MARCELO GUERNELLI NUCCI

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de Saúde Mental do aluno **Marcelo Guernelli Nucci.**

Campinas, 28 de fevereiro de 2002.

Prof. Dr. Paulo Dalgalarrondo
Orientador

FORMULAÇÃO CULTURAL DO CASO EM SAÚDE MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA NUM CENTRO PRIMÁRIO DE SAÚDE NA CIDADE DE CAMPINAS-SP

Volume 1

CAMPINAS

2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

MARCELO GUERNELLI NUCCI

FORMULAÇÃO CULTURAL DO CASO EM SAÚDE MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA NUM CENTRO PRIMÁRIO DE SAÚDE NA CIDADE DE CAMPINAS-SP

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.

ORIENTADOR: *PAULO DALGALARRONDO*

Volume 1

CAMPINAS

2002

300330010

UNIDADE BC
Nº CHAMADA T/UNICAMP N883f
V 1 EX
TOMBO BC/ 55191
PROC. 16-12403
C D
PREÇO R$ 11,00
DATA 08/08/03
Nº CPD

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNICAMP

CM00187137-2

BIB ID 296355

Nucci, Marcelo Guernelli

N883f Formulação cultural do caso em saúde mental: uma experiência num centro primário de saúde na cidade de Campinas-SP. / Marcelo Guernelli Nucci. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Paulo Dalgalarrondo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Cultura. 3. Psiquiatria cultural. 4. Formulação cultural. I. Paulo Dalgalarrondo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador:

Prof. Dr. Paulo Dalgalarrondo (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP)

Membros:

Prof. Dr. José Luiz dos Santos (Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - UNICAMP)

Profa. Dra. Elizabeth Uchôa (UFMG)

Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto (USP)

28 de fevereiro de 2002

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmãos,

À Cibele.

PÁG.

RESUMO ..... *xxiii*

ABSTRACT ..... *xxvii*

1. INTRODUÇÃO 31

1.1. Apresentação 33

1.2. Psiquiatria Cultural 38

1.2.1. Formulação Cultural do Caso 46

1.3. O processo de avaliação clínica em saúde mental 62

1.4. O ambiente urbano contemporâneo numa perspectiva cultural 69

2. OBJETIVOS 97

3. MATERIAL E MÉTODOS 101

3.1. O contexto do estudo 103

3.1.1. Apresentação do local do estudo 103

3.1.2. Características da população estudada 116

3.2. Sujeitos 118

3.3. Instrumentos 121

3.3.1. A história psiquiátrica 121

3.3.2. Aspectos metodológicos do desenvolvimento da entrevista 122

3.3.3. A Entrevista de Formulação Cultural do Caso 128

3.4. Aspectos éticos 136

4. FORMULAÇÃO CULTURAL DOS CASOS (CASOS 1 A 10) 137

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS FORMULAÇÕES CULTURAIS DOS CASOS 419

6. CONCLUSÃO 479

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 487

8. ANEXOS 497

Anexo I: Glossário 499

Anexo II: Transcrição das Entrevistas de Formulação Cultural dos Casos (Casos 1 a 10) 523

PÁG.

Figura 1: Vila Padre Anchieta (condomínio de apartamentos)..... 103

Figura 2: Vila Padre Anchieta..... 104

Figura 3: Centro de Saúde Vila Padre Anchieta..... 105

Figura 4: Ocupação (fase inicial)..... 107

Figura 5: Ocupação "não-urbanizada"..... 108

Figura 6: Ocupação "não-urbanizada" (moradias)..... 109

Figura 7: Ocupação "urbanizada"..... 110

Figura 8: Área comercial (Vila Padre Anchieta)..... 111

Figura 9: Área comercial (ocupação "urbanizada")..... 112

Figura 10: Igreja Católica (Vila Padre Anchieta)..... 113

Figura11: Igreja pentecostal (ocupação "não-urbanizada)..... 114

		PÁG.
Quadro 1:	Características sócio-demográficas da população atendida em psiquiatria no Centro de Saúde Padre Anchieta (setembro / 2000).....	117
Quadro 2:	Caracterização dos sujeitos estudados em relação ao sexo, idade e diagnóstico psiquiátrico.....	120
Quadro 3:	Desenvolvimento do roteiro básico da Entrevista de Formulação Cultural a partir de modelos da literatura.....	127
Quadro 4:	Esquema das relações entre a experiência do paciente relativa a um problema de saúde, a contrução de um modelo explanatório e a formulação clínica (biomédica ou cultural).....	422
Quadro 5:	Modelo de entrevista clínica em Psiquiatria Cultural.....	426
Quadro 6:	Composição da Entrevista de Formulação Cultural.....	429
Quadro 7:	Combinação das categorias de causas explicativas apresentadas nos dez casos estudados.....	444
Quadro 8:	Esquema de ampliação do modelo de causas explicativas para o problema a partir da organização da Entrevista de Formulação Cultural na forma de questões abertas → questões estruturadas) (caso 8).....	451
Quadro 9:	Reciprocidade entre Causas do Problema e Situações de Ajuda...	454
Quadro 10:	Interação entre o modelo de causa explicativa do paciente e os modelos atribuídos aos familiares e amigos (caso 9).....	455
Quadro 11:	Diagrama esquemático das trajetórias de situações de ajuda.....	470
Quadro 12:	Modelo de variação temporal dos conjuntos de situações de ajuda ao longo das trajetórias dos pacientes estudados.....	472
Quadro 13:	Entrevista Resumida de Formulação Cultural.....	477
Quadro 1.1:	Estruturação do problema.....	143
Quadro 1.2:	Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos.....	144

Quadro 1.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 149
Quadro 1.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente..... 150
Quadro 1.5: Trajetória de situações de ajuda..... 155
Quadro 1.6: Aspectos do relacionamento clínico..... 158
Quadro 1.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)..... 161
Quadro 2.1: Estruturação do problema..... 166
Quadro 2.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos..... 167
Quadro 2.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 171
Quadro 2.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente..... 173
Quadro 2.5: Trajetória de situações de ajuda..... 180
Quadro 2.6: Aspectos do relacionamento clínico..... 182
Quadro 2.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)..... 185
Quadro 3.1: Estruturação do problema..... 190
Quadro 3.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos..... 190
Quadro 3.3A: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 193
Quadro 3.3B: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 194
Quadro 3.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente..... 195
Quadro 3.5: Trajetória de situações de ajuda..... 201
Quadro 3.6: Aspectos do relacionamento clínico..... 203
Quadro 3.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)..... 207
Quadro 4.1: Estruturação do problema..... 211
Quadro 4.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos..... 211
Quadro 4.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 220
Quadro 4.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente..... 221
Quadro 4.5: Trajetória de situações de ajuda..... 226
Quadro 4.6: Aspectos do relacionamento clínico..... 228

Quadro 4.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)..... 232
Quadro 5.1A: Estruturação do problema..... 236
Quadro 5.2A: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos..... 237
Quadro 5.1B: Estruturação do problema..... 239
Quadro 5.2B: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos..... 240
Quadro 5.3A: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 242
Quadro 5.3B: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 244
Quadro 5.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente..... 245
Quadro 5.5: Trajetória de situações de ajuda..... 252
Quadro 5.6: Aspectos do relacionamento clínico..... 255
Quadro 5.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)..... 260
Quadro 6.1: Estruturação do problema..... 264
Quadro 6.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos..... 265
Quadro 6.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 272
Quadro 6.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente..... 273
Quadro 6.5: Trajetória de situações de ajuda..... 282
Quadro 6.6: Aspectos do relacionamento clínico..... 286
Quadro 6.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)..... 292
Quadro 7.1: Estruturação do problema..... 296
Quadro 7.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos..... 297
Quadro 7.3A: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 301
Quadro 7.3B: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 302
Quadro 7.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente..... 304
Quadro 7.5: Trajetória de situações de ajuda..... 307
Quadro 7.6: Aspectos do relacionamento clínico..... 310
Quadro 7.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)..... 318
Quadro 8.1: Estruturação do problema..... 322

Quadro 8.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos..... 323
Quadro 8.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 332
Quadro 8.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente..... 335
Quadro 8.5: Trajetória de situações de ajuda..... 342
Quadro 8.6: Aspectos do relacionamento clínico..... 345
Quadro 8.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)..... 349
Quadro 9.1: Estruturação do problema..... 355
Quadro 9.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos..... 356
Quadro 9.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 361
Quadro 9.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente..... 363
Quadro 9.5: Trajetória de situações de ajuda..... 375
Quadro 9.6: Aspectos do relacionamento clínico..... 380
Quadro 9.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)..... 385
Quadro 10.1: Estruturação do problema..... 390
Quadro 10.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos..... 391
Quadro 10.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas..... 398
Quadro 10.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente..... 401
Quadro 10.5: Trajetória de situações de ajuda..... 410
Quadro 10.6: Aspectos do relacionamento clínico..... 413
Quadro 10.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)..... 417

RESUMO

Este trabalho foi realizado no campo disciplinar conhecido como Psiquiatria Cultural e está relacionado ao desenvolvimento teórico e aplicação clínica de um instrumento denominado Entrevista de Formulação Cultural.

Os objetivos gerais do trabalho incluíram uma discussão teórica sobre o processo de Formulação Cultural a partir da literatura psiquiátrica e da antropologia das sociedades complexas, a valorização do uso da Formulação Cultural no atendimento clínico rotineiro em saúde mental e a ampliação dos conhecimentos associados à análise da cultura no estabelecimento de programas terapêuticos.

Os objetivos específicos do trabalho foram o desenvolvimento de uma Entrevista de Formulação Cultural a partir da prática clínica do autor e da revisão bibliográfica realizada, a avaliação da aplicabilidade dessa entrevista em situações clínicas, a apresentação da Formulação Cultural dos Casos dos pacientes estudados, a sugestão de um guia resumido de Formulação Cultural e a discussão de alguns aspectos clínicos relacionados a esse processo.

O trabalho foi realizado num Centro Primário de Saúde localizado na periferia da cidade de Campinas (São Paulo). Dez pacientes atendidos no início do tratamento psiquiátrico foram selecionados e submetidos ao instrumento denominado Entrevista de Formulação Cultural. Essa entrevista foi desenvolvida pelo autor utilizando textos relacionados à análise de modelos explanatórios de pacientes e do guia de Formulação Cultural apresentado no manual DSM-IV (APA, 1995). Utilizou-se também alguns textos provenientes de estudos na área denominada antropologia das sociedades complexas.

As principais características da Entrevista de Formulação Cultural desenvolvida nesse trabalho foram: presença de questões abertas precedendo questões estruturadas (formato semi-estruturado), apresentação de uma "explicação inicial" para o entrevistado, utilização de uma linguagem informal, avaliação detalhada de determinadas categorias de interesse, reconhecimento da presença de múltiplas variáveis associadas a cultura, valorização da noção de "trajetória individual" dos pacientes e divisão da entrevista em módulos específicos.

A Entrevista de Formulação Cultural utilizada foi composta por 55 questões divididas em sete módulos:

I- Identidade Sócio-Cultural

II- Apresentação do Problema

III- Causas do Problema

IV- Situações de Ajuda

V- Relacionamento Clínico

VI- Problemas Gerais de Saúde

VII- Comentários

A partir da aplicação clínica da Entrevista de Formulação Cultural e da análise dos depoimentos colhidos nesse processo foi possível concluir que:

- a análise de fatores culturais na prática clínica em saúde mental pode ser sistematizada a partir da utilização de uma Entrevista de Formulação Cultural;
- diversos aspectos clínicos associados a experiência subjetiva dos pacientes em estar com um problema de saúde podem ser problematizados a partir do processo de Formulação Cultural do Caso. A discussão detalhada desses aspectos é apresentada no trabalho;
- o processo de Formulação Cultural do Caso problematiza a atuação clínica dos profissionais em saúde mental e expande o conceito de entrevista psiquiátrica em direção a uma posição definida como "meta-psiquiatria";
- algumas das questões mais relevantes da Entrevista de Formulação Cultural podem constituir um guia resumido objetivando operacionalizar a utilização rotineira desse construto por profissionais de saúde mental;
- o conhecimento advindo desse campo de pesquisas pode embasar o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais e serviços de saúde mental mais sensíveis culturalmente.

ABSTRACT

This work, concerning to the discipline known as Cultural Psychiatry, is related to both the theoretical development and the clinical application of the concept called Cultural Formulation of the Case.

The general objectives of the work included: a theoretical discussion about the Cultural Formulation Process based on psychiatric literature and anthropology of complex societies; the valuation of the use of Cultural Formulation during clinical settings in mental health and the improvement of knowledge associated with the cultural analysis when choosing therapeutic procedures.

The specific objectives of the work were: development of an interview in order to establish a Cultural Formulation based on both the clinical experience of the author and previous revision of the literature; evaluation of the applicability of this interview in clinical situations; presentation of Cultural Formulation of the patients cases studied; suggestion of a summarized guide to the Cultural Formulation; and discussion of some clinical aspects related to this process.

The work was conducted in a prymary-care center located on the periphery of Campinas City (São Paulo State). Ten patients, in the beginning of psychiatric treatment were select and submitted to the tool called Cultural Formulation Interview. This interview was development by the author using texts related to the analysis of patient's Explanatory Models and the Outline for Cultural Formulation presented in DSM-IV manual (APA, 1995). Some texts from studies about the area called anthropology of complex societies were also used.

The main characteristics of the Cultural Formulation Interview developed by this work were: presence of dissertational questions preceding structured questions (semi-structured format), presentation of an "initial explanation" to the interviewee, utilization of na informal language, detailed evaluation of determined categories of interest, recognition of the presence of multiple variables associated with culture, consideration of the notion about "individual trajectory" in the evaluation of Socio-Cultural Identity of the patients and division of the interview in specific modules.

In this sense, the Cultural Formulation Interview was composed of 55 questions divided in seven modules:

I- Socio-Cultural Identity

II- Presentation of the Problem

III- Causes of the Problem

IV- Situation of Help

V- Clinical Relationship

VI- General Health Problem

VII- Commentaries

Based on both the clinical application of the Cultural Formulation Interview and the analysis of the collected reports in the process, it was possible to conclude that:

- the process of Cultural Formulation of Case question the clinical procedures of mental health professionals and expands the psychiatric interview in direction to a defined position as "meta-psychiatry";

- the cultural factors analysis in mental health clinical procedures can be sistematized by the use of a Cultural Formulation Interview;

- several clinical aspects associated to the patients subjective experience in presenting a health problem can be concerned by the Cultural Formulation of the Case. The detailed discussion of these aspects is presented in the work;

- some of the most relevant questions of the Cultural Formulation Interview can constitute a summarized guide which aims to make feasible the routine use of this concept by mental health professionals;

- the knowledge generated by this research area can provided basis to the development of individual therapeutic projects and mental health services culturally sensitive.

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

"Foi por causa da dieta, eu tomei sereno, tomei sorvete, aí amanheci ruim, com a cabeça virada... ficou no sangue, aquele vento que eu tomei, tem até esse zumbido que ficou... Eu fui num terreiro de saravá, aqueles de dançador, acendedor de vela, fui nove sexta-feira seguida, eles fazia trabalho, batia bumbo, queimava pólvora, fazia cruz de pólvora no chão e punha fogo mas foi tudo mentirada, obra do maligno. Agora eu tô na Deus é Amor, eles falam que prá ficar livre de todas doença precisa conseguir o dom das línguas que eu não consegui ainda... Eu acredito muito nos remédio, no que o médico fala, que Deus é o médico dos médicos... As vizinha fica falando prá parar de tomar os remédio, que é só tomar chá de erva cidreira quando dá nervoso que não precisa de remédio de médico." ***(Maria, 61 anos)***

"Às vezes eu fico perguntando, será que isso é doença ou é um pecado que eu tenho que pagar, ou vai ver que é coisa que vem lá de trás, né, do meu pai, da minha mãe. O meu irmão falou que é sistema nervoso, que vou guardando comigo, vai carregando tipo uma bateria, aí ele falou, quando ficar assim, é prá xingar os outros, descarregar..." ***(Carlos, 38 anos)***

"É da natureza minha mesmo, meu irmão tinha isso também. E também de viver em família, que viver em família é difícil, né... Além dos problemas materiais a gente tem os problemas espirituais também, epilepsia é espiritual, se a pessoa acreditar eu curo epilepsia, quer dizer, é Deus que cura por mim, recebo a alma do meu avô, da minha tia, é tudo católico que eu recebo. Eu não tenho medo, sou protegida por Deus, já passei até perto de tiroteio uma vez e não aconteceu nada. Eu ia no centro espírita prá me curar, depois comecei a sentir as coisas, vi Nossa Senhora Aparecida, comecei a ver as luzes, às vezes chega uma pessoa em casa pedir oração, eu levo pro meu quarto, perante Jesus, Nossa Senhora Aparecida, que o que eu faço é católico mesmo. O meu dom é de ajuda. Porque tem gente que tem coisa maligna, e quando eu ajudo passa meus problemas também. Eu curo só o nervoso espiritual, se não curo então o nervoso é da natureza da pessoa, material mesmo, né. Também tem oração contra o álcool, contra qualquer vício, eu faço sempre lá em casa, mas quando a pessoa está muito desesperada, desatinada, precisa ir no centro, fazer o tratamento espiritual inteiro. Quando eu estou ruim eu preciso ajudar as pessoas prá tirar o encosto, porque é o encosto do outro que está chegando em mim. Aí eu vou nos hospitais fazer as orações. Tem espírito que enfraquece a cabeça das pessoas, tem espírito que dá loucura, doutor, quando a pessoa morre com alguma doença, o espírito dela pode passar a doença. Tem os caso de tuberculose espiritual, eu conheci uma criança que tinha tuberculose espiritual, a mãe tinha morrido

de tuberculose e passou prá filha, era uma forma de estar perto da filha, foi por bem, não era encosto. Mas o espírito pode ser ruim, pode ponhá a pessoa prá beber, pode ponhá tristeza, ponhá pessoa em suicídio, qualquer coisa." ***(Ana, 62anos)***

"É esse problema no oco da cabeça, faz eu perder o sentimento, ficá assim meio esquecido, não aprendo nada, mas trabalhá eu trabalho... eu já procurei de tudo, doutor, se eu for falar pro senhor, e eu ainda tô procurando o que vai resolver isso..." ***(João, 25 anos)***

"Nervo solto é tipo de dois fio, quando junta dois fio dá um choque e aí vem a convulsão. No meu caso foi problema de parto, se não tomar os remédio os nervo solta de novo." ***(Maurício, M, 28a)***

Há alguns anos, iniciando-me no trabalho como psiquiatra num Centro Primário de Saúde na periferia da cidade de Campinas (São Paulo), passei a me deparar cotidianamente com discursos como os apresentados nas narrativas acima. Discursos muitas vezes fragmentados, contraditórios mas extremamente ricos no sentido de traduzirem experiências pessoais e culturais associadas a percepção do sofrimento. Acredito que o confronto com essas histórias singulares e a valorização da riqueza cultural dessas experiências constituíram um panorama geral sobre o qual desenvolveu-se a motivação inicial para essa pesquisa.

A partir dessa motivação, algumas questões começaram a tomar forma estruturando-se de tal maneira que o enfrentamento das mesmas passou progressivamente a ser considerado uma necessidade prática em minha atuação clínica:

- Como organizar essas informações espontâneas e assistemáticas trazidas pelos pacientes?

- Como sistematizar e avaliar essas narrativas que refletem de maneira tão poderosa a experiência subjetiva dos pacientes dentro de uma perspectiva cultural?

Questões difíceis, desafiadoras, que envolviam uma reflexão profunda sobre a forma de se estruturar o encontro clínico em relação ao seu conteúdo e densidade. Questões que desafiavam meus conhecimentos psiquiátricos convencionais e incitavam uma pergunta ainda mais fundamental:

- Como integrar as múltiplas e complexas variáveis culturais das experiências dos pacientes na minha prática clínica cotidiana?

Reconhecer a dimensão dessas experiências, certamente, foi um primeiro e importante passo. Organizá-las, abordá-las, entendê-las, esse era o caminho e o desafio.

Essa pesquisa é a história desse desafio. A história de um questionamento e reflexão sobre o processo de entrevista clínica utilizado pelos psiquiatras. O reconhecimento da insuficiência de uma abordagem naturalizadora (restritamente biológica, psicológica ou sociológica) das doenças mentais. A procura pela ampliação do reconhecimento dos problemas apresentados pelos pacientes de uma maneira mais respeitosa e complexa. A dificuldade em aceitar a legitimidade de uma psiquiatria que rotineiramente desvaloriza o homem enquanto ser cultural.

Esse caminho se apresentou inicialmente como um processo teórico (principalmente nos campos da psiquiatria cultural e da antropologia), uma instrumentalização conceitual, uma reflexão crítica. Posteriormente, avançou para uma dimensão prática visando a possível aplicação clínica dos conhecimentos obtidos na etapa de pesquisa.

A psiquiatria cultural foi valorizada nesse contexto por considerar a dimensão cultural dos indivíduos como algo absolutamente necessário e fundamental nas pesquisas e na clínica psiquiátrica. Nesse sentido, pesquisas recentes têm procurado analisar detalhadamente fatores sócio-culturais de diversos grupos humanos num tipo de conhecimento que contrapõe-se à idéia reducionista de simples determinações universalmente constituídas. As preocupações dessas pesquisas incluem também a avaliação das experiências subjetivas de pacientes com problemas de saúde mental e o desenvolvimento de métodos adequados para abordá-las (Weiss, 1997; Lloyd, 1998).

Na pesquisa investigatória inicial, entrei em contato com trabalhos que apresentavam um construto teórico denominado *"Formulação Cultural"* (Mezzich, 1995; Good, 1996; Lewis-Fernandez, 1996) desenvolvido para possibilitar a aplicação direta de informações relativas à cultura na situação de encontro clínico entre psiquiatras e pacientes.

Além da psiquiatria cultural, outro referencial teórico utilizado foi a disciplina conhecida convencionalmente como antropologia das sociedades complexas. A pesquisa nesse campo permitiu que eu pudesse me instrumentalizar com um conceito específico de cultura e reconhecer algumas particularidades associadas aos grupos humanos que vivem nas grandes cidades contemporâneas.

As experiências trazidas pelos pacientes frequentemente foram compostas por variáveis culturais que transformavam-se temporalmente em relação a configurações prévias e incluíam, muitas vezes, deslocamentos geográficos e participação do indivíduo em diferentes grupos (ou subgrupos) de maneira simultânea ou sucessiva. Nessa perspectiva, conceitos como *trajetória* (Velho, 1994), *padrão cultural* (Magnani, 1998) e *subcultura* (Hannerz, 1992) vieram de encontro e acompanharam o roteiro da pesquisa.

A dimensão prática do estudo incluiu a aplicação desses conhecimentos teóricos através da utilização de um método flexível que procurou integrar a avaliação psiquiátrica tradicional com a avaliação cultural dos pacientes atendidos. Nesse sentido, uma entrevista semi-estruturada para a realização de *Formulações Culturais* foi desenvolvida.

A estrutura de apresentação dessa pesquisa situa inicialmente a psiquiatria cultural do ponto de vista histórico e em relação a algumas de suas perspectivas. A seguir, visita alguns dos textos mais significativos relacionados ao desenvolvimento do construto *Formulação Cultural* a partir do referencial da chamada *"Nova Psiquiatria Transcultural"* ou simplesmente *"Psiquiatria Cultural"*. Mais adiante, apresenta algumas das questões implicadas na entrevista clínica de pacientes no campo da saúde mental. Em seguida, percorre alguns trabalhos antropológicos relacionados às importantes discussões sobre *"sociedades complexas"*.

Alguns autores cujas idéias são detalhadas ao longo da pesquisa merecem desde já um registro pela importância das suas obras no contexto geral desse trabalho. Dessa forma, valoriza-se a idéia apresentada por Geertz (1978) de que a capacidade e a extrema necessidade de apoiar experiências subjetivas em sistemas organizados de símbolos significantes é o aspecto que melhor caracteriza o ser humano. Esses sistemas simbólicos seriam construídos a partir de padrões culturais criados historicamente em ambientes específicos num processo contínuo de "humanização" do Homem.

Outra idéia importante é apresentada por Kleinman (1980), segundo a qual os sistemas organizados de símbolos significantes, quando associados a aspectos relativos a problemas de saúde, podem ser explorados através do conceito de *"modelo explanatório"*. Os modelos explanatórios frequentemente envolvem questões sobre como os pacientes apresentam seu problema de saúde, como eles procuram explicações para as causas dos problemas e como eles buscam ajuda para obter melhora.

Uma outra idéia valiosa é proposta pelo antropólogo Gilberto Velho (1994): nas sociedades complexas contemporâneas, cujo principal cenário são as metrópoles urbanas, os indivíduos se encontram expostos, de forma inédita na história, a múltiplos sistemas culturais diferenciados e heterogêneos. Essa situação teria repercussões na construção de suas identidades e de seus sistemas de símbolos significantes.

Após a etapa de exploração teórica e bibliográfica, é apresentado o processo metodológico utilizado nas avaliações culturais dos pacientes incluindo questões associadas ao instrumento de pesquisa desenvolvido (Entrevista de Formulação Cultural).

A seguir, a Formulação Cultural do Caso de dez pacientes selecionados é apresentada considerando-se os recortes de análise em cada narrativa (as entrevistas completas de cada paciente compõem o Anexo II).

No tópico referente à análise e discussão dos casos, as Formulações Culturais dos pacientes são comparadas a partir dos módulos presentes nas suas composições internas. Ainda nesse tópico, aspectos de uma possível abordagem clínica culturalmente sensível em saúde mental envolvendo uma entrevista resumida de Formulação Cultural também são considerados.

Finalmente, o Anexo I traz um glossário com termos e expressões utilizadas por pacientes atendidos pelo autor durante o período em que transcorreu essa pesquisa (2000 e 2001).

Ao terminar essa apresentação, não poderia deixar de mencionar a importância do grupo de Saúde Mental e Cultura do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da FCM-UNICAMP enquanto espaço de reflexões e debates. Agradeço aos muitos colegas que frequentaram o grupo nos últimos dois anos e de maneira muito especial, ao professor Paulo Dalgalarrondo, organizador e articulador do grupo além de orientador dessa pesquisa.

1.2. PSIQUIATRIA CULTURAL

Os estudos das relações entre a cultura e os transtornos mentais vêm constituindo-se historicamente como um campo de conhecimento desafiador que tem sido revigorado de um crescente interesse. Esses estudos, necessitando transcender e expandir os limites do saber psiquiátrico tradicional, vêm organizando-se em conjunto com outros saberes e disciplinas (principalmente a antropologia) constituindo o modelo de referências conceituais denominado atualmente como psiquiatria cultural.

Podemos compreender a complexa relação entre a cultura e os transtornos mentais dentro de um contexto histórico que inclui pelo menos três marcos referenciais associados a determinadas denominações das disciplinas correlatas.

Num primeiro momento, a obra *"Psiquiatria Comparativa"* (Kraepelin, 1904) onde pela primeira vez se examina de forma sistemática a doença mental em populações "exóticas" (Ilha de Java, Oceania). Essa perspectiva é compreendida como *psiquiatria comparada, psiquiatria transcultural* ou simplesmente *etnopsiquiatria.* Os principais aspectos desse modelo seriam a verificação da universalidade das doenças mentais e a noção de patogenia (estrutura básica das doenças mentais) e patoplastia (conteúdo variável dos sintomas apresentados). Dalgalarrondo (1997) examina com detalhes as raízes históricas e as características correspondentes a esse período de formação de um referencial científico etnopsiquiátrico. É importante assinalar que pesquisas relativamente recentes ainda se valem desse modelo principalmente em estudos epidemiológicos comparativos entre culturas (Sartorius *et al.*, 1980; Dhadphale *et al*, 1989; Hollifield *et al*, 1990).

Um segundo período que merece destaque diz respeito a chamada *etnopsiquiatria psicanalítica* desenvolvida por Georges Devereux. O trabalho que baliza esse período denomina-se *"Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe"* (Devereux, 1961). O principal aspecto dessa linha de pesquisa era a tentativa de se obter uma tradução psicanalítica da psicopatologia de populações indígenas (no caso desse trabalho de Devereux: índios Mohave no Arizona - EUA). Em certo sentido, essa perspectiva permanece em debate atualmente através dos trabalhos de um dos discípulos de Devereux, o psicanalista Tobie Nathan (1998).

O modelo em que minha pesquisa está inserida recebe o nome de *nova psiquiatria transcultural* ou simplesmente *psiquiatria cultural*. O marco referencial em questão aqui é o trabalho de Arthur Kleinman denominado *"Depression, somatisation and the new cross-cultural psychiatry"* (1977). Alguns anos depois, esse autor vai consolidar esse modelo no livro *"Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience"* (1988). O principal aspecto dessa perspectiva é a proposta de uma psiquiatria sensível a dimensão cultural da experiência humana. Assim, valoriza-se a necessidade de se estudar os significados locais e os padrões de comportamento dos indivíduos de cada grupo cultural. Valoriza-se também a noção de *"illness"* (experiência subjetiva do paciente em estar com um problema de saúde) em oposição à *"disease"* (conceito de doença associado a uma alteração biológica objetivamente comprovável) e a incorporação de avanços teóricos na área da antropologia.

De acordo com Littlewood (1990), algumas características da psiquiatria cultural seriam a problematização de aspectos epistemológicos da psiquiatria e a análise de questões relacionadas a práticas clínicas de cada sociedade em detrimento da simples procura de comparações transculturais de categorias psiquiátricas supostamente universais. Dessa forma, discussões sobre os fundamentos da atividade psiquiátrica numa abordagem que leve em conta a cultura passam a ser estimuladas. Um exemplo dessas discussões é a que situa a psiquiatria entre dois paradigmas que apesar de necessários, parecem limitados: o paradigma das ciências biológicas e o paradigma das ciências sociais. Outro aspecto importante seria a incorporação de avanços teóricos no campo da antropologia (notadamente o conceito de cultura) em estudos empreendidos na área da saúde.

Fabrega (1989) utiliza a conhecida distinção entre perspectiva ética (característica dos estudos transculturais tradicionais e dos estudos epidemiológicos) e perspectiva êmica (característica dos estudos em psiquiatria cultural) como ponto de partida para discutir o conceito de relativismo cultural e suas implicações do ponto de vista histórico.

A perspectiva ética está associada a uma posição de objetivismo científico e teria como características: reconhecimento de determinadas categorias universais, busca de generalizações transculturais e possibilidade de comparação direta entre diferentes culturas.

A perspectiva êmica está associada a uma posição de relativismo cultural e seria caracterizada pela decidida valorização das especificidades locais e dos fatores internos constitutivos de cada cultura. As culturas não seriam totalmente passíveis de redução umas às outras e, portanto, não seriam completamente comparáveis.

De acordo com Fabrega (1989), as tradições do objetivismo científico e do relativismo cultural sempre foram opostas e contraditórias. O autor critica uma posição de relativismo radical e admite um posicionamento atual de alguns psiquiatras culturais num contexto mais moderado de relativismo. Nesse modelo, os psiquiatras tenderiam a admitir em determinado nível, a existência de alterações biológicas universais subjacentes aos transtornos mentais. Dessa forma, o foco dos estudos se concentraria nos fatores sócio-culturais que interferem nas diversas características dos transtornos psíquicos e na construção de abordagens integrativas que permitam operacionalizar a análise da cultura como uma variável das pesquisas:

> *"Pesquisadores contemporâneos no campo da psiquiatria cultural que concordam com o relativismo cultural (relativistas) são, na verdade, também universalistas por levar seriamente em conta alguns dos preceitos básicos da psiquiatria biomédica e procurar estudar os problemas psiquiátricos e suas alterações de comportamento transculturalmente. Eles estão propensos (...) a ver a "realidade" de uma illness ou desordem de comportamento em diferentes níveis, incluindo o neurobiológico."* (Fabrega, 1989)

Na verdade, a antiga questão referente a patogenia/patoplastia permanece presente no texto de Fabrega (1989): Qual o limite da universalidade em relação às doenças mentais? Onde termina o biológico, onde começa o cultural? Qual seria a posição ideal dentro de um espectro de relativismo?

Fazendo avançar esse debate, Kleinman (1988) apresenta uma crítica da visão estratificada do homem inerente a concepção patogenia/patoplastia. Ele argumenta que os médicos têm uma visão estratificada dos transtornos de saúde onde a biologia seria a base e as dimensões psico-sócio-culturais seriam consideradas apenas enquanto epifenômenos supra-estruturais que obscureceriam o nível biológico.

Essa visão reducionista e naturalista dos transtornos (e do homem em geral) seria a visão dominante na medicina. Kleinman (1988) afirma que esse processo é reproduzido durante o período de formação médica e que o médico inicia sua prática clínica sem uma preparação complementar em ciências sociais. Essa situação seria um dos fatores associados ao distanciamento das ciências sociais (antropologia) em relação à medicina e especificamente à psiquiatria biomédica.

A questão das perspectivas ética/êmica permanece como um grande desafio no campo da psiquiatria cultural atingindo também os trabalhos em Formulação Cultural do caso. A maneira de se combinar diversidade cultural e análise de fatores intra-culturais com avaliação de hipóteses mais amplas e generalizáveis parece ser o grande desafio na construção de instrumentos nessa área. Dessa forma, a avaliação clínica cultural necessita equilibrar-se entre a perspectiva êmica inerente ao seu modelo e a perspectiva ética envolvendo o confronto das informações colhidas com os diagnósticos das classificações universais (CID-10, 1993 / DSM-IV, 1995). Alguns trabalhos específicos sobre esse tema serão apresentados no item "Formulação Cultural do Caso" (Weiss, 1997; Lloyd, 1998).

Além desse desafio relacionado a questão ética/êmica, a psiquiatria cultural começa a considerar nos últimos anos a possibilidade de aplicação de seus métodos no contexto dos padrões de interação presentes nas sociedades complexas contemporâneas.

Nesse sentido, um trabalho pioneiro de Bibeau (1997) apresenta uma discussão acerca da necessidade de convergência entre a psiquiatria cultural e o campo da antropologia das sociedades complexas. De acordo com Bibeau (1997), o mundo contemporâneo se caracteriza por um aumento da complexidade cultural associada ao surgimento de novas situações etnográficas que colocam em xeque os métodos e esquemas conceituais utilizados tradicionalmente pela antropologia e pela psiquiatria cultural:

> *"A psiquiatria cultural, cujo desenvolvimento histórico tem sido associado ao destino da antropologia, também terá que mudar seu papel, seus métodos e instrumentos – em resumo, sua vocação – se os psiquiatras culturais quiserem entender os perfis psico- e sócio-patológicos que atualmente prevalecem nos países ocidentais e não ocidentais..."*
> (Bibeau, 1997)

Nesse contexto, a idéia de sociedades autônomas com fronteiras bem delimitadas e perfis culturais demarcados passa a ser modificada para uma concepção de sociedades multiculturais. Além disso, questões envolvendo os conceitos de fronteiras culturais, subculturas, pluralismo e complexidade cultural passam a ganhar importância e substituir o entendimento dos processos culturais como sistemas homogêneos e reificados.

Outro aspecto analisado por Bibeau (1997) refere-se ao processo denominado globalização. O autor entende esse processo a partir de uma situação de ambiguidade onde um aumento vertiginoso de interconexões culturais associa-se a uma condição de homogeneização cultural mas também, num outro nível, a reafirmação de diferenças culturais, a incorporação de elementos culturais de maneira heterogênea entre as populações e a exclusão de parcelas significativas das populações para a margem desse processo integrativo.

Bibeau (1997) avalia que a construção de experiências humanas (incluindo a experiência de problemas de saúde) no mundo contemporâneo ocorre dentro de culturas "creolizadas". Dessa forma, o indivíduo nesse novo contexto poderia fazer parte de várias "comunidades" simultaneamente, processo que corresponderia a uma espécie de pluralização da noção de identidade pessoal:

> *"Em muitas situações, indivíduos constróem suas experiências através da combinação de códigos centrais referentes às múltiplas visões de mundo nas quais eles se apóiam, com elementos periféricos e marginais que invadem seus sistemas representacionais. A psiquiatria cultural deveria ser capaz de abordar os vários sujeitos que co-existem nas pessoas e inserem suas histórias, narrativas e experiências no mundo de significados flexíveis que eles incorporaram no seus corpos e na totalidade de suas pessoas."* (Bibeau, 1997)

Bibeau (1997) acrescenta que os psiquiatras culturais deveriam tentar explorar esses sistemas representacionais (heterogêneos, instáveis, transitórios) e superar os problemas metodológicos envolvidos nesse processo:

> *"Muitas vozes falam nas pessoas e os psiquiatras culturais não deveriam silenciar nenhuma delas visando criar ordem ou fazer narrativas mais transparentes para análise: histórias singulares e experiências de illness aparecem em muitos casos ligadas a metanarrativas fragmentadas e cujos sistemas representacionais flexíveis não podem ser dissociados da vida (...) Torna-se urgente que psiquiatras orientados interpretativa e fenomenologicamente desenvolvam métodos que dêem acesso aos mundos complexos e contraditórios onde as pessoas constróem suas experiências."* (Bibeau, 1997)

Completando esse item, alguns estudos potencialmente relacionados com variáveis clínicas do processo de Formulação Cultural do Caso são aqui considerados.

Corin (1990) apresenta um estudo sobre a construção de significados por parte de pacientes esquizofrênicos. A autora destaca nesse trabalho que a antropologia pode contribuir na avaliação das experiências subjetivas de pacientes com problemas mentais. Para apreender as estratégias usadas pelos pacientes em suas interações sociais, familiares e nos contatos com serviços psiquiátricos e instituições religiosas, Corin (1990) realizou entrevistas abertas combinadas com o uso de um instrumento para avaliação de relacionamentos interpessoais (Garrison & Podel, 1981). A autora ressalta a necessidade dos psiquiatras culturais utilizarem métodos mais flexíveis e multidimensionais na análise das experiências dos pacientes. Corin (1990) apresenta o conceito de *"isolamento positivo"* como um aspecto importante da discussão sobre a evolução da esquizofrenia. Nesse sentido, a autora procura problematizar os chamados "sintomas negativos" da esquizofrenia

afirmando que alguns pacientes podem utilizar-se do isolamento como uma estratégia de circulação em um espaço próprio dentro do campo social, situação que estaria possivelmente associada a uma melhor evolução da psicose. Corin (1990) conclui argumentando que a interação de processos sócio-culturais combinados com a experiência pessoal do paciente com esquizofrenia seria responsável pela modelagem das possíveis direções evolutivas desse transtorno.

O artigo de Narrow *et al.* (1993) referente a apresentação de resultados do Programa ECA (Epidemiologic Catchment Area Program) do Instituto Nacional de Saúde Mental Norte-Americano reafirma a importância do sistema médico não-psiquiátrico no atendimento de pessoas com problemas mentais. Segundo os autores, 40 a 50 % dos indivíduos portadores de transtornos mentais procuraram previamente clínicos gerais ou outros profissionais não psiquiatras durante a evolução do transtorno.

Os autores destacam ainda a importância de redes sociais formadas por amigos, parentes, grupos de auto-ajuda e serviços de ajuda não-médicos como prestadores de cuidados para pacientes com problemas mentais:

> *"Também está claro que para um grande número de pessoas com desordens mentais, redes de apoio formadas por amigos, parentes e grupos de auto-ajuda foram importantes fontes de cuidado assim como serviços de ajuda não médicos."* (Narrow *et al.*, 1993)

Sharpe (1998), num artigo sobre as dificuldades associadas ao diagnóstico de neurastenia e síndrome da fadiga crônica, aborda a questão do relacionamento entre o clínico e o paciente levantando as seguintes considerações:

- o relacionamento clínico-paciente deveria ser o mais colaborativo possível e baseado na aceitação das experiências do paciente sobre seu problema de saúde;

- as crenças do paciente sobre seu problema de saúde deveriam ser avaliadas e respeitadas;

- o diagnóstico médico deveria ser explicitamente elaborado para o paciente;

- se o paciente estiver resistente em aceitar um diagnóstico psiquiátrico, uma simples descrição aproximativa do nome do transtorno pode ser útil;
- o diagnóstico não é um fim mas o começo de um processo terapêutico e de reabilitação.

Sharpe (1998) destaca a importância de se explorar as crenças dos pacientes sobre a síndrome da fadiga crônica e a possibilidade de se desenvolver intervenções como a terapia cognitiva comportamental visando modificar essas crenças e torná-las mais funcionais do ponto de vista terapêutico.

Ying (1990), estudando uma população de imigrantes chinesas nos Estados Unidos, apresenta relações significantes entre a conceitualização dos problemas de saúde mental e o comportamento de procura de ajuda dessa população. As mulheres que apresentam uma conceitualização psicológica procuram mais a assistência de familiares ou amigos do que serviços profissionais de saúde mental. As mulheres que apresentam uma conceitualização física procuram mais os serviços médicos. Ying (1990) refere ainda que os chineses que emigraram para os Estados Unidos subutilizam serviços de saúde mental apesar de indicações apontarem para uma maior necessidade de cuidados devido ao estresse da imigração, o estado de pertencimento a um grupo minoritário e a possível situação de discriminação.

Crossley (1995) apresenta um estudo sobre a importância de se avaliar a religião para o entendimento de uma série de parâmetros clínicos em psiquiatria. Esse autor destaca que as proposições religiosas poderiam ter diferentes atribuições como: ajudar as pessoas a obter significados, auto-estima ou senso de controle. Além disso, o autor considera que o conceito de Deus apresentado pelo paciente poderia refletir algumas de suas disposições internas. Esse tipo de avaliação poderia ajudar também a entender padrões de relacionamento do paciente além de propiciar acesso a áreas de potencial importância clínica como, por exemplo, o humor, a esperança e a auto-estima. Crossley (1995) acrescenta que esse tema é pouco estudado pela psiquiatria e que a discussão de aspectos religiosos na entrevista psiquiátrica é frequentemente ignorada e evitada possivelmente porque pode provocar (assim como a sexualidade) um sentimento de desconforto mútuo e intrusão decorrente de seus aspectos íntimos e relacionais.

Outros estudos referentes a aspectos clínicos associados a experiência de pacientes com problemas de saúde mental serão considerados no capítulo "O ambiente urbano contemporâneo numa perspectiva cultural".

1.2.1. Formulação Cultural do Caso

O construto denominado Formulação Cultural tem uma história relativamente recente. De acordo com Good (1996), esse construto passou a ganhar forma a partir de 1991 quando pesquisadores (psiquiatras culturais e antropólogos) formaram um grupo de estudos com a incumbência de incorporar questões relacionadas a cultura no manual da Associação Psiquiátrica Americana (APA) que seria publicado em 1994 (DSM-IV). Mezzich (1995), um dos principais líderes desse grupo de estudo, apresenta o construto Formulação Cultural através da seguinte definição: uma *"operacionalização para os clínicos do processo de análise cultural relacionado ao encontro clínico que pode ser realizado em qualquer paciente"*.

Apesar dessa operacionalização ser recente, vários estudos já abordavam a questão das experiências subjetivas dos pacientes com problemas de saúde mental (Kleinman, 1988; Eisenbruch, 1990; Weiss *et al.*, 1992). Essas experiências envolvem principalmente as formas de apresentação dos sintomas, as causas percebidas para o problema e as situações de ajuda procuradas pelo paciente para tentar resolvê-lo. Tais informações, associadas com a avaliação de fatores sócio-demográficos e do relacionamento clínico são os principais aspectos constitutivos do processo de Formulação Cultural.

Alguns dos principais trabalhos sobre a relação entre a cultura e as experiências dos pacientes com problemas psiquiátricos são revisados a seguir. Esses trabalhos apresentam, cada um a seu modo, sugestões para a constituição de instrumentos clinicamente aplicáveis em saúde mental.

O trabalho de Kleinman (1988) procura analisar as relações entre a antropologia e a psiquiatria numa perspectiva que inclui a questão da prática clínica em saúde mental. A partir do conceito de Modelo Explanatório (Kleinman, 1980), o autor procura sintetizar

algumas das questões envolvidas na construção por parte dos pacientes da experiência de estar sofrendo um problema de saúde.

> *"Os modelos explanatórios dos pacientes usualmente respondem às seguintes perguntas feitas pelos pacientes e suas famílias: Por quê eu? Por quê agora? O que está errado? Quanto tempo isso vai durar e o quanto isso é grave? Que problemas isso vai criar para mim? Como eu vou lidar com esse problema? O que eu vou fazer para melhorar? Os modelos de tratamento dos pacientes e das famílias frequentemente expressam conteúdos sobre a pertinência, eficácia e os efeitos colaterais das medicações e de outras terapias. Modelos culturais podem implicar causas e tratamentos sagrados ou seculares, eles podem também relacionar dificuldades pessoais ou circunstâncias sociais."* (Kleinman, 1988)

Segundo Kleinman (1988), os modelos explanatórios dos pacientes podem relacionar-se à dificuldades clínicas como procura de situações de ajuda não apropriadas, falta de aderência ao tratamento, problemas de comunicação com o médico e frustrações com os cuidados oferecidos pelos psiquiatras. Nesse sentido, Kleinman (1988) adverte que *"... a dedução dos modelos explanatórios dos pacientes deveria ser uma parte rotineira dos cuidados psiquiátricos podendo evitar esses problemas."*

Um segundo aspecto analisado por esse autor diz respeito a necessidade do conhecimento pelos psiquiatras de uma série de dados antropológicos relevantes: os contextos sócio-culturais onde os pacientes vivem, a forma de organização sócio-familiar, as relações de trabalho e uma série de outras informações sobre os conceitos de pessoa, problemas de saúde e sistemas locais de cuidados. Familiarizando-se com esse tipo de informação, os psiquiatras poderiam compreender como processos psicológicos básicos são moldados pela cultura. Essa avaliação teria repercussões no diagnóstico psiquiátrico, no relacionamento clínico e na organização de intervenções terapêuticas. A necessidade de aproximação dos psiquiatras com essa perspectiva seria fundamental no contexto de sociedades multiculturais. Questões diretamente ligadas a prática clínica (influências culturais nos sintomas, procura de ajuda, adesão ao tratamento) também poderiam ser problematizadas em discussões teóricas a partir desse conhecimento.

Outro aspecto analisado por Kleinman (1988) diz respeito ao reconhecimento da importância dos métodos antropológicos na prática clínica em saúde mental:

> *"Outra contribuição da antropologia para a prática psiquiátrica é o uso de seus métodos para deduzir crenças etnopsiquiátricas dos pacientes e de suas famílias. A estrutura antropológica é útil para avaliar a influência de regras culturais sobre comportamentos anormais. Os métodos antropológicos podem ainda melhorar a comunicação transcultural e trans-étnica na interação clínica."* (Kleinman, 1988)

Além do conteúdo das informações advindas de tal abordagem, o próprio processo de entrevista psiquiátrica seria beneficiado:

> *"Estas técnicas* [etnográficas] *poderiam ajudar os psiquiatras no processo de entrevista, sua habilidade central."* (Kleinman, 1988)

Kleinman (1988) destaca ainda uma série de situações associadas ao reconhecimento de sintomas e outros aspectos clínicos na avaliação de pacientes com origem em grupos culturais diferentes do psiquiatra. Um dos exemplos analisados é o atendimento nos Estados Unidos de pacientes com origem hispânica apresentando a síndrome denominada *"ataque de nervios"*.

Algumas outras importantes questões envolvendo o papel da aproximação antropológica na prática clínica em saúde mental são discutidas pelo autor:

- os clínicos muitas vezes usam conceitos das ciências sociais (exemplos: suporte social, cultura, rede social, negociação) sem integrá-los num esquema rigoroso de análise dos aspectos culturais envolvidos em cada caso. O uso superficial desses conhecimentos não contribuiria no seu desenvolvimento teórico ou no julgamento clínico;

- a análise da experiência dos pacientes em estar com um problema de saúde poderia ser integrada sistematicamente ao processo de avaliação clínica. Sobre esse aspecto, o autor destaca a possibilidade da criação de mini-etnografias:

"A criação de mini-etnografias da experiência dos pacientes sobre o problema de saúde é baseada na interpretação das narrativas do paciente e da família sobre o problema." (Kleinman, 1988)

- essas mini-etnografias incluiriam a análise de vários aspectos do problema de saúde mental do indivíduo e a articulação de suas experiências com o contexto cultural em que ele está inserido. Nesse sentido, o psiquiatra deveria explorar sistematicamente as opiniões que o paciente tem sobre *"a etiologia, a razão para o início do problema naquele determinado período, a fisiopatologia, o curso e a expectativa e desejo de tratamento."* É importante também que o psiquiatra compare os modelos explicativos dos pacientes e de seus familiares com a própria visão da psiquiatria sobre os transtornos mentais. Esse processo tenderia a evitar possíveis conflitos no acompanhamento terapêutico.

