assim, pedia pra Deus, e não falava pra ela não. Que tava ouvindo essas coisas pra fazer com a menina. Uma vez eu só cheguei a contar pra minha mãe só, mas... daí minha mãe falou que não ia contar nada não. [silêncio]. Mas graças a Deus nunca fiz nada pra menina, não. Nunca aconteceu nada. [silêncio].

S – Escuta uma coisa, Juliana. Você falou que teve essa mudança de diagnóstico, que tomou bastante remédio... Eu ainda tô tentando entender se teve algum tipo de mudança em relação a isso na sua vida, por ter mudado o nome da doença, por ter mudado o remédio que você toma, enfim... Você me disse que há dois anos já que você não escuta vozes, não tem alucinações, essas coisas, né

J – Ah, eu

S – Eu queria saber se teve alguma... se você sente que teve alguma mudança, pra você teve alguma mudança. Pra você tem algum sentido o nome da doença ter mudado, os remédios, sei lá?

J – Eu acho que com a esquizofrenia era pior. Minha vida. Porque teve uma época assim que eu não conseguia fazer nada em casa. Minha vida era levantar, tomar o remédio e deitar.

S – Hum.

J – Eu fiquei muito tempo assim. Muito tempo. Não sei quantos anos. Eu fiquei muito tempo assim, quando tava na esquizofrenia, né. E... depois disso, há uns dois anos, mais ou menos, eu já sentia diferença, né. Que eu... não tenho mais vontade de ficar em casa o dia inteiro deitada, só ficar deitada, ficar comendo e daí não fazer nada. Agora eu consigo fazer tudo que eu quero. Eu consigo ter uma vida mais normal. Faço todo meu serviço e... né, saio, e faço compra, e tudo o que eu quiser fazer, eu faço.

S – Isso há dois anos.

J – É. Há dois anos que teve essa mudança.

S – Mudança em você.

J – Em mim. Agora, com as pessoas assim, não vejo muita mudança por enquanto, mais porque só encontro com as pessoas na minha casa mesmo, né. Não vejo muita mudança nessa parte.

S – Mas, depois da mudança de diagnóstico, você acha que alguma coisa mais mudou? Você também falou de uma mudança que há, há dois anos.

J – É. E há um ano só a mudança de diagnóstico.

S – Hã.

J – Ah, às vezes eu até penso assim, antes era esquizofrenia, agora é bipolar, mas... quem me dá certeza disso? Sabe?

S – Você também tem dúvidas.

J – Porque acho que também

S – Você fala que os profissionais também têm dúvidas.

J – (?)

S – Eles também falam coisas diferentes.

J – Falam coisas diferentes. Dois médicos que a gente passa, diferente, né. Dois médicos que eu passo. Um fala uma coisa, o outro fala outra, né.

S – Um fala que é transtorno bipolar

J – E o outro fala que é esquizofrenia mesmo, né, tipo assim. Então acho que não garante que sempre não foi isso? Bipolar, por exemplo? Sempre foi bipolar e nunca foi esquizofrenia, né. Sempre foi esquizofrenia e não é bipolar. Não sei.

S – Sabe qual é a diferença?

J – Não sei.

S – Além de ser um nome diferente?

J – [acena com não com a cabeça].

S – Não? Não tem noção?

J – Eu sei mais ou menos o que acontece, quando a pessoa tá com isso, tá com aquilo.

S – Então me conta, vamos ver.

J – [risadas]. Bom, esquizofrenia eu penso mais nisso, só, de... é... alucinação e vozes. O bipolar o pessoal fala, bipolar o que que é, os dois pólos, né. É quando a pessoa tá muito eufórica, muito deprimida, mais assim, né. Quando a pessoa tem bipolar, é tudo muito grande assim, muito

S – exagerado

J – exagerado. Acho que é assim. Eu penso mais nisso.

S – Mas fora isso, alguma outra mudança na vida, de projetos de vida, que efeito isso tem pra vida, ter um tipo de problema ou ter o outro tipo de problema?

J – Ah, acho que não tem não... Acho que não tem nada não. É que tá um pouco recente, ainda, esse diagnóstico pra mim, né. Foi... não faz um ano direito ainda, né, que foi diagnosticado e... eu não me adaptei muito bem a isso não.