O processo de formação dos psiquiatras no campo da psiquiatria cultural é discutido por Kleinman (1988) a partir das proposições de que o clínico deveria:

- adquirir um corpo de conhecimentos teóricos no campo da psiquiatria cultural;

- adquirir competências para o exercício de *"atitudes culturalmente informadas"*;

- realizar visitas às casas de pacientes, espaços da comunidade e agentes de ajuda não-médica (exemplo: curandeiros) procurados pelos pacientes.

Kleinman (1988) conclui que estamos diante de desafios metodológicos e políticos associados ao desenvolvimento e aplicação de estratégias culturalmente sensíveis na prática clínica em saúde mental. Ele lamenta que em muitos locais os psiquiatras não têm conhecimentos teóricos sobre esse campo nem tampouco trabalham em serviços com estrutura suficiente para a inclusão dessas técnicas no atendimento dos pacientes:

"A alternativa é o desafio enorme de criar uma metodologia clínica combinada que sustente tanto o tratamento da doença quanto a interpretação dos significados da illness. A realização desse objetivo requer a transformação da estrutura de cuidados oferecidos assim como as próprias características desses cuidados. O desafio é

desenvolver tanto uma metodologia clínica que facilite a realização de mini-etnografias e outras estratégias antropológicas (...) quanto um modelo de sistema de cuidados que proveja os psiquiatras do tempo, espaço e outros recursos necessários. O primeiro desafio é profissional, o outro é político." (Kleinman, 1988)

Num outro estudo sobre esse tema, Eisenbruch (1990) apresenta o desenvolvimento de um questionário denominado *"Mental Distress Explanatory Model Questionnaire"* (MDEMQ) visando explorar as concepções de pessoas de diferentes culturas sobre a causa dos problemas mentais.

Esse instrumento (MDEMQ) é composto de três partes:

I- Dados sócio-demográficos;

II- Questões abertas sobre as possíveis causas de problemas de saúde mental;

III- Lista com 45 itens correspondentes a possíveis causas de problemas de saúde mental.

Precedendo a aplicação do questionário, é apresentada uma vinheta ao respondedor com o objetivo de introduzir o tema e ilustrar alguns dos aspectos abordados. Nesse sentido, a vinheta explica que as pessoas podem apresentar problemas de saúde mental ao longo de suas vidas e descreve alguns dos sintomas dos transtornos mentais mais prevalentes.

O respondedor também recebe a orientação de que não existem respostas certas ou erradas e que ele deve preencher todos os itens do questionário mesmo que esteja em dúvida sobre sua opinião em determinados itens. Além disso, ele deve avaliar a intensidade com que cada item contribui para os problemas mentais a partir de uma escala com cinco níveis de segmentação (variando entre um item designado como *"não contribui nada"* até um item designado como *"contribui fortemente"*).

Os itens inseridos no questionário MDEMQ foram desenvolvidos a partir de informações provenientes de trabalhos no campo da antropologia médica (principalmente os estudos de Murdock *et al.*) (1978a, 1978b). Esses estudos descrevem uma ampla

variedade de concepções de causas para os problemas de saúde distribuídas dentro de duas categorias principais: causas naturais (stress, agressão física, deterioração orgânica, acidentes, infecções, alterações fisiológicas relacionadas a concepções ocidentais ou não-ocidentais) e causas sobrenaturais (causas místicas, animistas ou mágicas). No questionário MDEMQ, cada uma dessas subcategorias foi desenvolvida em itens adicionais levando ao total de 45 itens.

Eisenbruch (1990) relata a experiência de aplicação desse questionário em 261 pessoas num estudo conduzido na Austrália. Os sujeitos do estudo eram na sua maioria estudantes universitários australianos mas a amostra incluía também um pequeno número de estudantes imigrantes. Os resultados do questionário foram submetidos à análise multidimensional que possibilitou a separação das concepções de causas dos problemas mentais em quatro categorias: stress, alterações fisiológicas ocidentais, alterações fisiológicas não-ocidentais e causas sobrenaturais. Essa classificação foi subdividida da seguinte forma:

- **stress:** dividida em três subgrupos - a) dificuldades financeiras, desemprego e eventos negativos durante a vida; b) trabalho ou estudo excessivos, interrupção de relacionamentos e conflitos familiares; c) acidente ou doença física;
- **alterações fisiológicas ocidentais:** dividida em dois subgrupos - a) lesão no cérebro, idade avançada e problemas genéticos; b) alterações químicas no cérebro, ter o "sangue ruim" ou o "nervo ruim";
- **alterações fisiológicas não-ocidentais:** não é subdividida - desequilíbrio de humores, estar "quente", movimentos do vento no corpo e alimentação inadequada. Essas causas também incluíram ter o "sangue ruim" e alterações químicas no cérebro;
- **causas sobrenaturais:** divididas em três subgrupos - a) causas místicas (violação de tabus, carma, astrologia, violação de determinadas regras sociais); b) animistas (perda da alma, efeito de espíritos); c) causas mágicas (magias intencionais ou involuntárias).

Essas quatro categorias foram delineadas ao longo de duas dimensões a partir da associação entre conjuntos de itens. Essa estrutura permitiu a construção das seguintes comparações: dimensão 1 - alterações fisiológicas ocidentais e stress *versus* alterações fisiológicas não-ocidentais e causas sobrenaturais; dimensão 2 - alterações fisiológicas ocidentais e não-ocidentais *versus* stress e causa sobrenaturais.

A partir dos resultados obtidos nessas análises, Eisenbruch (1990) sugere que:

- as pessoas podem apresentar múltiplas causas para os problemas de saúde mental;

- alguns determinados conjuntos de causas podem ser agrupados como: alterações fisiológicas ocidentais, alterações fisiológicas não-ocidentais, stress e causas sobrenaturais;

- dicotomias tradicionais como causas naturais *versus* causas sobrenaturais ou concepções ocidentais *versus* concepções não-ocidentais são insuficientes para apreender a complexidade dos padrões de causas explicativas associadas aos problemas de saúde mental. Apenas uma análise incorporando várias dimensões de causas pode compreender esse processo.

Esse estudo (Eisenbruch, 1990) propõe também que distinções entre grupos de causas podem não ser tão nítidas em sociedades multiculturais, ou seja, imigrantes trazem consigo determinados sistemas de crenças que são misturados com representações vigentes nas culturas hospedeiras. As características dessa mistura variam de acordo com o grau de aculturação dos indivíduos e o tipo de diferenças iniciais entre as duas culturas envolvidas. Conforme sugerido acima, essa mistura não pode ser resumida através da idéia de simples incorporação de uma categoria sobre outra (por exemplo, causas naturais sobrepondo-se às "antigas" causas sobrenaturais) no processo de aculturação. Esse processo parece ser muito mais complexo incluindo as quatro categorias descritas no estudo em diferentes proporções de interação.

Eisenbruch (1990) acrescenta que avaliações dos modelos de causa para problemas de saúde mental são muito pouco realizadas pelos psiquiatras. O autor ressalta que a obtenção do padrão de causas explicativas de cada paciente pressupõe a realização de perguntas específicas sobre esse tema. Apesar do questionário MDEMQ não substituir trabalhos de campo ou entrevistas detalhadas, ele poderia ser utilizado como um instrumento breve e culturalmente sensível na prática clínica. De acordo com Eisenbruch (1990), a exploração sistemática das causas explicativas apresentadas pelos pacientes para seus problemas poderia ajudar os psiquiatras em várias situações clínicas: melhor avaliação diagnóstica de crenças culturalmente determinadas (principalmente em relação a sintomas psicóticos), entendimento de sistemas de crenças favoráveis ou prejudiciais ao tratamento, adequação de intervenções psicoterápicas familiares ou individuais e melhora da adesão ao tratamento.

Weiss (1997) apresenta um estudo com muitas implicações para o modelo de Formulação Cultural do Caso. Nesse trabalho, o autor empreende uma revisão dos avanços nas pesquisas relacionadas ao instrumento denominado *"The Explanatory Model Interview Catalogue"* (EMIC) desenvolvido originalmente para estudos culturalmente sensíveis da lepra e de transtornos mentais (Weiss *et al.*, 1992).

Segundo Weiss (1997), a construção desse instrumento foi motivada pela ausência de métodos coerentes para realização de pesquisas visando compreender as experiências dos pacientes com problemas de saúde. O autor descreve limitações relacionadas tanto a estudos epidemiológicos (perspectiva ética) quanto antropológicos (perspetiva êmica). Nesse sentido, um método que incorporasse estratégias complementares poderia beneficiar ambas as disciplinas:

> *"Comparações epidemiológicas, que poderiam negligenciar a complexidade da experiência da illness e estudos antropológicos, que poderiam carecer de poder analítico para testar hipóteses referentes as relações entre fatores de risco e doenças, ambos têm limitações, indicando a necessidade de métodos de pesquisa que tirem proveito dos aspectos complementares das duas disciplinas."* (Weiss, 1997)

Dentro desse referencial, o EMIC foi construído no formato de uma entrevista semi-estruturada visando propiciar uma análise que combina técnicas quantitativas de operacionalização de dados com análises qualitativas de narrativas.

Outras duas características do EMIC também o diferenciam de outros instrumentos padronizados utilizados rotineiramente em pesquisas epidemiológicas de saúde mental: o fato dele ser um instrumento flexível admitindo adaptações em seu roteiro básico para aplicação em diferentes contextos culturais; e o fato dele ter sido desenvolvido originalmente na Índia e só posteriormente ter sido adaptado para uso em países ocidentais.

O roteiro básico operacional a partir do qual o EMIC se organiza é o seguinte:

I- Padrões de sofrimento: problemas relatados e aflições; consideração de um nome para o problema, sintomas e expectativa de evolução; impacto sociológico, social e econômico; estigma, exposição e auto-estima, expectativa de casamento e relações conjugais;

II- Causas percebidas: alimentos; fatores psicológicos; fatores sanitários e de higiene; infecções, problemas de saúde prévios, fatores constitucionais; desequilíbrio humoral; forças mágico-religiosas; hereditariedade; experiência sexual, retribuição de ações prévias;

III- Procura de ajuda e tratamento: suporte familiar e remédios caseiros; médicos particulares e clínicas públicas; profissionais de saúde (sistema médico ocidental); curadores tradicionais; experiências passadas e preferências atuais;

IV- Crenças gerais sobre problemas de saúde: modelos explanatórios e abordagem de significados culturais de outros problemas de saúde; relacionamento entre mente e corpo;

V- Questões específicas sobre doenças: idéias sobre problemas de saúde distintos da experiência pessoal dos problemas apresentados.

Alguns aspectos metodológicos associados a este roteiro básico são:

- **capacitação introdutória:** o entrevistador deve utilizar um estilo empático, fornecer explicações sobre a natureza das questões, explicar que o objetivo das questões é saber as opiniões e experiências relacionadas ao problema de saúde e que, devido a isso, não há respostas certas ou erradas. Recomenda-se ainda o uso de pequenos exemplos ou vinhetas quando o entrevistador julgar necessário;

- **questões abertas:** apresentadas no início de cada módulo objetivando estimular o entrevistado a descrever livremente o que é mais relevante na sua experiência pessoal;

- **questões estruturadas:** apresentadas após as questões abertas visando focalizar especificamente determinadas categorias de interesse. Essa estratégia tem como objetivo minimizar erros e omissões: se o pesquisador não perguntar diretamente sobre determinadas categorias de interesse, ele não pode assumir que algum aspecto específico (da apresentação do problema, de causas percebidas ou da procura de ajuda) não esteja inserido na experiência do indivíduo. No caso da presença de múltiplas variáveis associadas a uma determinada categoria de interesse, a exploração da primeira e da principal variável também é valorizada;

- **elaboração narrativa:** elaboração das respostas correspondentes ao conjunto de questões do EMIC num contexto narrativo.

Weiss (1997) demonstra otimismo quanto a possibilidade de estabelecer conexões entre o significado das experiências subjetivas dos indivíduos e variáveis clínicas e epidemiológicas das doenças estudadas:

> *"Nós esperamos poder ser capazes de comparar modelos explanatórios - ou, mais precisamente, componentes de modelos explanatórios - com dados evolutivos, clínicos e epidemiológicos para determinar a importância prática dos significados da illness. Ainda que muitos de nossos interesses não tenham sido um problema para estudos etnográficos visando caracterizar o conjunto de experiências de illness numa comunidade, eles eram*

sérios problemas que poderiam prejudicar nossos objetivos de avançar uma epidemiologia cultural elucidando as interrelações entre componentes de modelos explanatórios e as diversas variáveis clínicas." (Weiss, 1997)

Como exemplo dessa possibilidade, o autor refere que o primeiro estudo utilizando o instrumento EMIC (Weiss *et al.*, 1992) demonstrou que pacientes que acreditavam numa causa humoral para a lepra (desequilíbrio entre quente e frio) apresentavam uma melhor adesão ao tratamento quando comparados a pacientes que consideravam outras causas para o problema (carma, causas psicossociais e mesmo causas "médicas" como infecção ou contaminação). Outro dado obtido nesse estudo (Weiss *et al.*, 1992) foi que pacientes leprosos que acreditavam numa causa associada a noção de carma tinham significantemente mais co-morbidade com transtorno depressivo que os pacientes com outras causas percebidas. Além disso, foi apresentada a idéia de que a crença do paciente em relação a causas percebidas não precisa ser necessariamente congruente com a do cuidador de saúde para que a ajuda seja aceita e efetivada.

Na conclusão de seu estudo, Weiss (1997) destaca que os conhecimentos obtidos no desenvolvimento do EMIC poderiam alicerçar pesquisas e treinamentos clínicos relacionados ao construto Formulação Cultural.

Lloyd *et al.* (1998) apresentam o desenvolvimento de uma entrevista denominada *"Short Explanatory Model Interview"* (SEMI) a partir da avaliação de que as entrevistas de formulação cultural apresentadas na literatura eram longas e não operacionais para uso clínico. Além dessa dificuldade, essas entrevistas seriam de difícil utilização em pesquisas com dados epidemiológicos. Segundo Lloyd *et al.* (1998), o SEMI foi desenhado para ser um instrumento simples, de aplicação fácil e rápida (tempo estimado de 30 a 45 minutos), que não utiliza linguagem técnica e que possibilita um treinamento também simplificado de entrevistadores. A composição do SEMI inclui cinco módulos além de vinhetas de *"desordens mentais comuns"*:

I- **Background pessoal e cultural:** dados demográficos, família, amigos, relacionamentos, trabalho, dinheiro, moradia, vida social, religião, política, história de vida, identidade, crenças e práticas culturalmente específicas;

II- Natureza do problema: razões para a consulta, nome do problema, causas percebidas, consequências e severidade do problema, efeitos no corpo, emoções, mobilidade, rede social, vida doméstica, trabalho, finanças;

III- Procura de ajuda: procura de ajuda biomédica, fontes alternativas não médicas;

IV- Interação com médicos e curadores tradicionais: função, expectativa, satisfação;

V- Crenças relacionadas a saúde mental e illness.

As três vinhetas incluídas no SEMI são: depressão, somatização e fobia. A vinheta correspondente ao diagnóstico de depressão é apresentada a seguir:

- **Vinheta A do SEMI (depressão):** *"Sra. J, 29 anos, solteira, dois filhos. Eles vivem de caridades e benefícios do estado. Ela sente falta de energia, perda de peso, não está dormindo adequadamente e se sente muito mal pela manhã. Ela também sente que não tem auto-confiança e que o futuro não reserva nada para ela. Às vezes, quando ela não está com as crianças, ela se pergunta se valeria a pena continuar. Seus parentes a visitam de tempos em tempos mas eles não podem ajudar no cuidado com as crianças."* (Lloyd *et al.*, 1998)

As questões formuladas para o entrevistado a partir da vinheta são: Qual, se existe algum, é o problema? Ela tem um problema de saúde? Se ela tem, qual é? Quais são as causas do problema dela? O que ela deveria fazer nesse caso? Ela deveria procurar um médico?

O uso do SEMI é exemplificado por Lloyd *et al.* (1998) num estudo quantitativo comparando quatro populações de mulheres com provável morbidade psiquiátrica detectada a partir da aplicação dos instrumentos padronizados General Health Questinnaire-12 (GMQ-12) (Goldberg, 1978) e Clinical Interview Schedule (CIS-R) (Lewis *et al.* 1992).

As populações estudadas foram: mulheres britânicas brancas, britânicas afro-caribenhas, britânicas asiáticas de origem indiana e mulheres africanas no Zimbabwe.

Os autores realizaram uma tradução rigorosa da entrevista para os idiomas shona (Zimbabwe) e hindu (britânicas de origem indiana) com ênfase na utilização de técnicas de tradução e re-tradução (back-translation) visando obter equivalências conceituais. Os termos e conceitos específicos do idioma shona foram apreendidos a partir de estudos êmicos prévios realizados no Zimbabwe (Patel *et al.* 1995a, 1995b).

Os resultados do trabalho de Lloyd *et al.* (1998) são apresentados a partir do padrão de respostas dos grupos de mulheres estudadas:

- sintomas físicos inespecíficos foram mais comuns no grupo do Zimbabwe;
- apresentação de problemas de saúde baseados em queixas psicológicas foram raras em todos os grupos;
- uma proporção maior do grupo de britânicas asiáticas referiu não saber a causa do problema de saúde;
- a consideração de dificuldades sociais ou interpessoais como causa explicativa do problema foi referida com maior frequência pelo grupo do Zimbabwe;
- uma proporção maior do grupo de britânicas asiáticas apresentava a expectativa de melhora do problema baseada em medicações;
- uma proporção maior de britânicas brancas manifestou o desejo de conhecer seu diagnóstico e receber explicações sobre seu problema de saúde;
- uma parcela significativa do grupo do Zimbabwe procurou ajuda em "curas espirituais" ou utilizou "remédios naturais" na tentativa de resolver seu problema;
- a crença em espíritos e em magia negra foi referida numa proporção maior no grupo do Zimbabwe;
- o reconhecimento dos casos apresentados nas vinhetas como problemas de saúde mental foi baixo em todos os grupos (aplicado apenas para os três grupos na Inglaterra).

Na conclusão do estudo, os autores apresentam-se confiantes sobre a capacidade do SEMI responder aos objetivos para os quais ele foi desenvolvido:

> *"Nós não fazemos inferências etiológicas sobre as diferenças de respostas apresentadas nesses dados, porém, nós acreditamos que os dados mostram que esse instrumento tem a capacidade de identificar variações nas crenças e expectativas dos pacientes sobre illness e seus tratamentos de maneira breve, eficiente e confiável."* (Lloyd *et al.*, 1998)

O último trabalho analisado nesse item diz respeito ao artigo de Lewis-Fernandez (1996) que inaugurou uma seção específica para Formulações Culturais ("Seção de Casos Clínicos") na revista *"Culture, Medicine and Psychiatric"*.

De acordo com Lewis-Fernandez (1996), duas linhas de pesquisa são de fundamental importância para o desenvolvimento do campo da psiquiatria cultural:

- estudos epidemiológicos abordando as chamadas síndromes ligadas a cultura (exemplos: ataque de nervos, transe, susto, neurastenia);
- estudos objetivando valorizar a análise da cultura no processo de avaliação e tratamento de pacientes com problemas mentais. Esse esforço incluiria o desenvolvimento de etnografias clínicas baseadas em casos (Formulação Cultural do Caso).

Lewis-Fernandez (1996) destaca o trabalho de um grupo de pesquisadores visando incluir questões da psiquiatria cultural no DSM-IV. As principais conclusões desse trabalho recomendavam a inclusão de:

- um guia de Formulação Cultural no início do manual DSM-IV;
- considerações culturais sobre as várias categorias diagnósticas ao longo do texto;
- um resumo de quatro casos clínicos submetidos a formulação cultural visando ajudar a familiarizar os psiquiatras com o processo de Formulação Cultural;
- uma seção denominada *"Glossary of Cultural Syndromes and Idioms of Distress"*.

Lewis-Fernandes (1996) relata que os organizadores do DSM-IV modificaram ou descartaram grande parte dessas propostas. Assim, o guia de Formulação Cultural foi publicado juntamente com o *"Glossary of Cultural Syndromes and Idioms of Distress"* em versões resumidas num pequeno apêndice no final do manual. Os casos ilustrativos propostos foram totalmente descartados. O autor afirma que esses procedimentos contribuíram para manter a Formulação Cultural como um processo exótico e incompatível com as posições universalísticas do DSM-IV:

> *"O efeito de unificar essas propostas foi exotizar a Formulação Cultural que agora parece relevante apenas para "Síndromes Ligadas a Cultura" entre grupos étnicos não-ocidentais, mais do que um processo de avaliação aplicável a qualquer paciente de qualquer contexto cultural."* (Lewis-Fernandes, 1996)

O formato do guia traduzido como *"Plano para Formulação Cultural"* apresentado no DSM-IV (1995) inclui o seguinte roteiro básico:

I- Identidade cultural: grupo cultural de referência, linguagem, fatores culturais no desenvolvimento do indivíduo, envolvimento com a cultura de origem, envolvimento com a cultura hospedeira;

II- Explicações culturais para a illness: idiomas predominantes de sofrimento e categorias locais de illness, significado e severidade dos sintomas em relação a normas culturais, causas percebidas e modelos explanatórios, experiências de procura de ajuda;

III- Fatores culturais relacionados ao ambiente psicossocial e níveis de funcionamento: estressores psicossociais, suportes sociais, níveis de funcionamento e disfuncionalidades;

IV- Elementos culturais do relacionamento clínico-paciente: diferenças sócio-culturais entre o clínico e o paciente, avaliação dos problemas que essas diferenças poderiam causar no acompanhamento clínico;

V- Avaliação cultural geral: discussão de como essa avaliação cultural influencia o diagnóstico psiquiátrico e os cuidados oferecidos para o paciente.

Alguns outros aspectos relacionados ao processo de Formulação Cultural apresentados por Lewis-Fernandes (1996) são:

- valorização da análise de fatores intra-culturais;

- valorização de métodos que permitam uma elaboração narrativa (o construto denominado Formulação Psicodinâmica (Perry *et al.*, 1987) é considerado um modelo nesse sentido) e;

- entendimento de que um guia como o apresentado no DSM-IV deve ser utilizado de maneira diversificada para cada paciente, ou seja, determinados aspectos ou questões devem ser mais valorizadas em cada caso.

Lewis-Fernandez (1996) acrescenta que o processo de Formulação Cultural representa, na verdade, um grande desafio relacionado a possibilidade de apreender o complexo mundo cultural dos pacientes durante o trabalho clínico em saúde mental. Esse autor acredita que o processo de Formulação Cultural poderia alicerçar estudos visando *"... propiciar aos clínicos uma metodologia concreta para incorporar a análise cultural em suas avaliações e tratamentos..."*.

No capítulo referente aos métodos, os aspectos relativos à integração dos estudos apresentados nesse módulo no desenvolvimento de uma Entrevista de Formulação Cultural do caso são detalhados. É importante assinalar que esses estudos (à exceção do guia de Formulação Cultural do DSM-IV) não constituem roteiros de Formulação Cultural para aplicação direta na prática clínica. No entanto, pelo fato de explorarem fatores sócio-demográficos e modelos explanatórios dos indivíduos através de entrevistas e elaborações narrativas, eles reúnem um importante material para o desenvolvimento de propostas de Formulação Cultural.

1.3. O PROCESSO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL

Nas últimas décadas, diversos estudos têm procurado enfocar aspectos teóricos associados à entrevista psiquiátrica e técnicas de aplicação de entrevistas na avaliação clínica de pacientes em saúde mental (Mackinnon & Michels, 1981; Leff & Isaacs, 1990).

Harry Sullivan, um dos autores pioneiros nesse campo de pesquisa, define a entrevista psiquiátrica da seguinte maneira:

> *"... uma situação de comunicação primariamente vocal num grupo de dois, mais ou menos voluntariamente integrado, numa base especialista-cliente progressivamente desdobrada para o propósito de elucidar padrões característicos de vida da pessoa entrevistada, o paciente ou cliente, padrões que experimenta como particularmente perturbadores ou especialmente valiosos, e de cuja revelação espera obter algum benefício."* (Sullivan, 1983)

Sullivan (1983) apresenta a entrevista psiquiátrica como uma situação específica de relacionamento interpessoal num determinado contexto. Essa situação de encontro clínico é discutida pelo autor a partir de reflexões sobre aspectos práticos do trabalho psiquiátrico e considerações técnicas referentes ao processo de entrevista.

Uma das propostas de Sullivan (1983) é a estruturação da entrevista psiquiátrica em quatro *"estágios"* sucessivos:

- **princípio formal:** apresentação do médico e comunicação da queixa principal;
- **reconhecimento:** período em que o paciente expõe livremente o problema que motivou a consulta;
- **interrogatório detalhado:** questionamento sobre aspectos da vida sócio-familiar do paciente, antecedentes pessoais e familiares, exame físico e exame psíquico;
- **interrupção:** parte final da entrevista onde o médico deve revisar brevemente os aspectos centrais da história clínica e do tratamento recomendado.

Sullivan (1983) enfatiza também a necessidade do psiquiatra (entrevistador) reconhecer e explorar fenômenos interpessoais e movimentações psicológicas inerentes a situação de encontro clínico. Alguns aspectos destacados nesse sentido são a ansiedade, os componentes não verbais da entrevista e alguns aspectos específicos da comunicação entre o paciente e o entrevistador.

Um tópico particularmente importante para o presente trabalho é denominado: *"O Uso de Transições na Entrevista"*. De acordo com Sullivan (1983), o psiquiatra pode se *"movimentar"* na entrevista transitando entre determinadas questões e enfoques. O autor propõe a expressão *"transição suave"* para designar situações onde o entrevistador deseja abordar um assunto relacionado a alguma afirmação precedente do entrevistado. Nessa situação, o psiquiatra *"movimenta-se de uma coisa para outra bastante suavemente, de maneira que a outra pessoa sinta que trata-se de um interrogatório colaborativo muito claro"*. A expressão *"transição acentuada"* é apresentada para definir mudanças mais agudas de direção entre assuntos não intimamente relacionados durante o encontro clínico. Esse processo seria utilizado visando obtenção mais objetiva de informações ou delimitação temporal da entrevista. A expressão *"transição abrupta"* é apresentada como uma técnica menos comum na prática clínica onde são introduzidas questões de forma repentina com o objetivo de modular situações de ansiedade durante a entrevista.

O psiquiatra Sá Júnior (1988) define a entrevista psiquiátrica como *"um conjunto de procedimentos semiológicos e psicoterápicos, representando um meio para o diagnóstico e tratamento de doentes mentais ou verificação da higidez psíquica."*

De acordo com esse autor, a entrevista psiquiátrica desenvolve-se dentro de situações sociais determinadas (por exemplo, em serviços públicos, em consultórios particulares, etc.) e é diretamente influenciada pelos fatores presentes em cada contexto.

Sá Júnior (1988) apresenta uma série de considerações acerca das condições estruturais de realização de uma entrevista psiquiátrica (ambiente físico, paralisações da entrevista, posição relativa entre o médico e o paciente no interior do consultório).

A partir do esquema geral de estruturação da entrevista psiquiátrica proposto por Sullivan (1983), Sá Júnior (1988) apresenta vantagens e desvantagens relacionadas ao grau de estruturação dos roteiros de anamnese psiquiátrica. Assim, anamneses muito rígidas seriam "massificantes" e dificultariam a apreensão de particularidades apresentadas pelos pacientes. Em compensação, seriam mais operacionais e de aplicação mais fácil por profissionais com menos experiência ou dispondo de menos tempo. Por sua vez, anamneses mais livres poderiam levar a omissões de dados além de produzirem informações com menor potencial de aplicação em pesquisas epidemiológicas. O autor defende uma espécie de combinação entre as estratégias, ou seja, a utilização de um esquema de tópicos gerais associada a uma grande flexibilidade nas questões formuladas em cada tópico.

De acordo com Sá Júnior (1998), as entrevistas psiquiátricas podem ser classificadas em dois aspectos funcionais:

- **aspecto semiológico:** colheita sistemática de sintomas (*"manifestações elementares espontâneas das doenças"*) e sinais (*"dados elementares das doenças que são provocados pelo examinador utilizando procedimentos padronizados"*). Esse aspecto da entrevista psiquiátrica envolve a consideração da investigação clínica de cada paciente em particular e a contribuição de cada caso analisado para o conhecimento psiquiátrico geral. Nesse contexto, a investigação de cada caso teria os seguintes objetivos: estabelecimento do diagnóstico, instituição de uma terapêutica e avaliação do prognóstico. O autor ressalta a complexidade do diagnóstico psiquiátrico a partir da idéia de diferentes dimensões explicativas desse processo: diagnóstico dos sintomas, identificação sindrômica, identificação dos fatores etiológicos ou predisponentes e diagnóstico nosológico.

Sá Júnior (1988) lembra também que o paciente pode apresentar seu problema numa sequência diferente do roteiro utilizado pelo psiquiatra. Essa liberdade de apresentação da narrativa deve ser valorizada cabendo apenas ao profissional impedir repetições e trivialidades no discurso. Além disso, o profissional deveria formular as questões da maneira mais informal possível visando facilitar a compreensão do paciente;

- **aspecto psicoterápico:** o autor destaca a necessidade do médico estabelecer uma *"aliança terapêutica"* com o paciente e apresentar uma atitude empática e voltada para o apoio psicológico. Além disso, é valorizado o respeito pela individualidade e liberdade do paciente incluindo-se nessa dimensão, o aumento de sua autonomia:

> *"Via de regra, o entrevistador ajuda o paciente a ver as consequências das decisões que pretende tomar; discute com ele as alternativas de ação e explicita suas enunciações, removendo ou minimizando seu conteúdo emocional. Contudo, não deve decidir por ele, ainda que solicitado a fazê-lo. O paciente deve ser responsável por suas decisões; faz parte do trabalho do psiquiatra aumentar seu grau de liberdade e a amplitude de sua iniciativa."* (Sá Júnior, 1988)

Sá Júnior (1988) finaliza seu trabalho destacando a importância de se manter uma atitude permanentemente crítica em relação ao modo como se realiza entrevistas psiquiátricas. Nesse sentido, o principal questionamento seria a forma de aplicação de um roteiro de entrevista com pontos fixos de orientação mas que ao mesmo tempo fosse flexível o suficiente para apreender a riqueza das experiências singulares de cada paciente.

Dractu (1996) considera a questão da dicotomia objetividade *versus* subjetividade na psiquiatria contemporânea a partir da análise das classificações psiquiátricas atuais (CID-10, 1993 e DSM-IV, 1995). Segundo esse autor, essa dicotomia prossegue sendo fundamental na psiquiatria e apresenta desdobramentos na prática clínica em saúde mental.

Dractu (1996) argumenta inicialmente que a psiquiatria contemporânea procura estabelecer-se como uma psiquiatria "objetiva" a partir de uma série de ações:

- busca de consenso nosológico;
- reivindicação de equiparação científica com as demais especialidades médicas;
- expansão das neurociências;
- valorização de métodos empíricos de pesquisa;
- uso crescente de escalas e avaliações psicométricas.

O autor problematiza esse ideal de objetividade ressaltando o progressivo questionamento da idéia essencialista de objetos independentes de observadores a partir de pesquisas desenvolvidas no campo da física. Dessa forma, a interação do observador com o objeto de pesquisa passa a ser reconhecida e a idéia de que o observador influencia o observado durante o processo de experimentação científica se expande em direção a diferentes disciplinas. Essa transformação é resumida da seguinte forma:

> *"Ao medir um objeto, o observador interage com o objeto, de modo que este se revela não como ele é, mas sim em função de como é medido."* (Dractu, 1996)

Dractu (1996) avança essa discussão inicial para a avaliação da fenomenologia. Nesse sentido, o autor considera o posicionamento de Jaspers acerca de sintomas psicopatológicos objetivos (exemplo: atividade motora) e subjetivos (exemplo: alucinações). Dractu (1996) afirma que sintomas objetivos e subjetivos estão sempre presentes em conjunto dentro da visão fenomenológica. Assim, a doença mental descrita apenas de maneira "objetiva" (por exemplo, através de escalas ou critérios diagnósticos rígidos) não corresponderia *"à doença mental tal qual experimentada pelos pacientes e tratada pelos médicos na prática clínica"*.

O processo de avaliação diagnóstica padronizada é analisado por Dractu (1996) em relação a algumas de suas vantagens (uniformização terminológica, referência para estudos e intercâmbio de informações) e desvantagens (estrutura rígida e incorporação de categorias diagnósticas controversas). De acordo com esse autor, sistemas de classificação como a CID-10 (1993) e o DSM-IV (1995) *"excluem aspectos individuais e subjetivos do processo diagnóstico"*. Essa crítica se estende às entrevistas estruturadas e às escalas de avaliação que acompanham o modelo dos sistemas classificatórios.

Dractu (1996) refere-se aqui a uma questão de difícil resolução: como abranger no processo de formulação diagnóstica o que há de generalizável e o que há de individual em cada caso clínico. Segundo esse autor, haveria uma tendência na psiquiatria contemporânea a excluir e ignorar os aspectos individuais de cada caso valorizando-se, em oposição, dados clínicos generalizáveis associados aos critérios das classificações diagnósticas.

Dractu (1996) defende a superação dessa postura simplista que enfatiza aspectos objetivos e generalizáveis valorizando uma postura de *"exploração do indivíduo e de seu contexto"*. Além disso, a separação entre aspectos objetivos e subjetivos na prática clínica é considerada *"arbitrária e sujeita a inconsistências"* no sentido de que mesmo quando lida com aspectos supostamente objetivos, é o clínico que atribui sentido e organiza suas características. O autor defende o reconhecimento da importância primordial da subjetividade na prática clínica em psiquiatria:

> *"... pode-se perfeitamente defender o argumento de que, em última análise, o exame psiquiátrico corresponde a um exercício de subjetividade em sua totalidade. Por esse prisma, a escolha de um componente à custa da exclusão de outro não passa de um artefato, simplesmente."* (Dractu, 1996)

Essa análise relaciona-se diretamente ao problema da neutralidade na prática clínica. O autor refere-se à psiquiatria clínica como uma atividade que contém uma intenção a partir de seu processo central, ou seja, a entrevista psiquiátrica buscando o diagnóstico e a intervenção sobre o transtorno mental:

> *"Em psiquiatria clínica, onde o modelo médico é adotado, a observação do paciente não pode ser neutra porque tem uma intenção: a formulação diagnóstica, que representa a base da intervenção terapêutica."* (Dractu, 1996)

Dractu (1996) também aborda a questão das entrevistas psiquiátricas considerando inicialmente uma divisão entre entrevistas abertas (empregadas preferencialmente quando não se procura realizar um diagnóstico médico) e entrevistas estruturadas (consideradas tanto para uso clínico como em atividades de pesquisa). Os aspectos fundamentais das entrevistas seriam a estrutura da anamnese (roteiro básico de categorias de interesse) e a atitude empática do psiquiatra em relação ao paciente.

A estrutura proposta por Dractu (1996) para as entrevistas psiquiátricas é apresentada a seguir:

- **Anamnese psquiátrica:** identificação, origem e motivo do encaminhamento, queixa e duração, história pregressa da moléstia atual, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, história médica, antecedentes psiquiátricos, uso de medicamentos, álcool ou drogas, história forense, personalidade pré-mórbida, exame físico;

- **Exame do estado mental:** apresentação e comportamento, discurso, afetividade e humor, conteúdo do pensamento, sensopercepção, funções cognitivas (consciência, orientação, atenção e concentração, memória, inteligência), juízo e crítica, reação do entrevistador ao paciente;

- **Formulação clínica:** organização das informações colhidas num processo de raciocínio clínico que permita a *"elaboração do diagnóstico e a definição do tratamento"*. Esse processo envolveria cinco fases: descrição do caso, diagnóstico diferencial, fatores etiológicos, manejo clínico e prognóstico.

Botega e Dalgalarrondo (2002) apresentam alguns aspectos relacionados a entrevista psiquiátrica enfatizando o contexto de atendimento clínico em hospitais gerais (situações de interconsulta e emergência).

Esses autores advogam que o psiquiatra utilize uma técnica denominada *"escuta ativa"* incluindo algumas considerações sobre o ambiente físico da entrevista, a atitude do profissional em relação ao paciente e a forma como o psiquiatra poderia utilizar silêncios e perguntas nas situações clínicas.

Nesse sentido, um dos aspectos valorizados é a utilização inicial de questões abertas (*"fase de exploração livre"*) precedendo questões mais diretivas visando organizar e complementar a história clínica.

Botega e Dalgalarrondo (2002) destacam ainda a necessidade de se obter equilíbrio entre uma postura "objetiva" (pragmática) e uma postura "subjetiva" (profunda). Em relação a esse aspecto, determinados questionamentos (principalmente associados a uma compreensão psicodinâmica do caso) devem estar condicionados a obtenção prévia de uma história clínica adequada e de um posicionamento empático e respeitoso do profissional no campo da entrevista.

Os estudos revisados nesse capítulo foram selecionados visando sintetizar alguns aspectos da discussão sobre esse tema na literatura e abranger os tópicos relativos a entrevista psiquiátrica explorados mais adiante no capítulo dedicado à análise e discussão das Formulações Culturais.

1.4. O AMBIENTE URBANO CONTEMPORÂNEO NUMA PERSPECTIVA CULTURAL

O conceito de cultura utilizado nessa pesquisa deriva do campo de saber denominado antropologia interpretativa. O antropólogo Clifford Geertz, no contexto da histórica discussão sobre o conceito de cultura, procura construir uma concepção mais adequada desse termo a partir da superação de uma perspectiva iluminista de entendimento do homem. Essa perspectiva estaria associada a uma concepção estratificada do ser humano onde fatores constitutivos biológicos e universais poderiam ser separados nitidamente de fatores culturais. Essa visão iluminista de uma natureza humana desvinculada de contextos culturais levou pesquisadores de diferentes disciplinas à procura de "fatores universais" do homem num processo que se fundamentava em supostas regularidades estruturais ou funcionais de organização sócio-cultural.

Geertz (1978) descarta essa concepção estratificada do homem considerando que os "fatores universais" podem, na verdade, exprimir categorias vazias de significado. A idéia de complementaridade entre esses níveis é defendida da seguinte forma:

> *"... o caminho para uma melhor compreensão do biológico, do psicológico e do sócio-cultural não passa pela disposição deles numa espécie de hierarquia da cadeia do ser, estendendo-se do físico e do biológico até o social e o semiótico, com cada nível emergindo e dependendo do que está mais embaixo (...) Constituindo uns aos outros e reciprocamente construtivos, eles devem ser tratados como tais – como complementos, não níveis, como aspectos, não entidades, como paisagens, não domínios."* (Geertz, 2000)

Sobre esse aspecto, Geertz (1978) apresenta a idéia de que, se há um fator universal no ser humano, ele estaria ligado à capacidade e necessidade que o homem tem de apoiar suas experiências em símbolos significantes, diferenciando-se, sob esse aspecto, enquanto espécie.

Numa discussão sobre a possibilidade das emoções serem constituídas culturalmente, Geertz (2000) argumenta que a experiência ontogenética de sentir um número variado de emoções é universal, porém, *"a questão é como essas emoções (...)*

passam a ter a força, a pertinência e o efeito que têm." Num outro trecho, o autor acrescenta:

> *"A questão não é se os seres humanos são organismos biológicos com características intrínsecas(...) A questão é como devemos entender esses fatos indiscutíveis ao explicarmos rituais, analisarmos ecossistemas, interpretarmos sequências fósseis ou compararmos línguas."* (Geertz, 2000)

A proposta de Geertz (1978) para uma definição de cultura inclui a desconstrução dessa visão essencialista da mente e da natureza humana e a inclusão desses conceitos numa perspectiva que envolve processos associados a "mecanismos simbólicos":

> *"... Quando vista como um conjunto de mecanismos simbólicos para controle do comportamento, fontes de informação extra-somáticas, a cultura fornece o vínculo entre o que os homens são intrinsecamente capazes de se tornar e o que eles realmente se tornam, um por um. Tornar-se humano é tornar-se individual, e nós nos tornamos individuais sob direção dos padrões culturais, sistemas de significados criados historicamente em termos dos quais damos forma, ordem, objetivo e direção às nossas vidas."* (Geertz, 1978)

Avançando nessa discussão, o antropólogo Otávio Velho (1997) propõe um resumo das muitas transformações ocorridas insidiosamente no campo da antropologia nas últimas décadas:

- desconfiança crescente quanto a referência à totalidades fechadas que pressupõem relações permanentes entre suas partes e o exterior;

- revisão da noção de cultura por concepções menos reificadas que levem em conta uma dinâmica de permanente *"invenção"* cultural pela ação humana;

- reaparecimento das noções de hibridismo e sincretismo;

- ênfase crescente nos processos e nas interconexões concretas, quase como uma retomada do difusionismo, mas ganhando relevo as contingências, as negociações e os acordos entre os grupos sociais;

- mudanças na concepção de pessoa (idéia de *"complexidade"* abalando a noção de uma identidade fixa);

- procura de novos recortes etnográficos (por exemplo, apoiados em estilos de consumo ou etnicidades);

- acentuação do papel da reflexividade na constituição e reconstituição das identidades sociais;

- revisão da relação entre as noções de "social" e "cultural".

Dentro desse contexto, o estudo das chamadas sociedades complexas cresce vertiginosamente deslocando o objeto da antropologia (ou ao menos acrescentando como objeto da antropologia) um "outro" que vai além da representação das alteridades tradicionalmente reconhecidas. Dessa forma, começa a prevalecer a idéia de não se considerar apenas a diferença do exótico (culturas historicamente reconhecidas como exóticas ou diferentes) mas também a diferença presente no contato com indivíduos de qualquer grupo cultural.

De acordo com Otávio Velho (1997), esse processo estaria associado a procura do limite sobre o que *"tornar estranho"* dentro das grandes cidades (sociedades complexas), procura que inclui a questão das unidades de recorte social, as noções de subcultura e rede social e a valorização da subjetividade de cada indivíduo como instância produtora de sentido/cultura.

Alguns outros autores apresentam estudos detalhados sobre o impacto dos processos de transformação vigentes no mundo contemporâneo nas ciências sociais. O sociológo francês Alain Touraine aborda no livro *"Poderemos Viver Juntos? Iguais e Diferentes"* (1999) o desafiador problema da articulação entre os processos de homogeneização e de diversidade cultural. No início de sua obra, Touraine (1999) apresenta uma visão das características do mundo contemporâneo a partir da idéia de aumento das conexões culturais e da crise de instituições produtoras de normas e controle social:

> *"As informações, como os capitais e as mercadorias, atravessam as fronteiras. O que estava distante se aproxima e o passado torna-se presente (...) tudo se mistura; o espaço e o tempo estão comprimidos. Em vastas partes do mundo, os controles sociais e culturais estabelecidos pelos estados, pelas igrejas, pelas famílias ou pelas escolas se enfraqueceram e a fronteira entre o normal e o patológico, o permitido e o proibido, perde a sua nitidez."* (Touraine, 1999)

Touraine (1999) apresenta, a partir dos trabalhos de Giddens (1991) e Beck (1986), a idéia de modernidade associada a alguns elementos gerais de análise como, por exemplo, a circulação instantânea de capitais e informações pelo mundo, a substituição de perspectivas de certeza e ordem por outras envolvendo dúvida e risco e uma condição denominada reflexividade (capacidade de transformar práticas a partir da geração de conhecimentos). Essa última dimensão é valorizada numa proposta de caracterização das sociedades atuais como sociedades de intervenção ou "baixa modernidade".

Essas características do mundo contemporâneo são também associadas a uma situação de valorização da identidade pessoal enquanto instância produtora de sentido, e simultaneamente, ao reconhecimento de que os indivíduos estão diante de experiências desintegradas que os desafiam no processo dinâmico de constituição dessas identidades:

> *"... descobrimos que aquilo que se chamava sociedade se desinstitucionaliza, é transbordada ou atravessada por redes (networks) e por mercados e que paralelamente o autor descobre sua individualidade (...) A reconstrução do que se pode chamar de identidade pessoal (self identity) não se faz pela identificação a uma ordem global, econômica, natural ou religiosa, mas pelo reconhecimento da dissociação dos elementos que outrora formavam uma experiência integrada."* (Touraine, 1999)

Dessa forma, os indivíduos são chamados a abandonar uma identidade definida apenas pela *"posição ocupada num sistema social"* e associada a comportamentos específicos em direção ao reconhecimento de suas potencialidades enquanto atores sociais criativos. A imagem utilizada para representar esse processo é a de uma *"bricolagem"* (combinação de elementos) que seria manipulada de forma a estruturar um *"espaço de liberdade"*.

Touraine (1999) antecipa uma objeção ao seu trabalho, no sentido de que o indivíduo não poderia esquivar-se das forças estruturais básicas de dominação econômica e social vigentes sobre grande parte da humanidade. O autor responde rejeitando a idéia de um *"homem social"* resultante dessas dominações e acredita na possibilidade de um individualismo reflexivo como forma de existência na articulação entre o local e o global. Denuncia ainda as forças da *"comunidade"* e do *"mercado"* como elementos de pilhagem da subjetividade humana:

> *"... se me recuso a identificar o sujeito com um ser coletivo, nação, classe ou igreja, denuncio a ilusão daqueles que reduzem a sua liberdade à da livre escolha do consumidor (...) a dominação dos mercados e a das ditaduras comunitárias são as duas faces do mesmo fenômeno, a tentativa de destruição do sujeito por sistemas, políticos ou econômicos, cuja lógica é sempre o reforço do poder e a autonomização crescente em face de toda intenção, de todo controle, de toda subjetividade."* (Touraine, 1999)

Num outro trecho de sua obra, Touraine (1999) refere-se a questão das unidades culturais na sociedade moderna afirmando que devido a pluralidade e ao dinamismo dessas sociedades, elas não podem ser reduzidas a uma composição de comunidades homogêneas portadoras de cultura ou códigos de conduta isolados:

> *"Nada está mais distante do multiculturalismo do que a fragmentação do mundo em espaços culturais, nacionais ou regionais estranhos uns aos outros, obsediados por um ideal de homogeneidade e de pureza..."* (Touraine, 1999)

É destacada ainda a necessidade de reconhecimento do dinamismo dos processos culturais em oposição a busca de uma essência ou princípio específico:

> *"... as culturas são construções que se transformam constantemente ao reinterpretar experiências novas, o que torna artificial a busca de uma essência ou alma racional, ou ainda a redução de determinada cultura a um código de condutas."* (Touraine, 1999)

Touraine (1999) conclui problematizando algumas idéias relacionadas ao conceito de sociedade multicultural. Nesse sentido, ele defende que uma situação de pluralidade sócio-cultural possa se opor à uma *"colonização cultural"* caracterizada pela imposição de estilos ou formas de vida. Reconhece, porém, que as culturas não são e nem poderiam ser isoladas e que um relativismo cultural extremo produz efeitos bastante

negativos sobre as culturas. Propõe ainda que a combinação em vários níveis entre a *"unidade e a diversidade, a troca e a identidade, o presente e o passado"* pode ser um caminho possível para construção de sociedades multiculturais democráticas.

Carlos (1997) também refere-se a questão da dicotomia homogeneização *versus* diversidade cultural a partir da análise do *"lugar"* como ponto de articulação entre essas duas dimensões na modernidade:

> *"Permeado pelo fugaz e pelo efêmero enquanto traços da modernidade, que anula fronteiras, o lugar aparece como um fragmento do espaço onde se pode apreender o mundo moderno. Uma vez que o mundial não abale o local. O lugar se produz na articulação contraditória entre o mundial que se anuncia e a especificidade histórica do particular."* (Carlos, 1997)

Destacando a questão da fragmentação no mundo contemporâneo, Carlos (1997) estabelece uma conexão entre a fragmentação espacial e a fragmentação da vida como um todo, no sentido de que a atomização do espaço social estaria associada a separação dos indivíduos e a profundas alterações em mecanismos de interação social:

> *"A socialização da sociedade prossegue enquanto rede de relações cada vez mais densa e eficaz, e ao mesmo tempo constata-se o isolamento da consciência individual, agravando-se o desconhecimento do próximo. Como exemplo podemos citar o abrandamento das relações de vizinhança que o processo de verticalização da cidade leva ao extremo e a diminuição das festas populares na cidade."* (Carlos, 1997)

Nesse processo, os lugares poderiam ser entendidos como espaços concretos de relações temporárias e fragmentadas sendo utilizados pelas pessoas de acordo com suas apropriações particulares num contexto de individualismo exacerbado.

Sánches (1997) entende a modernidade como *"processos e situações sociais que incorporam ou mostram tendência a introduzir algo de novo"*; referindo-se aqui às inovações sociais, econômicas e tecnológicas. Nesse sentido, esse autor localiza nas áreas urbanas o local por excelência de geração e concretização de processos associados a modernidade, já que as cidades reúnem pressupostos básicos (materiais e funcionais) para essas realizações:

> *"A cidade metrópole representa uma unidade sócio-territorial com potencialidade para garantir as economias de aglomeração tecnológica e de escala como mercado, capaz de suportar a criação-difusão-absorção da modernidade e consequentemente, de ser o nó sócio-territorial de modernidade."* (Sánches, 1997)

Augé apresenta no livro *"Não Lugares: Introdução a uma Antropologia da Supermodernidade"* (1994) uma interessante discussão sobre as transformações dos objetos da antropologia na contemporaneidade. O mundo contemporâneo é caracterizado pelo autor através de uma situação de *"supermodernidade"* associada a transformações da percepção do tempo, do espaço e do indivíduo. Essas transformações exigiriam da antropologia *"uma reflexão renovada e metódica sobre a categoria da alteridade"*.

Augé (1994) destaca o estudo do outro como a base do campo de investigação antropológica. Uma das especificidades desse campo seria a possibilidade de estudar o outro em vários sentidos e dimensões: o outro exótico (não-ocidental), o outro étnico ou cultural, o outro social e o *"outro íntimo"* (associado a individualidade dentro de um determinado grupo).

Abordando a questão das transformações relacionadas ao indivíduo, Augé (1994) afirma que nas sociedades ocidentais atuais, os indivíduos colocam-se em situações de *"interpretar por e para si mesmo as informações que lhe são entregues"*. Nesse sentido, por exemplo, membros de uma determinada religião podem frequentá-la à sua maneira. O autor fala de uma *"individualização de procedimentos"*:

> *"... nunca as histórias individuais foram tão explicitamente referidas pela história coletiva, mas nunca, também, os pontos de identificação coletiva foram tão flutuantes. A produção individual de sentido é, portanto, mais do que nunca necessária."* (Augé, 1994)

Augé (1994) defende a importância de se valorizar a discussão sobre a questão do objeto precedendo a questão do método na antropologia da contemporaneidade (*"precedência do objeto"*). Nesse sentido, o autor problematiza a questão das referências individuais (quais são as estratégias individuais pelas quais os homens traçam *"itinerários particulares"* constituindo identidades e relações) e a questão da singularidade de unidades de análise no mundo contemporâneo (quais os recortes, grupos ou pertinências que podem

constituir universos significativos de análise nas sociedades atuais. O autor afirma que esses recortes seriam *"contrapontos"* de uma situação de homogeneidade cultural).

Augé (1994) advoga ainda contra o processo de reificação das culturas (ressaltando aqui a complexidade e o dinamismo intra e inter-cultural) e admite uma posição dos indivíduos simultaneamente singular e relacional a partir de três níveis de identidade: identidade partilhada (grupo mais amplo), identidade particular (um determinado grupo específico) e identidade singular (indivíduo dentro de um grupo).

Essas considerações ajudam a alicerçar a discussão central trazida por Augé (1994) nesse texto, ou seja, a apresentação do conceito de *"não-lugar"* como um novo objeto da pesquisa antropológica. O *"não-lugar"* corresponderia a espaços não-relacionais, não-identitários e não-históricos que seriam produzidos no mundo contemporâneo em sobreposição aos *"lugares antropológicos"* (Marcel Mauss, 1966).

O antropólogo italiano Massimo Canevacci (1996) utiliza o termo sincretismo para resumir os processos de transformação cultural vigentes no mundo contemporâneo. A cultura é apresentada aqui numa dimensão complexa e fragmentada:

> *"O sucesso das perspectivas sincréticas deve-se à irrupção das temáticas antropológicas nos principais solos da contemporaneidade, graças as modificações introduzidas ao que é o seu adjetivo qualificativo disciplinar: a cultura. Essa já não é vista como algo unitário, que compacta e liga entre si indivíduos, sexos, grupos, classes, etnias; mas sim é algo de bem mais plural, descentrado, fragmentário, conflitual."* (Canevacci, 1996)

De acordo com Canevacci (1996), o conceito de sincretismo seria mais adequado que o conceito de aculturação - tradicionalmente utilizado pela antropologia - para descrever o contato entre culturas. A dinâmica desse contato envolveria a combinação, seleção, transformação e recombinação de elementos culturais, além da *"coexistência ou justaposição de elementos considerados incompatíveis"*. Sobre a questão da possibilidade de homogeneização cultural no mundo contemporâneo, o autor prefere imaginar um cenário onde forças contraditórias se sobrepõem:

> *"Assumimos a hipótese de que antes de incolor homologação, a fase atual desenvolve uma forte tensão, descentrada e conflitual entre globalização e localização: ou seja, entre processos de unificação cultural – um conjunto serial de fluxos universalizantes – e pressões antropofágicas "periféricas" que descontextualizam, remastigam, regeneram."* (Canevacci, 1996)

Num outro trecho de seu livro, Canevacci (1996) defende a idéia do sincretismo como uma *"antropologia da mudança"* valorizando as transformações, as transições e o hibridismo entre diferentes sistemas culturais. Outro aspecto abordado pelo autor diz respeito a questão da identidade. Canevacci (1996) questiona a idéia de uma identidade fixa, unitária e constante em favor de uma situação de *"pluralização do eu"* que se encontraria exposto a múltiplos elementos intra e inter-culturais:

> *"A subjetividade (...) é perceptível como plural. A obsessão por uma identidade sedentária e imóvel, compacta e única é desmanchada numa afirmação de possíveis pluralidades de identidade no interior do mesmo sujeito."* (Canevacci, 1996)

O antropólogo brasileiro Gilberto Velho apresenta trabalhos muito importantes para essa revisão, entre os quais o livro *"Projeto e Metamorfose: Antropologia das sociedades complexas"* (1994). Nessa obra, esse autor destaca que o fenômeno da urbanização tornou as metrópoles *"o local de trânsito e interação da maioria dos indivíduos no mundo contemporâneo"*. Além da transformação no local de interações predominantes, o modo como elas se concretizam faz com que a idéia de pertencimento a uma determinada cultura única e homogênea seja relativizada. Nesse sentido, a presença de fragmentações nas relações sociais propicia *"a possibilidade dos indivíduos transitarem entre diferentes universos simbólicos entrelaçados"*.

A partir do relato de um episódio de transe reunindo espontaneamente um grande número de pessoas numa metrópole brasileira, Gilberto Velho (1994) apresenta uma série de conceitos utilizados na discussão sobre as características das chamadas sociedades complexas. Ele nos remete inicialmente aos autores de estudos clássicos da Sociologia Urbana como Georg Simmel e Robert E. Park. A partir desse referencial, Velho (1994) admite que trabalhos qualitativos de vários cientistas sociais incluindo Howard S. Becker (1963), Everett Hughes (1971), Lloyd Warner (1963) e Robert Redfield (1968) propiciaram avanços na abordagem teórica das grandes cidades:

"Esses cientistas sociais, estudiosos da sociedade urbana, mostraram, entre outros fatos, a existência de redes de relações – networks – que atravessam o mundo social de modo horizontal e vertical. Ou seja, por mais significativas e inclusivas que pudessem ser categorias como família e parentesco, bairro e vizinhança, origem tribal e/ou étnica, grupos de status, estratos e classes sociais, registravam-se circulação, interação sociais associadas a experiências, combinações e identidades particulares, individualizadas." (Gilberto Velho, 1994)

Alguns dos aspectos destacados por Gilberto Velho (1994) aprofundam idéias associadas ao dinamismo e a fragmentação das experiências nos grandes centros urbanos:

- A compreensão das sociedades complexas exigiria estratégias flexíveis capazes de apreender a multiplicidade de *"experiências e papéis"* vivenciados pelos indivíduos transitando nesse contexto:

"Os indivíduos transitam (nas sociedades complexas) entre os domínios do trabalho, do lazer, do sagrado, etc., com passagens às vezes quase imperceptíveis. Estão na intersecção de diferentes mundos, repetindo Simmel. Podem a qualquer momento transitar de um para o outro, em função de um código relevante para suas existências... Os indivíduos vivem múltiplos papéis, em função dos diferentes planos em que se movem, que poderiam parecer incompatíveis sob o ponto de vista de uma ótica linear..." (Gilberto Velho, 1994);

Caberia aqui a idéia de uma *"gramaticalidade"* desse trânsito, ou seja, a sintaxe dos itinerários simultâneos e sucessivos dos quais os indíviduos tomam parte;

- As sociedades contemporâneas seriam situações-limites em relação a essas características que estariam presentes em todas as sociedades:

"... o caso da sociedade moderna-contemporânea aparece como limite em relação à multiplicidade e fragmentação de papéis e domínios..." (Gilberto Velho, 1994);

- A *"coexistência de diferentes mundos"* ou *"domínios"* seria um processo constitutivo da dinâmica das sociedades complexas. Os indivíduos poderiam atuar diferentemente em cada um desses domínios (variação do grau de *"adesão"* ou *"comprometimento"* em relação às diferentes posições presentes em sua trajetória);

- Os conceitos de *"projeto"* e *"campo de possibilidades"* ajudariam a compreender as trajetórias dos indivíduos através de domínios mais ou menos conflituosos:

"O projeto no nível individual lida com a performance, as explorações, o desempenho e as opções, ancoradas a avaliações e definições da realidade... Campo de possibilidades trata do que é dado com as alternativas construídas do processo sócio-histórico e com o potencial interpretativo do mundo simbólico da cultura." (Gilberto Velho, 1994);

- Os indivíduos manteriam uma identidade básica disponível em momentos *"estratégicos"* de suas trajetórias:

"...os indivíduos, mesmo nas passagens e trânsito entre domínios e experiências mais diferenciadas, mantém, em geral, uma identidade vinculada a grupos de referência e implementada através de mecanismos socializadores básicos contrastivos, como família, etnia, região, vizinhança, religião, etc. A tendência a fragmentação não anula certas âncoras fundamentais que podem ser acionadas em momentos estratégicos." (Gilberto Velho, 1994);

- O termo *"metamorfose"* poderia ser utilizado como um símbolo dessas múltiplas transições no mundo simbólico associadas a um processo permanente de construção e desconstrução de identidades:

"A metamorfose de que falo possibilita, através do acionamento de códigos, associados a contextos e domínios específicos – portanto, a universos simbólicos diferenciados - que os indivíduos estejam sendo permanentemente reconstruídos." (Gilberto Velho, 1994);

- O ser humano transcenderia as dimensões biológica e psicológica da existência e incorporaria necessariamente o processo simultâneo de construir e ser (des)construído pela realidade (cultura):

"O trânsito entre os diferentes mundos, planos e províncias é possível, justamente, graças à natureza simbólica da construção social da realidade (...) Assim, eles não se esgotam numa dimensão biológico-psicologizante, mas se transformam não por volição, mas porque fazem parte, eles próprios, do processo de construção social da realidade..." (Gilberto Velho, 1994).

No livro *"Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning"* (1992), o antropólogo social Ulf Hannerz procura compreender quais são os processos subjacentes a circulação de significados pessoais e coletivos nas sociedades contemporâneas. Um primeiro aspecto a ser ressaltado nesse trabalho é a apresentação da cultura como um processo dinâmico envolvendo a dicotomia: internalização de significados pelos indivíduos e externalização de significados para o espaço público. Hannerz (1992) utiliza a metáfora de uma corrente fluvial para referir-se a um *"fluxo de significados"* que circularia de maneira contínua e ilimitada entre a mente dos indivíduos e o ambiente externo:

> *"Mais precisamente, o fluxo ocorre no tempo e tem direção. Como um todo, ele não tem fim, as externalizações dependem de prévias interpretações que dependem de prévias externalizações. E as externalizações que ocorrem agora irão gerar interpretações que, por sua vez, levarão a posteriores externalizações no futuro."* (Hannerz, 1992)

Dentro desse modelo, Hannerz (1992) define a cultura distinguindo três dimensões complementares e inter-relacionadas:

- processos mentais pertencentes ao indivíduo: corresponde a uma dimensão de produção de significados (idéias, crenças, experiências, valores);
- formas de externalização de significados: diferentes maneiras através das quais os homens tornam públicos os significados (rituais, músicas, gestos, etc.);
- distribuição social de significados: maneira como os significados produzidos e externalizados são distribuídos socialmente.

Hannerz (1992) se coloca numa posição intermediária ao avaliar a relação entre o indivíduo (criador e transformador de significados) e uma determinada estrutura sócio-econômica que impõe a ele um *"fluxo cultural"* específico. Na visão desse autor, o indivíduo teria liberdade e capacidade de atuação apenas relativa a partir de uma posição básica na estrutura social. Hannerz (1992) chama essa posição de *"perspectiva"*, termo que guarda semelhanças com o conceito de *"habitus"* desenvolvido pelo sociólogo Pierre Bourdieau (1984). De acordo com Hannerz (1992):

> *"As pessoas manejam significados de onde elas estão na estrutura social. A todo momento, o indivíduo está envolvido por um fluxo culturalmente moldado de significados disponíveis no meio externo, e esse fluxo influencia seu ordenamento de experiências e intenções. Contudo, o indivíduo não é meramente um recipiente passivo de toda sorte de significados disponíveis e ele não apenas contempla os significados na tranquilidade de sua mente."* (Hannerz, 1992)

A idéia de negociação permanente do indivíduo com o fluxo cultural que se apresenta a cada momento também é enfatizada e estaria associada a uma *"razão prática"* utilizada pelos indivíduos para selecionar significados relevantes de acordo com o contexto:

> *"Ao mesmo tempo em que ele* [o indivíduo] *está começando a formar uma concepção dele mesmo e do mundo, do que é desejável e não desejável, ele também está ativamente envolvido em negociar praticamente, intelectualmente e emocionalmente sua situação particular. Então, ele irá interessar-se especialmente pelos significados que parecem estar relacionados às suas próprias experiências e planos e ao seu envolvimento com outras pessoas, por um lado, e às suas necessidades e interesses materiais, por outro (...) Sua razão prática tem uma fundação cultural mas como ele a estende sobre os significados existentes, suas formas podem variar ou mudar. Os significados são usados como equipamentos e no manejo dos mesmos há um forte componente de relevância e intencionalidade."* (Hannerz, 1992)

Hannerz (1992) situa essa discussão sobre *"fluxo cultural"* e manejo de significados no contexto da diferenciação entre as chamadas sociedades de pequena escala e as sociedades complexas. Nesse sentido, algumas características das sociedades de pequena escala seriam: situações constantes de compartilhamento público de significados, membros limitados a um determinado espaço geográfico, interações face-a-face, pequena divisão do trabalho, pequenas distâncias sociais e poucas barreiras naturais de comunicação (*"fluxo através de muitos canais"*) caracterizando uma situação definida como *"intersubjetividade maçica"*. Por outro lado, as sociedades complexas contemporâneas apresentariam sistematicamente espaços de não-compartilhamento de significados, grande divisão de trabalho e de conhecimento, comunicação desigual e fragmentada, relacionamentos rápidos e definidos em campos estreitos e possibilidade de comportamentos dos indivíduos moldados por fatores que frequentemente os outro desconhecem.

Hannerz (1992) não nega a existência de processos não-uniformes e também "complexos" nas sociedades de pequena escala, porém, sugere a existência de uma maior variedade e fragmentação de fontes e fluxos culturais atuando num *"complicado relacionamento entre cultura, tecnologia e espaço"* nas sociedades complexas. Essas diferenças são sintetizadas através da dicotomia *"transparência"* (sociedades de pequena escala) *versus "externalizações opacas"* (sociedades complexas):

> *"Diferenças entre os pontos de vista das pessoas em combinação com a segmentalidade e a maior distância dos muitos relacionamentos associa-se a um contexto pleno de externalizações culturais opacas, ao contrário da nítida transparência das sociedades de pequena escala."* (Hannerz, 1992)

Hannerz (1992) argumenta aqui que o estudo da cultura nas sociedades complexas deve tentar apreender o dinamismo desses processos de trânsito de significados:

> *"Nós deveríamos entender tanto a maneira como as pessoas constróem seus próprios significados quanto a maneira como elas tomam significados dos outros (...), nós deveríamos mencionar as maneiras como o compartilhamento cultural pode ser estabelecido mas também as maneiras como tipos e graus de não-compartilhamento são construídos dentro das culturas. Mais do que nos concentrarmos naquilo que é persistente, nós deveríamos perguntar, outrossim, como variações temporais são construídas dentro do processo cultural."* (Hannerz, 1992)

Uma outra variável analisada por Hannerz (1992) diz respeito ao repertório de papéis possivelmente desempenhados pelos indivíduos numa dada sociedade. Ele advoga que as sociedades complexas demandariam um número maior de papéis sociais associados a divisão do trabalho, as atividades domésticas e familiares, as atividades de lazer e a possibilidade de rápidos deslocamentos no espaço físico:

> *"Cada indivíduo tem muitos ou todos esses papéis que são desempenhados simultaneamente dentro de seu repertório (...) Gênero, idade ou etnicidade frequentemente são a base de tais conjuntos de papéis recorrentes, porém, se o conjunto não é compacto, pode haver muitas variações entre os papéis do repertório..."* (Hannerz, 1992)

É importante considerar que Hannerz (1992) admite que o conceito de *"perspectiva"* englobaria esse conjunto de papéis determinados em cada momento da biografia do indivíduo. Além disso, ele considera a existência de uma variação na atribuição de pesos a cada papel e um certo direcionamento, ao longo do tempo, para o desempenho de determinadas competências e papéis específicos (tendência a homogeneização de perspectivas). O autor estende esse modelo de perspectivas individuais em direção a um entendimento da cultura como um processo de interação entre esses múltiplos papéis. A expressão *"rede de perspectivas"* é utilizada para definir esse processo extremamente complexo de interações que estariam na base da criação, externalização e comunicação de significados entre os indivíduos.

Avançando nessa discussão, Hannerz (1992) apresenta a questão do tamanho de uma unidade social necessária (que *"carregue"* um fluxo cultural suficiente) para ser definida como cultura. Nessa discussão, é introduzido o conceito de subcultura a partir das noções apresentadas por Hughes (1961) (*"grupo de pessoas com um pedaço de vida em comum"*) e Cohen (1955) (*"indivíduos com problemas de ajustamento que encontram-se em interação"*). Hannerz (1992) ressalta que essas abordagens priorizam a distinção cultural e a estabilidade interna de determinado subgrupo objetivando produzir *"etnografias internas"* das subculturas. Nesse sentido, Hannerz (1992) se propõe a ampliar o entendimento dessa questão a partir do estudo da combinação entre as especificidades e características intrínsecas das subculturas com os aspectos relacionais que as mesmas apresentam em relação ao exterior (outras subculturas, cultura de forma mais ampla).

Um dos aspectos analisados aqui refere-se à ambiguidade associada ao prefixo "sub" que pode significar um simples segmento de uma cultura, algo subordinado a uma cultura mais ampla ou ainda algo *"alternativo"* (fora dos padrões da cultura dominante). Hannerz (1992) utiliza preferencialmente o primeiro tipo de concepção apresentada (subcultura como segmento de uma cultura mais ampla) acrescentando as seguintes considerações a essa discussão:

- a decisão de quando um determinado grupo de indivíduos reúne um compartilhamento social de significados suficiente para definir uma subcultura é arbitrária;

- as pessoas podem estar totalmente envolvidas em determinada subcultura ou estarem envolvidas apenas através de um ou alguns dos papéis sociais presentes em seu repertório. Nesse sentido, as pessoas podem apresentar um grau variado de comprometimento com determinada subcultura, ou seja, o grau de compartilhamento de significados com os demais membros pode ser muito variado;

- as subculturas podem ser entendidas como mais ou menos inclusivas. As subculturas mais inclusivas seriam aquelas que possibilitariam uma integração mais fácil de significados específicos compartilhados com o restante dos significados apresentados pelos indivíduos;

- a noção da cultura como um *"mosaico de subculturas"* distintas e homogêneas internamente não é adequada. Na verdade, Hannerz (1992) defende que essa idéia representaria um modelo oposto ao seu entendimento da dinâmica das subculturas. O autor questiona a homogeneidade interna das subculturas argumentando que o pertencimento de um indivíduo a determinada subcultura não deve ser analisado a partir da verificação da presença ou não de determinados significados especificamente compartilhados. Esse pertencimento estaria mais relacionado a frequência, forma e relevância da utilização desses significados. Dessa maneira, não haveria fronteiras nítidas demarcando subculturas mas sim, núcleos de significados em torno dos quais os indivíduos circulariam de forma variada e dinâmica ao longo do tempo. Nesse trecho, Hannerz (1992) afirma ainda que os trabalhos sobre subculturas enfatizam o estudo naturalizado desses núcleos em detrimento das formas como os indivíduos utilizam esses significados e das *"fronteiras"* desses universos culturais;

- a ênfase nas características distintivas de cada subcultura levou a noção de que determinadas pessoas estariam envolvidas em alguma subcultura e outras não. Hannerz (1992) defende que todos fazemos parte de subculturas compartilhando sutilmente significados distribuídos de maneira fragmentada nas sociedades complexas;

- de acordo com o grau de generalização de compartilhamento de significados, podemos pensar em termos de subgrupos dentro de subculturas. Num nível mais profundo, um conjunto restrito de relacionamento social pode apresentar uma certa mudança qualitativa em relação aos significados compartilhados por determinada subcultura. Nesse nível, experiências diretas entre poucas pessoas em determinados locais e eventos podem estar associadas ao desenvolvimento de pequenos universos sociais com algum grau de compartilhamento social. Para compreender melhor esse processo, Hannerz (1992) propõe o uso do termo *"microcultura"*.

Magnani (1998), no texto *"Transformações da Cultura Urbana nas Grandes Metrópoles"* apresenta uma discussão muito rica sobre os processos e estratégias utilizadas pelos indivíduos para organizar sua vida cotidiana dentro das grandes cidades. Nessa discussão, ele procura um enfoque adequado para tentar apreender a experiência urbana, a forma de utilização dos espaços na cidade e o modo como interações sócio-culturais se concretizam nesse contexto. De acordo com esse autor, os estudos abordando a cultura urbana levam inequivocamente a conclusões relacionadas a *"deterioração dos espaços e equipamentos públicos, com a consequente privatização da vida coletiva, segregação, evitação de contatos face-a-face, confinamento em ambientes e redes sociais restritos"*. Magnani (1998) acredita que apesar dessas características estarem presentes, uma outra dimensão que ele denomina *"boas práticas urbanas"* não é apreendida pelos pesquisadores devido ao enfoque macroscópico tradicionalmente utilizado:

> *"Esses enfoques, até por uma questão de escala, não conseguem captar o nível em que se dão os inúmeros exemplos da diversidade de estratégias locais de vida e sobrevivência em assentamentos urbanos..."* (Magnani, 1998)

Magnani (1998) propõe um enfoque mais detalhado capaz de captar novas formas de sociabilidade e organização de grupos além de uma discussão teórica que sustente esses achados. Nesse sentido, são apresentados conceitos como pedaço, trajeto, mancha, circuito e pórtico. O autor propõe ainda revisar a idéia de experiência urbana a partir das oposições rua/casa, comunidade/sociedade e público/privado ressaltando que os estudos mais recentes sobre cultura urbana apontam a transformação do *"espaço*

emblemático da vida nos grandes centros urbanos" da rua para os *"não-lugares"* (Augé, 1994).

Magnani (1998) destaca, no entanto, a persistência de uma experiência urbana genuína nas grandes metrópoles que se apresenta diluída numa situação de complexidade:

> *"... as experiências urbanas típicas das grandes cidades são resultado justamente da própria escala dessas metrópoles. Por certo sua complexidade impõe o conhecimento e manejo de determinados códigos que permitem o uso e aproveitamento dos recursos que oferece."* (Magnani, 1998)

Magnani (1998) procura qualificar a pluralidade e diversidade da cultura urbana através da idéia de *"padrões culturais"*. Esse conceito definiria as múltiplas situações de trânsito e trocas presentes nas sociedades complexas de maneira mais adequada que o conceito de subcultura:

> *"Assim como o homem do campo detém um conjunto de conhecimentos, informações e habilidades perceptivas que o capacitam a orientar-se e interpretar o meio em que vive, a socialização (formal e informal) do citadino dota-o de uma "competência" específica; tal é a "cultura urbana", em sentido estrito (e restrito). Na realidade, só o plural é que daria a essa expressão seu verdadeiro alcance. Não, entretanto, no sentido de "subculturas", próprias de guetos. A diversidade cultural, antes que uma soma ou agregado de usos e costumes, é um processo contínuo de trocas, trocas intensas proporcionadas pela existência de inúmeros padrões culturais que resultam continuamente em novos arranjos, combinatórias e experimentos."* (Magnani, 1998)

Magnani (1998) conclui enfatizando a riqueza e a complexidade da articulação entre o local e o global nas metrópoles contemporâneas:

> *"O trânsito entre o local e o global, entre o pequeno grupo e as grandes estruturas de comunicação, mostra que a metrópole abriga, paradoxalmente, o padrão aldeia (a lógica da comunidade, do pedaço, do contato próximo) e o da cidade (ênfase no anonimato, na multidão, na mistura). A grande cidade acolhe a "comunidade" mas impele a sair para a "sociedade": não se trata de escolher entre uma e outra, pois a característica da cultura e sociabilidade próprias da metrópole é a articulação entre ambas... Devidamente articuladas, essas duas dimensões permitem otimizar o uso da cidade em todas as suas possibilidades, contribuindo, ao lado de outras condições, para a tão desejada melhoria da qualidade de vida de seus moradores."* (Magnani, 1998)

O estudo de Duarte (1986) sobre a representação do *"nervoso"* nas classes trabalhadoras urbanas apresenta, além de um rico material etnográfico, contribuições importantes na discussão de questões relativas a cultura e a modernidade.

Duarte (1986) utiliza a definição de cultura apresentada por Velho e Viveiros de Castro (1978) no sentido de *"um conjunto de princípios (...) que definem um sistema que é comum ao grupo"*. Essa ênfase nos sistemas simbólicos ou nos *"modos de articulação do sentido"* levaria a uma mudança no foco dos trabalhos etnográficos: mais do que a apreensão de elementos concretos das culturas (comportamentos, rituais, obras de arte, etc.), o pesquisador buscaria apreender os mecanismos de significação dos indivíduos.

Nesse sentido, Duarte (1986) também descarta uma idéia substantivada da cultura para entendê-la como um processo flexível de atuação dos sistemas simbólicos. A partir dessa concepção, ele acrescenta que o termo cultura poderia ser utilizado em vários níveis no contexto geral das sociedades (o autor utiliza a expressão *"níveis de atualização dos sistemas simbólicos"*). Em cada nível, os indivíduos compartilhariam diferentes graus de significado. Os termos subcultura e tribo poderiam ser utilizados quando se deseja referenciar um determinado subgrupo em relação a um grupo cultural de maior tamanho. Os indivíduos poderiam ser analisados sob diferentes prismas de acordo com a amplitude e os aspectos relacionais do nível considerado.

Nesse contexto, expressões como cultura ocidental, cultura moderna, cultura das sociedades complexas, cultura tradicional, cultura erudita, cultura popular, cultura urbana, cultura operária e muitos outros qualificativos, designariam localizações dos indivíduos simultaneamente em diferentes níveis que poderiam ser objetivados de acordo com o interesse do pesquisador. Duarte (1986) desenvolve sua pesquisa objetivando a *"cultura das classes trabalhadoras urbanas"* que pode relacionalmente ser considerada como uma subcultura mas apresenta um universo de compartilhamento de significados que também pode ser delimitado num nível mais amplo (cultura).

A idéia de que múltiplos planos de identidade interagem em diferentes níveis através de processos de simbolização também é considerada por Duarte (1986) no contexto das sociedades complexas:

"As sociedades complexas vêem acrescentar-se a essa interação multifacetada entre simbolização, níveis e objetos de ancoragem/tematização, uma proliferação de planos de identidade dentro do mesmo marco cultural, uma tal produção e reprodução de diversificação tipológica, que a impressão geral obtida em nada favorece a percepção dos princípios de totalização/significação que as sustentam." (Duarte, 1986)

Duarte (1986) problematiza ainda a idéia de que a vida urbana é nociva para a saúde mental. Essa questão, estabelecida desde os primórdios da etnopsiquiatria, é considerada como objeto de abordagens imediatas, simplificadas e incluindo correlações lineares não-específicas. O autor defende uma avaliação mais detalhada dessa questão envolvendo, por exemplo, a vulnerabilidade de grupos urbanos específicos, os sintomas que estariam associados a essa vulnerabilidade e os aspectos da vida urbana verdadeiramente relacionados a esse processo. Para ilustrar esse ponto de vista, o autor apresenta alguns dados etnográficos de um estudo anterior (Duarte, 1978) sobre a experiência de pescadores e operários que apresentavam *"perturbações"* e as correlacionavam especificamente com determinadas condições de trabalho (exemplos: pescadores - isolamento, risco de acidentes; operários - barulho, perigo das máquinas).

O autor também critica uma postura reducionista que atribui as *"perturbações nervosas"* nos indivíduos das classes trabalhadoras urbanas apenas à questão da dominação e exploração por parte das classes dominantes. Ele acredita que essa postura seria uma reificação de categorias *"sócio-patológicas"* mal-estabelecidas e advoga a necessidade de *"afirmar a complexidade de que se reveste a experiência desses fenômenos (...) e a qualidade simbólica muito diversa pela qual se ordena e desenrola."*

Algumas conclusões do trabalho de Duarte (1986) são resumidas a seguir pelo fato de ajudarem na compreensão de aspectos clínicos associados à representação social dos problemas de saúde:

- idéia de uma gradação dos problemas de saúde mental considerando-se o grau de severidade dos mesmos, ou seja, a partir de uma condição de alteração próxima ao normal, evolui-se sucessivamente (no mesmo indivíduo ou numa situação comparativa entre os indivíduos) para condições progressivamente mais graves. De maneira geral, a loucura foi designada como a condição de

maior gravidade nesse espectro. A *"crise de nervos"* estaria numa posição no início do espectro e o *"nervoso"* (*"ser nervoso"*) numa situação intermediária. A atribuição de uma posição nesse espectro envolve avaliações mediadas socialmente sobre o tipo e a intensidade das perturbações apresentadas;

- caracterização da loucura através de algumas formas específicas de exteriorização do *"nervoso"* em locais públicos. É destacado que nem todo comportamento desse tipo é necessariamente associado a loucura mas principalmente aqueles que conjugam os aspectos de agressividade, espetacularidade e *"inconsciência"*. O autor detalha o caráter subjetivo da legitimação de determinado caso pela comunidade que poderá articular diversos reconhecimentos (espetáculo, encosto, crise de nervos, loucura, experiência espiritual) a partir da análise do grau de consciência e responsabilidade da pessoa acometida. Dessa forma, um julgamento de que o indivíduo está *"inconsciente"* ou *"fora de si"* poderá alavancar o reconhecimento da loucura ou de uma experiência espiritual autêntica. O reconhecimento de que o indivíduo está apenas parcialmente consciente se correlacionaria à chamada *"crise de nervos"*. O julgamento de que a consciência e a responsabilidade estão preservadas seria associado a uma condição de espetáculo ou *"encosto com encenação"*. Duarte (1986) adverte sobre o dinamismo envolvido nessa classificação considerando que nenhuma dessas possibilidades *"dispõe de uma realidade absoluta, havendo múltiplos modos de transposição de uma para outra, de confusão de limites ou de conflitos de classificação."*;

- reconhecimento de situações de ambiguidade relacionadas à avaliação dos *"hospícios"* e da internação psiquiátrica. Possibilidade de procura pela família (às vezes até contra a vontade do indivíduo) de uma internação psiquiátrica. Em outras situações, a família faria uma avaliação negativa de procedimentos realizados no hospital, criticaria alguns tratamentos como sendo violentos e reclamaria da dificuldade de entender os critérios psiquiátricos;

- avaliação de que os recursos terapêuticos religiosos apresentam uma grande complexidade e podem ser categorizados de acordo com suas características:

> *"A primeira grande divisão (...) é a das religiões que mantém uma ênfase "positiva" forte na corporalidade (como a umbanda e o pentecostalismo) e dispõem, portanto, de recursos simbólicos imediatos para lidar com as perturbações físico-morais; e a das religiões que enfatizam sua distância "ética" face ao mundo e ao corpo (como o catolicismo oficial e as denominações protestantes estabelecidas), abdicando em favor dos recursos laicos – médico-psiquiátricos ou psicológicos – da atenção às perturbações físico-morais."* (Duarte, 1986)

Essa separação, no entanto, é relativizada pelo autor que reconhece a presença da magia na vivência de fiéis de todas as religiões;

- verificação de que os indivíduos apresentaram representações médicas para os psiquiatras a partir do uso de expressões como *"médico de cabeça, médico de nervos, hospital de nervos, remédios de nervos."*

Além desses aspectos, Duarte (1986) desenvolve o conceito de *"estratégias múltiplas"* para compreender a procura por parte dos indivíduos de múltiplas situações de ajuda visando a resolução de seus problemas de saúde. Algumas características relacionadas a esse processo seriam:

- recursos terapêuticos podem ser procurados simultânea ou sucessivamente pelos indivíduos;

- os recursos procurados podem ser heterogêneos e contraditórios em relação a sua lógica de atuação. Nesse sentido, Duarte (1986) classifica os recursos terapêuticos em três tipos: tradicional-popular, religioso e médico psiquiátrico. É considerada a possibilidade do paciente procurar vários tipos de recursos dentro da sua estratégia de ajuda. Apesar do uso dessa classificação, o autor ressalta que ela é muito rígida e não capta situações de aproximação entre os tipos de ajuda e a heterogeneidade de cada tipo de recurso;

- os recursos terapêuticos são organizados conscientemente pelos indivíduos que *"... devem frequentemente tomar sérias decisões a respeito do curso e recursos de suas vidas e não ter nenhuma clareza sobre o que melhor pode lhes servir aos objetivos."* Nessa situação, o indivíduo levaria em conta não só sua possível experiência anterior na procura de recursos terapêuticos mas também uma avaliação comparativa das situações efetivamente disponíveis dentro de uma rede de ajudas em cada momento;

- apesar da multiplicidade de recursos terapêuticos e dos possíveis arranjos entre eles, existem algumas tendências de maior ou menor integração entre os conjuntos. Essas tendências se atualizam de forma variada em cada caso particular:

"É evidente que esse uso [dos recursos] *não é aleatório e que nem todas as combinações são possíveis e nem todas as famílias consideram legítimo apelar para qualquer forma terapêutica."* (Duarte, 1986);

- a procura de recursos terapêuticos pode ser agenciada pelo próprio indivíduo ou por alguns de seus familiares e conhecidos. Essa última situação é mais frequente quando o indivíduo acometido é julgado como *"inconsciente"* ou *"irresponsável"* e envolve muitas vezes a presença de conflitos entre vários agentes buscando legitimação para articular um ou mais recursos. A articulação de recursos religiosos é bastante comum nesses casos:

"Em situações limites de "inconsciência" ou "irresponsabilidade" as decisões incumbem a núcleos domésticos geralmente amplos, que abarcam pessoas que podem se encontrar aproximadas de "subsistemas de significação" diferentes (religiosos, sobretudo, evidentemente) e que procuram exercer nesse momento uma influência mais ampla sobre a família, atribuindo a seus recursos simbólicos próprios a eventual "cura" do parente. Essa "luta" se processa, aliás, mesmo quando a vítima é quem toma as decisões sobre si mesma – embora, neste caso, creio eu, em grau menor de explicitude." (Duarte, 1986);

- possibilidade de alternância do processo de *"estratégias múltiplas"* com um processo descrito pelo autor como de *"intensa conversão"*, ou seja, conversões religiosas seguindo-se a períodos onde o indivíduo apresentou sintomas de forma aguda. Duarte (1986) adverte que as *"crises de nervos"* estariam particularmente implicadas nesse processo.

Paula Monteiro (1985), no importante livro *"Da Desordem a Doença: A Magia na Umbanda"* também apresenta uma discussão sobre a construção simbólica do conceito de doença nas camadas populares da população brasileira. Estudando adeptos do culto umbandista, a autora dedica-se a destrinchar os aspectos valorizados pelos indivíduos como problemas de saúde e a maneira como eles apresentam esses problemas numa narrativa. Nesse contexto, ela verifica uma articulação complementar da medicina com a umbanda considerando, porém, num determinado nível, a supremacia do entendimento mágico-religioso para os problemas de saúde apresentados:

> *"O discurso da complementaridade entre a prática médica e a prática mágica desliza constantemente para a afirmação da supremacia desta última sobre a primeira. Na verdade a umbanda "complementa" o trabalho médico porque purifica o corpo das interferências espirituais. O médico pode preencher seu papel com maior eficiência quando recebe um corpo "limpo", isento de complicações de outra natureza."* (Monteiro, 1985)

A questão central do livro de Monteiro (1985) (doença *versus* desordem) é considerada a partir da afirmação de que a interpretação religiosa dos problemas de saúde não se baseia apenas na idéia de uma doença (interna, psicológica, intrínseca ao indivíduo) mas transcende esse conceito em direção a uma desordem que inclui fenômenos exteriores ao indivíduo e o vitimizam:

> "A *noção religiosa de doença articula a história individual do sujeito e as vicissitudes de suas relações interpessoais à causalidade sobrenatural a que está submetido."* (Monteiro, 1985)

A verificação de que um número crescente de novas terapias de caráter religioso passam a vigorar nas últimas décadas nos centros urbanos brasileiros (pentecostalismo, kardecismo, umbanda) pode ser considerada dentro dessa perspectiva.

Além de analisar a questão da relação desses saberes terapêuticos com a cultura dominante (caracterizada mais como uma situação de ambiguidade e ocupação de interstícios do que de oposição), Monteiro (1985) apresenta a idéia de que essas terapias religiosas seriam capazes de articular de maneira muito mais completa a questão da demanda de sentido associada a experiência de estar com um problema de saúde. Dessa forma, essas práticas transcenderiam o aspecto puramente técnico da cura em direção a um reordenamento simbólico mais amplo envolvendo os mais variados temas da experiência humana:

> *"Essa capacidade que o discurso religioso tem de "costurar" a multiplicidade de sensações e acontecimentos percebidos de maneira caótica e atomizada pelo indivíduo "doente" confere ao sistema mágico-religioso de cura uma abrangência muito mais ampla quando comparado ao sistema médico, pois situa os limites de sua atuação para além das finalidades técnicas da cura: por um lado, ao situar a doença dentro de um quadro mais geral, que é ao mesmo tempo o quadro da desorganização da pessoa, da ordem social e da ordem cósmica, o discurso religioso se torna capaz de arrancar o indivíduo do puro subjetivismo de sua dor."* (Monteiro, 1985)

Outro aspecto explorado nesse trabalho (Monteiro, 1985) diz respeito a análise da desagregação de práticas terapêuticas tradicionais vigentes no período colonial brasileiro. A partir desse período histórico, práticas associadas ao catolicismo popular, práticas de curandeiros, benzedores e feiticeiros deixam progressivamente de ocupar uma posição hegemônica sendo desestruturadas pela implantação de uma medicina científica normalizadora. O processo de urbanização e suas repercussões também é fortemente associado a essas mudanças. Nesse contexto, a autora destaca principalmente a desestruturação das práticas do chamado *"curandeiro tradicional"*:

> *"A desestruturação das relações locais provocadas por movimentos migratórios cada vez mais amplos, as novas condições de vida da cidade, a própria transformação do repertório tradicional das doenças com o aparecimento de males até então desconhecidos e resistentes (...) aos remédios da medicina rústica, e a grande expansão da Medicina universitária, inclusive no meio rural, são fatores que atuaram no processo de desarticulação do sistema de conhecimento do curandeiro."* (Monteiro, 1985)

Pereira (1987) ressalta a necessidade da incorporação de contribuições advindas das ciências sociais na medicina visando superar as limitações dos modelos biológicos das doenças. Esse autor procura abordar alguns aspectos associados a essa necessidade e as possíveis concepções construídas pelos pacientes para explicar seus problemas. Ele assinala, por exemplo, a influência que fatores sócio-culturais exercem sobre os significados psicológicos atribuídos às doenças. Analisa ainda fatores relacionados à aceitação das chamadas *"medicinas tradicionais"* incluindo o trabalho de curandeiros e benzedores. Nesse sentido, é destacada a oposição entre *"illness"* e *"disease"*, sendo o primeiro termo associado à experiência de sofrimento vivenciada pelos pacientes e o segundo à doença biológica diagnosticada pelos médicos. Supostamente, os curandeiros teriam um acesso mais amplo sobre o sofrimento da pessoa (*"illness"*):

> *"... os estudos em antropologia médica mostram que os curadores tradicionais se preocupam essencialmente com a "illness", isto é, tratam a experiência humana da doença, dão explicações significativas para a mesma, e respondem às expectativas pessoais, familiares e comunitárias que a rodeiam."* (Pereira, 1987)

Esse aspecto envolveria também uma melhor comunicação com o paciente:

> *"Parece provável que os grupos sociais mais influenciados por crenças ancestrais possam recorrer ao curandeiro, que "fala a sua linguagem", e não ao médico, que poderá nem os entender, nem ser entendido."* (Pereira, 1987)

O autor destaca que boa parte da população permanece à margem do sistema de saúde médico sendo atendidos pela medicina popular num processo que deveria ser reconhecido e valorizado pelos pesquisadores:

> *"Torna-se necessário saber muito mais sobre a natureza e eficácia dos atos terapêuticos desta medicina tradicional. Isto pressupõe uma atitude de tolerância e respeito absolutos, exclusivamente orientada para a compreensão e o estudo."* (Pereira, 1987)

Pereira (1987) conclui problematizando a questão da adesão ao tratamento e relacionando a questão da cultura com a idéia de uma nova medicina:

> *"... se a Medicina, ao que creio, continuar a ter que compreender, reconhecer e tratar os doentes e, também, a ajudar a promover condições de vida que previnam a doença, então ela terá forçosamente que abarcar nas suas preocupações todos os determinantes envolvidos na questão da saúde como na doença."* (Pereira, 1987)

2. OBJETIVOS

Os objetivos gerais dessa pesquisa são:

- Contribuir na discussão sobre o construto denominado Formulação Cultural a partir do horizonte teórico da antropologia e da psiquiatria cultural;

- Valorizar a incorporação da Formulação Cultural no atendimento clínico rotineiro de pacientes em saúde mental;

- Contribuir na definição de parâmetros para a criação de programas terapêuticos que incluam a análise da cultura nos serviços de saúde mental.

Os objetivos específicos dessa pesquisa são:

- Desenvolver uma entrevista de "Formulação Cultural do Caso" a partir da prática clínica do autor e da literatura sobre o tema;

- Testar a aplicabilidade dessa entrevista em pacientes atendidos num Centro Primário de Saúde na periferia de Campinas-SP;

- Apresentar as Formulações Culturais do Caso dos pacientes entrevistados;

- Sugerir um guia resumido de "Formulação Cultural do Caso" que possa ser utilizado por profissionais de saúde mental de maneira prática e operacional;

- Discutir algumas das possíveis repercussões da utilização de um instrumento desse tipo na prática clínica.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. O CONTEXTO DO ESTUDO

3.1.1. Apresentação do local do estudo

Em 1980, na região norte da cidade de Campinas-SP, foi inaugurada a Vila Padre Anchieta com 2492 casas e posteriormente, em 1982, mais 1072 apartamentos, instalados nas áreas de fazendas e chácaras que compunham a região.

As figuras 1 e 2 apresentam a região do núcleo residencial a partir do qual a Vila Padre Anchieta desenvolveu-se.

Figura 1: Vila Padre Anchieta (condomínio de apartamentos)

Figura 2: Vila Padre Anchieta

Em 1982, fazendo parte do planejamento da Vila Padre Anchieta, foi construído um Centro de Saúde municipal para onde foram encaminhadas todas as ações de saúde da região. A figura 3 apresenta o Centro de Saúde da Vila Padre Anchieta, local onde foi conduzida a pesquisa.

Figura 3: Centro de Saúde Vila Padre Anchieta

Desde a década de 80, a região onde se localiza o Centro de Saúde Anchieta tem sofrido um processo de intenso aumento de população principalmente em razão da ocupação de terras pelos chamados "sem-teto". Esse processo, protagonizado em sua grande maioria por uma população migrante e de condição sócio-econômica precária, acarretou o surgimento de uma série de "vilas" ou, como são frequentemente denominadas, "ocupações" apresentando condições variáveis de saneamento básico e infra-estrutura. Numa fase inicial, as ocupações apresentam-se apenas como um aglomerado de moradias visando a ocupação física do espaço urbano e sua legitimação perante os moradores da região e o poder público. Posteriormente, através do trabalho de organizações de moradores (notadamente junto a vereadores), todo um processo de conquistas relacionado a infra-estrutura e incorporação de serviços básicos (energia elétrica, água e esgoto, asfalto, linhas de ônibus, telefones públicos, etc.) é estabelecido. Dessa maneira, podemos dizer que haveria um espectro em relação ao grau de urbanização das áreas de ocupações. Algumas ocupações poderiam ser classificadas como "não-urbanizadas" em decorrência da ausência de infra-estrutura adequada enquanto outras áreas seriam consideradas "urbanizadas" pelo fato de já terem passado por todo um processo de melhoramentos estruturais.

A figura 4 apresenta uma área de ocupação numa fase bastante inicial. Nessa fase, um determinado grupo de pessoas instala-se numa área específica geralmente através de barracos de lona. Durante um período, é tentada a legitimação daquelas moradias perante o poder público num processo de negociação que pode variar de acordo com questões políticas e a origem da área ocupada.

Figura 4: Ocupação (fase inicial)

A figura 5 apresenta a imagem de uma área de ocupação considerada "não-urbanizada". A figura 6 destaca um aspecto das moradias nessas áreas. Essas moradias são caracteristicamente construídas sob a forma de conglomerados de barracos com áreas em comum e pequena privacidade para cada família. O material geralmente utilizado é madeira e placas de alumínio ou zinco.

Figura 5: Ocupação "não-urbanizada"

Figura 6: Ocupação "não-urbanizada" (moradias)

A figura 7 apresenta o aspecto de uma rua de uma ocupação "urbanizada". Essas áreas são habitadas há mais tempo, são compostas em sua maioria por casas de alvenaria e apresentam uma série de serviços públicos estruturados (por exemplo: coleta de lixo, iluminação e telefones públicos).

Figura 7: Ocupação "urbanizada"

As figuras 8 e 9 apresentam respectivamente áreas comerciais do bairro Vila Padre Anchieta e de uma ocupação "urbanizada". A Vila Padre Anchieta apresenta várias áreas de comércio e particularmente uma avenida (representada na figura 8) que funciona como uma espécie de centro comercial do bairro. Devido a grande distância do centro da cidade de Campinas-SP, grande parte dos moradores frequenta rotineiramente essa região do bairro para a realização de compras e serviços. O comércio na região das ocupações restringe-se principalmente a presença de bares e atividades informais realizadas nas próprias moradias dos habitantes (pequenos bazares, serviços como manicure, etc.).

Figura 8: Área comercial (Vila Padre Anchieta)

Figura 9: Área comercial (ocupação "urbanizada")

As figuras 10 e 11 apresentam uma situação representativa da distribuição espacial e do extremo de diferenças entre as igrejas na região de cobertura do Centro de Saúde. As duas igrejas católicas da região estão localizadas na Vila Padre Anchieta. A principal delas, situada na região central do bairro é apresentada na figura 10. A região das ocupações concentram um grande número de igrejas evangélicas e pentecostais. Algumas dessas igrejas são bastante pequenas e funcionam em construções adaptadas com o próprio material com que são construídas as moradias (figura 11).

Figura 10: Igreja Católica (Vila Padre Anchieta)

Figura 11: Igreja pentecostal (ocupação "não-urbanizada)

Atualmente, dezenove regiões fazem parte da área de cobertura geográfica do Centro de Saúde Padre Anchieta sendo divididas da seguinte maneira:

- quatro bairros (Vila Padre Anchieta, Nova Aparecida, Vila Réggio e Bairro Três Marias);

- treze "ocupações" (Bairro Renascença, Vila Padre Josino, Vila São Geraldo, Vila São Luiz, Jardim Rosália I, II, III e IV, Núcleo Residencial 7 de Setembro, Núcleo Residencial Beira Rio I e II, Parque Maria Helena e Vila Francisca) com graus variáveis urbanização. Nesse sentido, as ocupações denominadas Vila Padre Josino e Vila São Geraldo são as menos urbanizadas. Por outro lado, as ocupações Jardim Rosália I e Vila Francisca são as mais urbanizadas aproximando-se dos bairros em relação ao grau de infra-estrutura;

- duas regiões de chácaras (Chácaras Anhanguera e Chácaras Mendonça).