S – [risadas]. Alguma diferença? Você fala que não se adaptou muito bem?

J – Ah, não me adaptei bem com a palavra, né. Mas, sabe, você tá há quatro anos convivendo com uma coisa só, né. De repente falam

[término da fita]

S – Você diz que mudou a palavra, mas você, em você, não percebe muitas diferenças.

J – Não. O que eu vejo um pouco em mim, eu não sei assim se tem a ver com a doença.

S – Hum.

J – Mas é assim, perdi... é o que eu penso, né... a coisa assim, aquela alegria, né, <<Ai, pensar, não-sei-que-lá, um namorado, casar, um filho, uma casa>>, né. <<ou um emprego, não-sei-o-quê>>, né. Às vezes eu acordo naquela alegria, eu penso muito nisso, né. No outro dia, eu acordo me sentindo assim, um lixo, não quero saber de nada. Vou trancar toda casa, quero ficar trancada, não quero ver a cara de ninguém. Pode chegar no portão que eu não vou atender, sabe. Eu percebo isso em mim.

S – Isso recentemente?

J – Agora. Agora. Depois que eu tive essa última crise. Depois do diagnóstico mesmo, certinho [ri]. Eu sou assim. Daí, depois uma vez uma psicóloga minha falou dessa mudança de humor e tal, eu não sei se é isso, mas eu vejo isso em mim, sabe?

S – Hum.

J – Tem dia que eu acordo, me acho bonita, quero me arrumar, não-sei-que-lá. E tem dia não, tem dia que eu quero me esconder, não quero sair pra lugar nenhum, quero ficar trancada dentro de casa e... porque eu sou assim, de deprimida mesmo e de muito alegre, muito, sabe?

S – Hum.

J – E tem dia assim. Dia que eu tô de um jeito, dia que eu tô de outro.

S – E você tá como hoje?

J – Ah, hoje eu tô meio a meio. [risadas de ambos]. Meio a meio.

S – Meio a meio?

J – Meio a meio. Não tô muito alegre demais, mas também não tô... no chão também não

S – Hã, hã

J – Porque se eu tiver no chão, nem venho pra cidade, nem quero ver ninguém... Tô meio a meio.

S – E hoje você me diria quem é você mesma, Juliana? Com a história de vida que você tem...

J – Como é ser eu mesma?

S – Me fala um pouco de você. Me apresenta pra você. Hoje, você falou que tá meio a meio, né.

J – Como é que eu tô hoje.

S – Então me fala, como é ser a Juliana, ter essa história de vida, ter essa idade, você fala que tem momentos que você fica mais (?), ocê fala que tem momentos em que fica menos, enfim. Como é que é isso?

J – Ah, eu não faço muito... Eu não fico assim pensando muito no que vou fazer, sabe. Eu como diz assim, deixa a vida me levar, mesmo, sabe. Não fico, não sonho muito com as

coisas não, não sonho muito não. Eu acordo, e entrego meu dia na mão de Deus, e... sabe? Faço o que puder fazer... Faço o que tiver que fazer... e... não tenho perspectiva de outras coisas não. [silêncio]. Sou muito realista nas coisa.

S – Hum. E isso de ter tido diagnóstico de esquizofrenia, hoje ter um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, ou mesmo essa dúvida que você diz que existe, né. Não só com relação aos profissionais, mas que você tá com essa dúvida também. De tá lembrando hoje, aqui, comigo, tudo o que você passou, das crises, das coisas que você viu, você ouviu...

J – [silêncio]. Que significa assim, tá falando essas coisas?

S – É, que que é pra você isso. Ter essa história de vida que você tem.

J – Ah, não é agradável não. Não pensava nisso pra minha vida não. Sinceramente eu não pensava não. Eu acho que eu chego a me conformar um pouco mais assim porque na minha família tem muitas pessoas nesse caso, né, nessa doença.

S – É? Hã.

J – E eu já ajudei a cuidar da minha avó, que ela tinha isso, né. Um tio meu tem, uma tia também tem. Então eu acabo aceitando mais, assim, né. Ah, mas que a gente se sente mal, sente, excluída assim, pela família, sabe? Eu tenho impressão que as pessoas tratam a gente como bobona, como... sabe? Sei lá. Até parece que tem Síndrome de Down, o pessoal assim, sabe?