Essa área de cobertura corresponde a cerca de 32.000 pessoas (dados do ano 2000). A partir da contagem relacionada ao trabalho de prevenção da dengue, estima-se que cerca de 10% (entre 3000 e 3500 pessoas) residam nas chamadas ocupações. Apenas uma parcela mínima da população (menos de trezentas pessoas) reside nas regiões de chácaras.

Para atender essa população, o Centro de Saúde possui basicamente seis programas: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde bucal, saúde mental e o programa integrativo das ações denominado PSF (Programa de Saúde Familiar) em processo de implementação desde o início de 2002 (Projeto Paidéia).

O programa de saúde mental está estruturado com uma equipe de um psiquiatra e duas psicólogas atendendo cerca de 15 casos novos por mês.

3.1.2. Características da população atendida no Centro de Saúde

A população atendida pelo psiquiatra do programa de saúde mental variou de 200 a 250 pessoas por mês durante os meses em que transcorreram-se as entrevistas (segundo semestre de 2000)

Dados sócio-demográficos da população atendida pelo psiquiatra nesse período indicam dois perfis sócio-demográficos bastante diferentes de acordo com o local de moradia (setembro de 2000: cerca de 230 atendimentos, sendo 200 atendimentos de pacientes moradores da área de cobertura do Centro de Saúde Vila Padre Anchieta):

Algumas características sócio-demográficas da população atendida no Centro de Saúde (Programa de Saúde Mental) em relação ao local de moradia (bairros *versus* ocupações) são apresentadas no quadro 1.

Quadro 1: Características sócio-demográficas da população atendida em psiquiatria no Centro de Saúde Padre Anchieta (setembro / 2000)

Características das população atendida	Bairros (B)	Ocupações(O)	Centro de Saúde
Região em que o paciente mora	80%	20%	100%
Sexo	Ausência de diferença entre B e O em relação ao sexo dos pacientes		55% feminino 45% masculino
Idade	Ausência de diferença entre B e O em relação a idade dos pacientes		90% entre 20 e 59 anos
Raça	75% brancos / 25% negros, mulatos	50% brancos / 50% negros, mulatos	70% brancos / 30% negros, mulatos
Encaminhamento	Ausência de diferença entre B e O em relação ao encaminhamento dos pacientes		Encaminhamentos (35%) / Procura espontânea (65%)
Naturalidade	40% natural de Campinas	7,5% natural de Campinas	33,5% natural de Campinas
Migração	Maioria há mais de 10 anos e procedentes de outras cidades do Estado de São Paulo	Maioria há menos de 10 anos e procedentes de outros Estados	Dois perfis de migrantes
Moradia	Média de 5,75 cômodos por moradia	Média de 3,9 cômodos por moradia	Moradias maiores nos bairros
Família	Média de 3,8 pessoas por moradia / média de 4,25 irmãos	Média de 4,3 pessoas por moradia / média de 5,7 irmãos	Ocupações: mais pessoas por moradia / pessoas provenientes de famílias maiores
Renda Familiar	675 reais	389 reais	Renda familiar maior nos bairros
Escolaridade	25% analfabetos 42% primeiro grau completo	57,5% analfabetos 20% primeiro grau completo	Menor grau de escolaridade nas ocupações
Trabalho	Ausência de diferença entre B e O em relação ao trabalho dos pacientes		Desempregados: 25% Informal: 33% Assalariados: 17% Outros: 25%
Religião	Católicos 65% Pentecostais 15% (4,33:1) Outras 20%	Católicos 32,5%, Pentecostais 57,5% (1:1,77) / Outras 10%	B: predomínio da religião católica / O: predomínio da religião pentecostal

De acordo com o quadro 1, a população atendida pelo psiquiatra no Centro de Saúde Padre Anchieta durante o mês de setembro de 2000 foi proveniente principalmente dos bairros (Padre Anchieta, Nova Aparecida, Vila Réggio, Três Marias). Apesar dessa constatação, a população proveniente das ocupações procurou atendimento psiquiátrico em número proporcionalmente maior que os moradores dos bairros (aproximadamente 10% dos habitantes da região moram em ocupações respondendo por cerca de 20% dos atendimentos psiquiátricos). A população moradora dos bairros (quando comparada aos moradores das ocupações) apresentava uma maior quantidade de brancos e de pessoas nascidas em Campinas, os migrantes dessa população estavam em Campinas há mais tempo e tendiam a ser provenientes do próprio estado de São Paulo, as moradias eram um pouco maiores (mais cômodos) e divididas por menos habitantes, o tamanho das famílias era menor (número de irmãos), a renda familiar maior, o número de pessoas alfabetizadas era maior e o número de membros de igrejas pentecostais era menor que o número de católicos. A população das ocupações apresentava migrantes principalmente de outros estados e há menos tempo em Campinas além de um número de membros de igrejas pentecostais maior que o número de católicos.

3.2. SUJEITOS

A escolha dos sujeitos da pesquisa obedeceu a lógica de amostragem proposital dos métodos qualitativos. Nesse sentido, o objetivo foi possibilitar o aprofundamento das questões problematizadas e a compreensão detalhada de cada caso.

Os sujeitos selecionados para a pesquisa foram admitidos como Casos Novos no Centro de Saúde da Vila Padre Anchieta a partir de julho de 2000. Os pacientes foram selecionados de maneira que a cada quinzena, um dos casos novos era submetido à realização da entrevista de formulação cultural nos primeiros (um a três) atendimentos clínicos.

De acordo com Minayo (1998), a amostragem qualitativa deve obedecer aos seguintes critérios gerais:

- privilegiar os sujeitos que detém as informações que o pesquisador pretende conhecer;

- considerar um número suficiente de reincidência de informações;

- acolher determinadas diversificações a partir da homogeneidade básica de atributos para delimitar semelhanças e diferenças;

- escolher um grupo que permita informar o conjunto das experiências e expressões objetivadas na pesquisa.

Esses aspectos nortearam a delimitação do grupo de sujeitos da pesquisa. A amostra inclui 10 sujeitos, cinco de cada sexo com idades variando de 30 a 47 anos. De acordo com a avaliação do pesquisador, foi possível delinear o quadro empírico da pesquisa em relação a repetição de informações e saturação da análise com esse número de sujeitos.

As semelhanças básicas da amostra foram: pacientes adultos, procurando o serviço com alguma queixa relacionada à saúde mental e procedentes da área de cobertura do Centro de Saúde. Além disso, determinadas categorias de interesse como migração e procura de várias situações de ajuda também foram consideradas na escolha dos pacientes.

O quadro 2 apresenta cada sujeito em relação ao sexo, idade e diagnóstico(s) considerado(s) pela CID-10 (OMS, 1993).

Quadro 2: Caracterização dos sujeitos estudados em relação ao sexo, idade e diagnóstico psiquiátrico (CID-10)

Caso	Sexo	Idade	Diagnóstico (CID 10)
1- João	M	35 anos	Dependência ao álcool (F10)
2- Maria	F	47 anos	Transtorno esquizoafetivo (F25)
3- Ana	F	33 anos	Transtorno afetivo bipolar (F31)
4- Júlio	M	34 anos	Transtorno de pânico / Dependência ao álcool (F41/F10)
5- Francisco	M	37 anos	Esquizofrenia paranóide (F20)
6- Helena	F	45 anos	Transtorno de ansiedade / Transtorno dissociativo / Dependência de sedativos (F41/F44/F13)
7- Antônio	M	41 anos	Dependência ao álcool (F10)
8- Sílvia	F	41 anos	Transtorno de ansiedade / Transtorno depressivo (F41/F33)
9- Mauro	M	30 anos	Esquizofrenia paranóide / Uso nocivo de álcool / Uso nocivo de cocaína (F20/F10/F14)
10- Sandra	F	44 anos	Fobia social / Transtorno depressivo (F40/F33)

Os principais aspectos sócio-demográficos apresentados pelos sujeitos da pesquisa foram:

- ➔ Local de moradia - Bairros: 7 (Casos 1,2,4,6,8,9,10) / Ocupações: 3 (Casos 3,5,7);
- ➔ Sexo - 5 sexo masculino / 5 sexo feminino;
- ➔ Idade - entre 30 e 47 anos;
- ➔ Raça - 5 brancos, 3 mulatos, 1 negro, 1 amarelo (Bairros: 3 brancos, 1 mulato, 1 amarelo / Ocupações: 2 brancos, 2 mulatos, 1 negro);
- ➔ Naturalidade - Campinas: 2 / Outras cidades: 8 (Os dois sujeitos nascidos em Campinas moram em bairros);

- ➔ Migração - 8 migrantes (Bairros: 4 nascidos em outros estados sendo que 2 deles há mais de dez anos em Campinas; 1 nascido em Jatobá-SP / Ocupações: os 3 migrantes nasceram em outros estados e estão há menos de 10 anos em Campinas);
- ➔ Moradia - Bairros: média de 4,71 cômodos/moradia / Ocupações: média de 4 cômodos/moradia (total: 4,5);
- ➔ Família - Bairros: média de 3,71 pessoas/moradia / Ocupações: média de 3,33 pessoas/moradia (total: 3,9);
- ➔ Renda familiar - Bairros: 464 reais / Ocupações: 233 reais (total: 395 reais);
- ➔ Escolaridade - Bairros: 3 sujeitos com primeiro grau incompleto, 2 com primeiro grau completo e 2 com segundo grau / Ocupações: os 3 sujeitos com primeiro grau incompleto;
- ➔ Trabalho - Trabalho informal: 4, não trabalha/aposentado: 4, dona-de-casa: 1, desempregado: 1;
- ➔ Religião - Bairros: 3 católicos, 3 evangélicos, 1 kardecista / Ocupações: 3 evangélicos (2 também frequentam igreja católica).

3.3. INSTRUMENTOS

3.3.1. A história psiquiátrica

A "história psiquiátrica" ou "história da doença atual" é uma parte importante da fase da entrevista psiquiátrica denominada anamnese (Sá Júnior, 1988; Dractu, 1996) ou interrogatório detalhado (Sullivan, 1983).

Na construção da "história psiquiátrica", o entrevistador procura estabelecer da maneira mais completa possível as características gerais associadas aos sintomas que motivaram a procura de ajuda médica.

Nesse processo, é necessário que o psiquiatra investigue o período de início, a sequência de aparecimento, as modificações, a severidade e a forma de evolução dos sintomas apresentados pelo paciente. Além disso, a procura anterior de tratamentos médicos deve ser detalhada.

Para a composição dessa história clínica, o psiquiatra realiza uma sequência de perguntas relacionadas ao sofrimento do paciente. As informações reconhecidas como sintomas e os sinais clínicos observados devem ser reunidos na composição de uma narrativa clara e coerente sobre a situação clínica do entrevistado. A leitura de uma "história psiquiátrica" deve tornar possível a fundamentação de hipóteses diagnósticas e alicerçar os passos seguintes da entrevista psiquiátrica.

De maneira geral, a "história psiquiátrica" é sucedida pela investigação de antecedentes familiares (questionamento sobre a ocorrência de doenças na família) e pessoais (indagação sobre as condições de nascimento, desenvolvimento psicomotor e passado mórbido do paciente).

No presente trabalho, é apresentado um resumo da "história psiquiátrica" dos pacientes estudados precedendo a formulação cultural de cada caso. Além desse resumo, é formulado o diagnóstico clínico (CID-10, 1993; DSM-IV, 1995) a partir da integralização da entrevista psiquiátrica.

3.3.2. Aspectos metodológicos do desenvolvimento da entrevista

O processo de desenvolvimento da entrevista de formulação cultural utilizada nessa pesquisa está inserido num panorama metodológico geral que inclui os seguintes aspectos:

- relação participativa de pesquisa: o pesquisador aceita e reconhece abertamente sua participação e sua influência em todas as fases da pesquisa (formulação das perguntas iniciais, forma de obtenção dos depoimentos, redução e interpretação das informações);

- reconhecimento da pesquisa como uma dimensão reflexiva e crítica da própria prática clínica do pesquisador. Nesse sentido, a pesquisa pode ser caracterizada como sendo clinicamente conduzida e estando voltada para uma possível melhora das intervenções clínicas em psiquiatria;

- utilização do método fenomenológico-hermenêutico. A idéia básica associada a essa escolha foi a necessidade de se estudar significados e conceituar vivências contidas nos depoimentos colhidos/produzidos com os portadores de significados.

Além desses aspectos, uma importante discussão metodológica referente a construção de instrumentos de pesquisa no campo da psiquiatria cultural relaciona-se a questão de como se pode equilibrar flexibilidade cultural e generalização de achados inter-culturais. Sobre esse aspecto, parece não haver um consenso sobre o grau de incorporação de aspectos ligados à diversidade cultural nos instrumentos de pesquisa e nas classificações psiquiátricas atualmente utilizadas.

Essa questão envolve a escolha de cada pesquisador em enfatizar uma das perspectivas de estudo em psiquiatria cultural: perspectiva ética (identificação e comparação de fenômenos equivalentes entre diferentes culturas) e perspectiva êmica (fenômenos estudados a partir dos significados e relações intra-culturais).

De maneira geral, estudos antropológicos tendem a empregar a aproximação êmica visando a análise da diversidade cultural. Esse tipo de pesquisa valoriza a questão da validade cultural do sistema de classificação aplicado em determinada população. Por outro lado, pesquisas em epidemiologia psiquiátrica utilizam fundamentalmente a aproximação ética procurando generalizar achados obtidos nas diversas culturas.

O desenvolvimento de modelos de Formulação Cultural pode se beneficiar de trabalhos realizados nesses dois contextos (ético e êmico). Nesse contexto, alguns pesquisadores têm buscado estratégias para integrar as perspectivas ética e êmica numa metodologia de pesquisa que seja tanto válida culturalmente quanto generalizável em maior ou menor grau. Aproximações epidemiológicas e antropológicas têm sido combinadas

através, por exemplo, da inclusão de questões abertas em instrumentos de pesquisa, de modificações de algoritmos diagnósticos para adaptarem-se a fenomenologias locais, da adição de questões relevantes culturalmente na estruturação de questionários epidemiológicos e da construção de grupos focais ou trabalhos etnográficos prévios às pesquisas epidemiológicas.

Alguns dos trabalhos revisados no capítulo "Formulação Cultural do Caso" utilizam esse tipo de estratégia (Eisenbruch,1990; Weiss *et al.*, 1992; Lloyd *et al.*,1998). Os conhecimentos advindos desses trabalhos podem embasar processos de formulação cultural de casos em saúde mental. Outros dois trabalhos revisados (Kleinman, 1988; Lewis-Fernández, 1996) trazem contribuições diretas ao processo de desenvolvimento de entrevistas clínicas. Consideraremos a seguir as principais contribuições teóricas utilizadas no desenvolvimento da entrevista de formulação cultural apresentada nessa pesquisa:

➔ Kleinman (1988)

- conceito de *"modelo explanatório"*;

- idéia de que a análise do *"modelo explanatório"* pode ser integrada sistematicamente ao processo de avaliação clínica.

➔ Eisenbruch (1990)

- idéia de que é necessário avaliar as causas percebidas pelos pacientes de maneira detalhada;

- idéia de que os indivíduos podem apresentar múltiplas causas para os problemas de saúde. A obtenção do conjunto de causas de cada indivíduo pressupõe a realização de perguntas específicas sobre esse tema.

- possibilidade de particularizar alguns conjuntos de causas: stress, causas sobrenaturais, alterações fisiológicas ocidentais e alterações fisiológicas não ocidentais. Na elaboração da entrevista de formulação cultural dessa pesquisa as categorias de causa foram adaptadas para: causas psicossociais, causas mágico-religiosas e alterações físicas e doenças.

➔ Weiss *et al.* (1992)

- capacitação introdutória (apresentada como uma *"explicação inicial"*);

- utilização de uma entrevista semi-estruturada (combinação de questões abertas ➔ questões fechadas);

- questões fechadas explorando determinadas categorias de interesse (principalmente relacionadas a causas percebidas e procura de ajuda). Esse processo foi considerado importante para minimização de erros e omissões;

- julgamento do peso de cada resposta: questões fechadas possibilitando a determinação da principal categoria de interesse considerada (causas percebidas, procura de ajuda) e da primeira categoria considerada (procura de ajuda).

➔ Patel *et al.* (1995)

- reconhecimento de que pode não haver correlação exata entre as manifestações apresentadas pelos pacientes e o agrupamento de sintomas das classificações diagnósticas psiquiátricas;

- valorização do reconhecimento de termos e expressões utilizadas pelos pacientes ("fenomenologia êmica").

➔ Lewis-Fernández (1996)

- utilização do guia de Formulação Cultural de maneira diversificada para cada paciente;

- integração do guia de Formulação Cultural ao processo diagnóstico dos pacientes.

➔ Lloyd *et al.* (1998)

- importância do módulo referente aos fatores sócio-demográficos e contexto cultural dos indivíduos. No trabalho de Lloyd *et al.* (1998) esse módulo é denominado *"Background pessoal e cultural"* e inclui: dados demográficos, família, amigos, relacionamentos, trabalho, condições econômicas, moradia,

vida social, religião, participação política, história de vida, identidade, crenças e práticas culturalmente específicas;

- uso da palavra *"problema"* ao invés de distress, sofrimento, transtorno ou enfermidade.

➔ Duarte (1986)

- divisão dos *"recursos terapêuticos"* em três tipos: tradicional-popular, religioso e médico psiquiátrico. Na elaboração da entrevista de formulação cultural dessa pesquisa, optou-se pela expressão "situações de ajuda" devido a diversidade dos recursos procurados;

- conceito de *"estratégias múltiplas"*: procura simultânea e sucessiva de vários recursos terapêuticos, decisões baseadas na experiência anterior e na oferta disponível de recursos terapêuticos, tendências de maior ou menor integração entre conjuntos de ajuda, questão da autonomia do indivíduo na agenciação de recursos.

Outro aspecto associado ao desenvolvimento da entrevista de formulação cultural diz respeito a divisão das questões em módulos operacionais. Esse processo também foi referenciado pelos trabalhos revisados. O quadro 3 esquematiza a equivalência relativa dos módulos da entrevista utilizada nessa pesquisa em relação à composição interna de alguns dos instrumentos apresentados na literatura (Weiss, 1992; DSM-IV, 1995; Lloyd *et al.*, 1998).

Quadro 3: Desenvolvimento do roteiro básico da Entrevista de Formulação Cultural a partir de modelos da literatura

EMIC (Weiss, 1992)	Guia de Formulação Cultural (DSM-IV, 1995)	SEMI (Lloyd et al., 1998)	Entrevista de Formulação Cultural
	Identidade Cultural do indivíduo	I- Background pessoal e cultural	**I- Identidade Sócio-Cultural**
I – Padrões de distress	Explicações culturais para a illness do indivíduo	II- Natureza do problema	**II- Apresentação do Problema**
II- Causas percebidas			**III- Causas do Problema**
III- Procura de ajuda e tratamento		III- Procura de ajuda	**IV- Situações de Ajuda**
	Fatores culturais relacionados ao ambiente psicossocial e níveis de funcionamento		
	Elementos culturais do relacionamento entre o indivíduo e o clínico	IV- Interação com médicos e curadores tradicionais	**V- Relacionamento Clínico**
IV- Crenças gerais sobre illness		V- Crenças relacionadas a saúde mental e illness	**VI- Problemas Gerais de Saúde**
V- Questões específicas sobre doenças			
	Avaliação cultural geral para diagnósticos e cuidados		
		Vinhetas de desordens mentais comuns (depressão, somatização, fobia)	
			VII- Comentários

3.3.3. A Entrevista de Formulação Cultural do Caso

A entrevista de formulação cultural do caso apresentada nesse trabalho caracteriza-se como uma "entrevista semi-estruturada" composta por 55 questões divididas em sete módulos:

I- Identidade Sócio-Cultural

II- Apresentação do Problema

III- Causas do Problema

IV- Situações de Ajuda

V- Relacionamento Clínico

VI- Problemas Gerais de Saúde

VII- Comentários

A organização da entrevista desenvolveu-se a partir da experiência clínica do autor e dos referenciais teóricos utilizados nessa pesquisa, principalmente as contribuições advindas dos trabalhos revisados no item "Aspectos metodológicos do desenvolvimento da entrevista" (Duarte, 1986; Kleinman, 1988; Eisenbruch, 1990; Weiss *et al.*, 1992; Patel *et al.* 1995; Lewis-Fernandez, 1996; Lloyd *et al.*, 1998).

Precedendo as questões da entrevista de formulação cultural, uma "explicação inicial" foi apresentada em cada caso. Nessa "explicação inicial" cada entrevistado recebeu a orientação de que a entrevista fazia parte de uma pesquisa e estava associada ao processo de avaliação clínica complementando a entrevista médica normalmente realizada. Além disso, foi dito aos entrevistados que as questões não eram testes, não havendo, portanto, respostas certas ou erradas. O que se desejava saber era simplesmente suas idéias e opiniões sobre os temas abordados.

Procurou-se ainda, durante a aplicação das questões, avaliar a compreensão do entrevistado sobre cada pergunta. Quando necessário foram fornecidas explicações adicionais sobre determinada questão e utilizados exemplos ou metáforas.

No módulo I da entrevista (Identidade Sócio-Cultural), a questão 14 referiu-se às atividades do cotidiano do entrevistado, ou seja, um pequeno esboço de alguns aspectos de sua rotina diária: família, trabalho, escola, etc. A abreviação (M-T-N) representa os períodos do dia: manhã, tarde e noite. A questão 16 foi elaborada visando averiguar algumas situações específicas e foi preenchida apenas quando o entrevistado fazia parte de alguma das situações citadas na entrevista.

Os módulos II, V e VII foram formulados apenas com questões abertas. No módulo VII, o entrevistado foi estimulado a estender sua narrativa nos temas que lhe pareceram mais importantes.

Os módulos III, IV, e VI foram formulados com o seguinte esquema: questões abertas → questões fechadas apresentadas na forma de cartões. A entrevista contém dois cartões que auxiliam o entrevistador na formulação das questões fechadas. Os cartões 1 ("Causas do Problema") e 2 ("Situações de Ajuda") foram apresentados para os pacientes nos momentos correspondentes às questões 28, 29, 35, 36, 37, 38, 46 e 47. Nesses módulos (III, IV e VI) foram formuladas também questões de julgamento de importância entre as categorias específicas das questões fechadas. Uma questão referente a primeira situação de ajuda também foi formulada no módulo IV. Esse esquema objetivou evitar erros ou omissões por parte dos pacientes além de possibilitar a avaliação de determinadas categorias de interesse ao longo das entrevistas.

A questão 50 procurou esclarecer possíveis relações entre os problemas apresentados pelo entrevistado. Ela só foi preenchida quando o entrevistado referiu algum problema adicional de saúde na questão 26.

O tempo de aplicação da entrevista de Formulação Cultural variou entre 70 e 120 minutos. As entrevistas foram gravadas em fita cassete e posteriormente transcritas. Os trechos das entrevistas considerados mais relevantes para análise foram destacados nas Formulações Cuturais de cada caso clínico. A transcrição integral das entrevistas compõe o anexo II.

Os aspectos específicos de cada módulo e a sequência das questões formuladas para os pacientes são apresentados a seguir:

I- Identidade Sócio-Cultural: Apresenta os dados sócio-demográficos do paciente além de descrever detalhadamente a situação sócio-cultural relacionada a mudanças de cidade ou endereço, rede familiar, escolaridade, condições de moradia, situação econômica, situação de trabalho, atividades de lazer, rotina de atividades cotidianas e presença ou não de alguma situação específica.

1. nome / 2. sexo / 3. idade / 4. raça / 5. local de nascimento / 6. migração / 7. estado civil / 8. rede familiar / 9. moradia / 10. escolaridade / 11. situação de trabalho / 12. renda familiar / 13. lazer / 14. cotidiano (M-T-N) / 15. religião / 16. situações específicas: miséria extrema, abandono social, criminalidade, migração recente, minoria cultural, imigração, refugiados, outras.

II- Apresentação do Problema: Procura apreender a forma como o paciente apresenta seu problema de saúde mental, as palavras utilizadas para descrevê-lo, a possível elaboração de um nome para o problema, a percepção da maneira como ele se estrutura em manifestações ou sintomas, a percepção da gravidade do problema, a expectativa em relação a sua evolução e a possível presença de algum outro problema de saúde que o paciente possa reconhecer como existente. Além disso, esse módulo apresenta duas questões (24 e 25) visando avaliar se o problema apresentado pelo paciente está associado a uma percepção de estigmatização.

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema? / 18. Você saberia dar um nome a esse problema? / 19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema? / 20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento? / 21. Como você avalia a gravidade de seu problema? / 22. Como você acha que seu problema vai evoluir? / 23. Como esse problema atrapalha sua vida? / 24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema? / 25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Por quê? / 26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?

III- Causas do Problema: Procura avaliar as idéias e percepções dos pacientes relacionadas principalmente à questão: "Como e porque eu fui afetado por esse problema?". As idéias relacionadas às causas do problema vão constituir-se em importantes elementos estruturadores dos modelos explanatórios dos pacientes. A partir dessas idéias poderá se articular também uma compreensão da trajetória de cada paciente em relação ao comportamento de busca de situações de ajuda. O cartão 1 relaciona três grandes grupos de causas explicativas para os problemas (causas psicossociais, causas mágico-religiosas e alterações físicas/doenças) que são consideradas num conjunto de causas não excludentes mas com uma possível causa percebida principal. Procura-se ainda detalhar alguns fatores psicossociais considerados relevantes pelos pacientes (mudança de cidade ou endereço, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) além da percepção da família em relação às causas (questão 31) e possíveis fatores de piora do problema (questão 32).

> **27. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema? / * Entre as opções listadas no cartão 1: * 28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema? * 29. Qual delas você considera como a principal causa? / 30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema? / 31. Qual é a opinião de sua família e de seus conhecidos sobre as causas de seu problema? / 32. Você acha que há alguma causa relacionada com a piora de seu problema? / 33. Você acha que há alguma alteração em seu cérebro?**

IV- Situações de Ajuda: Esse módulo procura estabelecer o padrão de situações de ajuda para o problema principal do paciente dentro de uma ampla gama de situações disponíveis nesse grupo cultural. O cartão 2 lista 20 tipos de situações de ajuda incluindo atendimento médico / psicológico (que necessariamente vai estar presente nessas entrevistas), situações de ajuda chamadas tradicionais ou populares (remédios caseiros, simpatias, etc.) e situações de ajuda religiosa (atividades em igrejas, orientações com padres, pastores ou pais-de-santo, etc.). Através dessas questões é possível determinar, além da trajetória de situações de ajuda de cada paciente, qual o padrão atual de situações

procuradas, quais situações são percebidas como mais importantes e qual a percepção do papel da ajuda psiquiátrica nesse contexto.

34. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde? / * Entre as opções listadas no cartão 2: * 35. Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema? * 36. Qual delas você procurou em primeiro lugar? * 37. Qual delas você considera como a principal forma de ajuda no momento? Por quê? * 38. Você já tinha procurado alguma dessas situações de ajuda antes do aparecimento de seu problema?

V- Relacionamento Clínico: Esse módulo visa avaliar especificamente a expectativa do paciente em relação a situação de ajuda oferecida pelos psiquiatras e os fatores associados a possíveis dificuldades no relacionamento clínico. Além disso, procura-se avaliar a percepção do paciente em relação às consultas médicas com clínicos gerais e psiquiatras. Procura-se ainda investigar dificuldades relacionadas à inserção da ajuda psiquiátrica no padrão geral de situações de ajuda assim como possíveis situações de conflito na negociação clínica decorrentes de diferenças culturais entre o psiquiatra e o paciente.

39. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo? / 40. Na sua opinião, qual é a diferença entre o trabalho de um psiquiatra e o de um clínico geral? / 41. Você sabe o que quer dizer psicoterapia? / 42. Você teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)? / 43. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com o médico (entender o médico ou ele entender você)? / 44. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?

VI- Problemas Gerais de Saúde: Esse módulo busca um entendimento mais amplo do modelo explanatório do paciente sobre o tema geral "problemas de saúde" além de comentários sobre alguns problemas específicos. Procura ainda averiguar as idéias dos pacientes sobre os problemas de saúde mental em geral, a percepção das diferenças entre os problemas mentais e os outros problemas, a forma como atuam as medicações e a

possibilidade do paciente reconhecer-se como agente de algum tipo de cura. Esse módulo, considerando questões mais amplas sobre problemas de saúde pode incluir também questões do cartão 1 da entrevista, onde está inserido o modelo explicativo específico para problemas de saúde mental.

45. Na sua opinião, o que é um problema de saúde? Quais os problemas de saúde que você conhece? / * Entre as opções listadas no cartão 1: * 46. Quais delas você acredita que são causas de problemas de saúde? * 47. Qual delas é a principal causa de problemas de saúde? / 48. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e as outros problemas? / 49. Na sua opinião, existe alguma relação entre os problemas de saúde mental e os outros problemas de saúde? (questão 26) / 50. Na sua opinião, como um remédio age em você? / 51. Qual é sua opinião sobre a loucura? / Qual é sua opinião sobre a loucura? O que é a loucura para você? / 53. Você tem a capacidade de realizar algum tipo de cura? Como você utiliza essa capacidade? / 54. Qual é sua opinião sobre a causa do (sarampo / diabetes / tuberculose / lepra / AIDS / suicídio / depressão / alcoolismo)?

VII- Comentários: Nesse último módulo, o paciente é estimulado a estender sua narrativa em aspectos não abordados ou não explorados suficientemente nos módulos anteriores.

55. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação as questões formuladas?

Entrevista de Formulação Cultural (Cartão 1: Causas do Problema)

1. Causas psicossociais

- Apenas psicossociais (nervoso, preocupação)
- Associadas a fatores psicossociais específicos (família, trabalho, etc.)
- Associadas a algum evento de vida significativo
- Associadas a determinado tipo de comportamento pessoal

2. Causas mágico-religiosas

- Demônio
- Feitiço, mau-olhado, espíritos ruins
- Falta de fé
- Reencarnação, carma

3. Alterações físicas e doenças

- Problema apenas como doença
- Outra doença levando ao problema atual como doença
- Outra doença levando ao problema atual como não-doença
- Acidente levando ao problema
- Problema congênito-hereditário

4. Outras causas

- Falta de higiene, contaminação por contato, ingestão de comida ou produto contaminado, ingestão de álcool ou drogas, associação com comportamento sexual, fatores climáticos, tabagismo, menstruação, "quebra de dieta", sereno, etc.

Entrevista de Formulação Cultural (Cartão 2: Situações de Ajuda)

1. Familiares

2. Amigos, conhecidos

3. Remédios caseiros (chás, ervas, etc.)

4. Livros de auto-ajuda

5. Simpatias

6. Atividades adivinhatórias (cartomantes, búzios, etc.)

7. Orações

8. Promessas

9. Benzedor, rezadeira

10. Procissões, romarias

11. Bíblia

12. Padre, pastor, pai-de-santo

13. Atividades em igrejas

14. Centro espírita

15. Farmacêuticos

16. Terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.)

17. Grupos de auto-ajuda (alcoólatras, neuróticos anônimos, etc.)

18. Psicoterapias (psicanálise, comportamental, etc.)

19. Médicos clínicos gerais, especialistas não psiquiatras

20. Médicos psiquiatras

21. Outros

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Além das explicações iniciais sobre a entrevista de formulação cultural, os pacientes selecionados foram submetidos ao seguinte protocolo de consentimento:

Consentimento pós-informação:

Gostaríamos que você respondesse a questões de uma entrevista e participasse de um estudo sobre a experiência das pessoas em relação a problemas de saúde mental. Diversos fatores associados a cultura também serão abordados num tema conhecido como Formulação Cultural do Diagnóstico Psiquiátrico.

Esperamos que as informações fornecidas nas entrevistas possam contribuir para um melhor entendimento e tratamento de pacientes na área da psiquiatria.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para análise das informações. As informações relacionadas a nomes e outros dados relacionados diretamente a sua identidade serão preservados em sigilo.

Não concordar em participar desse estudo não interfere, de forma alguma, em seu tratamento no Centro de Saúde Padre Anchieta.

É importante que você saiba que suas respostas não serão avaliadas como certas ou erradas; o que se deseja saber são suas idéias e opiniões sobre os temas perguntados.

Se você não se sentir à vontade com algumas das questões por qualquer motivo, pode se recusar a respondê-las sem precisar dar explicações sobre essa decisão.

Concordo em responder as questões da entrevista e autorizo a utilização dessas informações no estudo após ter minhas dúvidas esclarecidas e ter sido informado sobre a natureza do estudo.

Nome:

Assinatura:

Data:

Todos os dez pacientes selecionados tiveram suas dúvidas esclarecidas e concordaram por escrito em participar da pesquisa.

4. FORMULAÇÃO CULTURAL DOS CASOS (casos 1 a 10)

Formulação Cultural do Caso (caso 1)

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

João, 35 anos, natural de Marabá-PA, procedente de Campinas-SP há seis anos, solteiro (teve um filho falecido com cinco meses), primeiro grau incompleto, pedreiro (autônomo), evangélico (igreja pentecostal Chama Divina).

Paciente com história de ter iniciado ingestão de bebidas alcoólicas aos 16 anos de idade, alguns meses após ter se mudado para uma região de garimpo (Serra Pelada). Refere que nos primeiros anos desse tipo de consumo, ingeria etílicos apenas ocasionalmente, sempre aos finais de semana quando estava reunido com amigos. A partir dos 20 anos passou a apresentar um padrão de consumo que incluía a ingestão diária de grande quantidade de álcool. Nesse período, iniciou uma fase de progressiva disfuncionalidade no local onde vivia tendo começado a apresentar dificuldades no trabalho, episódios de brigas e violência com outros garimpeiros e afastamento de suas atividades sociais (não saía mais com os amigos por estar debilitado, deixou de frequentar a igreja evangélica onde costumava participar de cultos). Nessa época, inclusive, passou a beber álcool em sua própria casa, fato que acelerou a deterioração do relacionamento com sua companheira culminando na separação do casal. Sobre esse fato, o paciente diz que ao sair de casa sua companheira teria dito que "ia procurar alguém que não bebia".

Aos 22 anos, apresentando uma situação psicossocial bastante precária, abandonou o garimpo após ter se envolvido numa briga com outros garimpeiros e ser "jurado de morte" por um deles. Mudou-se então para Belém-PA (cidade onde morava um tio com quem tinha afinidade) tendo contato pela primeira vez com um serviço médico-psiquiátrico e conseguindo permanecer durante alguns meses abstinente de álcool.

Nesse mesmo ano, no entanto, motivado pela perspectiva de "arrumar um trabalho" e pelo fato de três de seus irmãos já estarem morando em São Paulo-SP, o paciente veio para essa cidade morar com os irmãos. Em São Paulo-SP, após alguns poucos meses de sua chegada, voltou a ingerir bebidas alcoólicas em grande quantidade, iniciando então uma fase onde passava períodos bebendo diariamente (situação associada a graves problemas com seus familiares: chegou a dormir na rua, ser expulso de casa e brigar fisicamente com seus irmãos em diversas ocasiões). Nessa fase passava ainda períodos

internado em hospitais psiquiátricos (foi internado quatro vezes em decorrência de alterações de comportamento, brigas familiares ou sintomas de abstinência alcoólica) e finalmente períodos em que, saindo do hospital, permanecia alguns poucos meses abstinente ou bebendo em pequena quantidade. Nessas situações, geralmente conseguia algum tipo de serviço informal como, por exemplo, segurança ou soldador, serviços que ele logo perdia por aumentar novamente o consumo de álcool de forma intensa e assim, abandonar o tratamento psiquiátrico recomeçando o ciclo.

Ainda em relação a esse período em São Paulo-SP, apresentou um padrão de sucessivas aproximações e afastamentos de suas atividades religiosas. Nos breves períodos de abstinência alcoólica frequentava ativamente a igreja Assembléia de Deus (chegou a exercer a função de obreiro num único período em que conseguiu ficar cerca de 10 meses sem beber); nos períodos em que voltava a beber acabava por abandonar as atividades religiosas em igrejas voltando, no entanto, a frequentar posteriormente essas práticas (algumas vezes esse retorno ocorrendo na igreja Assembléia de Deus de um outro bairro).

Com 29 anos veio para a cidade de Campinas-SP numa situação de mudança descrita como uma "tentativa de mudar de vida", o que incluía "arrumar um serviço fixo e parar com a bebida". Nos últimos anos, porém, continua mantendo o padrão de funcionamento observado em São Paulo-SP, à exceção de apresentar menos situações de brigas familiares. Em relação a esse aspecto, devemos considerar que os irmãos com quem tinha maiores problemas continuaram morando em São Paulo-SP e os familiares com quem mora no momento mantêm uma postura de tentar repetidamente estabelecer um tratamento psiquiátrico ambulatorial, principalmente a irmã do paciente que já compareceu algumas vezes ao Centro de Saúde disponibilizando-se a colaborar no tratamento. Essa situação familiar atual pode inclusive ser associada ao fato do paciente não ter sido internado em hospitais psiquiátricos por comportamento violento decorrente do alcoolismo na cidade de Campinas-SP, tendo ficado internado, no entanto, em vários pronto-socorros da cidade por apresentar diversas vezes estados de abstinência alcoólica nos últimos anos.

Numa análise retrospectiva podemos considerar que o paciente apresenta-se numa situação continuamente precária, tendo fracassado numa série de tentativas terapêuticas e mantendo um padrão de ingestão alcoólica em níveis bastante altos. Além

disso, apresenta cronicamente uma situação de disfuncionalidade psicossocial grave, incluindo-se aí o comprometimento de relações familiares, incapacidade laborativa, dificuldades em relação a sua prática religiosa e um estado progressivo de debilitação física geral.

Observações: O paciente fazia uso esporádico de maconha quando vivia no garimpo negando o uso de outras drogas à exceção de tabaco. Relatou ainda sintomas leves ansiosos e depressivos associados ao consumo ou a interrupção do consumo de álcool. O paciente tinha adicionalmente o diagnóstico endoscópico de gastrite estabelecido em São Paulo-SP após ter passado por avaliação clínica em uma de suas internações psiquiátricas.

Diagnóstico psiquiátrico:

CID-10: Transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de álcool (Síndrome de dependência) (F10.2)

DSM-IV: Transtorno por uso de álcool (Dependência de álcool) (303.90)

FORMULAÇÃO CULTURAL

I. Identidade Sócio-Cultural

Os principais elementos associados à Identidade Sócio-Cultural de João dentro de uma perspectiva de trajetória de vida envolvendo conjuntos de padrões culturais são:

- migração de Imperatriz-MA para a região do garimpo de Serra Pelada (Pará) com a idade de 15 anos;
- trabalho no garimpo até os 22 anos (início do problema mental nesse período);
- conflitos com a companheira e progressiva incapacidade de trabalho em decorrência do uso de álcool;
- separação da companheira, abandono do garimpo e migração para Belém-PA aos 22 anos onde teve a ajuda de um tio durante alguns meses (permaneceu abstinente de álcool nesse período);

- migração para São Paulo-SP visando melhores condições de trabalho aos 23 anos. Nesse período passou a viver em um núcleo familiar composto por três irmãos que apresentavam um contato ambíguo em relação a suporte psicossocial (períodos de apoio mesclados com brigas, conflitos e não aceitação do problema do paciente). Nos últimos anos, os fatores conflituais passaram a ser dominantes no relacionamento entre esses familiares culminando com a mudança do paciente para um outro núcleo familiar;

- padrão de sucessivas aproximações e afastamentos de atividades religiosas. Nos períodos em que estava abstinente de álcool, frequentava ativamente a igreja Assembléia de Deus chegando inclusive a ser obreiro dessa igreja. Nos períodos em que ingeria álcool se afastava completamente das atividades religiosas. Frequentou diversas igrejas da denominação Asssembléia de Deus durante esse processo;

- padrão de sucessivas internações psiquiátricas seguidas de períodos de abstinência e posteriormente retorno à ingestão de álcool levando a conflitos familiares que desencadeavam novas internações;

- migração para Campinas-SP onde passou a conviver em um outro núcleo familiar (pai, um irmão e uma irmã). Apoio da irmã em tentativas de tratamento psiquiátrico ambulatorial. Apesar desse apoio, o paciente manteve um comportamento de ingestão continuada de álcool associada a incapacidade laborativa;

- tolerância e capacidade dos familiares residentes em Campinas-SP em evitar situações de briga com o paciente como um dos fatores associados ao fato dele não ter sido internado em hospitais psiquiátricos nos últimos anos;

- situação de trabalho bastante irregular e condicionada a realização de pequenos "bicos" nos períodos em que não está ingerindo álcool ou está ingerindo álcool apenas em pequena quantidade.

II. Apresentação do Problema

João reconhece e estrutura seu problema em concordância com o diagnóstico psiquiátrico estabelecido clinicamente (alcoolismo) **("Meu problema é o alcoolismo...")**.

O quadro 1.1 apresenta esquematicamente a forma como João estrutura seu problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV).

Quadro 1.1: Estruturação do problema

Classificações Psiquiátricas **(CID-10 / DSM-IV)**	**Concepção do paciente**
Diagnóstico de um transtorno mental: CID-10: Transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de álcool (Síndrome de dependência) (F10.2) DSM-IV: Transtorno por uso de álcool (Dependência de álcool) (303.90)	Reconhecimento de um problema com um aspecto específico: Alcoolismo

As manifestações do problema são referidas através de uma composição de sintomas físicos e alterações de comportamento. Além disso, a concepção de que uma ingestão particularmente grande de álcool pode levar a uma situação onde o indivíduo tenha alterações de pensamento é apresentada com a denominação de "delírio treme". O trecho referente a exposição dessa concepção e sua aproximação com o conceito médico de "delirium tremens" situa-se na parte final da análise da entrevista (módulo Problemas Gerais de Saúde).

O quadro 1.2 reúne o conjunto de sintomas apresentados pelo paciente além de trechos ilustrativos de sua narrativa.

Quadro 1.2: Agrupamento de sintomas no problema reconhecido:

Problema reconhecido	**Sintomas apresentados**	**Narrativa**
Alcoolismo	- cefaléia - inapetência - agressividade ("briga") - descuido pessoal ("falta de higiene") - "sentir mal" durante abstinência - "delírio treme"	**"O que me afeta é dor de cabeça, falta de apetite, depois vem briga, falta de higiene, um pouco, e sentir mal quando pára de beber."** **"Quando eu páro de beber, eu começo a cair, passar mal, desmaio, preciso ir no hospital ser medicado."** **"O delírio treme é o excesso de bebida no cérebro, fraqueza mental... delírio é quando fica assim falando besteira."**

O paciente apresenta uma situação ambígua em relação à gravidade de seu problema; por um lado, ele acredita que o alcoolismo não é tão grave pelo fato de ter se submetido à diversos exames ("eletrograma", endoscopia) com resultados normais; por outro lado, reconhece a gravidade dos sintomas presentes nos períodos em que interrompe a ingestão de álcool necessitando inclusive ir ao hospital ser medicado (**"Tem hora que eu acho que é grave, mas tem hora que eu penso, que eu fiz eletrograma, endoscopia, tudo normal, então não é tão grave. A hora que é grave é quando eu páro de beber."**).

Em relação à perspectiva de evolução do problema, João acredita que uma evolução favorável é possível a partir de alguns pressupostos apresentados: apresentar uma atitude de recusar firmemente a ingestão de álcool (idéia resumida na expressão "ter opinião"), "seguir na vida" de maneira correta, submeter-se a um tratamento psiquiátrico e cessar subitamente o uso de álcool (**"Depende de opinião, de como seguir na vida prá saber como vai ser; fazer tratamento, parar mesmo de uma vez, isso vai me trazer resultado."**). O fato de ter se submetido a um tratamento psiquiátrico conseguindo permanecer abstinente durante seis meses no período em que morou em Belém-PA é

considerado uma comprovação dessa possibilidade de evolução favorável (**"Em Belém eu passei seis meses sem beber, pesava 68 quilos, forte, só tomava um diazepam à noite, era bom demais."**).

João avalia que o prejuízo decorrente do alcoolismo concentra-se em dois aspectos principais de sua vida psicossocial: trabalho e família. Em relação ao trabalho é referida a perda de diversos empregos devido à dependência do álcool. Em relação à família são referidas situações de brigas familiares incluindo agressões físicas no período em que morava em São Paulo-SP (**"Atrapalha minha vida no trabalho, eu já levei vida boa, trabalhando certinho, mesmo depois que eu saí do garimpo; como soldador também me atrapalhou, fui expulso, depois segurança, fui expulso também, isso em São Paulo. Familiar também atrapalhou, atrapalhou muito, andei envolvido em briga, cheguei a levar facada, tava bêbado."**).

A percepção de que sua saúde foi prejudicada pela bebida é destacada pelo paciente quando diz que se sente "diferente na saúde". Sobre essa questão, João refere sentir-se fraco e não conseguir fazer atividades que as pessoas não dependentes de álcool normalmente fazem (por exemplo: trabalhar) (**"Eu me sinto diferente, na saúde, o cara corre, trabalha, faz tudo, eu não vejo nada nos outro; em mim eu vejo uma pessoa fraca, não consigo fazer as coisa. Por outro lado, espiritualmente eu melhorei muito. Eu só vivia brigando, briguei até com policial, depois apanhei algemado."**).

Em relação ao tratamento dado pelas pessoas e a percepção de estigmatização, João afirma que sua família, principalmente os irmãos que moram em São Paulo-SP, não admite que ele faça uso de álcool chegando a afastá-lo do convívio familiar nos períodos de piora. Refere, no entanto, que quando interrompia o uso de álcool passava a recuperar a confiança dos familiares que inclusive valorizavam seu retorno às atividades religiosas como uma forma de confirmação dessa melhora. Dessa maneira, os familiares passavam a tratá-lo melhor, ao menos temporariamente (**"Principalmente a família, muitas vezes eu dormi fora, eles falavam: hoje você não entra; fui dormir na represa de Guarapiranga... Por falta de confiança, quando eu parava de beber, voltava de novo na religião, meus irmão pegaram confiança, meu cunhado, meu pai, até a mãe telefonou, perguntou se eu tô bem."**). Evidentemente, esse processo foi se esgotando com

as sucessivas recaídas apresentadas e seus familiares passaram a manifestar uma progressiva diminuição da tolerância em relação ao seu estado, o que tornou mais frequente os episódios de discussão, agressão ou expulsão de casa. Passaram ainda a dar a João cada vez menos crédito às suas tentativas de manter-se abstinente. Essa situação fez com que ele, pressionado pelos irmãos, acabasse decidindo se mudar para Campinas-SP onde foi acolhido por uma outros familiares (pai, um irmão e uma irmã).

Nesse módulo da entrevista, João afirmou ainda ter gastrite como um problema de saúde adicional ao alcoolismo (**"Tenho gastrite."**).

III. Causas do Problema

A primeira afirmação de João na composição de um modelo de causa explicativa diz respeito à situações de briga com outros trabalhadores no garimpo. Nessas situações, a ingestão de álcool teria a função de diminuir a ansiedade e o desejo de vingança contra eventuais agressores, o que deve ser considerado num contexto onde brigas e agressões físicas eram parte integrante do processo de resolução de conflitos cotidianos entre os garimpeiros (**"O problema do meu alcoolismo foi as briga no garimpo, a cachaça é que me apaziguava, fazia esquecer; porque tinha muita briga, tinha que apaziguar, depois divertir."**).

Essa explicação do paciente (o álcool como fator amenizador da ansiedade e da violência) deve ser relativizada diante da observação geral do álcool como fator associado ao desencadeamento de discussões e agressões físicas em diversos contextos e culturas. No garimpo, muitas dessas agressões ocorriam nos períodos de lazer dos trabalhadores, atividade que consistia principalmente na procura de bares da cidade vizinha em busca de diversão (principalmente bebidas alcoólicas e mulheres). Assim, o que João afirma é que além do aspecto geral da ingestão de álcool para diversão (aspecto amplamente associado ao desencadeamento de vários tipo de violência); no seu caso, a ingestão de álcool tinha um aspecto adicional inverso que fazia com que ele se "apaziguasse e esquecesse" das brigas (álcool como um fator protetor em relação a violência). É importante observar aqui que a ingestão de álcool nessas situações não se limitava às atividades de lazer mas se estendia à ingestão de álcool de limpeza "feito caipirinha" e de "biotônico" no próprio garimpo,

situação que ele relaciona à "influência dos companheiros" (**"Aí depois foi também influência dos companheiro, fazia churrasco, bebia, fumava, tudo. Naquela época não tinha outra diversão, não tinha mulher, nem bebida. A gente começou a tomar álcool feito caipirinha, um litro de álcool para 13 litro de água. Pegava álcool no posto médico, açúcar, limão e desce. Tomava biotônico também, e fica bêbado mesmo."**).