S – Desde quando você tem essa impressão?

J – Ah, desde a primeira crise.

S – É?

J – Que o pessoal trata a gente assim. Que eu sinto assim, a família me tratar, sabe? Eu sinto um pouco excluída também. As pessoas vêm conversar, você... sei lá, parece que todo mundo vem, não conversa junto com ele, sabe? Ah, eu me sinto bem isolada, assim. Eu acho que afetou até um pouco a minha inteligência. Eu era, me considerava bem mais inteligente.

S- Você acha que nesses últimos meses as pessoas continuam meio que afastadas de você, te superprotegendo, super preocupadas, enfim...

J – É, agora tá tudo mais organizado, né. Agora já não tá como no começo não, né. Eu acho que já se acostumaram. As pessoas da minha família que tão me ajudando.

S- Hum.

J – Me tratam normal, agora, né. Eu ainda sinto um pouco de... de... sabe? Excluí um pouco das queixas, meio assim <<você é bobona>>, não é qualquer coisa que eles vem conversar com você, sabe?

S – Hã.

J – Uma coisa mais difícil assim, mais... A pessoa não vem conversar com você. Uma coisa mais importante, tudo. Não vem conversar. Só vem falar bobeira, assim. Aquela coisa bobinha. Ah, eu não sei. Eu me sinto assim. Às vezes eu acho meio... meio criança, trata a gente como criança... E eu sinto isso. [silêncio].

S – Você me falou que pra você não mudou muito terem falado que você tem esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar, porque você disse que é muito recente essa mudança e que... é isso?

J – É. Faz anos que... e não faz um ano ainda que eu peguei esse outro diagnóstico. Eu também nem sei se é isso mesmo... Quem um dia vai poder dizer realmente o que tem... Eu não sei.

S – Hum, hum.

J – Não ajuda, porque eu não vi ainda uma grande mudança em mim, né. Eu não senti uma coisa maior, porque a mudança maior foi a medicação. Não tem nenhuma grande mudança que dê pra mim, pra mim ver, né. Pra mim sentir. [silêncio]

S – Algum sintoma que não tenha tido mais...

J – É, não tem, porque vozes e outros sintomas que tinha antes, já faz anos, já faz dois anos que não tenho, né.

S – Hã, hã.

J – Se o diagnóstico é um ano só, então, eu não sei.

S – Sei.

J – Não percebi mudança nos sintomas, nenhum. [silêncio].

S – E hoje você faz o quê no dia-a-dia, Juliana?

J – Ah, hoje eu continuo, né... eu cuido da minha sobrinha, ajudo a cuidar da casa da minha irmã, da roupa dela. Uma outra irmã minha que também é casada, a gente ajuda. Ajuda ela e... eu ajudo minha mãe também, que ela é secretária, trabalha aqui na cidade. Então às vezes eu ajudo ela também no emprego dela, né. E a casa também, né, que só eu que não trabalho e... fica por minha conta, né. Se for contar o que tenho que cuidar, mas casa assim, né, porque não tenho outro emprego. [silêncio]. E as atividades que eu tenho aqui também, que eu venho, né. Mais a... serviço de casa, aqui, igreja também, que eu sempre vou... Dia-a-dia é mais isso. [silêncio].

S – E aqui, como você diz, as atividades daqui e as da igreja continuam as mesmas, teve alguma mudança nesses últimos tempos?

J – Aqui eu diminuí bem as atividades, né. Antes eu tava bem mais ativa aqui. (?) dessa última crise. Eu vinha todo dia aqui, que eu tinha atividade todo dia. Mas aí depois da crise, eu dei uma parada aqui, e eu fiquei com pouca atividade. Venho só na reunião de sexta mesmo, só na sexta-feira. Mas, agora eu vou começar a retornar as atividades de novo. A partir da semana que vem a gente já retorna. Daí eu vou participar de culinária, de bazar, de outras coisas.

S – Porque você diminuiu tanto as atividades de um ano pra cá?

J – É sempre assim. Não sei o que acontece. Sempre depois das crises eu quero... me isolar de tudo.

S – Hã.