Numa fase posterior da evolução do transtorno, o paciente passou também a ingerir álcool em sua própria casa, comportamento que colaborou para que sua companheira decidisse abandoná-lo.

Além dos fatores descritos acima, João apresenta outras possíveis causas psicossociais para o alcoolismo como, por exemplo, beber por "prazer" e beber por "desgosto" na vigência de problemas familiares (**"Uns bebe por prazer, porque quer, outros por desgosto, problema familiar..."**). Cita também a mudança para o garimpo como um fator que também teve influência no desencadeamento do alcoolismo. Diz a esse respeito que pensava em ganhar dinheiro e resolveu seguir o caminho de seu pai que já estava trabalhando como garimpeiro naquela região (**"Eu acho que foi a mudança de cidade, praticamente eu fugi de casa. Meu pai trabalhava no garimpo e eu tive vontade de ir lá, trabalhar, ganhar dinheiro."**).

João relata ainda que durante determinado período incorporou ao seu modelo explanatório a possibilidade de uma causa mágico-religiosa para seu problema. Nessa época, passou a acreditar que um "encosto" era a causa de alguns dos sintomas compatíveis com a síndrome de abstinência do álcool (**"... eu ficava conversando sozinho, via imagem... via coisa..."**). Atualmente, essa causa é apresentada numa posição de menor importância dentro de seu modelo explicativo, porém, essa hipótese esteve diretamente relacionada com a procura de determinadas situações de ajuda ao longo de sua trajetória (**"Teve época que eu achava um pouco isso também, ficava muito abalado, via coisa, ia no macumbeiro."**).

A descrição atual dos sintomas também é feita a partir da idéia de doença (**"Agora eu também acho que é doença, das grande."**). Nesse sentido, os sintomas de abstinência alcoólica têm uma importância particular (**"Quando eu páro de beber dá alteração, começa a formigar os nervo até eu desmaiar. Os nervo repuxa, fica travado as perna e os braço mas também tem a falta de alimentação..."**).

O paciente desenvolve ainda a idéia de uma alteração cerebral associada à atuação do álcool no sistema nervoso e a utiliza para justificar os sintomas de abstinência (**"...o álcool em si próprio, ele segura os nervo no lugar, é analgésico, quando você pára, aí ataca tudo, os nervo se contrai até depois você perder o sentido."**). É interessante perceber a riqueza desse modelo no que diz respeito ao correto entendimento de que a cessação do uso pesado e contínuo de álcool está associada ao aparecimento de sintomas graves, a idéia de que a continuação do uso de álcool nessa situação evitaria um agravamento imediato dos sintomas e a peculiaridade do uso do termo analgésico nesse sentido.

A importância das causas psicossociais no modelo explanatório do paciente é evidenciada pela concepção de que seu estilo de vida e comportamento (resumidos na expressão "tipo de vida") são considerados como a principal causa do problema (**"É mais do tipo de vida."**). Uma outra expressão utilizada nesse sentido é "ter vida ruim", situação também descrita como um fator de piora juntamente com o fato de não tomar as medicações prescritas pelo psiquiatra e a atitude de permanecer em bares.

O quadro 1.3 apresenta um resumo da composição do modelo de causa do paciente. Essa composição inclui diversos tipos de causas combinadas numa somatória de fatores explicativos. Devemos observar que a idéia de uma causa mágico-religiosa ("encosto") e a idéia de doença estão associadas predominantemente ao subgrupo de sintomas presentes nos períodos de abstinência de álcool. Apesar dessa distinção em relação aos tipos de causa, o paciente não explicita uma separação de sintomas no contexto de apresentação de um problema único ("alcoolismo"). O quadro 1.3 destaca também a principal causa explicativa considerada pelo paciente ("tipo de vida" ou "vida ruim" no garimpo).

Quadro 1.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas

Causas do problema	Tipos específicos de causas
Causas psicossociais	Tipo de vida (vida ruim) Mudança para o garimpo (brigas no garimpo, diversão / falta de diversão, influência de companheiros do garimpo) "Beber por prazer" Desgosto com problemas familiares
Causas mágico-religiosas	Encosto (causa associada a alguns dos sintomas de abstinência alcoólica)
Alterações físicas ou doenças	Doença (causa associada principalmente aos sintomas de abstinência alcoólica)

* Principal causa explicativa considerada no momento

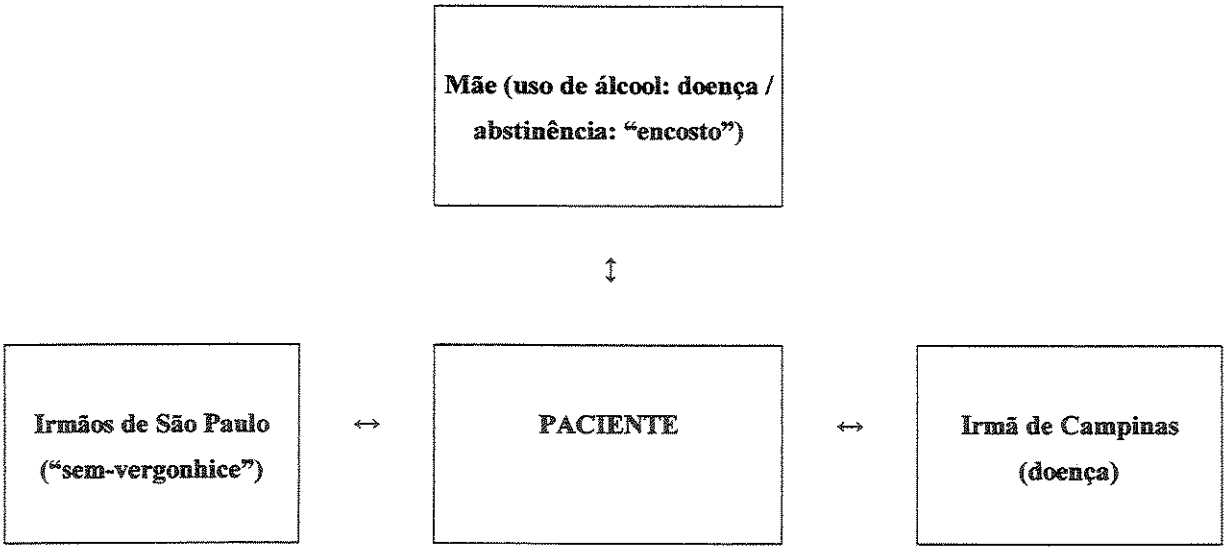
As principais idéias de causas explicativas dos familiares e conhecidos de João compõem um mosaico de diversidade e conflito (**"A opinião deles são diversa..."**):

- mãe: apresenta uma causa explicativa mágico-religiosa para os sintomas de abstinência (**"... acha que é encosto..."**). O uso contínuo de álcool é compreendido através de um modelo de doença;
- irmãos: atribuem a causa do problema à "sem-vergonhice" e ao fato de que ele "quer beber" (**"Meus irmão fala: você bebe porque é sem vergonha, que isso é sem-vergonhice... os outro irmão acha o contrário, que eu bebo porque eu quero."**). Esse modelo está diretamente associado às sérias dificuldades de relacionamento com o paciente incluindo situações de expulsão de casa e agressões físicas;
- irmã: apresenta um modelo de doença justificando suas tentativas de levar o paciente ao médico e convencer os demais familiares de que ele precisa de tratamento psiquiátrico (**"Minha irmã fala assim que eu sou doente, falou pro pai: ele é doente, não é porque ele quer beber."**).

A avaliação desse padrão familiar é importante para ajudar-nos a compreender algumas questões associadas ao caso: a postura de seus irmãos quando o paciente morava em São Paulo, os conflitos decorrentes da concepção apresentada por eles a respeito do seu problema, o compartilhamento em determinado período da idéia de causa mágico-religiosa pelo paciente e por sua mãe (o que fez com que ela intermediasse situações de ajuda compatíveis com esse tipo de causa) e a melhor aceitação e tolerância com o problema demonstrada pelos familiares residentes em Campinas-SP.

O quadro 1.4 sintetiza esquematicamente esse padrão de interações. Devemos assinalar que alguns aspectos do modelo de causa explicativa do paciente (incluindo a principal causa considerada: "tipo de vida" no garimpo) não são compartilhados pelos familiares. A aproximação predominante do paciente com sua irmã residente em Campinas é representada através da seta em destaque.

Quadro 1.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente



IV. Situações de Ajuda

A análise da trajetória de situações de ajuda de João nos revela que a família é valorizada na função de articulação com a ajuda médica. Além desse aspecto, a família ajudaria na compra de remédios e na alimentação (**"Eu já procurei família, que é quem dá atenção prá mim, procura comprar alguma coisa, Anador, remédio prá dor de barriga, gripe. Quando eu tô muito ruim de bebida eles trazem no posto prá tomar soro. Minha irmã também faz macarrão, ferve um ovo, fica dando comida até me recuperar."**). Devemos considerar que essa avaliação positiva sobre a família é apresentada em relação à sua situação atual, ou seja, o convívio com os familiares que moram em Campinas-SP. O paciente cita ainda a ajuda de um tio no período em que permaneceu em Belém-PA (**"Lá em Belém foi meu tio, me ajudou muito..."**). Podemos considerar que em São Paulo-SP sua família não conseguiu ajudá-lo muito e essa ajuda foi diminuindo cada vez mais num processo que culminou com a mudança de cidade.

Sobre os amigos, o paciente refere que, apesar de não ter muitos amigos em Campinas-SP, procurou por "conselho" no passado com trabalhadores do garimpo e com irmãos da igreja Assembléia de Deus (**"... Às vezes procuro conselho, mas antes era mais, que eu não tenho muito amigo aqui..."**).

Nos primeiros anos de seu problema, João procurou ajuda de benzedores sendo que ao menos dois deles são citados na entrevista: Seu Joaquim (apresentado como "macumbeiro" e atuando através de um modelo de benzeção umbandista) e dona Raimunda (atuação dentro de um modelo católico) (**"... no começo, eu passei muito nisso aí, Dona Raimunda, Seu Joaquim. Seu Joaquim era macumbeiro, pai-de-santo mesmo, só falava no nome do diabo, eu ficava sentado, era um monte de santo e vela de todo tipo, falava: pelo chifre de belzebú, pelo chifre de Lúcifer, por todo tipo de demônio que leve esse encosto. No último dia do benzimento era de noite, fui com um medo, que coisa ruim existe mesmo. A Dona Raimunda era mais de banho, dava banho com flor, três banho por dia, era uma lata com flor com perfuminho que cheirava muito, fiquei vinte dia com ela mas não resolveu também, que eu tive coisa ruim e depois ainda bebi mais que antes..."**).

Além de acompanhar o paciente nesses benzedores, sua mãe apresentava-se nesse período como uma articuladora de uma série de simpatias e benzeções realizadas em sua própria casa a partir de ensinamentos obtidos com outros benzedores sobre o problema do alcoolismo (**"... de simpatia era tomar remédio dia de sexta-feira tal hora, deixa no sereno a noite toda, bebia às seis horas da manhã, tomava em jejum, só lá prás oito é que podia tomar café. Quem fazia era minha mãe e quem ensinava prá ela era benzedor, mas nunca resolveu..."**). Essa fase coincidiu com a hipótese mágico-religiosa apresentada pelo paciente para explicar o problema e está associada a uma avaliação atual de que esse tipo de ajuda (benzedores) foi ineficaz.

Outra esfera importante de sua trajetória de ajuda relaciona-se a práticas religiosas em igrejas pentecostais. Desde o início do problema, o paciente experimentou uma série de aproximações e distanciamentos de igrejas pentecostais numa dinâmica de reciprocidade onde o abuso de álcool interferia na sua prática religiosa provocando um abandono temporário da igreja. Por outro lado, sua prática religiosa eventualmente associava-se a um relativo controle no consumo de álcool e uma manutenção temporária de estados de abstinência. João refere ter frequentado ao menos três igrejas pentecostais a partir do início do transtorno: igreja Ministério de Jesus (na região do garimpo), igreja Assembléia de Deus (em São Paulo-SP e em Campinas-SP) e igreja Chama Divina (em Campinas-SP). Nos anos em que morou em São Paulo-SP sua prática religiosa pode ser analisada como inserida num ciclo onde passava períodos apresentando ingestão contínua de grande quantidade de álcool, o que provocava a deterioração de seu relacionamento com os familiares. Esse processo acabava levando à situações onde estes o internavam em hospitais psiquiátricos. No retorno à sua casa após a internação, João passava a apresentar uma prática religiosa bastante intensa (chegou inclusive a tornar-se obreiro da igreja Assembléia de Deus) mas após alguns meses de abstinência voltava progressivamente ao consumo excessivo de álcool, distanciava-se do pentecostalismo e o ciclo era reiniciado (**"... eu era obreiro da Assembléia de Deus, mas deu problema lá, que eu bebia e não podia ir no culto."**). Num próximo ciclo, após sair do hospital psiquiátrico, João procurava uma igreja da Assembléia de Deus num outro bairro visando evitar o constrangimento de deparar-se com "irmãos da igreja" que soubessem do seu problema com o álcool. Na cidade de Campinas, esse padrão alterou-se um pouco em relação à ausência de internações

psiquiátricas, porém, as situações de mudanças sucessivas do local em que frequenta o culto continuaram. Há cerca de um ano ele decidiu mudar de denominação religiosa deixando a Assembléia de Deus e passando a frequentar a igreja Chama Divina, uma igreja muito pequena de seu bairro que teria sido escolhida devido ao menor número de fiéis e a maior quantidade de cultos específicos para problemas de saúde (**"Agora eu tô freqüentando a Chama Divina no São Judas, é menos gente mas tem mais culto de cura..."**).

Além dessa prática de comparecer aos cultos, João também procurou e mantém parcialmente até hoje uma série de outras atividades religiosas como fazer orações (**"... oração de pastor, pessoas evangélicas. Prá mim, biblicamente, só tem uma, o pai-nosso..."**), ler a bíblia nos períodos de piora (**"... a Bíblia é a única coisa que me conforta ainda quando eu tô bastante mal. Ou então eu começo a cantar, louvar, tiro o pensamento mal, começo a crer que vou ser curado, mostro que Cristo me mudou. O que mais eu leio é o Salmo 46..."**)*, procurar ajuda de pastores (principalmente nos meses precedentes a sua saída do garimpo) e de um padre (**"... o pastor que mais me ajudou foi no Pará, eu tinha 22 anos, no garimpo mesmo, mas até de padre eu peguei ajuda..."**) e fazer algumas promessas visando parar de beber (**"... eu já fiz várias promessa, se eu parar de beber vou voltar prá igreja, isso, aquilo, mas eu não cumpri, que quando eu fazia eu tava no abismo e não conseguia cumprir..."**).

* Salmo 46: "Povos, dai todos palmas em aplauso, aclamai Deus com vozes de regozijo, porque o Senhor é excelso e terrível, rei supremo sôbre toda a terra. Submeteu os povos a nós, e (pôs) as nações debaixo dos nossos pés. Escolhe para nós a nossa herança, a glória de Jacó seu predileto. Sobe Deus entre (vozes de) júbilo, o Senhor ao som da trombeta. Cantai salmos a Deus, cantai; cantai salmos ao nosso rei, cantai. Porque Deus é o rei de tôda a terra, cantai um hino. Deus reina sôbre as nações, Deus está sentado sôbre o seu santo trono. Os príncipes dos povos reuniram-se com o povo do Deus de Abraão. Porque de Deus são os grandes da terra, êle imensamente excelso." (Bíblia Sagrada)

João refere-se à ajuda médica valorizando principalmente a ajuda "de médico de internação", ou seja, dos médicos que o atenderam durante as internações em hospitais psiquiátricos em São Paulo-SP (**"... de psiquiatra foi muito, mais de médico de internação, que sem eles eu também não tava aqui hoje..."**). Cita ainda uma experiência de ter ficado durante dois dias numa clínica de recuperação para dependentes de álcool e drogas, não apresentando, entretanto, muitos detalhes sobre este tipo de situação de ajuda (**"... da clínica eu não sei dizer muito que eu fiquei dois dias só lá, meus irmão que levou só que eu não gostei de ficar lá, era tratamento de louvor e trabalho."**).

É forçoso observar que clínicas de recuperação de dependentes têm ganhado nos últimos anos um espaço progressivamente maior como situação de ajuda terapêutica-religiosa para dependentes químicos. Alguns dos fatores que podem estar associados a essa questão são as alterações promovidas pelo processo de reforma psiquiátrica onde é valorizada uma restrição na quantidade e duração das internações psiquiátricas, o crescimento das igrejas evangélicas (proprietárias de muitas dessas clínicas), a ausência de regulamentação de muitas dessas clínicas e o pequeno número de clínicas psiquiátricas especializadas nesse tipo de tratamento. Na verdade, faltam estudos epidemiológicos e descritivos sobre a atuação dessas clínicas sobretudo em relação a demanda de pacientes, ao tipo de tratamento oferecido e aos critérios e condições de avaliação dos pacientes durante esse processo. Uma última observação sobre essa questão: no caso de João, parece ter havido a disposição por parte dos familiares em mantê-lo afastado do convívio familiar por um longo período, situação muito comum entre famílias que apresentam um membro alcoolista e cada vez mais dificultada com o processo atual de reforma psiquiátrica.

Na análise de outras situações de ajuda possíveis, o paciente negou ter procurado vários tipos de situações como o uso de remédios caseiros, leitura de livros de auto-ajuda, procura de cartomantes ou outras atividades adivinhatórias, participação em procissões ou romarias, busca da ajuda de farmacêuticos, terapias alternativas, grupos de auto-ajuda ou algum tipo de psicoterapia.

Finalmente, João considera os conselhos e as conversas com amigos trabalhadores do garimpo como a primeira situação de ajuda procurada (**"Ajuda de amigo, que tava lá mesmo."**). Considera ainda como principal forma de ajuda no momento sua

prática religiosa na igreja pentecostal Chama Divina, situação que estaria diretamente associada ao comparecimento em cultos de cura e à idéia de que um comportamento correto garantiria a manutenção de estados de abstinência (**"Mais importante agora é ir na igreja, ficar com a vida certa, longe do álcool."**).

O quadro 1.5 esquematiza a configuração de situações de ajuda procuradas pelo paciente ao longo de sua trajetória com o problema.

Quadro 1.5: Trajetória de situações de ajuda

Amigos no garimpo (primeira situação de ajuda considerada)
Atividades na igreja pentecostal Ministério de Jesus (região do garimpo)
Mãe → Benzedores (Seu Joaquim, Dona Raimunda)
Mãe → Simpatias
Promessas
Tio (Belém) → tratamento psiquiátrico ambulatorial
Orações
Bíblia
(Migração para São Paulo-SP)
Núcleo familiar em São Paulo-SP → internações psiquiátricas
Clínica evangélica de recuperação de dependentes químicos
Núcleo familiar em Campinas-SP → tratamento psiquiátrico ambulatorial
Atividades em igrejas pentecostais mediadas pelo consumo ou abstinência de álcool:
Assembléia de Deus (São Paulo-SP) / igreja Chama Divina (Campinas-SP)

* Principais situações de ajuda consideradas no momento

V. Relacionamento Clínico

João refere-se à ajuda psiquiátrica basicamente como uma situação de suporte emocional e espiritual. Ele usa a palavra "palestras" para designar a fala do psiquiatra (**"Psiquiatra ajuda em palestras, uma palavra amiga, uma palavra de vitória, de firmeza. Dizer, olha, você consegue."**). A medicação também é valorizada como uma forma de apoio. Nesse trecho da entrevista, o paciente introduz a expressão "queda de nervo" entendida como um tipo de vivência onde uma pessoa doente que já fez algum tratamento prévio pode apresentar retorno dos sintomas caso preocupe-se demais com essa possibilidade (**"Medicação também, porque a medicação é tipo de um apoio. Que eu posso ter queda de nervo, que é a pessoa quando tá sozinha, falta medicação prá ela, ela fica pensando, e se a doença voltar, fica pensando tanto que começa ficar nervosa, a cabeça toda dói."**). Nesse contexto, João utiliza a metáfora de uma guerra e considera a medicação como uma arma para "combater" o sentimento de ansiedade associado à essa vivência ("queda de nervo"). Dentro desse modelo, ele passa a adotar a prática de carregar medicações em seu bolso (diazepam) como uma forma pragmática de proteger-se dos sintomas (**"Prá mim, eu tando com a medicação em casa eu já me sinto aliviado. Eu ando com diazepam no bolso, é um tipo de ajuda, é como se eu fosse prá guerra sem arma, eu vou fazer o que? Agora eu tando com arma vou combater a queda de nervo."**).

Em relação às diferenças entre o psiquiatra e o clínico geral, o paciente caracteriza o clínico como um médico que trata de problemas associados à dor a partir do pedido de exames e da prescrição de um remédio específico. O psiquiatra teria uma atuação baseada principalmente na análise da maneira como o paciente pensa e age, o que seria possível através do diálogo. Ele cita ainda que o neurologista seria um médico especializado no tratamento de "cisto" sendo esse diagnóstico realizado através de exame radiológico (**"Prá mim é o seguinte, o neurologista olha quando a pessoa tem cisto, faz raio-X. A pessoa que é psiquiatra estuda mais a mente da pessoa, o modo dela agir, o modo dela pensar. O clínico geral é quando a gente tem uma dor aqui, uma dor ali, ele manda fazer exame e pelo resultado do exame ele vai ver o remédio certo. O psiquiatra vai mais pela conversa, o clínico vai pelo exame."**).

João afirma não conhecer o termo psicoterapia (**"Não, vixe Maria, não sei o que é isso, não."**). Relata também que apresentou certa dificuldade em procurar um psiquiatra após ter sido orientado sobre essa necessidade (**"A pessoa quando tá nervosa fica discutindo com todo mundo, alguém fala prá ela procurar um psiquiatra. Em certa parte eu não recebi bem isso."**). Essa dificuldade estaria associada a uma idéia inicial de que os psiquiatras seriam médicos responsáveis pelo atendimento de pessoas acometidas de loucura, condição que era rejeitada pelo paciente (**"Porque eu não sou louco, dizia comigo, eu sei muito bem o que eu faço, só que tava com o copo de pinga na mão."**). Posteriormente, essa idéia sobre a área de atuação dos psiquiatras foi modificada passando a incluir situações de dependência de substâncias. Além disso, o próprio entendimento sobre seu problema é relativizado já que o paciente passa em determinado momento a admitir sintomas compatíveis com uma situação de loucura dentro do alcoolismo (**"Depois eu vi que o psiquiatra não é só de louco, cuida de droga, álcool, mas alcoolismo também dá um pouco loucura, que a pessoa faz coisa que não sabe."**). Nesse processo, a dificuldade inicial em relação a busca de ajuda psiquiátrica é desfeita e ele prossegue, mesmo que irregularmente, com o tratamento psiquiátrico ao longo de sua trajetória de ajuda.

Terminando esse módulo da entrevista, João cita que apresentou uma situação de dificuldade de comunicação com o médico numa determinada consulta (**"... foi um que não falava nada e eu também não falei nada."**). Além disso, refere também uma situação de abandono de tratamento psiquiátrico devido a falta de confiança relacionada a concepção de que a psiquiatra "era muito nova" (**"Lá em São Paulo eu deixei tratamento, eu tomava quatro comprimido de manhã, um de tarde e quatro de noite porque ela era muito novinha e psiquiatra e eu não confiei."**).

O paciente parece não ter tido conflitos mais sérios de relacionamento clínico além das situações descritas acima. Ele não refere, por exemplo, ter tido algum problema na situação de admissão em hospitais psiquiátricos, um momento muitas vezes delicado no relacionamento médico-paciente principalmente quando há opiniões divergentes sobre a necessidade de internação (o paciente não aceita uma internação julgada necessária pelo psiquiatra ou o psiquiatra não julga necessária uma internação desejada pelo paciente ou por sua família).

O quadro 1.6 resume alguns dos principais aspectos considerados pelo paciente acerca do relacionamento clínico.

Quadro 1.6: Aspectos do relacionamento clínico

Dificuldades no relacionamento clínico, abandono de tratamento e adesão medicamentosa
Resistência em procurar psiquiatras associada a idéia inicial de que os psiquiatras cuidariam apenas de pessoas acometidas de "loucura"
Abandono de tratamento devido a falta de confiança associada a avaliação de que a psiquiatra "era muito nova"
Dificuldade de comunicação com um psiquiatra que "não falava nada"

VI. Problemas Gerais de Saúde

João refere-se basicamente a doenças quando perguntado sobre problemas de saúde. Apesar de acreditar na possibilidade de que um "encosto" também possa estar envolvido na causa de problemas de saúde, ele nega que esse tipo de causa esteja associada ao alcoolismo, o que está de acordo com seu modelo explicativo atual (**"Quando é doença a pessoa tem febre, tem dor de cabeça, várias coisa, malária, pneumonia. Quando a pessoa não tá passando bem, então tá doente, agora encosto, essas coisa também tem, mas não é alcoolismo."**).

João apresenta ainda algumas hipóteses específicas de causas explicativas como hereditariedade (**"Talvez vem por família, dependendo do problema vem de geração em geração."**), precariedade do local de moradia (**"Em outros caso é do ambiente que a pessoa vive, falta de higiene, a pessoa pega doença."**), condições de alimentação (**"Alimentação precária também, a pessoa não se alimenta bem, não toma vitamina."**) e determinados tipos de comportamento (**"Acho que falta de cuidado mesmo, fazer coisa errada, começar a beber, como aconteceu comigo. Relacionamento sem prevenção, procurar muito parceiro, usar droga com a mesma seringa, tem muita AIDS aí."**).

Dessa composição de causas apresentadas, as principais seriam a precariedade do local de moradia e as condições de alimentação. Esses fatores afetariam sobremaneira as classes econômicas menos favorecidas (**"Eu acho, na classe pobre, falta de higiene e alimentação, mau-trato, o estado em que a pessoa vive, não vive em ambiente saudável, faz casa em cima de esgoto, tem diarréia."**). Os problemas de saúde referidos pelo paciente nesse trecho da entrevista são febre, dor de cabeça, malária, pneumonia, AIDS e diarréia (esse último problema estando diretamente associado às condições de alimentação e saneamento básico).

Os problemas de saúde mental citados são epilepsia, alcoolismo, insônia, nervosismo, falta de memória, "cisto no cérebro", câncer no cérebro, "loucura mental" e debilidade mental ("débil mental"). O paciente introduz também a expressão "delírio treme" para designar a ingestão de uma grande quantidade de álcool associada ao aparecimento de "delírio". Essa situação corresponderia nas classificações psiquiátricas a um diagnóstico de intoxicação aguda por álcool. Os sintomas decorrentes do "delírio treme" também foram objeto de considerações por parte de seus conhecidos sobre uma possível causa mágico-religiosa ("encosto"), porém, com o tratamento, o paciente passou a assegurar-se que o delírio, entendido como ficar "falando besteira", estava realmente associado à ingestão pesada de álcool (**"Epilepsia é um, alcoolismo, delírio treme é outro. Insônia, nervosismo, falta de memória. Tem o cisto, tem câncer no cérebro, loucura mental também. O cisto é quando faz raio-x que aparece, é um calo de sangue que fica preto o cérebro. O delírio treme é o excesso de bebida no cérebro, fraqueza mental. Porque prá ter delírio treme tem que beber muito mesmo, eu bebia duas garrafas por dia, mais um litro de 51 à noite, aí dava delírio treme. O pessoal vinha me dizer que era encosto mas depois eu tratei, era excesso de bebida, fica lá dando delírio mesmo... delírio é quando fica assim falando besteira."**).

O aspecto central na distinção feita pelo paciente entre as doenças mentais e as outras doenças é a dificuldade apresentada no processo de cura. As doenças mentais seriam incuráveis ou, no mínimo, teriam a cura mais lenta que outros tipos de doenças. Na sua avaliação, até doenças físicas consideradas graves como o câncer seriam atualmente passíveis de cura. Outra possível diferença apresentada é o fato de que as pessoas acometidas por doenças mentais podem não apresentar crítica de seus comportamentos ao

contrário de pessoas com outras doenças (**"Eu acho que a mental, vamos supor, doente da mente pode fazer besteira que nem mesmo sabe. A doença mental tem a cura mais lenta. Às vezes nem tem cura. As outra doença tem mais cura, a pessoa às vezes consegue curar rápido, até câncer tem cura agora, eu vi na televisão, dependendo do local."**).

João estabelece uma correlação causal entre o aparecimento da gastrite e a ingestão pesada e prolongada de álcool (**"Acho que a gastrite se formou de tanta bebida que eu tomei."**). Em relação às medicações, o diazepam teria a função de "segurar os nervos" conforme o modelo de alteração no cérebro concebido pelo paciente. É apresentada também a idéia de que o cérebro ficaria "mais parado" devido a atuação do ansiolítico sobre o sistema nervoso (**"O diazepam acalma, faz o cérebro ficar mais parado, segura os nervo."**). Ele refere ainda não ter idéia do mecanismo de ação da fenitoína em seu organismo (**"A fenitoína é que eu não sei mesmo."**).

João nega ter capacidade de realizar alguma atividade de cura assim como nega saber a causa de uma série de doenças específicas apresentadas na entrevista (sarampo, tuberculose, lepra e depressão). A causa considerada para a diabetes seria o "açúcar" (**"Sei que é do açúcar."**).

O mecanismo de transmissão da AIDS é descrito como decorrente do uso compartilhado de seringas e através de relações sexuais. Não é feita referência a um agente causador da AIDS (**"O que causa eu não sei, agora como se pega é através de seringa, usando a mesma agulha, relação sexual."**).

Em relação ao suicídio, João apresenta alguns fatores associados a situações de desespero, no caso, problemas amorosos ou financeiros (**"Uma pessoa que está desesperada, devendo muito, outro se suicida por causa de mulher."**). Um outro fator (incapacidade de trabalho) é apresentado para explicar uma tentativa de suicídio cometida pelo paciente no passado e associada a sentimentos de pessimismo sobre a evolução de seu problema. É interessante observar nessa questão a idéia de conhecer "as escritura" como um possível obstáculo ao suicídio e a insuficiência desse obstáculo no episódio de sua tentativa de suicídio (**"O meu caso eu comecei a pensar, eu não posso trabalhar, eu só dou trabalho, não podia parar a bebida, ficava tomando medicamento direto. Mesmo**

conhecendo as escritura eu tentei me enforcar."). João utiliza a idéia de que sua mente estava "se soltando" no contexto da descrição das vivências experimentadas após a tentativa de enforcamento. (**"... eu via um monte de criança tudo pequena, não sei se era a mente que tava se soltando."**).

Na questão referente às causas do alcoolismo, é repetida a idéia de que a "diversão" leva à ingestão de bebidas alcoólicas além da hipótese de transformação desse problema em doença a partir de um determinado grau de sua evolução (**"Prá dizer poucas palavra, diversão, depois fica doença."**).

O quadro 1.7 apresenta alguns termos e expressões utilizadas pelo paciente ao longo da entrevista de Formulação Cultural que foram incluídos no glossário apresentado no anexo I.

Quadro 1.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)

débil mental
delírio treme
eletrograma
médico de internação
mente se soltando
nervo repuxar/contrair
palestras
queda de nervo

Formulação Cultural do Caso (caso 2)

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Maria, 47 anos, natural e procedente de Campinas-SP, casada (uma filha), primeiro grau completo, dona-de-casa, católica.

Paciente com história de há cerca de cinco anos começar a apresentar sintomas psiquiátricos incluindo alterações senso-perceptivas (dizia que estava ouvindo vozes que a ameaçavam e, posteriormente, que estava ouvindo a "voz do demônio"). Passou ainda a apresentar uma grande alteração do padrão de seu comportamento habitual, permanecendo o tempo todo bastante assustada, não entrava em alguns cômodos de sua casa, dizia que "estavam querendo matá-la" e que sua casa havia sido "invadida pelos espíritos do demônio". Passou a jogar fora ou queimar muitos objetos de sua família como panelas, roupas e produtos alimentícios que na sua concepção "estavam tomados pelo demônio". Além disso, chegou também a queimar fotografias (incluindo fotografias de sua infância, de seu casamento e de sua filha) e documentos pessoais como, por exemplo, sua carteira de identidade. Dizia em relação a esse comportamento que "o demônio estava pegando ali" e que não podia deixar os "espíritos ruins entrar no seu corpo", citando ainda, a respeito dessa vivência que sentia que o demônio estava "tomando seu corpo para ele" e dessa forma "seu coração estava ficando diferente". Adicionalmente, apresentava ainda a convicção de que seus pensamentos "estavam saindo para fora" e que o demônio podia "controlar" seu corpo.

De acordo com o relato da mãe da paciente, esses sintomas foram ficando progressivamente mais graves e durante essa evolução, outros sintomas foram se incorporando ao quadro e também tornando-se proeminentes. Assim, nesse período, a paciente passou a apresentar insônia de forma mais importante, logorréia, irritabilidade, períodos em que ameaçava os outros e quebrava objetos da casa, períodos em que ficava muito agitada dizendo principalmente que "tinha que aguentar a luta dentro de seu corpo" e que "era um espírito de Deus" supostamente envolvido numa espécie de batalha que estaria sendo travada entre Deus e o Demônio dentro de seu corpo. Com essa evolução e estando há cerca de quatro dias "praticamente sem dormir", queixando-se de estar sentindo dores e

"coisas ruins" pelo corpo e apresentando sérias alterações nos cuidados pessoais de higiene e alimentação, a paciente foi internada num hospital psiquiátrico da região.

Depois de dois meses de internação recebeu alta apresentando melhora significativa dos sintomas, porém, referindo ainda ouvir algumas vozes "dos espíritos" e sentir a presença desses "espíritos do demônio em sua casa". Manteve-se durante certo período relativamente bem controlada do ponto de vista psiquiátrico em uso de haloperidol (10 mg via oral ao dia) e carbolitium (900 mg via oral ao dia), porém, sempre apresentando algum grau de sintomas associados à idéias de conteúdo religioso e alterações senso-perceptivas.

Após cerca de oito meses do primeiro episódio psiquiátrico e segundo a mãe, após algumas semanas em que "não estava tomando certo o remédio", Maria passou novamente a manifestar uma progressiva intensificação dos sintomas psicóticos e durante essa evolução, sintomas afetivos como apresentados anteriormente. Foi então novamente internada em um hospital psiquiátrico, recebendo alta após cerca de vinte dias de internação. Depois dessa segunda alta hospitalar, apresentava o mesmo padrão de sintomas verificados na saída da primeira internação. Manteve-se em tratamento no Centro de Saúde Santa Bárbara utilizando tioridazina (300 mg via oral ao dia) e carbolitium (900 a 1200 mg via oral ao dia) tendo transferido-se para acompanhamento no Centro de Saúde Anchieta há cerca de três anos devido a mudança de endereço.

Desde então, apresentou durante todo tempo de acompanhamento manutenção de idéias associadas a presença do demônio (ou dos "espíritos do demônio") em sua casa, presença do demônio no corpo de outras pessoas (principalmente seu marido), tentativas continuadas e em alguns períodos mais incisivas do demônio também apoderar-se de seu corpo, necessidade de proteger-se desses ataques com alguns comportamentos específicos e manutenção de alterações senso-perceptivas em que diz ouvir vozes dos "espíritos mandados pelo demônio" (acredita que essas vozes seriam uma via de acesso do demônio contra seu corpo).

Nesses últimos anos, Maria apresentou ainda períodos com diminuição do sono, logorréia e irritabilidade evoluindo com melhora após aumento da dose da medicação e não associadas a disfunção social significativa. Além disso, apresentou um período com

sintomas de tristeza, anedonia, desânimo, perda de apetite, permanecia deitada durante grande parte do dia e dizia-se incapaz de "se proteger" porque "o demônio ia conseguir o que queria". Após associação de medicação antidepressiva (amitriptilina 100 mg via oral ao dia) houve remissão desses sintomas permanecendo, no entanto, o padrão sintomático de base. Nos últimos meses a paciente mantém-se em uso de tioridazina (300 mg via oral ao dia) e carbolitium (900 mg via oral ao dia) e apresenta-se relativamente adequada em relação ao seu comportamento e capacidade funcional apesar da manutenção de algum grau de sintomas psicóticos.

Observação: paciente tem o diagnóstico de hipertireoidismo estando em acompanhamento com endocrinologista utilizando metimazol (10 mg via oral ao dia).

Diagnóstico psiquiátrico:

CID-10: Transtorno esquizoafetivo, tipo maníaco (F25.0)

DSM-IV: Transtorno esquizoafetivo, tipo bipolar (295.70)

FORMULAÇÃO CULTURAL

I. Identidade Sócio-Cultural

Os principais elementos associados à Identidade Sócio-Cultural de Maria dentro de uma perspectiva de trajetória de vida envolvendo conjuntos de padrões culturais são:

- mudanças sucessivas do local de residência em direção à periferia da cidade de Campinas-SP. Uma dessas mudanças esteve diretamente associada a aspectos específicos de seu problema mental detalhados a seguir na formulação cultural do caso;
- trajetória religiosa inclui o comparecimento semanal num centro de umbanda dos 39 aos 42 anos (antes do início de seu problema mental). Essa experiência acabou por ser incorporada ao seu modelo de causa explicativa do problema;
- trajetória religiosa inclui o comparecimento esporádico à igreja Evangélica Divina e a um centro espírita kardecista no início do problema de saúde mental;

- trajetória religiosa inclui a entrada no Movimento de Renovação Carismático Católico há cerca de três anos. A partir de então, a paciente passou a organizar uma série de atividades religiosas descritas no módulo Situações de Ajuda;

- presença de dois núcleos familiares (marido/filha e pais/irmãs) que mantêm relações conflituosas com a paciente. Nesse sentido, os familiares apresentam modelos explicativos de causa diferentes do seu, situação relacionada a dificuldades de compreensão do problema e das situações de ajuda procuradas. Além desse aspecto, o delírio apresentado pela paciente inclui conteúdos relacionados ao seu marido;

- a principal rede de suporte social é composta por amigas do Movimento de Renovação Carismático Católico que compartilham um modelo de causa explicativa do problema semelhante ao da paciente;

- trajetória de trabalho da paciente está associada a realização de trabalhos informais mediados pela situação do problema em cada momento.

II. Apresentação do Problema

Maria apresenta uma extensa descrição das manifestações de seu problema: idéias de auto-referência, sensação de que a "cabeça está vazia", esquecimento, impaciência, agitação, nervosismo, insônia, descontrole emocional, exaltação, agressividade, sensação de medo, audição de vozes, tristeza e alterações do pensamento.

Esses sintomas são estruturados em dois grupos específicos que representam uma divisão do problema em duas "partes". A primeira parte corresponderia a idéia de uma "doença dos nervos" compreendendo agitação, nervosismo, insônia, descontrole emocional, exaltação e agressividade. A segunda parte corresponderia a idéia de "problema espiritual" incluindo sensação de medo, audição de vozes, tristeza e alterações de pensamento. Os sintomas associados às idéias de auto-referência, a sensação de que a "cabeça está vazia", o esquecimento e a impaciência não são incluídos nessa diferenciação.

Dentre esses dois grupos de sintomas, aqueles que compõem o chamado "problema espiritual" são considerados os mais importantes e formam efetivamente o núcleo do problema considerado pela paciente (**"É mais o medo. E eu ficar meio alterada, falar coisas que não tem nada a ver."**).

Maria apresenta uma certa dificuldade em estabelecer nomes para seu problema, porém acaba utilizando as expressões "coisa ruim", "doença dos nervos" e "problema espiritual" destacando assim a importância das causas mágico-religiosas dentro de seu modelo explanatório (**"Um nome eu não sei... Eu sei que é mais espiritual, assim, coisa ruim, mas eu não sei o nome."**). Em outros trechos da entrevista também são empregados os termos "crise" e "crise forte".

O quadro 2.1 apresenta esquematicamente a forma como Maria estrutura seu problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV).

Quadro 2.1:Estruturação do problema

Classificações Psiquiátricas **(CID-10 / DSM-IV)**	**Concepção do paciente**
Diagnóstico de um transtorno mental: CID-10: Transtorno esquizoafetivo, tipo maníaco (F25.0) DSM-IV: Transtorno esquizoafetivo, tipo bipolar (295.70)	Reconhecimento de um problema com duas "partes" distintas: "Doença dos nervos" "Problema espiritual"

O quadro 2.2 esquematiza os sintomas apresentados nas duas "partes" do problema reconhecido além de trechos da narrativa correspondentes a esse aspecto.

Quadro 2.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos:

Problema reconhecido	**Sintomas psiquiátricos**	**Narrativas**
"Doença dos nervos"	- Agitação - Nervosismo - Insônia - Descontrole emocional - Exaltação - Agressividade	**"... uma parte é, de principalmente de eu ficar agitada, agitação, nervoso, de eu ficar nervosa, não conseguir dormir, de eu não conseguir me controlar, qualquer coisinha eu me exalto, sabe, me exalto assim e começo a falar alto, sabe, começo a ser agressiva com as pessoas..."**
"Problema espiritual"	- Sensação de medo - Alucinações auditivas - Tristeza - Alterações de pensamento	**"... às vezes vem pensamento ruim, muito medo, parece que as pessoas falam de mim, tenho medo de ficar em casa. Às vezes parece também que minha cabeça está vazia, eu não lembro das coisa, vem as vozes. Mas também tem vez que eu fico nervosa, impaciente..."** **"... a parte do espírito é o medo, é as voz e a tristeza é mais pro lado espiritual, que eu começo a pensar coisas que passaram, sabe, então eu começo repassar tudo que passou..."**

A paciente afirma que seu problema é grave porque interfere em seu pensamento prejudicando inclusive a capacidade de conversar com as pessoas (**"É grave, porque mexe com meu pensamento, não consigo nem falar direito quando eu fico ruim."**). Em relação a perspectiva de evolução do problema, ela acredita num processo de melhora condicionado à sua participação em grupos de oração e ao fato de estar "rezando mais" (**"Acho que vai melhorar, que não está mais dando crise forte em mim, eu estou mais nos grupo de oração, estou rezando mais."**). Cita ainda alguns fatores que poderiam ser considerados como influenciando negativamente a evolução do problema: falta de realização de "enfrentamentos" (ritual de orações), ausência nos grupos de oração do

movimento carismático e o fato de seu marido frequentemente não conversar com ela ou xingá-la (**"Quando falta enfrentamento, eu não posso deixar, tenho que ir sempre no grupo (de oração). Quando meu marido também não fala comigo, fica xingando, isso influencia."**).

Na questão referente a prejuízos psicossociais, a paciente avalia que seu problema de saúde mental "tira sua liberdade" fazendo dela uma pessoa dependente dos outros (**"Atrapalha de tirar minha liberdade, ficar dependente dos outro."**).

Em relação à estigmatização, Maria relata ter a percepção de que as pessoas, principalmente seu marido, a observam de maneira diferente, parecendo reparar que ela tem uma doença. Julga inclusive que é tratada como se estivesse muito doente ou com uma "doença contagiosa" (**"Parece que as pessoas não me vê como me via antes, me olham, me acham diferente, meu marido mais... Quando eu tenho crise as pessoa me olham como se eu tivesse mesmo doente, muito doente, sabe, que se fosse assim quase uma doença que fosse contagiosa, qualquer coisa assim, sabe."**). Refere também ter uma percepção contínua de rejeição à exceção de quando está na igreja (**"Eu sentia, às vezes eu sinto, eu sentia que parece que as pessoa estava falando de mim, me rejeitando... Agora, na igreja eu não sinto isso."**).

A paciente acrescenta ainda que tem outros problemas de saúde geral compreendendo a simples existência de substâncias (colesterol e triglicerídeos) e da tireóide como patológica (**"Eu tenho colesterol e triglicéris. E tenho tiróide."**).

III. Causas do Problema

Maria inicia a descrição de seu modelo de causa explicativa relatando uma concepção considerada como a principal causa de seu problema. Nesse sentido, ela afirma que o fato de ter frequentado um centro espírita kardecista teria feito com que os "espíritos" e o próprio demônio pudessem se "aproximar" e se alojar em sua casa provocando o problema de saúde mental. O fato de seu marido "não ser religioso" (não frequenta a igreja católica) também é citado como um fator adicional de vulnerabilidade em relação a

interferência dos espíritos (**"Foi por causa de ter frequentado o espiritismo, se aproximar dos espíritos. Os espíritos ficou lá na casa que eu morava, quando mudei de casa melhorou um tempo. Meu marido que não é religioso ajudou também... Quando tem pessoa que não é da igreja é mais fácil pro espírito chegar na casa..."**).

A paciente também expõe nessa questão algumas características da atuação do demônio ou dos "espíritos do demônio":

- o demônio "escolhe" atuar em determinadas datas significativas para os cristãos (católicos). Essa idéia é usada para explicar o motivo pelo qual seu problema começou na época de Natal (**"... O demônio escolheu a época de Natal que é a época mais marcante prá ele."**);

- numa situação de "ataque espiritual", os "espíritos do demônio" distribuem-se espacialmente dentro de sua casa concentrando-se mais em determinados cômodos e eletrodomésticos (no seu caso, o quarto, banheiro, fogão e geladeira). Esses "ataques espirituais" são descritos como situações que envolvem alterações senso-perceptivas (**"O espírito fica mais no quarto, lugar que fica mais atacado fica no banheiro, no meu quarto e às vezes no fogão quando eu tô cozinhando e na geladeira... são bastante, viu, porque eu sinto que começa me agarrar, tudo demônio, quando eu vou limpar a casa que começo a rezar eu tenho sensação disso, aí eu faço enfrentamento."**).

Outras causas explicativas para o problema de saúde também são levantadas pela paciente. Ela se refere a um "problema de família" para designar o motivo pelo qual decidiu procurar o kardecismo especificando que sua filha "era muito nervosa" e que não havia diálogo entre ela e o marido (**"O problema de família, que quando eu fui no espiritismo foi prá ela melhorar, que minha filha era muito nervosa e ele (marido) não falava comigo, não dava dinheiro, não tinha conversa da gente..."**). Dessa forma, as dificuldades de relacionamento familiar acabam sendo interpretadas como uma causa indireta do problema, já que motivaram a procura de uma atividade cuja posição dentro do modelo explanatório transformou-se de uma situação de ajuda visando resolver problemas familiares para o principal fator de causa considerado atualmente.

Outro aspecto causal referido é o entendimento de que "parte" dos seus sintomas são decorrentes de uma doença. A paciente não fornece maiores detalhes sobre essa questão, principalmente se essa doença seria uma evolução do "problema espiritual" ou se teria aparecido primariamente junto com os outros sintomas (**"Da doença é aquela outra parte."**).

Maria faz um relato da progressiva variação temporal ocorrida na composição de seu modelo de causa explicativa. Num período inicial do transtorno predominam sentimentos de perplexidade, indefinição e dúvidas (**"No começo eu falei, não sei o que está acontendo comigo, eu queria saber realmente o que estava acontecendo comigo..."**). Num segundo momento, a idéia de "fraqueza" é inserida no modelo de causa levando a paciente a procurar ajuda num clínico geral (**"... Daí eu fui mudando, primeiro de tudo eu achei que estava fraca, que eu precisava ir no clínico geral que talvez fosse isso..."**). Maria acaba descartando essa hipótese a partir da normalidade dos exames laboratoriais realizados e possivelmente da manutenção de seus sintomas psiquiátricos (**"... depois que eu fiz exame eu vi que não era nada disso..."**). A seguir, é admitida a idéia de que uma causa mágico-religiosa (feitiço) seria responsável pelos sintomas. Esse processo ocorre paralelamente ao progressivo aumento de suas atividades no Movimento de Renovação Carismático Católico (**"Daí eu achei que alguém tinha feito algum feitiço prá mim..."**). A última transformação do seu modelo ocorre dentro do próprio âmbito das causas mágico-religiosas e determina seu padrão explicativo de causa atual. Maria passa a acreditar no envolvimento imediato do demônio e de "espíritos ruins" como causa do problema, modelo que faz com que ela estruture uma configuração de situações de ajuda envolvendo múltiplas atividades religiosas pessoais e em grupos de oração carismáticos. (**"Daí eu achei que não era feitiço, eu fiquei mais forte na igreja católica, comecei a achar que era alguma coisa mesmo, daí eu vim saber que era um espírito, coisa do demônio mesmo, vim tendo noção do que estava acontecendo comigo, que não melhorou nada no espiritismo, piorou, né, piorou mais..."**)

O quadro 2.3 resume o padrão de causas explicativas apresentadas desde o início do problema destacando a principal causa explicativa considerada pela paciente.