J – Sempre depois das crises é assim. [silêncio]. Não só aqui. Tudo, sabe? Pra outro lugar que vai eu quero... sabe?

S – Sei. [silêncio]. Alguma coisa mais que você queira falar... que eu não perguntei... ou que a gente começou a conversar e acabou mudando o assunto... [silêncio].

J – Não, acho que não tem mais nada não, né. Mas fica sempre um pensamento, né.

S – Hum.

J – Sempre depois de uma crise eu acho que não vai dar outra, né.

S – Hum, hum.

J – Engraçado, que eu me engano. Porque mesmo eu tando bem. Nossa, quando deu a última crise em mim

S – Hã

J – o pessoal daqui ficou admirado, porque eu tava vindo aqui direto

S – Sei

J – eu vinha aqui todo dia, ia aprender direto, vinha pra cidade, fazia compra, e fazia isso e fazia aquilo, sabe? Fazia tudo. Ficava até... é... hiper... é hiperativa que fala?

S – Hum.

J – demais, né. E mesmo assim, sabe, mesmo eu tanto super bem, tando fazendo tudo, tando bem humorada e mesmo assim, veio crise, tomando remédio direitinho. E eu não entendo. Meu pensamento é assim, né, de...

S – Mas você me falou que... uma das características do transtorno bipolar é o exagero que tem às vezes.

J – É. Muito... (?) demais, né... Eu acho que é isso, acho que no meu caso pra eu ter crise, não precisa ter motivo. Porque eu tando bem, vem. Não tando bem, também vem crise.

S – Hã.

J - Não tem motivo. Tomando remédio direitinho também. [silêncio bem longo].

S – Você já conversou com alguém a respeito disso? Disso de tá fazendo tratamento e mesmo assim tá tendo crise etc?

J – Ah, os médicos sabem disso, né.

S – Hum.

J – As psicóloga que eu passo aqui, elas sabe também.

S – Sabe, mas você já conversou? Tirou dúvidas a respeito disso? O que significa essa mudança no nome do problema de saúde? Que significa essa mudança no remédio, por exemplo?

J – Não.

S – Nunca ninguém falou?

J – Sobre o que significa cada diagnóstico? Ah, a gente sabe assim, pouquinhas coisas assim, mas detalhado, não sei.

S – Já tentou perguntar a respeito?

J – Ah, fica difícil, porque saúde assim... Aqui, por exemplo, né, o médico tem que atender você rápido, porque tem tanto paciente, tem tanta coisa, sabe? Não dá nem tempo pra você perguntar. Você chega lá e

S – Você disse que só passa com psiquiatra agora aqui.

J – É.

S – Porque na Associação é outra história, não é tratamento.

J – Não é. É só pra distrair um pouco, né.

S – Será?

J – É. Distrai e ajuda um pouco também, né.

S – Ajuda em quê, Juliana?

J – É bem melhor, a pessoa tá aqui, conversando com as pessoas, tá vendendo no bazar do que ficar em casa, né. Dentro de casa, pensando bobeira, ou dormindo o dia inteiro, comendo [risadas de ambos]. Pra sair um pouco de dentro de casa, um acompanhamento, né.

S – Certo. [silêncio]. Você quer falar mais alguma coisa?

J – Eu ia falar, mas esqueci.

S – Pode pensar, tem tempo.

J – Vai demorar [risadas de ambos]. Pegar no tranco. [silêncio]. Ah, esqueci. [silêncio]. Acho que só quem tem essa doença, esses sintomas pra dizer, né. Porque... a gente sente especial mesmo, quando tem algum sintoma assim diferente, né.

S – Hum.

J - Tipo aquilo que eu falei de poder ver, aconselhar as pessoas, sentir o coração, né.

S – Sei.

J – E pra gente é real aquilo, né.(?) E eu tenho, não sei se é certo falar, saudade, né. Mas eu tenho um pouco saudade dos poderes que eu tinha, né. Agora não tem mais nada, né. Eu

sou um qualquer um, né. Mas que é interessante, que tivesse aquelas coisas, mas que a mente tivesse lúcida, né. [risadas de ambos]. Eu pensei isso, né.

S – Então tinha tudo isso e a mente não ficava lúcida?