Quadro 2.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	"Problema de família" (causa indireta)
Causas mágico-religiosas	Centro espírita kardecista → atuação do demônio ou de espíritos Feitiço
Alterações físicas ou doenças	"Fraqueza" Doença

* Principal causa explicativa considerada no momento

Outro aspecto relacionado às causas do problema diz respeito a questão dos modelos causais dos familiares e conhecidos da paciente. De acordo com Maria, uma de suas irmãs recomendou que ela trabalhasse e tomasse medicações acreditando que seu problema tenha sido causado pela "falta de ocupação" (**"Minha irmã acha que eu tenho que tomar remédio, que eu tenho que por a cabeça no lugar, pensar mais em trabalhar, arrumar um serviço, que falta de ocupação faz eu ficar assim..."**).

Uma outra irmã compartilha com o marido da paciente a opinião de que seu problema tem como causa o excesso de atividades religiosas, principalmente a alta frequência com que vai à igreja. A orientação dada por eles é que ela deveria deixar de ir à igreja ou ao menos diminuir a frequência dessa atividade (**"Tem uma outra irmã que é que nem meu marido, não fala comigo, só fala prá não ir na igreja, que ficá indo assim na igreja é ruim prá mim..."**). No caso específico do marido da paciente, é apresentada uma variação temporal no modelo de causa, já que num determinado período ele passa a incentivar a participação da paciente em atividades religiosas fazendo restrição apenas a um grupo de oração específico (**"Uma época meu marido falava que eu indo no grupo de oração que eu ia melhorar mais, a única coisa que ele não queria era ir no grupo de Quarta-feira, que lá ia me atrapalhar, era só esse que ele achava ruim."**).

Maria refere ainda que uma outra irmã continua frequentando a religião espírita. Diz que mantém um relacionamento distante com ela e desqualifica qualquer tipo de orientação recebida dessa irmã devido ao seu modelo explicativo estar ligado ao espiritismo (**"A outra irmã ainda é espírita, também não ajuda..."**).

A mãe da paciente acreditava no passado que o problema estava relacionado a "espíritos do demônio" (causa atual segundo a paciente) passando posteriormente a abandonar essa hipótese e aproximando-se do modelo apresentado pelo marido e por uma irmã da paciente (**"Elas falam que eu fico assim, que a igreja que causou eu ficar assim, que a comunidade em vez de me ajudar, ela me atrapalhou, me fez ficar assim."**). Essa transformação parece estar associada a constatação da ineficácia de suas orientações anteriores visando a melhora do problema (chegou a mandar passar veneno contra os espíritos na casa da paciente e apoiar a idéia de mudança para uma outra casa) (**"Minha mãe achava do espírito, que era espírito também, até mandou passar veneno em casa, depois ajudou falar pro meu marido que era bom mudar de casa. Agora não fala nada, que também continuou um pouco na outra casa."**).

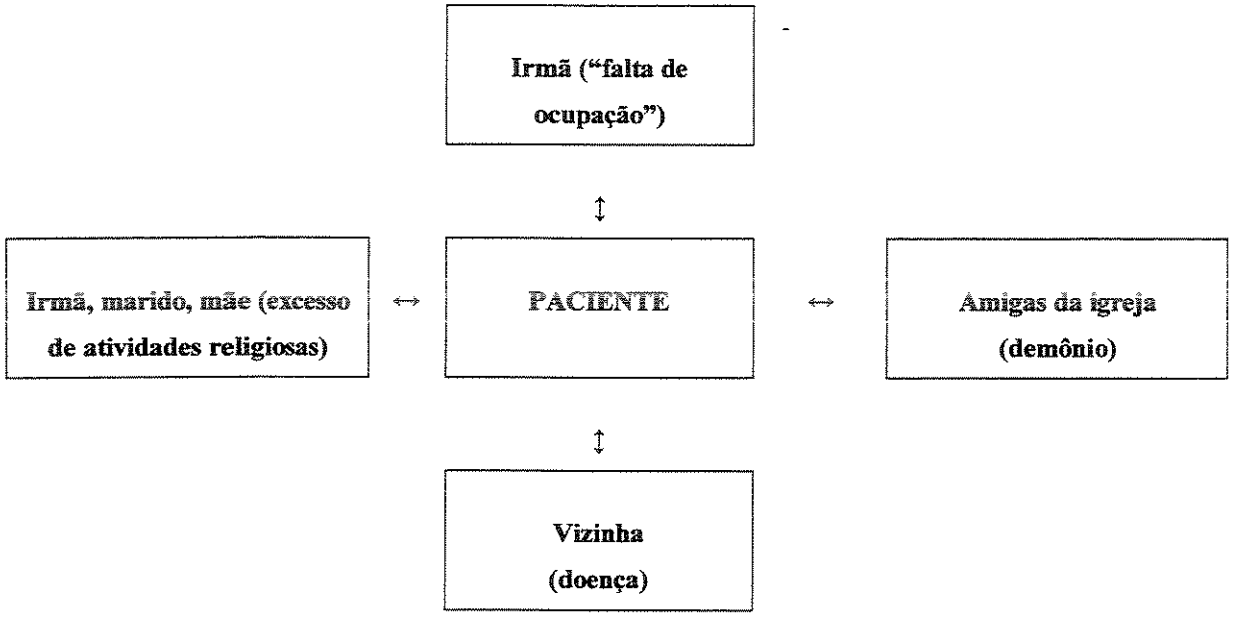
As amigas da igreja apresentam um modelo diametralmente oposto ao do marido e análogo a causa explicativa atual da paciente. Segundo elas, o problema foi realmente causado pelos "espíritos do demônio" e só melhoraria se ela aumentasse ainda mais suas atividades religiosas e usasse um colar com uma cruz protetora (**"As amiga da igreja acham que é do espírito mesmo, que eu tenho que rezar mais, ir mais nos grupo, que eu vou vencer isso... elas acham que ir na igreja e usar essa cruz é uma proteção prá mim."**).

Maria cita ainda o modelo explicativo de uma vizinha, segundo a qual seu problema seria uma doença que poderia ser melhorada através de ajuda médica.

A paciente revela uma situação de ansiedade associada ao fato de estar exposta a modelos explicativos de causa contraditórios, o que de alguma forma, também é interpretado como um fator negativo na evolução do seu problema. (**"Eu fico pressionada, eu querendo ir na igreja e eles me cercando prá mim não ir, dizendo que vai fazer mal prá mim e as amiga da igreja do outro lado falando prá mim ir, que é por isso que eu tô assim."**).

O quadro 2.4 procura esquematizar esse padrão de múltiplas interações ressaltando a aproximação de seu modelo de causas explicativas com as concepções de suas amigas católicas.

Quadro 2.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente



IV. Situações de Ajuda

A primeira situação de ajuda citada pela paciente refere-se a procura de sua mãe para relatar o que estava sentindo. Nesse contexto, a atuação da família é valorizada por retirá-la de sua casa, supostamente "infestada" com "espíritos do demônio" e transferí-la para a casa de sua mãe. Além disso, sua família articulou a procura do centro espírita frequentado por uma de suas irmãs (**"Procurei, a minha família no começo me ajudou de tirar eu da minha casa que eu estava ruim, levar prá casa da minha mãe então me levar na casa Mei-Mei que minha irmã ia indo."**).

Uma amiga de Maria apresentou explicações sobre o problema dizendo inicialmente que ela era "acompanhada por Nossa Senhora". Disse também que ela tinha capacidade mediúnica e funcionava como uma espécie de "canal no grupo de oração". Nessa condição, ela teria um "lado ruim" representado pela possibilidade de receber "Exu e pomba-gira" e um "lado bom" representado pelo recebimento de caboclos (**"Ela falava prá**

mim que eu tinha Nossa Senhora, eu tenho três Nossa Senhora comigo que me acompanha, e ela falou assim prá mim que eu, é como se fosse canal no grupo de oração, ela falou que eu era média, que recebia espírito comigo... do lado ruim era Exu e pomba-gira, e eu tinha também do lado bom também que era caboclo, né, que ela falava.").

A paciente conta que recebeu ajuda de amigas da igreja Evangélica Divina através de orações realizadas em sua casa e também feitas por telefone durante os períodos de "crise". Nessas ocasiões, as visitas de ajuda religiosa ficavam inviabilizadas em decorrência do estado mental de Maria (**"Só depois é que eu chamei prá fazer oração, que eu parei de ir daí eu voltei prá igreja e pedi prá turma da igreja fazer oração na minha casa... quando eu tinha a crise elas fazia oração por telefone..."**). As amigas do Movimento de Renovação Carismático Católico são lembradas como importantes elementos de ajuda até os dias atuais (**"... ajuda até hoje."**).

No início do problema, a paciente fez uso de vários remédios caseiros sob a forma de chá: erva-cidreira, erva-doce, camomila (**"... eu tomei erva-cidreira, eu tomei, como fala erva doce, camomila..."**). Segundo ela, esses chás agiam principalmente sobre a ansiedade e a insônia sendo posteriormente substituídos pelas medicações psiquiátricas (**"... eu tomava no começo porque eu não conseguia dormir, eu me sentia muito nervosa e não conseguia dormir, agora eu não tomo porque eu tô tomando remédio então eu me sinto melhor."**).

Quando questionada sobre a procura de livros de ajuda, Maria faz referência a leitura de um livro espírita para obter melhora dos seus sintomas. Nesse trecho, a paciente provavelmente faz menção a um livro da doutrina kardecista (**"... eu li quando eu era espírita, eu lia o livro de espiritismo mesmo, eu lia, rezando tudo prá ver se melhorava, era não sei o que lá espírita, tá, estava escrito, então eu lia ali."**).

Maria relata ter realizado simpatias para melhorar seu relacionamento com o marido (**"... eu fazia simpatia assim, a mulher mandava fazer sete dias em seguido rezar pro anjo da guarda do meu marido, pro meu anjo da guarda, rezava, acendia vela, acendia uma vela rezando, pedindo..."**) e para a melhora do estado de saúde de sua filha quando ela estava doente há cerca de dez anos (**"Fui uma vez prá levar minha filha,**

faz acho que, ai, faz acho que uns dez anos... porque a minha filha, é, como fala, ela ficava muito ruim, eu ia no médico, levava, o médico não achava, ela ficava com febre alta, vomitava tudo e não conseguia achar..."). Ela nega ter realizado alguma simpatia visando diretamente a melhora de seu problema de saúde mental. Nesse trecho da entrevista, nota-se uma preocupação da paciente em assegurar que mesmo no período em que frequentou o espiritismo, ela manteve uma posição compatível com a crença cristã manifestada através da prática de orações **("... eu sempre tive em oração, mesmo que eu era espírita eu tava sempre em oração.")**.

Maria relata uma situação em que, antes do início de seu problema mental, procurou uma senhora que utilizou búzios para fazer uma previsão de seu futuro. Segundo ela, essa previsão não incluía o suposto problema espiritual que a acometeu. Devido a isso, a paciente demonstra um sentimento de raiva parecendo acreditar que a vidente poderia não ter contado a ela sobre o problema mesmo sabendo o que a aguardava. Em decorrência disso, ela poderia ter ficado mais exposta às interferências demoníacas. Diz que só através da igreja católica (confissão com padres, conversas com amigas) veio saber da verdadeira causa do seu problema, ou seja, que ela estava sendo vítima de um "ataque espiritual" em sua casa **("... ela jogou o búzio assim prá mim na mesa e não falou que ia acontecer o que aconteceu comigo, d'eu ficar nesse estado...e eu fiquei com raiva por causa disso, e eu vim saber de tudo isso através de voltar na igreja, de confessar com o padre tudo, de voltar na igreja prá eles me informarem o que tinha acontecido comigo, que foi um espírito que me pegou dentro de casa, lá, e eu via que passava de um lado pro outro e eu não conseguia dormir.")**.

A paciente apresenta uma lista de situações onde a prática de orações está presente tornando esse tipo de ajuda uma atividade constante no seu cotidiano. Assim, refere rezar o pai-nosso, a ave-maria e o credo separadamente ou através do terço (terço comum e terço de libertação) **("Eu rezo também pai-nosso, ave-maria... terço eu rezo três, três comum e mais dois de libertação...")**. Além disso, ela invoca Jesus diretamente para que ele aja tanto em relação ao suposto "ataque espiritual" quanto em outras situações gerais como proteção de sua família e da comunidade da igreja **("... depois reza, Jesus me liberta, quero que Jesus me liberta do que tá acontecendo em casa, depois eu ponho Jesus tende piedade de mim que tá aqui na casa, se Jesus me libertar eu serei salva e**

ponho o nome das pessoas, tudo no terço, ponho prá minha filha, rezo prá mim, rezo prá minha família, rezo prá turma da comunidade da igreja..."). Explica que o "enfrentamento" é um "tipo de oração" de duração variável (pode chegar a várias horas), realizada num local específico (no seu quarto) e a partir de uma situação entendida como ameaçadora ou indicativa da presença de "espíritos" (ouvir vozes, presença constante do marido em sua casa, ansiedade sem um motivo aparente) (**"O enfrentamento é um tipo de oração, acho que dura umas três, quatro horas, tá, mas pode ser alguns minutos... depende assim quando meu marido fica em casa, às vezes eu ouço alguma voz, daí eu faço, quando eu tô muito nervosa... eu vou lá e faço, que geralmente é sempre no quarto, faço às vezes enjoelhada, às vezes de pé mesmo... se meu marido tiver lá eu faço escondido...**"). Relata ainda que nessas situações ela também eventualmente jejua durante o dia como uma forma de aumentar sua proteção (**"Às vezes faço jejum também, vou comer só de noite..."**). Uma outra situação relacionada às orações diz respeito a um ritual realizado no momento de ingerir medicações psiquiátricas. Esse procedimento também está associado a idéia de proteção, no caso, uma proteção contra influências espirituais presentes na própria medicação, o que poderia retirar o efeito terapêutico das mesmas ou de alguma maneira "adicionar" algum efeito nocivo ou deletério (**"Na hora de tomar o remédio eu pego o comprimido, ponho na palma da mão, faço o sinal da cruz e faço uma oração antes de tomar o remédio. Eu rezo um pai-nosso e uma ave-maria e faço oração com minhas palavras mesmo. Eu acho que talvez a tentação queria influir no remédio, eu rezo em cima para não complicar o remédio."**).

Maria refere já ter realizado promessas visando tanto melhorar seu relacionamento com o marido quanto melhorar de seu problema de saúde (**"A promessa da Nossa Senhora era prá melhorar da saúde, se eu melhorasse eu ia levar um buquê de flor prá ela na Catedral."**).

Nega ter participado de procissões ou romarias apesar de referir que frequenta com amigas uma "missa de cura" em outra paróquia (**"Não, só pra ir na missa de cura."**).

Maria refere ler a bíblia diariamente (**"A bíblia ajuda, eu rezar todos os dias os salmos e todas as partes da bíblia"**). Essa situação de ajuda é fundamental na organização de sua atividade religiosa individual realizada cotidianamente durante várias horas.

A paciente refere ter procurado conversar com um padre no início de seu problema (**"No começo eu fui..."**) além de conversar com um pastor durante o processo de conversão à igreja evangélica empreendido a partir da influência de uma vizinha (**"Fui, uma vizinha, ela falou prá mim se eu fosse no pastor, se eu virasse crente, eu ia melhorar. Daí eu fui mais no começo, depois eu não gostei, era Igreja Evangélica Divina, uma coisa assim. Então ela falou prá mim não deixar, mas eu voltei prá católica mesmo, falei, lá é o meu lugar."**).

Maria relata uma série de atividades religiosas organizadas diariamente da seguinte maneira:

Segunda-feira: (**"Eu vou num grupo de oração ali perto da Telesp... lá eu só participo assim de participar em orações... tem umas 10 pessoas que são servas, né, que fazem orações e depois tem umas cadeiras prás pessoas sentarem e fazerem oração. O outro é lá na igreja de Santa Bárbara, e é lá que eu, lá que eu sou serva."**);

Terça-feira: (**"Eu faço mais orações na terça; quando chega a tarde eu ligo a televisão aonde tem a Rede Vida; eu assisto e acompanho na televisão também as orações que passa lá... é a explicação da palavra (Liturgia) que vai, quem é que vai fazer a palavra no domingo, na missa de domingo, é uma preparação da missa de domingo."**);

Quarta-feira: (**"Olha, ali é só da Rainha da Paz, é num barracão que faz, é carismático também mas só que não pertence de outra igreja, é só um grupo como se fosse particular, tá, e ali é de exorcismo... Porque ela canta uma música de exorcismo, ela pega a cruz e fala, se tiver alguma coisa assim, Satanás, se tiver aqui neste meio de nós, que saia em nome de Jesus, saia agora. Então ela fala isso, e às vezes tem pessoas que fica passando mal e lá eu também sou serva."**);

Quinta-feira: (**"O grupo de rua é as pessoa também que escolhe uma casa, uma pessoa fala assim que quer receber oração, então fala assim, olha, eu queria fazer um terço, fazer uma oração, então vai acho que umas dez pessoas, acho que são umas dez pessoas que são, e vão tudo lá naquela casa, fazer a oração do terço, depois tem a palavra da bíblia, daí é explicado tudo que foi lido da bíblia...tem muitas pessoa doente... lá não tem serva, não, tudo mundo é igual."**);

Sexta-feira: (**"Intercessão é preparação pro grupo de oração de segunda-feira . Então a gente vai lá no Santíssimo, reza, faz o terço da libertação, terço normal e depois a gente lê parte da Bíblia... é só servo que vai."**);

Sábado: (**"Toda vez vai algumas conhecidas minha, umas colegas minha... às vezes são quatro, cinco pessoas só, eu e mais uma e outra que é serva do grupo de oração da quarta-feira... Minha amiga falou assim, a gente sente mais força na sua casa, eu falei assim, isso daí é verdade, que eu sei o que tá acontecendo aqui nessa casa, eu falei prá ela. Lá é feito uma missa, eles fazem uma missa e durante essa missa, é uma missa de libertação, uma missa de cura, e o padre lá, ele faz o exorcismo também, faz oração tipo de um exorcismo que a gente se sente assim, aliviada."**);

Domingo: (**"Eu vou na missa...é uma missa normal, que vai todo mundo do bairro."**).

A paciente refere ter procurado um centro espírita antes do início de seu problema de saúde mental e também no período inicial desse problema (**"Do centro mesmo foi o Mei-Mei..."**). Nega ter procurado ajuda com especialistas em terapias alternativas, grupos de auto-ajuda ou diretamente com farmacêuticos (**"Não, isso não, isso aí eu não pensei em fazer."**).

Relata de maneira bastante positiva uma experiência de participação numa oficina organizada por uma terapeuta ocupacional valorizando principalmente a melhora de seus sintomas ansiosos, a convivência com os demais pacientes e a própria possibilidade de aprendizagem ocorrida nesse processo (**"... eu gostei bastante porque era um grupo de pessoas lá, tinha acho que umas quatro, cinco pessoas e então cada um falava uma coisa e então foi indo, foi indo eu fui melhorando... me ajudou que fui aprender a fazer o crochê, a fazer bonequinha, sabe, e isso daí me acalmava."**).

Maria refere ter procurado um clínico geral e posteriormente um endocrinologista para seus problemas gerais de saúde. De acordo com ela, o clínico não detectou inicialmente nenhuma anormalidade mas fez o diagnóstico de "colesterol e triglicéris" após receber resultados de exames laboratoriais. O endocrinologista é designado como o "médico que vê a tiróide" (**"Fui, fui, ele falou prá mim que ele não achou nada ni mim, sabe, ele falou prá mim que tava tudo bem que ele não achou a minha doença,**

só que fui depois prá ver, se eu tinha colesterol e triglicéris, eu tenho colesterol, triglicéris... E fui no médico que vê a tiróide.").

A paciente afirma ainda que consultou-se com psiquiatras em dois locais de atuação clínica: centros de saúde e hospitais psiquiátricos. Esse parâmetro é utilizado para classificar os psiquiatras como "psiquiatra de posto de saúde e psiquiatra de hospital". Ela não faz diferenciações entre eles em relação às características do atendimento valorizando-os igualmente pelo fato de prescreverem medicações para seu problema (**"... foi bom prá dar os remédio."**).

Entre todas as situações apresentadas, um grupo de oração específico que valoriza a cura espiritual é considerado como a principal situação de ajuda no momento. Essa escolha pode ser entendida como a valorização de uma situação que permite um "combate espiritual" de maneira direta e intensa, hipótese perfeitamente adequada ao modelo explicativo causal construído pela paciente (**"Mais importante é eu ir no grupo de oração de quarta-feira, sem ele eu tava ruim, porque esse daí é o mais forte prá mim, que esse daí combate mais a parte do lado do espiritismo, que é aonde eu fui."**). Nesse modelo, a lógica de um "confronto" contra o demônio é um aspecto central que organiza as práticas de ajuda procuradas. A própria utilização do termo "enfrentamento" denominando um ritual de orações evidencia esse processo.

Maria refere ainda que antes de seu problema já havia procurado, entre outras situações, a igreja católica e conversas com padres na tentativa de resolver outros problemas (**"Já tinha procurado padre, ajuda da igreja católica mesmo."**).

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

pudesse determinar sua internação por considerá-la "louca" (**"... eu não conseguia contar o que tinha acontecido comigo, um pouco por medo que ele me achasse louca."**). Devemos observar aqui uma contradição, já que anteriormente a paciente diz que ela própria achava que "estava louca". Outro aspecto levantado em relação a questão da comunicação diz respeito a crítica de que médicos que trabalham em Centros de Saúde não seriam muito cuidadosos em relação a compreensão dos pacientes (**"E nos postinho os médico não queria saber o que se passava comigo, só passava receita e pronto."**). Nesse ponto, podemos entender que a paciente provavelmente sentiu-se prejudicada em relação à possibilidade de poder expressar os diferentes aspectos de seu problema durante as consultas.

Maria refere já ter abandonado o tratamento psiquiátrico numa situação que envolve suas percepções sobre o médico que a atendia (**"... eu não gostei dele não explicar, ele mandou eu tomar remédio e eu não tomei."**) e sua dificuldade de aceitação do problema e das medicações (**"Eu também não queria tomar remédio prá cabeça, não tomava nessa época, que eu achava que não precisava, não ia adiantar nada."**). Esse abandono fez com que ela procurasse remédios caseiros como uma situação de ajuda substitutiva (**"Eu ficava nervosa, tomava chá, achava que ia resolver."**).

O quadro 2.6 resume alguns dos principais aspectos considerados pela paciente acerca do relacionamento clínico.

Quadro 2.6: Aspectos do relacionamento clínico

Dificuldades no relacionamento clínico, abandono de tratamento e adesão medicamentosa
Preocupação em não conseguir expor corretamente seu problema para o psiquiatra
Medo que o psiquiatra a considerasse louca e a internasse num hospital psiquiátrico
Consultas médicas nos centros de saúde são baseadas apenas na prescrição de remédios
Falta de interesse dos médicos em investigar os problemas de saúde com profundidade
Falta de adesão às medicações psiquiátricas por considerá-las ineficazes, desnecessárias ou por ficar contrariada com o fato do psiquiatra não ter dado explicações sobre o problema

VI. Problemas Gerais de Saúde

Maria acredita que um problema de saúde sempre manifesta-se inicialmente através de indisposição e desânimo. Após esse período inicial é que o problema de saúde propriamente dito se estabelece (**"É quando a pessoa fica indisposta, desanimada, sem vontade de fazer as coisa. O problema começa assim, depois vai definindo o que é, tem febre, ânsia de vômito, dor de barriga, dá dor no peito, no ouvido."**).

Ela apresenta uma série de causas possíveis para problemas de saúde a partir da avaliação do cartão 1 referente às causas explicativas na entrevista semi-estruturada:

- usar constantemente produtos de limpeza pode levar a uma intoxicação que por sua vez acarreta uma anemia. Um sintoma característico da anemia seria sentir "moleza no corpo" (**"... eu mexia muito com produto de limpeza, limpava a casa com multi-uso, usava veneno prá pernilongo. Foi isso que me intoxicou e me deu anemia, eu fiquei com moleza no corpo..."**);
- excesso de esforço físico (andar, carregar peso, etc.) pode causar um "problema de coração" (**"Quando faz muito esforço, fica andando muito, pode ter problema de coração, carregando muito peso, fazendo força..."**);
- alimentação inadequada também pode causar uma cardiopatia (**"... também alimentação que não é de acordo, pode dar gordura no coração."**);
- a pessoa que é contrariada, tem dificuldades de relacionamento familiar (no seu caso, dificuldades com o marido) ou apresenta sentimentos de "nervosismo e preocupação" pode ser acometida de "doença dos nervos" (**"Nervoso, preocupação pode dar doença também, isso acontece comigo, a pessoa fica doente dos nervos quando passa alguma contrariedade, quando a gente não espera que uma pessoa faça coisas com a gente, isso dá doença dos nervos."**);
- o demônio pode levar ao aparecimento de doenças que, nesses casos, teriam algumas características específicas: sintomas de início súbito, ausência de uma causa diretamente discernível, ausência de alterações evidenciáveis em exames complementares, melhora através da prática de orações, acometimento

preferencial de pessoas que cometeram atos considerados "errados" ou que tenham inimigos e, finalmente, possibilidade de mediação através de um "feitiço" (**"Acho que o demônio pode ir deixando a pessoa doente assim, sem saber, e a pessoa pode ir no médico que não vai constar no exame. Várias coisas, que nem dizer quando tem crise de nervoso, problema do coração e não dá no exame, é do demônio. Quando a pessoa fica assim muito nervosa, muito irritada, não tem porque, uma dor no pé, na barriga, uma dor assim sem mais nem menos... o demônio não deixa marca, faz só doença espiritual... depende de exame, depende como vem no corpo, se a pessoa fez coisa errada, depende se melhora na oração, se a pessoa tem inimigo, se alguém fez feitiço."**);

- "problema do tipo de vida da pessoa ou hereditária" também são considerados fatores causais de problemas de saúde. Em relação ao "tipo de vida" a paciente enfatiza a questão da falta de higiene como causa da sinusite. Enfatiza também que o câncer seria uma "doença mesmo". Esses dois fatores (falta de higiene e doença) são considerados como as principais causas para os problemas de saúde (**"É doença do tipo de vida, falta de higiene, quando não deixa as coisa limpa, pode pegar sinusite. E doença mesmo, que causa câncer."**).

Maria refere conhecer os seguintes problemas de saúde mental: "loucura mesmo", "perturbação mental", "pessoa nervosa" e "doença tipo mongolóide" (**"Tem a loucura mesmo, perturbação mental, tem a doença dos nervos, pessoa nervosa, aborrecida com alguma coisa e doença tipo mongolóide, a pessoa não sabe o que tá fazendo..."**). Repete que seu problema envolve um estado de doença (denominada "doença dos nervos") e um estado de alteração espiritual ("crise espiritual"). Os sintomas mais graves incluindo agressividade, ausência de crítica sobre o comportamento e agitação psicomotora são incluídos na esfera da "crise" (**"A minha é doença dos nervo mas eu tenho crise espiritual também, eu fico muito alterada..."**).

Para a paciente, o termo "crise" seria equivalente à loucura e poderia ter uma causa espiritual (como no seu caso) ou uma causa material (como nos casos da "doença tipo mongolóide"). Deve-se destacar que o termo "loucura mesmo" provavelmente designa uma

situação de alteração mental mais grave, talvez uma idéia de uma "crise" permanente, já que nos outros casos predomina a idéia de uma instalação temporária do estado de crise/loucura com posterior retorno a um estado de menor gravidade.

Finalmente, Maria acrescenta as seguintes considerações sobre causas de doenças apresentadas na entrevista:

- diabetes (**"É muito açúcar no sangue."**);
- tuberculose (**"É de resfriado mal curado, pessoa que fuma muito e dá catarro no pulmão."**);
- AIDS (**"É uma doença que um tem no corpo e se contamina de ter relação com outra pessoa ou de usar droga."**);
- suicídio (**"É a pessoa ficar muito nervosa, aí é mais espiritual."**);
- depressão (**"É um tipo de doença de nervoso, a pessoa só quer ficar quieta e chorar."**);
- alcoolismo (**"Problema em casa, quando não vai bem com a família quer beber prá ver se passa os problema."**).

As causas da lepra e do sarampo não são apresentadas pela paciente.

O quadro 2.7 apresenta alguns termos e expressões utilizadas pela paciente ao longo da entrevista de Formulação Cultural que foram incluídos no glossário apresentado no anexo I.

Quadro 2.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)

crise de nervoso
crise espiritual
doença do tipo de vida
doença tipo mongolóide
enfrentamento
médico de tiróide
missa de cura
problema espiritual
rezo em cima
veia entupida

Formulação Cultural do Caso (caso 3)

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Ana, 33 anos, natural de Primeiro de Maio-PR, procedente de Mogi-Mirim-SP, solteira (sem filhos), primeiro grau incompleto, dona-de-casa, evangélica (igreja Assembléia de Deus).

Paciente com história de início de contato com serviços psiquiátricos aos 16 anos de idade quando subitamente passou a apresentar sintomas de perturbação do humor (alternando euforia e irritabilidade), necessidade de sono diminuída (dormindo 2 a 3 horas por noite), logorréia e desinibição social. Em alguns dias esses sintomas evoluíram para um quadro de acentuado prejuízo no funcionamento psicossocial quando a paciente deixou de fazer suas atividades habituais, passou a ficar andando pelas ruas, doando seus pertences, dizendo que era dona das casas do bairro e apresentando-se agitada e heteroagressiva. Após cerca de duas semanas do início desses sintomas, foi internada num hospital psiquiátrico em Campinas-SP onde permaneceu durante dois meses. Após seis meses da alta hospitalar apresentou novamente sintomas semelhantes aos anteriores não chegando, porém, a apresentar evolução com a gravidade do primeiro episódio já que, após cerca de uma semana do início do quadro, foi novamente internada. Segundo a paciente, após essas internações houve a recomendação para que seguisse o tratamento psiquiátrico em regime ambulatorial e tomasse as medicações prescritas, porém, ela sequer chegou a iniciar os tratamentos.

Após um ano do segundo episódio psiquiátrico a paciente migrou com sua família para o estado de Rondônia (zona rural da cidade de Ariquemes-RO) onde permaneceu cerca de nove anos, período em que apresentou pelo menos 10 episódios com características semelhantes as descritas acima. Nessas ocasiões, ela saía da chácara em que morava e "passava os dias andando pelo mato, comendo frutas" voltando apenas a noite para casa. Durante a noite, quando a paciente apresentava-se muito agitada ou agressiva, os familiares se reuniam e a amarravam até a manhã seguinte. Quando essa situação se prolongava muito (em geral cerca de uma semana após o início dos sintomas) ou quando a paciente voltava para casa com algum ferimento grave, os familiares a levavam para Porto

Velho-RO onde se procediam as internações psiquiátricas. Refere ter tido seis internações psiquiátricas de acordo com esse esquema.

Em duas ocasiões a paciente apresentou períodos subsequentes a internações psiquiátricas com sintomas de tristeza, anedonia, sensação de fadiga, perda de apetite, choro constante e lentificação psicomotora com duração de alguns meses. Nesse período, a paciente permanecia a maior parte do tempo em seu quarto até que progressivamente fosse retornando ao seu funcionamento psicossocial normal com remissão dos sintomas.

Nos períodos em que não encontrava-se sintomática, a paciente apresentava um comportamento totalmente adequado, ajudando nas tarefas domésticas, relacionando-se normalmente com os familiares, frequentando a escola, a igreja e os encontros sociais de sua família.

Com a idade de 26 anos, Ana voltou com sua família para a cidade de Campinas-SP onde no ano seguinte apresentou novamente dois episódios com exaltação do humor e alterações afetivas, de pensamento e de volição. Foi internada nessas duas ocasiões e após a alta hospitalar repetiu o mesmo padrão verificado nas últimas internações em Porto Velho-RO, ou seja, fez uso das medicações prescritas apenas durante algumas semanas e depois, como "estava boa de novo", interrompeu o uso dos remédios. Após o terceiro episódio desse tipo depois de voltar de Rondônia, a paciente, saindo da internação psiquiátrica, iniciou acompanhamento ambulatorial num Centro de Saúde na periferia da cidade de Campinas-SP.

A partir desse período passou a comparecer regularmente às consultas, não interromper o uso das medicações e frequentar sessões de terapia ocupacional. Desde então, nos últimos quatro anos, a paciente não voltou a ser internada ainda que apresentasse em três ocasiões períodos com sintomas incluindo irritabilidade, aumento de auto-estima e inquietação psicomotora em grau bem menos intenso que seu padrão sintomático anterior.

Diagnóstico psiquiátrico:

CID-10: F31 ; Transtorno afetivo bipolar

DSM-IV: 296 ; Transtorno bipolar I

FORMULAÇÃO CULTURAL

I. Identidade Sócio-Cultural

Os principais elementos associados à Identidade Sócio-Cultural de Ana dentro de uma perspectiva de trajetória de vida envolvendo conjuntos de padrões culturais são:

- nasceu no Paraná e durante a infância migrou com sua família para o estado de São Paulo. Início do problema de saúde mental em Campinas-SP aos 15 anos;

- migração para Rondônia aos 17 anos associada a perspectiva de melhores condições de trabalho para a família e melhora do seu problema mental (havia recebido a orientação de um médico que o "contato com a natureza" ajudaria na cura do problema);

- padrão de sucessivas internações psiquiátricas associadas a situações onde seus familiares avaliavam se poderiam controlar a paciente através de contenções físicas;

- várias situações de internação psiquiátrica compulsória ao longo de sua trajetória;

- evidências de um episódio depressivo não tratado no período em que permaneceu em Rondônia;

- migração para Campinas-SP aos 26 anos e início de tratamento psiquiátrico regular aos 28 anos;

- incapacidade laborativa associada a evolução desfavorável do problema de saúde mental durante a maior parte de sua trajetória. Situação atual de trabalho em casa (dona-de-casa, cuidados com a horta);

- trajetória religiosa inclui uma situação de afastamento da igreja evangélica devido ao problema de saúde mental e posterior retorno com a melhora dos sintomas;

- migração para Mogi-Mirim-SP aos 31 anos em decorrência da possibilidade de ter acesso a um terreno gratuito e à possibilidade de trabalhar nesse local (horta) para sua subsistência. A paciente negou o engajamento em atividades políticas do Movimento Sem-Terra;

- divisão da família em dois núcleos principais: mãe/padrasto/duas irmãs (Rondônia) e pai/irmão (Mogi-Mirim-SP). Possibilidade de transição eventual entre esses dois núcleos familiares (visitas à mãe e às irmãs);

- rede de suporte social inclui o núcleo familiar com quem a paciente reside (pai e irmão) e amigas da igreja Assembléia de Deus.

II. Apresentação do Problema

A paciente organiza seus sintomas em grupos distintos que configuram a estruturação de dois problemas de saúde mental denominados "crise" e "tristeza". Dessa forma, não existe a concepção de unidade envolvendo os sintomas dos dois grupos num só problema (fases maníacas e depressivas intercaladas com períodos de normalidade) como definida no diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (CID-10: F31) ou Transtorno Bipolar tipo I (DSM-IV: 296.xx).

Os sintomas referidos pela paciente nos períodos de alterações concebidos como "crise" correspondem a episódios maníacos com sintomas psicóticos. Os sintomas referidos nos períodos de "tristeza" correspondem a episódios depressivos graves sem sintomas psicóticos no contexto de um Transtorno Afetivo Bipolar. A dinâmica das concepções da "crise" e da "tristeza" será analisada no módulo "Causas do Problema", porém, é importante mencionar que apenas o período de alteração referente à "crise" é atualmente compreendido pela paciente como uma doença.

O quadro 3.1 apresenta esquematicamente a forma como Ana estrutura seu problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV).

Quadro 3.1: Estruturação do problema

Classificações Psiquiátricas (CID-10 / DSM-IV)	**Concepção do paciente**
Diagnóstico de um transtorno mental: CID-10: Transtorno Afetivo Bipolar (F31) DSM-IV: Transtorno Bipolar I (296.4)	Reconhecimento de dois problemas distintos: "crise" "tristeza"

O quadro 3.2 sumariza a forma de organização dos sintomas nos dois problemas reconhecidos pela paciente.

Quadro 3.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos

Problemas reconhecidos	**Sintomas apresentados**	**Narrativa**
"Crise"	- nervoso (sintoma inicial) - "agonia" - insônia - desespero - sensação de estar mais forte fisicamente - sensação de leveza	**"Quando eu passo nervoso eu fico assim parecendo que é leve, não páro em lugar nenhum. Aí já começa a faltar o sono e quando eu fico mais ou menos vinte dias sem dormir eu já não tô sabendo discernir uma coisa da outra. Aí é a crise."**
"Tristeza"	- lentificação psicomotora - falta de disposição - desânimo - sensação de que o corpo está "pesado" - descuido com cuidados pessoais - inapetência	**"Na tristeza eu ficava quase dormindo, não tinha disposição prá fazer nada. Às vezes devia serviço mas não tinha coragem de fazer, ficava só sentindo peso no corpo. Aí era não querer mais tomar banho, ficá sem comer, tudo pior."**

Dentre essas manifestações, a "agonia" é apresentada como o principal sintoma do problema referido como "crise".

Ana relata ter dificuldades na compreensão de seu problema (**"Eu não tenho um nome e nem compreendo ele bem até hoje."**). Além dos nomes apresentados na estruturação dos sintomas ("crise" e "tristeza"), a paciente não acrescentou outro nome específico para o problema. Refere, porém, ter sido informada por um médico que sua doença tinha o nome de "psicose maníaco-depressiva" sem, no entanto, compreender ou incorporar esse conceito ao seu modelo (**"O médico disse que era psicose maníaco-depressiva mas eu não entendo bem esse nome."**).

A paciente refere não saber estabelecer o limite entre a percepção de normalidade e de doença ("crise"). Destaca-se em relação a essa questão que é muito frequente que o paciente não tenha um juízo crítico de seu estado patológico durante determinados períodos da fase de mania (**"Eu não sei que momento eu tô doente e que momento eu tô sadia. Às vezes eu faço coisa penso que eu tô doente e não tô e às vezes eu faço coisa pensando que eu tô sadia e tô doente."**).

Ana apresenta uma situação de ambiguidade ao comentar a percepção da gravidade de seu problema. O fato de alternar períodos com sintomas muito intensos ("crise") com períodos de normalidade faz com que ela apresente dúvidas em relação a esse tema. Refere ser evidente a situação de gravidade dos sintomas durante a "crise" mas conclui pela não gravidade do problema após a crise pelo fato de voltar ao estado de normalidade. O problema referido como "tristeza" sequer é analisado sobre esse aspecto. (**"Não sei, acho que na crise é grave, é muito grave só que depois ninguém diz que a gente é assim, então não é grave, não."**).

Sobre a evolução do problema, a paciente apresenta uma perspectiva de evolução favorável associada a situação de estar submetendo-se a um tratamento psiquiátrico e contar com sua fé cristã durante esse processo (**"Até eu não fazer tratamento eu não tinha esperança mas agora eu creio que se Deus me der força eu vou conseguir superar isso."**). Ana entende que o prejuízo psicossocial decorrente do problema afetou todas as esferas de sua vida destacando, nesse aspecto, o prejuízo relacionado à sua vida religiosa, financeira e sua saúde (**"Ah, assim, eu tando doente**

atrapalha em tudo por tudo. Atrapalha na vida cristã, atrapalha na vida material, atrapalha minha vida física, de todo jeito atrapalha.").

A questão da ambiguidade aparece novamente em relação a sua própria percepção sobre estar ou não com um problema de saúde. Durante a "crise" ela se percebe como "diferente" enquanto após a "crise" ela volta a ter uma percepção de normalidade **("Sinto diferente na crise, depois sinto normal, como os outro.").**

Ana apresenta uma percepção bastante sólida de estigmatização **("A gente é muito discriminada...")**. Situa a "loucura" como um problema que enfrenta uma grande dificuldade de aceitação das pessoas comparando-se inclusive com outras doenças graves como a AIDS. **("Todo mundo aceita a doença, por pior que seja, pode ser a AIDS, todo mundo aceita mas se for loucura ninguém aceita. É uma doença que na cabeça dos outros não existe...")**. Relata situações onde ouve comentários negativos sobre pessoas acometidas desse problema **("Quando a pessoa vê uma pessoa assim ela fala: ó uma pessoa louca, ó o louco, o doido.")**. Nesse trecho da entrevista a paciente assume uma condição de que seu problema ("crise") pode ser qualificado como "loucura".

Ana refere ainda ter "fraqueza nas pernas" como um problema de saúde adicional **("Tenho fraqueza nas pernas. Às vezes fico andando difícil, minha perna começa a fraquejar, não guenta com o peso do corpo.")**.

III. Causas do Problema

O sentimento inicial de Ana a respeito do problema denominado "crise" é de desconhecimento e dúvida a respeito de sua natureza **("Eu sempre achava que era um tipo de problema agora não pensava que problema, não sabia o que era.").**

Após essa fase inicial, a paciente passa a organizar progressivamente um modelo de causa explicativa a partir de uma série de hipóteses descritas a seguir. Ana relata primeiramente que o fato de ter assumido uma grande responsabilidade desde a infância, acumulando as funções de estudar e cuidar das crianças na família acabou desencadeando seu problema **("Eu acho que causou, ajuntou medo, ajuntou muita responsabilidade na minhas costa, coisa que no tempo eu não soube lidar com isso, né...").**

Uma outra hipótese aventada a partir da opinião de seu segundo companheiro refere-se a possibilidade dela ter sido acometida por algum tipo de infecção, o que a levou inclusive a procurar um médico visando esclarecer essa questão (**"... ele falava que era infecção, que às vezes infecção sobe na cabeça; fui no médico tudo, ver se era..."**).

Diz também que num determinado período chegou a acreditar que seu problema tivesse uma causa mágico-religiosa (**"É, já falaram que era feitiço, espírito ruim, eu já acreditei que fosse isso..."**). Atribui o abandono dessa causa explicativa ao fato de estar mais próxima de Deus (**"... hoje eu não acredito mais porque eu sou uma pessoa que eu busco a presença de Deus, sinto Deus na minha vida e acho que o mal não tem força naquele que serve a Deus."**). Nesse processo, Ana passa a incorporar a doença em seu modelo de causa atual (**"Agora eu sei que é doença, fui vendo, não é normal, uma pessoa normal não é que nem eu..."**).

Entre as causas explicativas apresentadas para o problema da "crise", a principal causa considerada foi o tipo de educação recebida pela família (**"O modo como eles me criou, eu acho que isso foi o mais a ver."**). Nesse trecho, ela faz referência a questão da responsabilidade transferida por seus pais para que ela cuidasse das crianças menores.

O quadro 3.3A expõe esquematicamente a composição do modelo de causa da paciente para o problema reconhecido como "crise". Essa composição, construída dinamicamente ao longo de sua trajetória, é bastante ampla e contempla os três tipos de causas apresentadas nessa pesquisa (psicossociais, mágico-religiosas e físicas/doenças). O quadro 3.3A destaca ainda a principal causa explicativa considerada no momento.

Quadro 3.3A: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas ("crise")

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	**Tipo de educação recebida**
Causas mágico-religiosas	Feitiço ou "espírito ruim"
Causas físicas e doenças	Infecção que "subiu na cabeça" Doença mental

* Principal causa explicativa considerada no momento

O outro problema referido pela paciente na estruturação dos sintomas apresenta uma configuração de causa explicativa mais simples. Segundo ela, esses sintomas não seriam decorrentes de uma doença mas sim, de uma "coisa da vida". O significado da expressão "coisa da vida" inclui a possibilidade de algum problema pessoal que o indivíduo esteja vivenciando ou até mesmo a presença de fatores desconhecidos do paciente (**"Tristeza é coisa da vida, né, vem por algo que a gente conhece, algum problema, ou até mesmo por coisas desconhecidas, você tá triste, tá amargurado mas você não conhece a causa."**). Além disso, o fato de ter sido internada em hospitais psiquiátricos é apontado como um fator relacionado ao desencadeamento da tristeza (**"Meu caso foi o problema, mais internação, né."**).

O quadro 3.3B apresenta o esquema correspondente ao padrão de causas explicativas para a "tristeza".

Quadro 3.3B: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas ("tristeza")

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	"Coisa da vida" Internações psiquiátricas
Causas mágico-religiosas	Não
Alterações físicas e doenças	Não

Em relação aos modelos explicativos de seus familiares, Ana cita vários fatores causais de natureza variável e relata a construção de uma diversidade de causas por parte de seus pais, irmãos e seu segundo companheiro:

- mãe: acredita que o problema é decorrente de uma agressão física ocorrida no oitavo mês da gravidez da paciente (**"Minha mãe acha que é coisa que já vem de época antes mesmo d'eu nascer. Que quando minha mãe tava oito meses grávida de mim, meu pai tentou matar ela, agrediu ela."**). A comprovação de que essa agressão teria afetado o bebê aparece associada a percepção da ausência de movimentos da criança em seu útero (**"Aí ela falou que desde o dia que ele agrediu ela eu não mexi mais..."**);

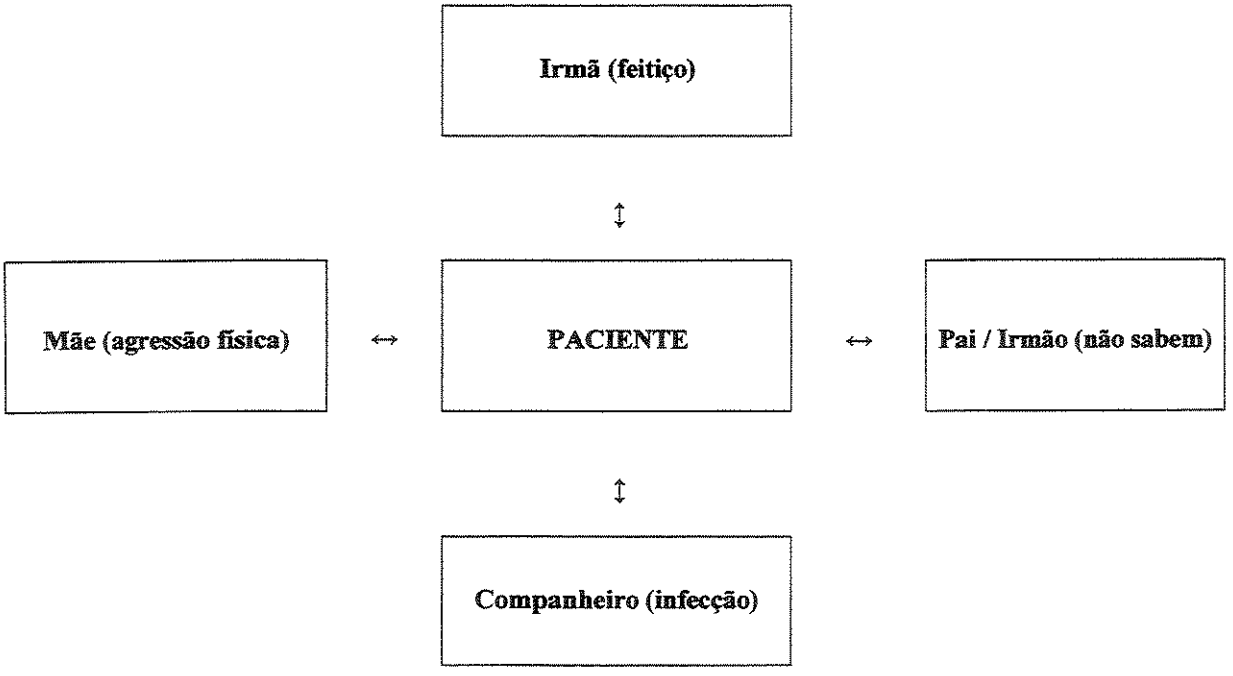
- segundo companheiro: atribuiu o problema a presença de uma "infecção que sobe na cabeça" (**"Ele falava que era infecção, que às vezes infecção sobe na cabeça..."**);

- pai / irmão: não apresentam nenhuma causa explicativa para o problema (**"Ele nunca deu uma opinião assim, prá mim saber, nem meu irmão..."**);

- irmãs: referem que os sintomas de Ana são decorrentes de causas mágico-religiosas (**"Já achei muitas pessoas prá falar que é feitiço, minhas irmã mesmo fala que é isso."**).

O padrão de causas explicativas dos familiares é esquematizado no quadro 3.4. A seta destacada corresponde a maior aproximação atual da paciente com o pai e o irmão. O fato deles não interferirem com idéias relacionadas ao modelo de causa do problema pode ser um fator de atenuação de conflitos no convívio familiar.