J – Ficava mais ou menos. Às vezes (?) não tava lúcida de jeito nenhum, né. Mas é muito interessante. Eu achava interessante, assim, as madrugadas que eu lia a Bíblia e assim, a Bíblia assim você não entende, né. Mas eu entendia tudo, assim.

S – Sei.

J – Sabe? E depois eu podia falar tudo pra você, o que eu lia. Traduzir, interpretar tudinho pra você.

S – Tinha super poderes, então?

J – Tinha. Daí uma noite minha irmã olhou pra mim assim, e ficou pensando, né. Daí eu falei umas coisas pra ela. E ela <<Ah, como você sabe que eu tô pensando isso?>>. Ela falou assim, pra mim. Quer dizer, ela viu que eu tava... [risadas]. Viu que eu podia ler, né, sabe? Eu achava incrível isso. E eu achava incrível isso. Pena que passa, né. Você ficando assim, mas não ficando bem, não adianta, né. Bom é poder ter essas coisas, mas você tá bem. Trata e depois você fica uma pessoa assim... nada de especial [ri].

S – Será?

J – Muito comum demais. [silêncio]. Precisa ver as coisas que eu inventava de culinária. As coisas que ninguém fazia, sabe. E eu fazia tudo e ficava muito bom, não olhava em receita, nada. Eu não sou de não olhar as coisas. Tem que olhar a receita pra ficar direitinho, né. Mas agora quando eu tava doente, não. Inventava lá um bolo de morango, um bolo feito de chocolate, sabe? Umas coisas diferentes. E dava tudo certo.

S – Hum

J – tudo perfeito, sabe. Fazia umas coisas muito engraçada.

S – E porque que hoje você não pode fazer essas coisas?

J – Não sei. Não sei. Não tem como. E... quando eu tava doente, eu não pensava pra fazer as coisas. Começava a fazer os bolos e não pensava em nada, só ia pondo, ia fazendo e... dá tudo normal, sabe? Depois dá aquele sossego, aquela paz. Depois não sei. Você perde tudo o que tinha antes. É muito estranho. [silêncio bem longo].

S – Tá pensativa...

J – Acho que eu não tenho mais nada pra falar [risos].

S – Como é que foi tá conversando aqui comigo, hoje?

J – Ah, quando a Daniela falou, eu falei “Ah, Daniela! Que vergonha”. Todo mundo fala isso de mim, eu sou super tímida.

S – Hum.

J – No grupo de psicoterapia, tudo bem, né. Mas individual eu não taria não.

S – Ah, é?

J – Eu não tenho coragem. Com um psicólogo, ficar assim conversando, vixe! [risadas]. Mesmo que for de graça eu não quero. Eu morro de vergonha. Com o psiquiatra eu entro com a minha mãe, ela fala, não vou sozinha de jeito nenhum. Tenho muita vergonha, nossa! Sou até bobona, de tão tímida que eu sou. [ri].

S – Como é que foi hoje, Juliana?

J – Ah, eu falei pra ela <<Ah, Daniela, eu vou porque você tá pedindo porque eu, por vontade, não tenho muita não>>. Daí, eu fiquei pensando, o que que eu vou falar? [ri]. Quando eu enfio na cabeça, né, não tem jeito. Eu vim aqui sem nada programado na cabeça. Eu não pensei em nada pra falar. Falei tudo o que eu lembrei. Quando eu entrei aqui que deu um friozinho na barriga. [risadas de ambos]. Agora eu tô tranqüila.

S – Mas você não veio amarrada, nem nada, né.

J – Não. [risadas de ambos].

S – Você disse que só veio porque a Daniela falou...

J – É porque não queria falar não, né. Eu vim na minha, né. É por ter vergonha, ser muito tímida que eu... que eu me prendo um pouco. [risadas]. Se for pra fazer entrevista de emprego, assim, então, acho que eu não passo de tão nervosa que eu fico. [ri]. [silêncio].

S – Você quer falar mais alguma coisa?

J – Não, acho que é só isso. Eu também não lembro mais de nada. [silêncio].

S – Alguma coisa que você queira perguntar pra mim? [silêncio]

J – Não. [silêncio].

S – Podemos encerrar então a conversa?

J – Pode.

S – Obrigado, então, Juliana.

J – Nada.

[Fim da entrevista]

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)