Quadro 3.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente



IV. Situações de Ajuda

A primeira situação de ajuda referida por Ana foi um pronto-socorro psiquiátrico de onde foi encaminhada para internação hospitalar devido a sintomas de mania. Ela conta ter sido levada para essa avaliação clínica por intermédio de seus pais (**"... meus pais me levaram no hospital logo de internação."**). As seguintes situações de ajuda também foram relatadas pela paciente:

- familiares: seus pais assumiram o papel de levá-la aos serviços psiquiátricos nos períodos de intensificação dos sintomas. Além disso, na época em que morava em Rondônia, muitas vezes seus familiares a continham fisicamente devido a agitação psicomotora. Os próprios familiares faziam um julgamento sobre a necessidade de levarem a paciente para avaliação psiquiátrica e qual o melhor momento para tomar essa atitude. É interessante observar que Ana faz uma análise positiva do papel de sua família nesse período, concordando, por exemplo, com a necessidade de contenção física em determinadas situações e contrapondo essa necessidade com contenções julgadas desnecessárias no hospital psiquiátrico (**"Não era que nem em casa que amarrava assim, por precisão, mesmo."**);

- amigos: refere que, no passado, recebeu ajuda das "amigas de igreja" referindo-se à igreja Assembléia de Deus. Diz que suas amigas não sabem da gravidade de sua doença porque nos últimos anos ela não apresentou mais nenhum episódio do transtorno (**"Mais amiga de igreja, de outra época, que onde eu tô agora ninguém viu a crise."**);

- remédios caseiros: refere o uso de diversos tipos de remédios, poções e práticas curativas através do auxílio de sua mãe (**"Tomava banho caseiro, banho quente, tomava remédio quente."**). Descreve um processo em que sua mãe incorporava ensinamentos aprendidos de conhecidos e tentava aplicá-los em benefício da paciente (**"Minha mãe que fazia o remédio. Era ervas, né, casca de plantas, tudo que ensinava ela fazia."**). Avalia ainda a eficácia dessa situação de ajuda como temporariamente positiva (**"Tomei, tomei durante quase um tempo resolveu."**);

- orações: relata fazer muitas orações de caráter pessoal durante toda a trajetória do transtorno (**"Fazia, fiz muita oração. Eu pedia sempre coisas de dentro de mim mesmo..."**). Afirma ainda que recebia pessoas da igreja em sua casa para que fossem feitas orações em grupo, prática relativamente comum entre membros de igrejas pentecostais (**"... pessoa conhecida ia orar lá em casa... pessoa da Assembléia."**);

- benzedor: refere situações onde seu pai a levava a benzedores tendo, no entanto, uma avaliação negativa desse tipo de situação de ajuda (**"Meu pai levava, de passar plantinha na cabeça, mas não valeu nada..."**). Um exemplo citado é a procura de um benzedor que atuava através de "banho de erva" e "sabonete de guia" no período em que morava em Rondônia (**"Eu fui por três vezes no benzedor, dava banho de um monte de erva, sabonete de guia, não lembro mais como que é nome daquele sabonete, era camdomblé mesmo..."**);

- bíblia: refere ser uma situação de ajuda importante durante toda sua trajetória e inclusive no momento atual. Diz que nos períodos de "crise" não conseguia ler a bíblia devido as alterações psíquicas decorrentes dos sintomas (**"Leio, sempre li, até hoje acho ajuda; só que quando eu tava em crise eu não conseguia ler, depois quando eu voltava a ficar boa eu procurava a bíblia."**);

- pastor: refere já ter procurado pastores de sua igreja para aconselhamento. Descreve particularmente a procura de um pastor que era mais incisivo em relação à possíveis causas mágico-religiosas (demônio, "coisa ruim") e outro que tentava de alguma maneira conciliar o aspecto religioso com a questão do tratamento médico (**"Tinha um que falava muito de demônio, coisa ruim, essas coisa. Outro sempre me orientava ir na igreja sim, confiar em Deus mas também procurar o tratamento porque Deus deixou a inteligência pro homem me curar..."**);

- atividades em igrejas: refere participação em cultos da igreja Assembléia de Deus, porém, assim como em relação a leitura da bíblia, interrompia essa prática durante as fases maníacas. A paciente afirma ainda nesse trecho da entrevista que foi durante uma de suas "crises" que conheceu seu primeiro companheiro (**"De ir no culto, mas teve época que eu não tinha paradeiro. Foi nessas andança minha que eu arrumei marido, não parava em nenhum lugar, não tinha como ir na igreja."**);

- centro espírita: refere que seu pai a obrigou a ir num centro espírita e que hoje tem uma avaliação muito negativa dessa experiência considerando-a como oposta à sua crença cristã (**"Uma vez eu fui num centro espírita. Meu pai me obrigou eu ir. Aí eu fui lá mas depois eu vi que não era aquilo que eu queria, eu não acreditava naquelas coisa. Não era assim, não condizia com a minha fé, sabe, meu tipo de fé."**);

- psicoterapias: refere ter recebido ajuda de duas psicólogas em Rondônia. Descreve um bom relacionamento com uma delas (**"... eu gostava de conversar com ela."**) e um relacionamento ruim com a outra (**"... não me dei bem com ela. A gente conversava um assunto com ela, ela pegava e fazia outra estória em cima daquela estória que a gente tinha falado. Tirava a conclusão dela e não tinha quem tirava da cabeça dela."**);

- clínicos gerais: relata uma situação onde sua família, ao procurar um clínico geral no período inicial do transtorno, recebeu a recomendação de que ela deveria ser levada para um local mais próximo da natureza. Esse teria sido um dos motivos que levaram sua família a ir para Rondônia. Numa avaliação retrospectiva dessa questão, Ana diz que realmente conseguiu obter melhora das "crises" com essa mudança (**"... um pouco meu pai foi prá Rondônia também por causa do meu tratamento, que o médico falou que se eu tivesse muito contato com a natureza ia ser bom prá mim. Aí como de fato, eu cheguei lá e consegui me tratar muitas vezes em casa, sem ir no médico, só tomando banho no rio, andando no meio do mato, comendo**

fruta, eu conseguia me curar das crises. Tive várias crises assim que resolveu sem remédio.");

- médicos psiquiatras: Ana apresenta denominações específicas para designar os médicos psiquiatras de acordo com o local de atuação desses profissionais. Diz ter sido tratada por "médicos de internação" nos hospitais psiquiátricos caracterizando-os como médicos que falam pouco, não dão explicações ao paciente e que foram ineficazes em solucionar seu problema. Nesse trecho, a paciente afirma ainda que sofria muito em hospitais psiquiátricos chegando a ser agredida, contida fisicamente sem necessidade e ficando apenas sob cuidados de enfermeiros **("Eles não falavam muito, nunca explicava nada, nunca deu solução... Foi muita internação, a primeira vez que deu crise já fiquei internada... Tinha hospital que eu sofria muito, apanhava, eles amarrava sem precisão. Às vezes ficava só na mão de enfermeiro, de noite e de dia.")**. Em contraposição, os psiquiatras que trabalham em atendimentos ambulatoriais ("médicos de consulta") são valorizados como médicos que conversam mais com os pacientes além de serem mais eficazes **("Médico de consulta resolveu mais. Depois que eu comecei o tratamento no Centro de Saúde que tive mais consulta, podia conversar mais com médico.")**. Afirma que apesar de valorizar o atendimento dos "médicos de consulta", apenas um dos psiquiatras explicou a ela sobre a natureza e a denominação de seu problema, situação descrita anteriormente no módulo "Apresentação do Problema" **("Se bem que até hoje só um médico falou prá mim da minha doença. Um lá em Porto Velho mesmo, médico de consulta. Ele explicou, foi ele que falou psicose maníaco-depressiva. Eu não entendi bem quando ele falou mas depois fui vendo que é doença.")**;

- terapeuta ocupacional: refere ter frequentado nos últimos anos uma oficina terapêutica coordenada por uma terapeuta ocupacional num Centro de Saúde. Acredita que essa terapia foi muito positiva na evolução do problema ressaltando as múltiplas atividades terapêuticas realizadas **("Isso me ajudou muito, fazia crochê, jardinagem, cozinhava, fazia de tudo um pouco lá.")**.

As seguintes situações de ajuda apresentadas no cartão 2 da entrevista não foram procuradas pela paciente visando resolver seu problema de saúde mental: livros de auto-ajuda, simpatias, atividades adivinhatórias, promessas, procissões, farmacêuticos, terapias alternativas e grupos de auto-ajuda.

Dentre todas as situações de ajuda consideradas acima, a paciente destaca a medicação (lítio) e as atividades na igreja como as mais importantes no momento (**"A principal ajuda nessa doença foi o tratamento com carbolitium, né, porque tudo que foi tentado antes não deu bom resultado que nem esse... ir na igreja ajuda bem, acho que os dois é importante, porque se não tiver a parte de espírito também não adianta..."**).

Ana compara o lítio com as outras medicações utilizadas anteriormente salientando que ele foi o único remédio eficaz até o momento. Justifica a falta de adesão às medicações no passado através dessa sua percepção de ineficácia das mesmas na prevenção de "crises" (**"... o tratamento eu levava ele relaxadamente mas também não resolvia, eu tomava o remédio, né, quando chegava a época que ia dar crise, a crise vinha, o remédio não servia nada..."**). Acredita que as atividades religiosas são tão importantes quanto as medicações no contexto de uma composição de situações de ajuda (**"... igreja ajuda bem, acho que os dois é importante, porque se não tiver a parte de espírito também não adianta... eu acho que Deus entra em todo problema, se ele ressuscita uma pessoa ele não pode curar uma enfermidade?"**).

Termina esse módulo dizendo que antes do início de seu problema frequentava a igreja Assembléia de Deus junto com seus familiares ainda que tivesse "rompido com a religião várias vezes" (**"... eu já era batizada na Assembléia de Deus."**).

O quadro 3.5 esquematiza a configuração de situações de ajuda procuradas pela paciente ao longo de sua trajetória com o problema.

Quadro 3.5:Trajetória de situações de ajuda

Família → Internação psiquiátrica ("médico de internação") (primeira situação de ajuda considerada)
Amigos, conhecidos → Mãe → Remédios caseiros
Amigas da igreja Assembléia de Deus → Orações em sua casa
Orações
Clínico geral → "contato com a natureza"
(Migração para Rondônia)
Pai → benzedores ("banho de rosa", "sabonete de guia")
Família → Contenção física e cuidados em casa
Família → (Polícia) → Internação psiquiátrica
Psicoterapia
Pai → centro espírita
Leitura da bíblia
Cultos na igreja Assembléia de Deus
Pastores → tratamento psiquiátrico
Tratamento psiquiátrico ambulatorial
Terapeuta Ocupacional

* Principais situações de ajuda consideradas no momento

V. Relacionamento Clínico

A expectativa de Ana em relação aos psiquiatras é que eles não escondam do paciente a verdade sobre os problemas de saúde mental (**"Eu acho que o melhor jeito de ajudar é falar sempre a verdade. Por mais difícil que seja a doença, que seja o problema da pessoa, mas nunca ficar enganando, ponhando pano quente em cima."**). Essa idéia provavelmente está ligada a avaliação de que a maioria dos psiquiatras que a trataram não souberam ou não quiseram dar explicações sobre seu problema.

A diferença entre os psiquiatras e os clínicos é resumida pela apreciação de que os clínicos podem tratar de qualquer tipo de doença enquanto os psiquiatras tratariam apenas as doenças mentais. Nesse campo específico de tratamento, os psiquiatras estariam mais acostumados com os problemas e teriam maior habilidade em tratá-los (**"O psiquiatra, ele é mais prá'quele assunto, né. Prá esses problema de nervo mesmo, ele já é mais, ele só trata daquilo. O clínico não, tudo quanto é doença que vai lá ele atende, né. O psiquiatra, ele tem mais jeito prá'quilo, né, que ele tá acostumado a lidar só com aquilo."**). Não é apresentada considerações em relação ao modo específico de atuação desses profissionais.

A paciente nega conhecer o termo psicoterapia porém refere que o termo análise indica o processo de contar sua história de vida para um "analista" e receber conselhos (**"... análise é quando a pessoa vai no analista, fica falando a vida prá ele, ele dá um conselho."**).

Pelo fato de avaliar que "sofreu muito" com médicos e policiais ao longo de sua trajetória, Ana relata que já sentiu muito medo antes de procurar psiquiatras. Nesse trecho da entrevista, ela parece fazer referência ao processo de internação psiquiátrica compulsória envolvendo muitas vezes a presença de reforço policial, a aplicação de medicações injetáveis e a utilização de contenção física (**"Geralmente quando eu tô em crise eu não gosto nem de médico nem de polícia nem de tomar injeção que eu já sofri muito na mão de médico e de polícia. Já tive muito medo de ir no psiquiatra."**). Na verdade, não é improvável que ela possa ter sido vítima de agressões e maus-tratos durante essas situações ou durante os períodos em que esteve internada em hospitais psiquiátricos.

Em relação a questão da percepção de dificuldades na comunicação com os médicos, Ana volta a afirmar que ficava incomodada com o fato de não receber explicações sobre seu problema chegando a dizer que essa seria uma "característica dos médicos" (**"Muitas vezes porque geralmente o médico não fala o que que tá acontecendo, a gente conta tudo a vida da gente prá ele, ele passa o remédio, fala as coisa que tem que fazer, mas ele não explica o que é aquilo, como evitar, né, não explica nada, a gente sai sem saber de nada..."**).

Completando esse módulo referente ao relacionamento clínico, a paciente admite situações onde abandonou tratamentos psiquiátricos não retornando a consultas agendadas devido ao fato de não ter gostado do atendimento. Provavelmente essa posição está ligada as críticas descritas anteriormente sobre o não recebimento de informações sobre a doença (**"Tinha vez que eu não voltava na consulta, quando eu não gostava eu não voltava."**).

O quadro 3.6 resume alguns dos principais aspectos considerados pela paciente acerca do relacionamento clínico.

Quadro 3.6: Aspectos do relacionamento clínico

Dificuldades no relacionamento clínico, abandono de tratamento e adesão medicamentosa
Sentimento de medo associado a experiências de internações involuntárias (contato com policiais, aplicação compulsória de medicações e contenção física)
Maus-tratos em hospitais psiquiátricos
Ausência de explicações sobre o problema por parte dos médicos
Não retorno a consultas quando "não gostava" do atendimento médico (falta de explicações, outros fatores)

VI. Problemas Gerais de Saúde

Ana afirma que os problemas de saúde afastam as pessoas de uma situação de "normalidade" e admite que qualquer pequena alteração já pode ser considerada como um problema de saúde (**"Qualquer coisa que tira a normalidade do ser humano é um problema de saúde. Ó, a gente tem o corpo inteiro, se doer a unha do dedo minguim já é um problema de saúde, aquilo ali cê já não tá normal..."**). Menciona alguns dos

problemas que, segundo ela, são os mais frequentes nos dias atuais: loucura, AIDS, "derrame", câncer e diabetes (**"... hoje em dia esse problema de loucura tem muito, AIDS, né. É, derrame, câncer, diabetes, é as doença que mais tem hoje."**).

Dentre as causas de problemas de saúde apresentadas, Ana adverte sobre comportamentos que podem levar os indivíduos a prejudicarem sua saúde (**"Às vezes, a gente próprio tem culpa, né. A gente às vezes por não ter uma orientação, a gente faz coisa que prejudica a saúde da gente..."**). Um exemplo desse tipo de comportamento seria o uso de tabaco (**"Ah, doutor, tem várias causa, cigarro também."**).

Outro fator causal apresentado diz respeito às dificuldades no relacionamento familiar resumidas pela expressão "problema de família". O principal tipo de causa, porém, seria de origem mágico-religiosa. Nesse aspecto, a paciente destaca a possibilidade das pessoas serem vítimas de feitiços (**"... feitiço causa muito, porque o feitiço é pior que a inveja e a inveja já mata, né. A gente pega um invejoso aí, a gente não vai prá frente, que dirá o feitiço..."**) e principalmente a idéia de que os problemas de saúde possam ser decorrentes de uma punição divina contra os pecadores (**"A principal causa de problema de saúde é o pecado porque Deus fez o homem prá ser eterno, aí o homem pecou, desobedeceu a Deus e começou os problemas de saúde... a principal causa é esse castigo, a punição..."**).

Ana classifica as doenças mentais em dois grupos de acordo com as alterações de comportamento apresentadas. Num primeiro grupo estariam as doenças mentais caracterizadas pelo fato da pessoa acometida apresentar um comportamento de obediência. Num segundo grupo a pessoa ficaria "rebelde e desobediente". Admite que seu problema ("crise") se encaixa na descrição das doenças do segundo grupo. Cita ainda a epilepsia como um outro tipo de doença mental mas não a insere em nenhum dos grupos expostos acima (**"Ah, tem epilepsia, tem doenças mentais que a pessoa fica quieta, mesmo ela doente outra pessoa consegue dirigir ela, consegue obedecer. Tem outras não, que nem eu quando eu ficava, antes eu ficava rebelde, ficava desobediente."**).

De acordo com a paciente, os problemas mentais seriam mais graves que os outros problemas de saúde porque o indivíduo perderia a capacidade de controle sobre seu organismo, o que levaria a repercussões sobre todo seu corpo (**"Eu penso assim, a cabeça**

dirige o corpo inteiro, agora se tiver alguma parte do corpo da gente que tiver doente mas a cabeça tiver boa a gente consegue ainda, agora se a cabeça tiver ruim o corpo inteiro padece..."). Admite, porém, que as "doença de dor" são tão graves quanto as doenças mentais **("... Eu acho que duas doença que é terrível, é as doença de dor e doença mental. Porque as doença que você sente muita dor você não tem sossego, né.")**.

Ana apresenta dúvidas sobre a origem do problema referido anteriormente como "fraqueza nas pernas". Acredita que esse problema possa estar associado aos efeitos colaterais das medicações psiquiátricas ou, mais provavelmente, ser consequente ao fato dela morar numa região de topografia irregular, o que exigiria um esforço físico intenso e constante **("Olha, eu não sei se o remédio possa ter isso ou se o lugar que eu moro, que eu moro num lugar muito cheio de subida, de morro, né, talvez possa ser isso que prejudicou as minhas pernas.")**.

Em relação às medicações, Ana refere desconhecer o mecanismo de ação do lítio salientando, no entanto, uma sensação de "fraqueza" desde que iniciou seu uso. Destaca ainda a atividade hipnótica da clorpromazina e a percepção de que a ingestão excessiva dessa medicação provoca "indisposição" **("A única coisa que eu sinto no carbolitium quando eu tomo ele, quando eu comecei a tomar ele, que eu sinto fraqueza, mas eu não consigo entender o que que ele faz... Agora o outro a gente sente sono, sente sono, se tomar muito dá indisposição.")**.

A paciente descreve a loucura através de três idéias principais:

- loucura como algo misterioso e incompreensível **("A loucura é um enigma, né, por mais que eu pense eu nunca cheguei a uma conclusão da loucura...")**;
- loucura como a doença mais estigmatizada pelas pessoas **("... eu acho que é a pior das doenças, porque as outras doenças os outro respeita, né, as pessoa não fica falando abrobrinha, fica com dó, vai visitar agora quando a pessoa vê um louco, a maioria fazem mal, fica com medo e não ajuda...")**;

- loucura sendo causada por um "problema espiritual" (**"... quando ela é por obra de macumbaria é problema espiritual, né, porque tem muitas pessoas loucas por macumbaria..."**).

A consideração da loucura como uma doença e particularmente como uma doença associada a um alto grau de estigmatização nos leva a pensar que provavelmente a paciente inclua sua classificação de "crise" como uma forma de loucura, apesar desse tipo de consideração não ter sido diretamente explicitada na entrevista.

A paciente nega que tenha capacidade de realizar algum tipo de cura dizendo apenas que pode fazer orações pedindo para que Deus ajude as pessoas (**"... eu faço oração mas se ajuda é Deus."**).

Em relação a causas de doenças específicas, Ana refere não saber a causa do sarampo, da lepra e da depressão. Acredita que a diabetes é provocada pela ingestão excessiva de açúcar (**"É o açúcar, né, a gente comer muito açúcar, muita massa."**). A tuberculose é compreendida como uma inflamação decorrente da piora de um quadro de pneumonia (**"É nos pulmões, né. Acho que é inflamação... Ah, acho que começa da pneumonia, né, aí vai piorando, piorando, enfraquece os pulmão, cria água, vai ficando cada vez pior."**). O comportamento de promiscuidade sexual, a não utilização de preservativos e o uso de drogas injetáveis em seringas compartilhadas são apontados como os fatores causadores da AIDS (**"AIDS é pessoa ficar andando com um e com outro, é, sem preservativo, e, é, tomando drogas com a mesma seringa, né."**). O suicídio é definido como decorrente da "tristeza" (**"Acho que é uma tristeza forte, a pessoa vai encolhendo, encolhendo, quer se matar."**). A paciente parece compreender a causa do suicídio numa lógica semelhante ao processo de tristeza relacionado ao seu problema. Dessa forma, não haveria uma doença relacionada a essa questão mas sim a idéia de uma "coisa da vida" (no caso do suicídio, com uma conotação de severidade mais intensa). O alcoolismo é explicado como um processo onde um vício acaba se transformando em doença (**"É vício, mas depois que tá viciado mesmo vira uma doença, né, uma doença ruim."**).

O quadro 3.7 apresenta alguns termos e expressões utilizadas pela paciente ao longo da entrevista de Formulação Cultural que foram incluídos no glossário apresentado no anexo I.

Quadro 3.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)

agonia
amarrar por precisão
crise
doença de dor
encolhendo
infecção que sobe na cabeça
leve
macumbaria
médico de consulta
tristeza

Formulação Cultural do Caso (caso 4)

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Júlio, 34 anos, natural de Lima (Peru), procedente de Campinas-SP há oito anos, amasiado (dois filhos), segundo grau completo, trabalha como autônomo, católico praticante.

Paciente com história de há cerca de quatro anos ter apresentado sintomas de início súbito caracterizados principalmente por sensação de falta de ar e sufocamento mas também acompanhados por tremores, sudorese, náusea, desconforto torácico e medo de perder o controle ou morrer. Os sintomas se instalaram de forma rapidamente progressiva durando cerca de vinte minutos e percebidos com tal intensidade que levaram o paciente a procurar ajuda médica num pronto-socorro. Nessa ocasião, Júlio foi medicado com diazepam e apresentou melhora do quadro mantendo-se, no entanto, preocupado e temeroso em relação ao acontecido. Após cerca de quatro meses desse episódio, num de seus retornos para visitar a família no Peru, o paciente voltou a apresentar um quadro semelhante ao descrito acima incluindo sintomas autonômicos de grande intensidade. Novamente foi atendido num pronto-socorro sendo medicado e liberado após melhora dos sintomas. Nas semanas subsequentes, voltou em diversas ocasiões a apresentar o que descreve como "crises com ataques de respiração" motivando a realização de atendimentos clínicos e uma série de exames laboratoriais.

Ainda no Peru, Júlio foi encaminhado para tratamento psiquiátrico iniciando uso de clomipramina (25 mg via oral ao dia). Durante cerca de um ano continuou apresentando "crises", porém, menos frequentes e intensas (segundo o paciente, "crises sem ataques de respiração").

Após esse período, Júlio evoluiu com remissão total dos sintomas mantendo-se assim até há cerca de dez meses. Nessa época, tendo interrompido o uso da medicação há alguns meses, voltou a apresentar um episódio de "crise" com sintomas de grande intensidade. Procurou novamente um psiquiatra sendo então prescrito clonazepam (2 mg via oral ao dia), medicação que ele continua utilizando atualmente e apresentando-se assintomático.

Júlio tem ainda uma história de início do uso de bebidas alcoólicas na adolescência. No período dos 20 aos 25 anos, seu padrão de uso de álcool esteve relacionado a prejuízos clinicamente significativos incluindo padrões de tolerância, abstinência, dificuldade na interrupção do uso da substância e disfuncionalidade social e ocupacional.

Adicionalmente, o paciente iniciou uso de cocaína no final da adolescência sendo que até cerca de 25 anos apresentou também alguns prejuízos associados ao padrão de consumo dessa droga: dificuldade escolar, problemas legais e uso recorrente da substância em situações que representavam perigo físico.

O paciente não apresenta história de sintomas compatíveis com os critérios da CID-10 e do DSM-IV para o diagnóstico de outros transtornos mentais incluindo Transtornos Depressivos, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobias específicas e Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Diagnóstico psiquiátrico:

CID-10: Transtorno de pânico (F41.0)

Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool (Síndrome de dependência de álcool, atualmente abstinente) (F10.20)

DSM-IV: Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (300.01)

Dependência de álcool (303.90)

Abuso de cocaína (305.60)

FORMULAÇÃO CULTURAL

I. Identidade Sócio-Cultural

Os principais elementos associados à Identidade Sócio-Cultural de Júlio dentro de uma perspectiva de trajetória de vida envolvendo conjuntos de padrões culturais são:

- viveu em Lima (Peru) até os 26 anos de idade. Emigrou para o Brasil há cerca de 8 anos;

- trabalhou em circos dos 12 aos 26 anos de idade;
- viajou pelo interior do Peru durante alguns meses quando tinha 22 anos;
- padrão de migrações sucessivas entre o Brasil e o Peru desde os 26 anos (permanece morando durante alguns meses em cada local). Após o início de seu problema, aumentou progressivamente o tempo em que permanece no Peru;
- situação de transição constante entre dois núcleos familiares: pais/irmãos (Peru), esposa/filhos/irmão (Brasil);
- dificuldades no processo de adaptação ao Brasil (percepção de preconceito e dificuldades em relação ao trabalho);
- dificuldades de relacionamento com a esposa incluindo aspectos culturais (questão detalhada no módulo Causas do Problema);
- trajetória religiosa inclui atividades relacionadas ao catolicismo popular no Peru;
- trajetória religiosa inclui uma situação de frequência simultânea em igrejas católica e evangélica durante o período de adaptação cultural;
- situação flexível de trabalho (trabalho informal).

II. Apresentação do Problema

A entrevista de Júlio evidencia a estruturação de um único problema de saúde mental reconhecido com o nome de "depressão". Apesar dessa denominação, os aspectos clínicos apresentados correspondem principalmente aos sintomas de Transtorno de pânico (CID-10) ou Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (DSM-IV). O paciente não reconhece como problema o uso de substâncias (álcool, cocaína) no passado apesar de também apresentar sintomas compatíveis com os diagnósticos de Dependência de Álcool (CID-10, DSM-IV) e Abuso de Cocaína (DSM-IV).

O quadro 4.1 apresenta esquematicamente a forma como Júlio estrutura seu problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV).

Quadro 4.1: Estruturação do problema

Classificações Psiquiátricas (CID-10 / DSM-IV)	**Concepção do paciente**
Diagnóstico de dois transtornos psiquiátricos pela CID-10: Transtorno de pânico (F41.0) e Síndrome de dependência de álcool, atualmente abstinente (F10.20) Diagnóstico de três transtornos psiquiátricos pelo DSM- IV: Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (300.01), Dependência de álcool (303.90) e Abuso de cocaína (305.60)	Reconhecimento de um problema: "Depressão"

Júlio descreve manifestações de seu problema ao longo de toda a entrevista enfatizando sintomas do transtorno de pânico como por exemplo, ansiedade, "falta de ar" e "ataques de respiração". Relata também sentimentos de medo e preocupação associados à experiência de estar com um problema de saúde além de acrescentar que ingeria drogas e álcool no passado. Segundo ele, as principais manifestações do problema eram a ansiedade e crises que incluíam a sensação de "falta de ar" (**"Ansiedade, ansiedade, falta de ar, né."**).

O quadro 4.2 esquematiza os sintomas apresentados pelo paciente no problema reconhecido com o nome de "depressão" além de trechos correspondentes da sua narrativa .

Quadro 4.2: Agrupamento de sintomas no problema reconhecido

Problema reconhecido	**Sintomas apresentados**	**Narrativa**
"Depressão"	- Ansiedade - Sensação de "falta de ar" - Dificuldade de concentração - Crises com "ataque de respiração"	**"Ansiedade, ansiedade, falta de ar, né."** **"... no começo era difícil concentrar-me nisso, ficava nisso e no pensamento, né..."** **"... antigamente fazia essa, essa crise assim mas agora não, com o tratamento, não, tem as crises mas é a noite, já não mexe com a cabeça, não foi com ataque de respiração, entendeu?"**

Ainda em relação a denominação do problema, Júlio refere que um dos médicos procurados aqui no Brasil fez o diagnóstico de "síndrome de pânico", expressão que era desconhecida pelo paciente e que acabou motivando a continuação de sua busca para compreender o problema (**"Segundo o médico disse que eu tenho síndrome de pânico..."**). Nesse processo, ele usa inclusive o termo "encaixar" num contexto em que procurava ler livros e revistas com temas de saúde buscando "encaixar-se" em algum diagnóstico médico. No Peru, um dos médicos chamou seu problema de "depressão" sendo esse termo aceito e incorporado pelo paciente como o principal nome para seu problema (**"Eu acho que é depressão porque eu nunca escutei falar em síndrome de pânico, entendeu, mas escutei falar depressão, então eu me encaixei..."**). Além do termo "depressão", três outros nomes também são utilizados por Júlio: "problema de nervos", "crises" e "ansiedade", sendo esse último termo referido tanto como um sintoma quanto como o próprio problema. O uso de drogas e bebidas alcoólicas é considerado como uma situação "superada" e não relacionada a uma condição de dependência de substâncias (**"É problema de nervos, depressão, porque eu não acredito que é bebida, não, isso foi superado... eu bebia, usava droga mas não fui viciado..."**).

O paciente apresenta a idéia de que seu problema não é grave devido a possibilidade de controlar os sintomas através de seus próprios pensamentos. Nesse trecho, o problema é identificado com a expressão "forma aquela ansiedade". O controle do problema envolveria tanto o controle imediato dos sintomas como uma expectativa de cura no futuro (**"Eu acredito que não é grave, não, é questão de, de mim mesmo. Tem vezes que eu preciso, forma aquela ansiedade, eu falo não, eu vou me controlar, sim, eu consigo sair, vê se saio do comprimido."**).

A perspectiva de evolução do problema é descrita a partir de uma situação de ambiguidade (**"Às vezes eu penso que vai continuar, às vezes eu penso que não."**). Num primeiro momento, uma perspectiva negativa envolvendo sentimentos de preocupação com a possibilidade de evolução do distúrbio para uma doença fez com que ele passasse a procurar informações sobre sintomas e sequelas da depressão em livros e revistas. A partir das informações obtidas nesses veículos de comunicação, Júlio se tranquiliza e passa a manifestar uma tendência predominante de acreditar numa evolução favorável do problema (**"Depois que eu comecei com esse problema que eu procurei livros e revistas que**

tenham a ver com a depressão, aquela coisa para tentar informar-me sobre sintomas, sobre, possivelmente, sequelas ou alguma coisa assim, né. Eu acredito que não vai ter maiores problemas.").

Na avaliação do prejuízo no funcionamento psicossocial é destacada a dificuldade de concentração no trabalho associada à preocupação com o fato de estar com um problema mental (**... às vezes eu tô fazendo algum trabalho de madeira, tô concentrando naquilo... no começo era difícil concentrar-me nisso...**"). Júlio descreve uma melhora dessa vivência após o início do tratamento quando passou a conseguir controlar melhor seus pensamentos e reduzir o nível de sua ansiedade (**"... depois foi que eu comecei o tratamento foi mudando, entendeu, mesmo que eu pense, eu jogo fora aquela ansiedade, consigo controlar."**)

Em relação a percepção de como se sente na vigência do problema, o paciente volta a fazer referência a questão do abuso de bebidas alcoólicas. Afirma inicialmente que não se sente diferente dos seus familiares pelo fato de não estar mais bebendo (**"...eles bebem e eu como parei de beber, eu não me sinto excluído, pelo contrário, eu tô indo, eu vou, pego uma lata de refrigerante, entendeu, não é que o fato de eu deixar de beber que vai me deixar diferente dos outros..."**).

Apesar dessa percepção, descreve uma situação onde foi ridicularizado e "excluído" por alguns colegas num de seus retornos ao Peru. Diz que antes de iniciar o tratamento da depressão tinha o hábito de participar de "bebedeiras" com seus colegas peruanos e que nos últimos dois anos, quando explicava que tinha parado de beber, os colegas o consideravam orgulhoso e associavam essa crítica ao fato dele ter emigrado para o Brasil (**"Quando eu fui lá no Peru me trataram diferente porque até antes de começar o tratamento eu bebia, né, e quando eu chegava lá no Peru era bebedeira, não, bebedeira direto, né, mas com os colegas e tal mas depois nesses dois últimos anos, eu chegava lá, ô, vamos tomar uma cerveja, não, não posso, parei de beber e tal, aí todo mundo, ê-ê, saiu do seu país, não quer beber cerveja com a gente, não sei o que, não sei o que..."**). Refere que sua decepção foi ainda maior pelo fato de ter ajudado profissionalmente um desses colegas que o ridicularizou (iniciou-o no trabalho como palhaço e deixou que ele ficasse em seu lugar no circo após sua partida) (**"... ele me excluiu**

de uma maneira que eu não sei se é metido, orgulhoso, só porque tá lá ou alguma coisa assim...").

Outro aspecto da percepção de estigmatização diz respeito a sua situação como estrangeiro no Brasil. Júlio diz que se ressente da falta de inserção numa rede social como a que ele fazia parte no Peru. Um pequeno exemplo citado é o reconhecimento das pessoas de seu trabalho como palhaço (**"... e eu era reconhecido, eu sinto essa falta aqui, de passar pelas ruas e falarem: oi, tudo bem, aí, ô, palhaço, eu era muito conhecido por ter trabalhado em circo como palhaço. Os menininhos, as mães que eu animava as festas me conheciam, pegava a criança no colo, cumprimentava. Eu sou um desconhecido aqui."**). Acrescenta que, principalmente nos primeiros anos aqui no Brasil, chegou a ser vítima de comentários discriminatórios em seu bairro aventando a possibilidade dele ser um terrorista ou um traficante de drogas (**"Uma vez me chamaram de terrorista mas eu não tô nem aí, não, não ligo não... Quando eu cheguei aqui foi mais difícil, as pessoas perguntavam sobre o terrorismo, sobre cocaína, depois que eu conheço a pessoa, a pessoa fala que desconfiava antes, de ser traficante, de ser terrorista."**). O paciente acredita que essa dificuldade poderia ter sido maior se ele não contasse com o fato de ter um irmão que é padre e que já morava no Brasil há algum tempo (**"E não foi mais porque aqui também eu sou conhecido um pouco por meu irmão que é padre, eu sou um pouco conhecido como o irmão do padre."**).

É interessante observar que Júlio refere uma situação no passado em que ele próprio se define como um agente de discriminação contra migrantes do interior do Peru que iam morar na cidade de Lima (**"Eu discriminava um pouco os serranos, não que eu discriminava mas a própria sociedade faz a gente ficar com um pé atrás. Porque automaticamente se os serranos não conseguiam serviço, eles viravam ladrões, então por esse lado sempre teve aquela discriminação."**). Dessa forma, a vinda para o Brasil também significou uma mudança para a posição de discriminado (**"O fato de ser estrangeiro tem uma diferença, você vê, como ser humano eu não queria ser discriminado porque no final todos somos iguais, mesmo que a pessoa tenha dinheiro, de qualquer lugar, classe social, tem que ser tratado de forma igual."**). Na última questão desse módulo, Júlio negou ter algum outro problema de saúde (**"Não."**).

III. Causas do Problema

O uso de bebidas alcoólicas no passado é explicado pelo paciente a partir da idéia de uma causa psicossocial (trabalho como músico) (**"... eu não era alcoólatra, só que como eu também trabalhava num grupo de música e dava serenata, então rola muita bebida, né."**).

A primeira questão abordando as causas do problema (depressão) é respondida pela exposição de duas possíveis causas: a primeira é descrita como uma situação onde ele viu uma pessoa falecida num velório e lembrou-se de um fato ocorrido no passado onde também havia visto uma pessoa morta "de overdose". Diz que acabou revivendo o sentimento de medo que o acometeu naquela ocasião lembrando-se da época em que usava drogas (**"... eu acho que foi problema de medo que eu tive antigamente. Por exemplo, quando eu vi uma pessoa morta de overdose e como eu tinha, como teve uma época que eu mexi com droga também, então isso me fez tirar do passado aquela imagem, daquele morto..."**). Essa explicação é apresentada pelo paciente como a principal causa do problema dentro de seu modelo explanatório (**"... hoje eu penso se eu não tinha visto esse cara ali, acho que não tivesse acontecido nada..."**) além de ser reconhecida como uma causa direta e imediata no desencadeamento dos sintomas (**"... não passou quinze, vinte minutos que eu comecei com aquela ansiedade."**). O fato de ouvir notícias ruins relacionadas ao uso de drogas também é considerado um fator precipitador de "crises" ao longo de todo esse período com o problema (**"... porque eu tive aquela reação de ver aquele cara morto, porque cada vez que eu escutava alguma desgraça relacionada com a droga, entrava em crise... aí eles falaram de um amigo meu que eu conheci, que estudou com meu sobrinho no mesmo colégio, que ele foi morto por viciados, foi achado debaixo da ponte com a cara toda destroçada, e aí deu outra crise"**).

A segunda causa descrita nessa questão refere-se a suspeita de Júlio de que o fato de ter cessado rapidamente o uso de álcool, tabaco e drogas também poderia ter interferido no mecanismo causal de seu problema. Em relação a essa hipótese, Júlio coloca-se explicitamente numa situação de dúvida (**"... Depois que eu comecei a pensar, não pode ser também o fato de ter deixado a cerveja, o cigarro e a droga da noite para o dia, será que é possível? Pode ter influenciado também, né."**) e acrescenta que seu

organismo poderia ter sentido de alguma maneira a ausência dessas substâncias (**"Alguma falta disso, como uma falta disso, alguma coisa assim, porque o organismo se acostuma, né."**).

Outras hipóteses causais são levantadas com o aprofundamento das questões nesse módulo da entrevista. Júlio refere que sua emigração também pode ser considerada como um fator de causa e associa inicialmente esse processo ao fato de estar distante dos familiares, principalmente de seus sobrinhos (**"O fato de ter morado aqui, eu acredito que sim porque eu era muito ligado com meus sobrinhos, entendeu, até com meus irmãos lá porque eu brigava muito, sabe, com meus irmãos lá, com meus sobrinhos não, era muito ligado com meus sobrinhos, eu sinto falta deles..."**).

Além desse aspecto, o paciente faz referência às dificuldades que ainda enfrenta no processo de adaptação a outro país citando a questão da "educação das pessoas", as atividades de lazer e de maneira geral, a cultura (**"... tô sentindo sim essa mudança, enquanto a educação, a cultura e a lazer também..."**). Sobre a "educação das pessoas", acredita que os brasileiros não respeitam algumas normas públicas como, por exemplo, casos em que pedestres andam pelas ruas ao invés de andar em calçadas (**"... a cultura das pessoas que é diferente, a educação das pessoas que é diferente, eu fico muito revoltado quando eu vejo uma pessoa andando pela pista e não pela calçada."**). Compara esse aspecto com a situação encontrada em seu país natal (**"... lá no Peru essas coisas não acontecem, entendeu, tem a ver com a cultura e a educação..."**).

Quando questionado diretamente sobre se está ou não adaptado após esses oito anos morando no Brasil, Júlio responde estabelecendo um recorte territorial de sua experiência onde sua casa poderia ser pensada como uma espécie de refúgio contra algumas das dificuldades do processo de adaptação (**"... eu tô, da porta para dentro de minha casa eu tô adaptado mas da porta para fora não."**). Essa contraposição firmada entre a casa (convívio com sua família nuclear e visitas de familiares e amigos peruanos) e a rua (convívio com a comunidade numa posição de estrangeiro) deve ser relativizada já que, em outro trecho da entrevista, ele alude as dificuldades de relacionamento com a esposa brasileira e também considera essa questão como um fator adicional de causa.

As críticas feitas à esposa relacionam-se a questão do ciúme, da intolerância em relação a bebida e da repercussão desses fatores em situações de reuniões festivas em sua casa (**"... ela é muito ciumenta, certo, não gosta que eu beba..."**). Essas reuniões ocorriam quando Júlio recebia a visita dos sobrinhos ou de amigos peruanos que estudam no Brasil e eram caracterizadas pela reprodução de alguns aspectos da vida cultural que ele levava no Peru (**"...às vezes chegava por exemplo cinco, seis amigos do Peru que estudavam em diferentes faculdades do Brasil, chegava aqui na minha casa, eu dava alojamento prá eles, os meus sobrinhos traziam de lá bebida, assim e eu bebia com eles em casa, escutava música peruana e ela não gostava, né, lógico..."**). Por influência da esposa, esses encontros foram tornando-se cada vez mais raros num processo de progressiva aceitação de limites por parte do paciente (**"... prefiro deixar de beber, uma pela minha depressão, outra para não trazer problemas em casa, também para não criar problemas em casa com a minha mulher e outra para dar um bom exemplo pros meus filhos."**).

Outra situação relatada acerca da dificuldade de relacionamento conjugal também é considerada como fator de influência no problema (**"Tem outra coisa também que eu acho que influenciou..."**). Refere uma discussão ocorrida há cerca de quatro anos onde ele acabou agredindo fisicamente a esposa e por isso ela saiu de casa com os filhos durante cerca de uma semana (**"... uma vez eu bati e depois eu me prometi nunca mais fazer isso, mas não bati assim, foi um tapa, sabe, e ela pegou minhas crianças e foi embora."**). Nesse período, o paciente apresentou piora no consumo de álcool e posteriormente uma reflexão sobre suas dificuldades (**"... aí eu tomava, tomava, tomava mas depois eu pensei: tomando eu não vou conseguir nada..."**). Diz que nessa época ela constantemente o ameaçava de pedir separação e ficar com a guarda dos filhos (**"... ela me chantageava muito com os filhos, como eu sou muito apegado a eles, ela dizia, eu vou embora..."**).

Júlio afirma ainda que sua esposa seria uma pessoa "superficial", no sentido de que não se interessava por estudos ou leituras preferindo cultivar hábitos como assistir televisão ou fazer compras (**"... ela vê mais a parte superficial, não gosta de ler, gosta de novela, entendeu, gasta o dinheiro, apesar que ela é de uma família pobre..."**). Dessa forma, o ambiente em sua casa seria diferente daquele em que foi criado no Peru onde se

valorizava predominantemente as atividades intelectuais (**"... nós tínhamos uma boa coleção de livros de história, geografia, aqueles livros grossos, uma boa biblioteca, entendeu, esse que é o problema..."**). Critica ainda o fato dos brasileiros, segundo seu ponto de vista, gastarem muito dinheiro fazendo compras desnecessárias visando "aparentar o que não é" (**"... aqui no Brasil tem mais consumismo, por exemplo, nesse caso, tem gente que mora num barraco mas com um tênis de 110 reais, com uma calça de 80 reais, entendeu, ele quer aparentar o que não é, no Peru não é tanto assim mas lá tem também."**).

Alguns aspectos referentes à sua situação de trabalho também são incorporados ao modelo de causa explicativa apresentado. Júlio trabalhava em circos como palhaço quando vivia no Peru. Fazia também animação de festas infantis e era bastante conhecido e conceituado nessas duas funções. Apesar de não ter continuado com esse tipo de trabalho, nos períodos em que retorna ao Peru, ele volta a trabalhar como palhaço (**"... cada vez que eu viajo para o Peru, eu procuro um circo prá trabalhar, mesmo nesse pouco tempo, entendeu..."**). Os motivos alegados para que ele não trabalhe como palhaço no Brasil são a proibição da esposa quanto a trabalhar em circos e a dificuldade em adaptar-se às condições das festas infantis no Brasil (**"... lá ela deixa eu trabalhar, ela deixa mas só quando o circo tá na minha cidade... Eu fiz uma festa aqui e não me dei bem porque a cultura de vocês é diferente da nossa..."**).

Segundo Júlio, as festas infantis no Brasil começam mais tarde, são mais desorganizadas e os adultos atrapalham as brincadeiras das crianças (**"... lá no Peru a festa infantil começa cinco horas da tarde, acaba oito horas da noite, então, festa infantil é festa infantil, não festa de adulto, então o que acontece, eu trabalho com a criançada três horas, depois das oito horas da noite... eu estava trabalhando na criançada e os adultos entravam no meio, rá-rá-rá, conversavam, não prestavam atenção, entendeu, então isso me desanimou... a menina tava chamando para dançar os parabéns para ela, e a metade tava cantando os parabéns e a outra metade tava com videokê e não sei o que, falei assim, ah, entendeu? No Peru as festas são mais organizadas, inclusive essa mesma noite da festa que tive eu falei, ô, dá prá você tirar esse negócio, aí, tá cantando os parabéns lá e você tá com o videokê..."**).

A importância que o paciente atribui à sua profissão de origem pode ser medida pela declaração de que ele não se considera tão feliz quanto se ainda estivesse trabalhando nessa função. Nesse trecho, Júlio também faz menção ao conflito existente entre a vida no circo e sua estrutura familiar atual (**"Eu seria mais feliz se eu trabalhasse em circo, eu sou feliz com minha mulher mas eu até sonho com meus amigos do circo, eu sonho com o circo mas vai ser difícil, eu não gostaria de deixar minha família e para levar minha família para o circo, meus filhos vão continuar o que eu sou, vão ser trapezistas, palhaços, não vão poder estudar muito e minha mulher não ia concordar com isso."**).

Apesar de colocar-se numa posição predominante de descrença em relação a possíveis causas mágico-religiosas (**"Não, não acredito nessas coisas, não acredito, completamente eu não acredito..."**), o paciente relata situações onde ele supostamente poderia ter "provocado" os espíritos (**"... quando eu voltava prá casa um pouco tarde da noite, eu achava numa encruzilhada, a vela, aquela macumba, aquela coisa assim, aquela coisa, então eu passava por aí e chutava ela, eu não tava nem aí, sabe..."**). Lembrando-se dessas ocasiões, Júlio acaba fazendo uma reflexão sobre essa possibilidade ainda que termine reforçando sua posição inicial de descrença (**"... então, não sei se isso de eu dar um chute tem alguma coisa a mais, eu não acredito nessas coisas."**).

Sobre essa questão, devemos lembrar também que o paciente concordou em procurar ajuda de um benzedor e mesmo atribuindo essa situação a uma recomendação de um tio (**"... eu simplesmente tive aí porque o meu tio falou..."**), acabou por não recusar essa tentativa de ajuda.

O paciente nega que seu problema possa ter sido causado por uma causa hereditária ou uma lesão cerebral. No início do distúrbio chegou a apresentar-se em dúvida sobre a natureza do problema. Posteriormente, assim como seus familiares, passou a considerar a hipótese de uma "doença orgânica", o que justificou a procura de um clínico geral e a realização de uma "bateria de exames" (**"Uma doença assim de família, digamos, não, acho que foi uma coisa que apareceu, não uma doença, não, uma coisa que apareceu só, por isso que eu fico meio assim, o que que é isso?... Eu fui num médico geral, fiz bateria de exames..."**).

Em relação a existência de possíveis alterações em seu cérebro, Júlio utiliza uma metáfora associada a movimentações de seus neurônios (**"... quando começava com essas crises, então parecia que os neurônios aqui começavam pular, sabe."**).

O quadro 4.3 apresenta esquematicamente a composição do modelo de causas explicativas do paciente incluindo concepções associadas a causas psicossociais, causas mágico-religiosas e concepções associadas a idéia de doença.

Quadro 4.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	***Episódio do velório (sentimento de medo, ouvir notícias relacionadas a drogas)***
	Emigração (saudade dos sobrinhos, dificuldades no processo de adaptação ao Brasil, insatisfação profissional)
	Dificuldades no relacionamento com a esposa
Causas mágico-religiosas	**Vingança dos espíritos pelo fato dele ter desfeito "macumbas"**
Alterações físicas ou doenças	Idéia de uma "doença orgânica"
	Interrupção abrupta do uso de álcool, tabaco e drogas

* Principal causa explicativa considerada no momento

Segundo Júlio, a idéia inicial de uma possível "doença orgânica" era compartilhada por seus familiares. Assim como o paciente, sua mãe apresentou a idéia de que seu problema era temporário e o incentivou à "superá-lo" (**"... ela me dava apoio, ela falava, isso que você tem é passageiro, você tem que superar, você tem dois filhos, uma família, entendeu, minha mãe falou, né... no começo eles achavam, né, por isso que eu fiz aquela, uma doença orgânica, por isso que eu fiz aquela bateria de exames..."**).

Seu irmão padre também apresenta um modelo de causa compatível com a idéia de doença especificando-a com o nome de "pânico". Em relação a essa hipótese, Júlio refere que seu irmão tem experiência nesse tipo de problema pelo fato de ser muito procurado em sua paróquia por pessoas com sintomas semelhantes (**"... o problema que você tem, tem muita gente, porque tem muita gente que vai lá, pede um conselho nele,**

da paróquia dele, que passa pelo mesmo problema, que diz que é uma doença do ano 2000, o pânico, não sei até que ponto será verdade...").

Além das concepções apresentadas acima, Júlio relata uma concepção mágico-religiosa do problema por parte de dois tios no Peru (um deles, inclusive, atuando como benzedor) **("... meu tio é benzedor, lá no Peru, e outro tio me falou prá mim, já que você tem isso, fala pro seu tio fazer isso aí e ele fez um dia em mim...").**

É importante observar que não há descrição de conflitos familiares associados a questão da causa do problema apesar do paciente não compartilhar diretamente nenhuma das concepções de causa apresentadas acima.

O quadro 4.4 resume o padrão de causas explicativas dos familiares de acordo com a percepção do paciente.

Quadro 4.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente

IV. Situações de Ajuda

A primeira situação de ajuda descrita por Júlio refere-se ao auxílio da esposa e de amigos na articulação do atendimento médico num pronto-socorro de hospital geral no dia em que ele apresentou o primeiro ataque de pânico **(... aí ela chamou o filho do falecido que, era uma família que acolheu muito a gente, entendeu, então o filho do falecido chamou outra pessoa e me levaram para o hospital.").**

Das situações de ajuda apresentadas no cartão 2 da entrevista, as seguintes situações foram referidas pelo paciente:

- familiares: conversou com seus familiares sobre os sintomas apresentados (**"Eu conversei com meus irmãos, eu conversei, simplesmente, ô, aconteceu isso, aquele dia e tal..."**);

- amigos: foi levado por amigos ao hospital no dia que começou a manifestar o problema. Numa fase posterior, conversou com seus amigos peruanos sobre os sintomas (**"... depois conversei muito, no Peru, conversei com meus amigos."**);

- remédios caseiros: refere ter tomado chá de melissa (**"Tomei, tomei, chá de melissa, alguma coisa assim, elissa, melissa."**);

- livros de auto-ajuda: faz referência a dois livros de "ajuda espiritual e psicológica" oferecidos por seu irmão padre; fala sobre a busca de informações a respeito da depressão em revistas (**"É, tipo de ajuda espiritual, é, mental, psicológica... não tô lembrado agora, tenho dois, meu irmão que me deu, que comprou os livros... depois que eu tive esse problema que eu passei a ler mais também, esse problema, da depressão, do pânico, sintomas, essas coisas da revista."**). Destaca uma reportagem onde relaciona seu problema com a situação do jogador Ronaldinho na final da copa do mundo de futebol em 1998. Diz que a depressão seria uma consequência da "pressão" psicológica a qual uma pessoa pode estar submetida (**"... porque eu leio muito isso aí e aí que eu vi, se você não pode dar conta de pressão, de isso, isso e aquilo, isso aí é os sintomas de depressão, sintomas daquele problema que teve Ronaldinho e então vejo se me encaixo nos sintomas... eu tive alguma coisa assim, entendeu..."**);

- orações: refere fazer "orações católicas" (Pai-Nosso e Ave-Maria) principalmente quando sente que pode haver um retorno dos sintomas (**"Orações católicas, eu peço, peço... Às vezes, por exemplo quando eu estou para dormir, parece que vai dar aquela coisa, eu faço uma oração, tenho o costume de rezar o Pai-Nosso, Ave-Maria."**);

- promessas: fez promessas específicas visando a melhora de seu problema de saúde mental (**"Olha, as promessas que eu faço, sim, eu fiz, que se eu melhorar vou ser mais espiritual com meus filhos, vou dar, vou ser mais espiritual com minha família."**);

- benzedor, rezadeira: relata ter procurado um tio que é benzedor após ter recebido recomendações de um outro tio que soube de seu problema. Caracteriza a atuação desse tio benzedor como católica descartando uma influência direta dos espíritos ou do demônio (**"... ele falou, fica de pé, eu fiquei assim e ele falou não cruza os braços porque senão é do contra, eu fiquei assim e ele fez uma coisa, que o mal saía de mim, que eu tô bem, mas não foi uma coisa assim, digamos, macumba ou satânica, foi uma coisa mais leve..."**). Conclui ainda que o benzimento não foi eficaz pelo fato dele não acreditar nesse tipo de intervenção (**"... então assim que falam que aquele que não acredita não é curado, entendeu, então como eu não acredito nessas coisas, eu simplesmente tive aí porque o meu tio falou, o outro tio, então acho que não fez efeito em mim a proeza..."**);

- procissões, romaria: refere visitar anualmente a cidade de Aparecida-SP associando essas visitas mais à sua crença católica do que propriamente à uma situação de ajuda específica para seu problema (**"... todos anos eu vou prá Aparecida do Norte... eu vou mais por uma questão de fé, da minha fé católica e para encaminhar meus filhos também por esse caminho."**);

- padre, pastor, pai-de-santo: conversou com seu irmão padre que orientou algumas leituras e articulou uma situação de ajuda psiquiátrica (**"... só com meu irmão, eu conversei bastante com ele, tão assim que ele me agendou para um psiquiatra particular que eu falei, ele me agendou, ele pagava consultas e tal..."**);

- atividades em igrejas: frequenta semanalmente missas na igreja católica (**"Vou aos domingos, quando dá prá ir mas geralmente todo Domingo..."**). Refere que devido aos sintomas passou a participar da missa de uma maneira diferente, fazendo orações relacionadas a seu problema de saúde e sem

acompanhar tanto a liturgia (**"... eu acho que interferiu para eu frequentar a igreja, sim, entendeu, porque sempre que eu vou para a missa, às vezes eu não tô acompanhando a missa mas tô pensando, tô pedindo que Deus me dê força, me dê saúde, eu aproveito mais para isso..."**);

- farmacêuticos: procurou ajuda de farmacêuticos para outros problemas de saúde (por exemplo: gripe) mas não para a depressão reconhecendo que para esse problema seria necessária ajuda médica (**"... quando tava doente, com gripe, não para esse problema, não, não, esse problema depressão uma coisa eu sei, eu tinha que procurar uma pessoa indicada."**). Nesse trecho da entrevista, Júlio fala também sobre o medo de ficar dependente de medicações psiquiátricas e sobre a facilidade de comprá-las no Peru (**"Lá, o diazepam, esse tipo de remédio de faixa preta são vendidos sem receita, não tem problema, entendeu... é, mas tinha muito medo de ficar viciado nesse tipo de comprimido..."**);

- alcoólatras anônimos: teve acesso a informações sobre a existência desse tipo de situação de ajuda mas não chegou a procurá-la (**"Não, já vi, cartazes, conversas desse grupo, entendeu, só que não cheguei a ir."**);

- psicoterapias: refere ter comparecido a apenas duas ou três sessões de psicoterapia realizadas por um psiquiatra tendo então, abandonado o tratamento (**"Fui num psiquiatra que era terapia, tipo de terapia, né, agora foi duas ou três vezes só, daí eu parei de ir."**). Recebeu ainda a indicação de procurar um psicológo no Peru mas não chegou a consultá-lo pelo fato de ter voltado ao Brasil antes do dia em que a consulta foi agendada (**"... o psiquiatra tava me agendando pro psicólogo mas nesse meio tempo eu já tinha que viajar para aqui porque a minha passagem já tava vencida..."**);

- médicos clínicos gerais: procurou um clínico geral no início do problema tendo realizado uma série de exames complementares que não evidenciaram qualquer alteração (**"No começo fui no médico geral, né, agora, os exames foram todos normais."**). Essa busca de ajuda médica num pronto-socorro foi

a primeira situação de ajuda procurada. Alguns meses depois o paciente voltou a ter um ataque de pânico no Peru sendo novamente levado para um hospital (clínico geral) (**"... eu fui no hospital, fui lá, aí me colocaram diazepam na veia também, aí voltei prá casa tranquilo, fui lá dormir, aí o problema ficou mais consecutivo, aí que eu fiquei preocupado, aí procurei um médico, o médico geral me fez aquela bateria de exames, me falou que era psicológico, me mandou no psiquiatra..."**);

- médicos psiquiatras: procurou ajuda psiquiátrica inicialmente no Peru cerca de quatro meses após o primeiro ataque de pânico (**"Quatro meses depois eu fui no psiquiatra lá no Peru, eu tive a mesma coisa..."**). Voltando ao Brasil, manteve esse tipo de ajuda durante toda sua trajetória valorizando o tratamento psiquiátrico ("diálogo" e medicações) como a principal situação de ajuda no momento (**"... o diálogo... eu acredito no remédio porque ele me faz passar as crises, entendeu..."**).

As seguintes situações de ajuda apresentadas no cartão 2 da entrevista não foram procuradas pelo paciente visando resolver seu problema de saúde mental: simpatias, procissões, bíblia, centro espírita, farmacêutico, terapias alternativas e grupos de auto-ajuda.

Júlio refere que antes do início do problema de depressão já havia procurado médicos e atividades na igreja católica devido a outros problema de saúde (**"Por exemplo, de ir no médico, na igreja..."**).

O quadro 4.5 esquematiza a configuração de situações de ajuda procuradas pelo paciente ao longo de sua trajetória com o problema.

Quadro 4.5: Trajetória de situações de ajuda

Família / Amigos → clínico geral (primeira situação de ajuda procurada)
Leitura de revistas
Padre (irmão) → livros de ajuda
Atividades em igrejas (modificação na forma de participação nas missas)
Orações
Promessas
Remédios caseiros
(Peru)
Clínico geral → psiquiatra (inserção da ajuda psiquiátrica) → (psicólogo)
Família (tio) → benzedor
Padre (irmão) → psiquiatra (psicoterapia)
Tratamento psiquiátrico (medicação e "diálogo")

* Principais situações de ajuda consideradas no momento

VI. Relacionamento Clínico

Júlio entende a ajuda psiquiátrica como um "processo" onde inicialmente o psiquiatra prescreve medicações e posteriormente incentiva conversas (**"Ah, é um processo, né, num primeiro momento os comprimidos e depois as conversas."**).

Em relação as diferenças entre o psiquiatra e o clínico geral, o paciente diz apenas que o psiquiatra seria o médico mais indicado para cuidar de doenças como a dele (doenças mentais). Não relata nenhuma diferença referente a maneira de atuação desses profissionais (**"Que o psiquiatra é mais, assim, é a pessoa indicada para essa doença, né..."**).

De acordo com Júlio, a psicoterapia seria um tipo de "exercício mental" (**"É, psico, é mente, né, psiques e terapia é um tipo de exercício, alguma coisa assim, mental."**).

Diz que antes de conversar com psiquiatras sentiu medo de que pudesse ser internado ou que seu problema evoluísse para uma situação de loucura. Relata também que sentiu vergonha de falar que havia usado drogas (**"... eu fiquei com medo disso, medo de ser internado, medo de ficar louco... Vergonha, de, de falar, de que eu usei droga..."**).

O paciente nega ter apresentado problemas de comunicação com os médicos, diz que sempre perguntava ao psiquiatra aquilo que não entendia ou procurava deduzir o que o psiquiatra havia falado (**"... quando eu não entendia, eu perguntava prá ele o que que significava às vezes alguma palavra que, ou eu associava a palavra com o resto da frase e tirava a conclusão, né..."**). Nesse trecho da entrevista, Júlio refere com mais detalhes o sentimento de vergonha apresentado quando relatava para os psiquiatras que fez uso de drogas no passado. Diz que tinha uma dificuldade maior de falar sobre esse problema para os médicos peruanos pelo fato de ser conhecido e considerar que sua família "é muito bem vista" na região em que moram no Peru. Cita o fato de ter um irmão padre e outros que trabalham como professores, psicólogos e assistente social para demonstrar que sua família tem um bom prestígio e reputação na comunidade. A partir dessa situação, introduz a expressão "ovelha negra" para definir sua condição em comparação com os demais familiares (**"... acho que pro médico de lá é mais difícil falar dos problemas, pelo fato de ser conhecido lá, pela droga, entendeu, porque a minha família é muito bem-vista, né, e mais ainda que na família tem um que é padre, e todos meus irmãos são professores, psicólogos, enfim, tem uma irmã que é assistente social e ser uma ovelha negra é uma coisa assim, eu sou ovelha negra entre aspas, né..."**).

Quanto a questão do abandono de tratamento, Júlio apresenta uma situação onde deixou de frequentar sessões de psicoterapia psicanalítica. Ele explica que não aceitou um "contrato" que incluía o pagamento de sessões caso ele faltasse por desconfiar que o psicoterapeuta estivesse muito interessado no aspecto financeiro de seu trabalho (**"... ele explicou que o contrato era de três meses, que tinha que ir uma vez por semana, num dia fixo, a uma hora fixa e se eu não ia lá, eu tinha que pagar a consulta, entendeu,**

então eu falei, ou ele tá me querendo tirar dinheiro ou então porque me propõe essas coisas, né, e aí não falei nada com ele, eu vou pensar doutor mas eu te dou a resposta em um mês, ele falou assim, tudo bem, aí pensei mas não dei resposta lá até agora..."). Além disso, questionou o fato do terapeuta não ter dado explicações sobre a natureza do seu problema (**"... ele nunca me falou o que que eu tinha e eu queria saber o que que eu tinha, entendeu, então ele conversava disso e aquilo, disso e aquilo, disso e aquilo mas tudo bem mas eu queria saber o que que eu tinha, o que que eu tenho..."**). Apesar dessas críticas, disse que gostava do psicoterapeuta porque tinha a possibilidade de "conversar muito" nas sessões (**"... eu gostava dele porque eu conversava muito."**). A impressão transmitida nesse trecho da entrevista é que o paciente vivenciou uma situação de ambiguidade onde questionava alguns aspectos da relação terapêutica (o contrato, a ausência de explicações objetivas sobre seu problema) mas sentia empatia pelo terapeuta e beneficiava-se da possibilidade do espaço discursivo. O abandono do tratamento, entre outros motivos possíveis, deveu-se ao predomínio dos fatores de questionamento.

O quadro 4.6 resume alguns dos principais aspectos considerados pelo paciente acerca do relacionamento clínico.

Quadro 4.6: Aspectos do relacionamento clínico

Dificuldades no relacionamento clínico, abandono de tratamento e adesão medicamentosa
Percepção de que o psicoterapeuta não fornecia explicações objetivas sobre seu problema
Dificuldade em relatar uso de drogas no passado. Dificuldade mais acentuada no Peru devido a proximidade com sua família
Abandono de tratamento psicanalítico devido a não aceitação de um contrato terapêutico (questão financeira)

VII. Problemas Gerais de Saúde

Júlio afirma que há dois tipos de problemas de saúde: os problemas orgânicos (sempre considerados como doenças) e os problemas psicológicos (considerados como doenças "dependendo do grau"). Dessa forma, os problemas psicológicos leves seriam considerados apenas com a designação de problemas psicológicos enquanto a partir de um certo grau de severidade os problemas psicológicos passariam a ter o estatuto de doença (**"... tem dois tipos de problemas de saúde, né, orgânico e psicológico... dependendo do grau o psicológico chega a ser uma doença, o outro sempre é uma doença..."**).

Nesse modelo, Júlio faz uma articulação entre a doença mental decorrente de problemas psicológicos e a loucura, ou seja, a loucura seria propriamente a doença advinda da evolução de um problema psicológico (**"... o problema psicológico pode virar uma doença e essa doença é o que se chama de loucura, né..."**). Alguns fatores que favoreceriam esse tipo de evolução em direção à doença mental/loucura seriam a internação psiquiátrica (**"... por exemplo, tem pessoas que estão como eu assim, não esse cara tá louco, enfia num sanatório e aí ficava louco mesmo..."**) e a demora em se estabelecer um tratamento médico adequado (**"... loucura é um problema psicológico que não tratado a tempo foi além da doença, foi além do problema psicológico..."**).

De maneira geral, o paciente destaca causas psicossociais e a idéia de doença a partir da análise do cartão 1 para os problemas gerais de saúde (**"Acho que esses aí, problema de família, educação errada, tem doença também, né."**). Afirma que a principal causa geral de problemas de saúde seria a falta de informações relativas aos problemas decorrentes de uma educação inadequada. É interessante observar que apesar dessa preocupação, o paciente apresenta um exemplo errôneo sobre a questão da prevenção da AIDS (**"Educação, por exemplo, se eu tenho um filho, certo, e se eu educo para ele não entrar na zona, automaticamente ele não vai pegar Aids, então o problema de saúde é um problema de educação, para mim..."**).

Levando em conta esses aspectos, Júlio acredita que os problemas orgânicos são mais susceptíveis de cura quando comparados aos problemas psicológicos, considerados mais graves devido a possibilidade de evolução para loucura. Ele introduz ainda a idéia de que a partir de um certo estágio do problema psicológico, a evolução

poderá ser inevitavelmente desfavorável. Nesse trecho da narrativa, é utilizado o termo "pirar" como sinônimo de enlouquecer (**"... o problema orgânico com um tratamento de medicina pode ser erradicado, o problema psicológico depende da pessoa ele pode chegar longe, pode chegar a pirar, né, depende do grau do problema psicológico a pessoa pode chegar a pirar."**).

A loucura é caracterizada por alterações de comportamento (**"... Loucura é andar pelado na rua, fazer coisas que não são próprias de uma pessoa normal..."**). Nesse sentido, o paciente faz questão de estabelecer uma diferenciação entre "loucura" e "aventura". Segundo ele, determinadas alterações de comportamento e atividades que poderiam ser consideradas inadequadas estariam associadas a um contexto de aventura. Cita que empreendeu uma aventura chegando, por exemplo, a dormir em praças públicas, porém, num contexto diferente da situação de loucura. Relaciona essa aventura a um processo interior de busca de conhecimentos e criação de uma "auto-consciência" que incluía situações como passar fome e frio (**"... dormir na praça não era loucura, isso era aventura, entendeu... é lógico, eu tava consciente, eu queria passar isso, eu queria sentir o que significava ter fome, o que significava ter frio, entendeu, para sentir em carne própria o que o outro, o vizinho passava, entendeu, e isso faz criar uma consciência própria, uma auto-consciência, uma consciência para ajudar..."**). O paciente não faz menção ao uso de drogas como estando associado a esse processo de auto-conhecimento.

Júlio refere poder usar o que ele chama de "auto-consciência" para ajudar as pessoas com problemas de saúde através da concentração "em pensamentos e em orações" (**"Tenho capacidade de me concentrar, usar minha auto-consciência em pensamentos e em orações."**).

Ele utiliza a noção de "relaxamento" (**"Ele relaxa..."**) para descrever a forma de atuação do remédio mas não faz considerações sobre o possível envolvimento de mecanismos funcionais ou anatômicos no efeito terapêutico das medicações. Descreve ainda uma situação de controle parcial e diminuição da intensidade dos sintomas após o início do tratamento (**"... com o tratamento, não, tem as crises mas é a noite, já não mexe com a cabeça, não foi com ataque de respiração, entendeu?"**).

Em relação a nomes de problemas, o paciente cita a palavra "esquizofrênico" sem saber precisar o significado do termo e não apresenta outros exemplos de problemas mentais (**"Esquizofrênico, né, mas não sei saber a diferença de uma pra outra..."**). Afirma ainda que os problemas de saúde mais graves são os "problemas incuráveis" como, por exemplo, a tuberculose (no passado), a AIDS e a loucura (**"Os piores problemas de saúde que tem, os incuráveis, né, os problemas incuráveis, por exemplo a Aids, dependendo a época porque algum tempo atrás a tuberculose era fatal, agora não é."**).

Júlio refere não saber a causa do sarampo. Sobre a diabetes, comenta apenas que é um "problema de glândula" e que sua mãe recebeu esse diagnóstico. Acredita que a falta de alimentação e um mecanismo de "contágio" entre as pessoas estariam associados ao aparecimento da tuberculose não especificando a forma desse "contágio" (**"É, dos pulmões, né, é, falta de alimentação, contágio, pode ser contágio também."**). A lepra é definida através de uma de suas supostas manifestações e é considerada uma doença que atinge o homem desde a antiguidade (**"Lepra é aquele negócio que cai a pele, né... ah, não sei, é uma das primeiras doenças que teve no mundo."**). Refere que a AIDS é causada por um vírus que atinge o sangue (**"O Aids é um vírus que ataca a parte mais fraca do corpo, o sangue, né."**). O suicídio estaria associado às dificuldades em resolver problemas enfrentados tanto por pessoas doentes como por pessoas saudáveis em momentos de vulnerabilidade (**"Não encontrar solução para os problemas, pode ser uma pessoa doente ou pode ser uma pessoa que teve um momento de fraqueza."**). A depressão é considerada um "problema psicológico" e classificada em duas categorias básicas: com sintomas de choro constante e com sintomas de ansiedade. Segundo Júlio, ele sofreria de uma depressão com sintomas compatíveis com os da segunda categoria (**"Tem muitos tipos de depressão, tem umas que a pessoa chora, chora, chora, tem o meu tipo..."**). De maneira geral, a "falta" ou a "mudança de alguma coisa" na vida das pessoas seriam fatores associados ao desencadeamento da depressão (**"A falta de alguma coisa, por exemplo, a mudança de alguma coisa..."**). Problemas financeiros, problemas familiares e perda de um ente querido são citados como possíveis causas do alcoolismo. Segundo a concepção do paciente, esse problema passa a ser considerado uma doença a partir de determinado ponto da sua evolução (**"É, é problema, pode ser problema**

financeiro, pode ser problema familiar, a perda de algum ser querido; é uma doença, passa a ser doença, passa a ser...").

O quadro 4.7 apresenta alguns termos e expressões utilizadas pelo paciente ao longo da entrevista de Formulação Cultural que foram incluídos no glossário apresentado no anexo I.

Quadro 4.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)

Ataque de respiração
Consciência própria
crise
doença do ano 2000
pirar
problema de nervos
problema psicológico
remédio de faixa preta

Formulação Cultural do Caso (caso 5)

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Francisco, 37 anos, natural de Palmares-PE, procedente de Campinas-SP há seis meses, solteiro (sem filhos), primeiro grau incompleto, aposentado por motivo de doença, católico e evangélico (igreja Assembléia de Deus).

Paciente com história de início de sintomas psicóticos aos 21 anos incluindo alucinações auditivas (vozes que o ameaçavam e faziam comentários sobre suas atividades), delírio de conteúdo paranóide (idéia de que algumas pessoas queriam matá-lo) e ampla disfuncionalidade de comportamento (agressividade, incapacidade de continuar trabalhando e prejuízo nos relacionamentos interpessoais).

O início do transtorno ocorreu de forma aguda sendo que após cerca de duas semanas da percepção dos primeiros sintomas (irritabilidade, isolamento e discurso fantasioso), o paciente já apresentava um comportamento seriamente perturbado além de graves alterações psicopatológicas que acabaram motivando uma primeira internação psiquiátrica.

Nesse primeiro surto psicótico, o paciente chegou a sair de casa e, segundo sua irmã, ficou "andando nas ruas e no mato" durante alguns dias até ser contido por policiais e encaminhado para um hospital psiquiátrico em Caruaru-PE.

Após cerca de dois meses de internação, Francisco iniciou tratamento psiquiátrico ambulatorial utilizando haloperidol e biperideno. Nos meses seguintes, porém, passou a faltar em consultas e deixar de tomar as medicações de maneira adequada evoluindo com um novo surto psicótico depois de um ano da primeira internação.

Nos anos subsequentes, o paciente voltou a apresentar cerca de seis internações psiquiátricas nas cidades de Recife-PE e Caruaru-PE, sempre com sintomas semelhantes aos do primeiro surto. Além disso, manteve um padrão de não seguimento do tratamento preconizado evoluindo com sintomas de apatia, diminuição do desempenho social, inatividade, perda de interesses, falta de objetivos além de um discreto grau de embotamento afetivo.

A partir dos 28 anos, Francisco iniciou um processo de migração onde passou a permanecer em Campinas-SP durante alguns períodos alternando retornos para Palmares-PE e novamente para Campinas num ciclo que já se repetiu quatro vezes. Nos períodos em que permanece em Campinas, o paciente é assistido principalmente por uma irmã e outros familiares que valorizam sua participação em atividades religiosas (igreja evangélica Assembléia de Deus) e o levam regularmente às consultas psiquiátricas.

Nos últimos anos, o paciente tem apresentado uma relativa estabilidade do quadro necessitando ser internado apenas em duas ocasiões após interrupção do uso das medicações psiquiátricas na cidade de Palmares-PE.

Apesar dessa melhora, Francisco refere manutenção de sintomas paranóides e audição de vozes compatíveis com alucinações auditivas, porém, em menor intensidade que no início do transtorno. Apresenta períodos (principalmente em Palmares) em que consegue frequentar a igreja e participar de outras atividades sociais como conversar com amigos e passear em praças e locais públicos.

Durante a evolução do transtorno, Francisco não apresentou sintomas compatíveis com transtornos de humor (sintomas depressivos ou maníacos) e não tem história de crises convulsivas. Um dos irmãos do paciente também é psicótico não havendo relato de outros problemas mentais na família. Uma das irmãs do paciente relatou que em alguns períodos ele ingeria álcool esporadicamente sem configurar, no entanto, um quadro de dependência ou uso nocivo de substâncias. Durante o transcorrer do tratamento, Francisco chegou a utilizar uma série de antipsicóticos incluindo clorpromazina, levomepromazina e tioridazina. Há alguns meses voltou a utilizar haloperidol (10 mg via oral ao dia) e biperideno (4 mg via oral ao dia).

Diagnóstico psiquiátrico:

CID-10: F20.0 ; Esquizofrenia paranóide

DSM-IV: 295.30 ; Esquizofrenia Tipo Paranóide

FORMULAÇÃO CULTURAL

I. Identidade Sócio-Cultural

Os principais elementos associados à Identidade Sócio-Cultural de Francisco dentro de uma perspectiva de trajetória de vida envolvendo conjuntos de padrões culturais são:

- viveu em Palmares-PE até os 28 anos. Desde então, passou a apresentar um padrão de migrações sucessivas para a cidade de Campinas-SP (permanece períodos em Palmares-PE e períodos em Campinas-SP);
- em Campinas, reside na casa de um irmão localizada numa ocupação com grau de urbanização intermediário;
- padrão de migrações sucessivas está associado a transição constante entre dois núcleos familiares (mãe/dois irmãos em Palmares; vários outros irmãos em Campinas);
- trajetória religiosa inclui situações contínuas de transição entre a igreja católica (Palmares) e a igreja evangélica Assembléia de Deus (Campinas). A atividade religiosa do paciente em Palmares é caracterizada pelo comparecimento irregular nas igrejas católica e Assembléia de Deus;
- outros aspectos associados a rede de suporte social também variam em função do local que o paciente está morando em cada momento. Por exemplo, em Palmares ele tem mais contato com amigos e liberdade para frequentar espaços públicos. Em Campinas, ele permanece mais tempo em casa e frequenta disciplinadamente a igreja e o tratamento médico psiquiátrico. Uma das irmãs está particularmente envolvida no processo de acompanhamento terapêutico do paciente nos períodos em que ele permanece em Campinas;
- situação de trabalho: aposentadoria em virtude da gravidade de sua doença psiquiátrica.

II. Apresentação do Problema

A apresentação do problema do paciente inclui os sintomas típicos de uma síndrome psicótica: alucinações auditivas e idéias delirantes de conteúdo paranóide (**"... às vezes eu escutava uma voz nos ouvido da cabeça, ouvia gente falando assim comigo, gente querendo me pegar, outros querendo me matar, chamava lá fora, eu ia atender quando chegava lá, não via ninguém, ficava com medo..."**).

Além desses sintomas, o paciente queixa-se de algumas outras manifestações como insônia, "esquentação da cabeça" e "agonia". Francisco acredita que a "agonia" é a principal manifestação de seu problema e descreve esse sintoma como uma sensação subjetiva de "sentir ruim" que pode ser intensa a ponto dele não conseguir locomover-se (**"Eu ficava deitado na cama, aí ficava suando, aquela agonia, aquela agonia, é a pior coisa... Agonia é sentir ruim, eu ficava zonzo da cabeça, ficava lá assim mesmo."**). É interessante assinalar aqui a possibilidade do paciente priorizar em seu modelo explanatório um sintoma que não é central no processo diagnóstico das classificações psiquiátricas oficiais (CID-10, DSM-IV).

Francisco usa a expressão "problema de nervo" para denominar sua alteração de saúde mental ansiosas (**"É problema de nervo, o nome é isso, problema de nervo mesmo."**). Cabe registrar que a expressão "problema de nervo" é utilizada por muitos pacientes no ambiente cultural onde se desenvolveu a pesquisa para referir-se a diversos tipos de problemas mentais, notadamente problemas compatíveis com síndromes.

O quadro 5.1A apresenta esquematicamente a forma como Francisco estrutura seu problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV).

Quadro 5.1A: Estruturação do problema

Classificações Psiquiátricas (CID-10 / DSM-IV)	**Concepção do paciente**
Diagnóstico de um transtorno mental: CID-10: Esquizofrenia paranóide (F20.0) DSM-IV: Esquizofrenia Tipo Paranóide (295.30)	Reconhecimento de um problema: B "Problema de nervo"

O quadro 5.2A sumariza os sintomas apresentados pelo paciente sob a denominação "problema de nervo" além de trechos da narrativa correspondentes a esse tema.

Quadro 5.2A: Agrupamento de sintomas no problema reconhecido (paciente)

Problema reconhecido	**Sintomas apresentados**	**Narrativa**
"Problema de nervo"	- alucinações auditivas - delírio paranóide - insônia - sensação de medo - "esquentação da cabeça" - "agonia"	**"... às vezes eu escutava uma voz nos ouvido da cabeça, ouvia gente falando assim comigo, gente querendo me pegar, outros querendo me matar, chamava lá fora, eu ia atender quando chegava lá, não via ninguém, ficava com medo... ficar sem dormir, tudo isso."** **"Eu ficava deitado na cama, aí ficava suando, aquela agonia, aquela agonia, é a pior coisa... Agonia é sentir ruim, eu ficava zonzo da cabeça, ficava lá assim mesmo."**

Francisco acredita que seu problema é grave devido a sua característica de cronicidade **("Eu acho que é grave porque que sempre toda vida eu tô tendo esse problema, não tá sarando.")**. Apesar disso, refere uma perspectiva favorável em relação a sua evolução confiando que as medicações psiquiátricas, as atividades na igreja pentecostal e os conselhos recebidos do pastor possam melhorar seus sintomas **("Eu acho que vai melhorar porque os remédio que eu tô tomando, tá me servindo o remédio... e eu vou prá igreja orar, eu contando nove horas tomo o remédio antes de ir prá igreja... o pastor dá uma fala também comigo, pergunta como é que eu tô, conversa com minha mãe, tudo isso o pastor faz lá.")**.

Francisco afirma que seu problema o atrapalhou globalmente em todas as esferas de sua vida psicossocial. Em decorrência das muitas internações e da necessidade de tratamento prolongado, ele diz que ficou "parado" citando, como exemplo, as dificuldades encontradas para continuar trabalhando nos períodos de piora dos sintomas **("Eu dizia:**

minha mãe, eu quero ir no serviço; mas meu filho, cê tá com problema, não pode ir; chamava a ambulância e me internava. Passava um mês, quinze dias, chegava dois mês, três mês, eu passava lá no hospital tratando... atrapalha que eu fiquei parado, só tratando em hospital e tomando remédio."). Ainda sobre seu trabalho, diz que seu patrão acabou sabendo do problema através de sua mãe (**"... atrapalhou porque minha mãe foi lá, falou com o dono da usina, que era velhinho, o dono dessa usina, lá.")**.

Em relação a questão da estigmatização, o paciente relata algumas situações onde encontrou dificuldades associadas a percepção que outras pessoas tinham dele. Cita situações ocorridas em Palmares onde as meninas tinham medo de conversar com ele, fato que o entristecia muito diante do seu desejo de "arrumar uma namorada". Nessas ocasiões, sua mãe frequentemente tinha a postura de defendê-lo diante de queixas surgidas na comunidade sobre sua forma de conversar (**"... às vezes eu pensava de arrumar uma moça, namorada, prá casar, aí eu ia conversar lá, a menina ficava com medo de mim e corria; as pessoa ia lá, conversava com minha mãe, ela falava: ah, deixa ele, ele é um menino novo ainda, é doente, ela pedia desculpa.")**. Outras situações descritas envolvem seu relacionamento com amigos que o percebiam como diferente nos períodos em que apresentava-se agitado ou agressivo. Nessas ocasiões, conflitos incluindo ameaças verbais ou físicas e ridicularização do paciente pela percepção de uma dependência excessiva da mãe eram comuns (**"Meus amigos me xingavam, falavam assim, não me deixava em paz, falava cadê sua mãe? Não tá aí? Porque que você tá aí só?... a palavra que eles falavam, cê não trabalha, mexe com os outro, cê não anda com a gente, não arruma namorada.")**.

O paciente negou ter algum outro problema de saúde.

Nesse módulo da entrevista, a irmã do paciente explica as condições de sua primeira internação psiquiátrica após um surto psicótico (***"... a primeira vez que ele ficou doente ele sumiu de casa, né, depois de uns dias que a gente conseguiu achar ele no mato, aí os meus irmãos catou, daí não tinha quem segurava, ele era muito nervoso, aí catou lá, minha mãe chamou a polícia e mesmo assim teve que amarrar de corda porque ele avançava em cima da turma que pegava..."***).

Ela concorda com o paciente em relação a questão da gravidade do problema destacando, nesse aspecto, o uso contínuo da medicação durante muitos anos sem uma melhora aparente do quadro (***"Ah, esse caso dele não é muito fácil, né, não é muito fácil o problema dele porque todos esses anos que ele toma remédio e o problema continua sempre com medicamento mesmo."***).

Apesar de afirmar que não sabe o nome do problema do paciente, a irmã de Francisco concorda com a concepção de que sua alteração pode ser descrita como um "problema de nervo" (***"É, o problema dele eu acho que é, assim, é da cabeça mesmo, né, problema dele é mental... Eu acho que o problema dele é problema dos nervos que atacam, né, então na minha cabeça eu acho que é isso que ele fica, ataca o nervo dele, dá crise, aonde ele fica ruim..."***). A estruturação apresentada para o problema, no entanto, é mais complexa que a do paciente. Ao contrário de Francisco, ela acredita que uma parte do problema estaria associado a fatores mágico-religiosos, ou seja, um subgrupo de manifestações apresentadas seria melhor explicado através da idéia de um "problema espiritual" (***"Um pouco deve ser espiritual, né, eu acho que um pouco é por causa desse acontecimento que ele falou que viu uma sombra e uma outra vez também que ele, ele chegou perto de minha mãe e ela tava lá assustada, eu era solteira na época, eu ia por comida prá ele, daí ele avançou nela, e ele, ele chegou até morder ela e ele falava, e depois que ele chegou, pro cê vê, falou: ah, eu não vi eu mordendo ela."***). Destaca-se no final desse trecho a idéia de que a ausência de crítica em relação a determinado sintoma ou comportamento pode ser indicativa de uma causa mágico-religiosa.

O quadro 5.1B apresenta esquematicamente a forma como a irmã de Francisco estrutura o problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV).

Quadro 5.1B: Estruturação do problema (irmã do paciente)

Classificações Psiquiátricas (CID-10 / DSM-IV)	**Concepção da irmã do paciente**
Diagnóstico de um transtorno psiquiátrico: CID-10: Esquizofrenia paranóide (F20.0) DSM-IV: Esquizofrenia Tipo Paranóide (295.30)	Reconhecimento de um problema com um subgrupo de manifestações específicas: "Problema de nervo" "Problema espiritual"

O quadro 5.2B sumariza os sintomas apresentados pela irmã do paciente ilustrando um núcleo básico de sintomas associados ao "problema de nervo" e um outro núcleo de sintomas associados a uma dimensão mágico-religiosa ("problema espiritual").

Quadro 5.2B: Agrupamento de sintomas no problema reconhecido (irmã do paciente)

Problema reconhecido	**Sintomas apresentados**	**Narrativa**
"Problema de nervo"	- nervosismo - agressividade - impaciência - alteração de comportamento (sair de casa)	***"... ele sumiu de casa, né, depois de uns dias que a gente conseguiu achar ele no mato, aí os meus irmãos catou, daí não tinha quem segurava, ele era muito nervoso, aí catou lá, minha mãe chamou a polícia e mesmo assim teve que amarrar de corda porque ele avançava em cima da turma que pegava e quando ele fica doente ele fica sem paciência, né, aí não tem condição de ficar em casa."***
"Problema de nervo" ↕ "Problema espiritual"	- alteração senso-perceptiva (visão de uma sombra) - forma específica de agressividade (mordida) - esquecimento das atitudes agressivas	***"... ele falou que viu uma sombra, isso foi uma vez só, que ele falou assim que ele viu como se fosse uma sombra nele e ele não viu mais nada... é, depois disso aí que ele falou, pode ser espiritual, né."*** ***"... uma outra vez também que ele, ele chegou perto de minha mãe e ela tava lá assustada... daí ele avançou nela, e ele, ele chegou até morder ela... e depois que ele chegou, pro cê vê, falou: ah, eu não vi eu mordendo ela..."***

É importante assinalar ainda que os sintomas do "problema de nervo" descritos pela irmã são diferentes dos sintomas referidos pelo paciente. Enquanto ele expressa seu problema principalmente através da descrição de alterações das funções psíquicas (síndrome psicótica), ela valoriza aspectos mais relacionados a alterações de comportamento e de relacionamento interpessoal.

III. Causas do Problema

O paciente apresenta uma série de possibilidades em relação a causa de seu problema. A principal causa apresentada seria o fato dele ter tomado banho com água quente, o que, do seu ponto de vista, teria originado um processo febril ("esquentado a cabeça") que desencadeou o problema de saúde mental (**"A água do banho, porque ela tava muito quente a água, o que ela fez esquentou, fiquei com a cabeça doente, fiquei com febre, aí minha mãe foi, me levou pro hospital assim, aí me internou..."**). É importante recordarmos que um dos sintomas referidos na apresentação do problema é justamente o que ele define como "esquentação" da cabeça.

Francisco acrescenta que possíveis fatores relacionados à temperatura ou às condições climáticas também podem ter agido no mecanismo causal do problema:

- vento (**"... foi do vento, né, do vento porque enquanto eu trabalhava nos campo e então quando eu cheguei em casa cheguei doente..."**);
- sol (**"... o problema que eu cheguei suado, andando no sol, acho que foi por causa disso também..."**);
- ingestão de água quente (**"...que nem eu falei pro senhor tomei uma água quente lá a gente bebia água, pois cheguei em casa, cheguei em casa doente... Causou, por conta de beber água no brejinho que fez mal, a água foi prá cabeça, foi prá cabeça a água... a água quente esquentou a cabeça, chegava em casa, a cabeça doendo, com febre, com voz."**).

Uma causa de natureza psicossocial também é relacionada. Francisco descreve um episódio em que após ter sido agredido por uma pessoa em Palmares, foi impedido pelos familiares de vingar-se, o que acabou provocando sentimentos de raiva e impotência interpretados como uma situação de causa do problema (**"O que causou o problema, que eu queria matar o cara lá que bateu ni mim, e minha mãe não deixou eu pegar arma prá atirar nele...por causa disso fui botando na cabeça, fui botando na cabeça, assim, fui assentando na cabeça problema porque não matei o cara, aí fiquei com esse problema de nervo..."**).

Uma última hipótese de causa bastante particular descrita pelo paciente seria a possibilidade de que "pimenta velha" pudesse estar causando alterações em seu cérebro através de um mecanismo descrito como "subir prá cabeça". Essa hipótese ("subir prá cabeça") também é aplicada em relação à água quente (**"Alterou o juízo, esquentou, e com banho, com pimenta velha, essas coisas subiu prá cabeça, tudo isso ofendeu, né."**).

Francisco descarta a possibilidade de uma causa mágico-religiosa (**"Não, acho que é outros problema porque espírito mal não é..."**) e acrescenta que dificuldades de relacionamento com os irmãos e sua situação de trabalho em Palmares foram fatores com algum grau de influência negativa na evolução do problema. A convivência difícil com os irmãos é considerada, inclusive, um fator que motivou seu processo migratório (**"... Eles perreiam porque eles bebem, não me deixam conseguir dormir lá num tava melhor por isso que eu vim prá'qui, vim prá casa da minha irmã, vim prá casa dos meu irmão, do meu irmão aí, tô contente... eles quer bater ni mim, tem um som desse tamanho assim que minha irmã comprou, eles ligam bem alto, às vezes eu tô deitado na cama eu digo, abaixa mais isso, menino, eles não abaixam..."**).

O quadro 5.3A apresenta esquematicamente a composição do modelo de causa do paciente incluindo uma causa psicossocial e concepções associadas a alterações físicas e efeitos nocivos de alguns fatores climáticos. Apesar do paciente acreditar que todos esses elementos contribuíram de alguma forma no desencadeamento do problema, uma das causas (banho quente → febre → "problema de nervo") é destacada como a principal.

Quadro 5.3A: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	Episódio de agressão física → raiva → impossibilidade de vingança
Causas mágico-religiosas	Não
Alterações físicas ou doenças / Outras causas	Banho quente → febre → "problema de nervo" Substâncias que "sobem para a cabeça" após ingestão (água quente, pimenta) Fatores climáticos (sol, vento)

* Principal causa explicativa considerada no momento

A configuração de causas explicativas apresentadas pela irmã de Francisco também apresenta uma série de variáveis. Inicialmente, ela confirma a história referente a agressão sofrida pelo paciente relatando, no entanto, uma situação em que ele provavelmente já manifestava sintomas psicóticos. Apesar dessa consideração, ela também acredita que esse fator possa ter sido uma das causas do problema (***"... ele ficou com isso na cabeça, que ele tinha que matar esse homem, tinha que matar esse homem, aonde ele sumiu de casa, ficou uns três dias no mato... isso daí que afetou o nervo dele."***).

Na composição de seu modelo de causa, ela acrescenta que apesar de considerar o problema como uma doença, algumas das manifestações apresentadas (agressividade, alterações senso-perceptivas) poderiam ser melhor explicadas através de uma causa mágico-religiosa.

Outra hipótese de causa estaria relacionada às condições de gestação do paciente, ou seja, ao fato de sua mãe não ter tomado determinadas substâncias (" vacina da gestação", sulfato ferroso, vitaminas), não ter se alimentado adequadamente e não ter realizado exames de pré-natal. Em relação a esses exames, a irmã do paciente valoriza especificamente o "exame do pezinho" como um instrumento que certamente poderia detectar o problema futuro do paciente tornando possível algum tipo de prevenção. O fato de vários de seus irmãos terem falecido após o parto é entendido como uma confirmação dessa hipótese (***"O que eu entendo hoje que esse exame do pezinho é importante hoje, doença que já tá prevista acontecer com a criança no futuro, através dos exame, da medicina já dá remédio, já começa a combater, ajuda essa parte... no caso dele, minha mãe nunca tomou as vacina da gestação, nunca fez pré-natal, vê o nenê todo mês, é tanto que minha mãe teve vinte filhos e criou só nove, não tinha nenhuma prevenção, sarampo, catapora, coqueluche, né, aquela tosse forte, morreram tudo dessas coisa..."***).

A irmã de Francisco cita ainda alguns fatores como tendo correlação com o agravamento dos sintomas do paciente: uso de eletroconvulsoterapia (ECT) em algumas das internações psiquiátricas, possibilidade do paciente ter tomado "remédios errados" (ela descreve aqui situações compatíveis com efeitos colaterais neurológicos dos antipsicóticos) e uso de bebidas alcoólicas (***"... Afetou o nervo porque algumas vezes que ele foi internado ele precisava tomar aquele choque, né, e dava prá relaxar o nervo, ele precisou***

tomar aquele choque lá... e também quando ele toma, não sei, acho que eles erraram no remédio, quando ele chegava do hospital daí uma semana ele não andava direito, ele ficava duro assim, ó, os dente dele fica entrevado, o nervo, aí daí tem que levar no hospital prá tomar injeção prá voltar ao normal o nervo dele, então eu acho que o problema é do nervo... fica difícil porque toda vez que ele bebe precisa chamar polícia...").

Dessa maneira, os fatores considerados pela irmã de Francisco como de piora do problema (uso de ECT, prescrição de "remédios errados" e uso de bebidas alcoólicas) são totalmente diferentes dos fatores de piora considerados pelo paciente (brigas com os irmãos - descritas com o termo "perreiamento" - e impossibilidade de trabalhar).

O quadro 5.3B apresenta esquematicamente o padrão geral de causas explicativas da irmã de Francisco.

Quadro 5.3B: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas (irmã do paciente)

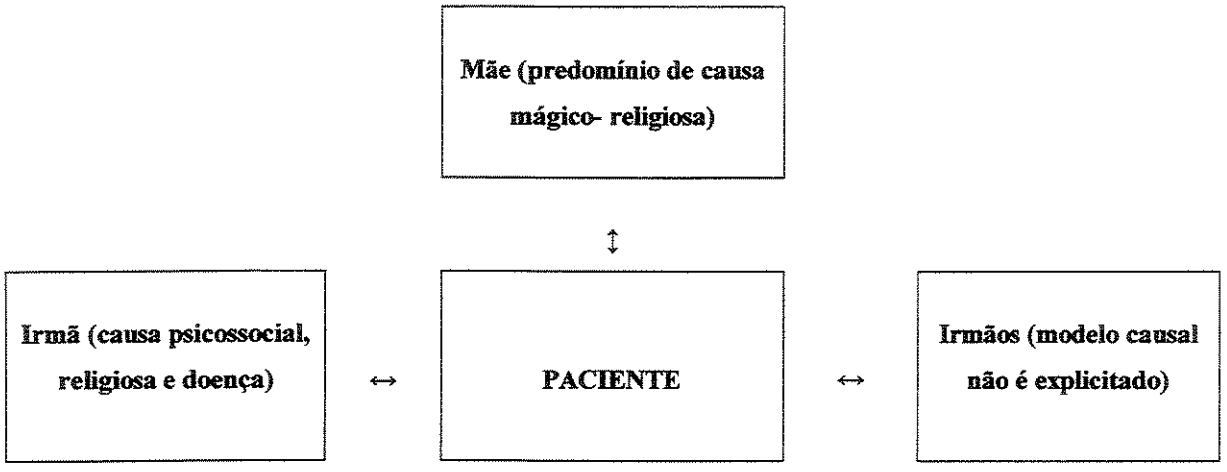
Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	Episódio de agressão física → raiva → impossibilidade de vingança
Causas mágico-religiosas	Espírito ruim
Alterações físicas ou doenças / Outras causas	Doença Causas congênitas (precariedade de cuidados pré-natais)

A partir da análise dos quadros esquemáticos (5.3A e 5.3B) podemos assinalar a presença de algumas semelhanças e diferenças na composição dos dois modelos de causas configurados (paciente e irmã). Em ambos os modelos são incorporados mais de um tipo de causa explicativa. A situação de raiva associada a impossibilidade de vingança contra um agressor faz parte dos dois modelos assim como a idéia de que o problema decorre de uma alteração física ou doença (no caso do paciente, uma concepção muito particular de alteração mediada por um processo febril). Em relação às diferenças, o modelo do paciente inclui a idéia causal dos fatores climáticos enquanto o modelo de sua irmã incorpora causas mágico-religiosas. É interessante observar que ambos os modelos causais são bastante

amplos (no sentido que incluem vários tipos de causas explicativas) permitindo uma certa flexibilidade em relação a possíveis concepções divergentes. Essa hipótese é corroborada pela ausência de registros de conflitos familiares associados às situações de ajuda procuradas. Ao contrário, a irmã de Francisco coloca-se particularmente numa posição de assistência e tolerância orientada a várias possibilidades de ajuda.

O quadro 5.4 apresenta o padrão de causas explicativas dos familiares do paciente. As setas representam a interação dos modelos dos familiares ressaltando-se uma aproximação entre as concepções do paciente e de sua irmã em relação às causas psicossociais. Ao contrário de algumas outras narrativas, o paciente não forneceu muitos detalhes sobre o modelo de causa dos familiares. Destaca-se, no entanto, a presença do modelo abrangente de causa construído por sua irmã e a concepção predominante de uma causa espiritual apresentada por sua mãe. O paciente cita ainda seu pai e seus irmãos nesse trecho da narrativa, porém não apresenta modelos explicativos provenientes desses familiares (**"Minha mãe acha que isso aí é espiritual... eu faço essas coisas quando eu vou prá lá, aqui não... Minha irmã acha que o meu problema é por causa disso, espírito ruim que entrou ni mim... ela fala que é problema de nervo também... Meu pai morreu, meus irmão não cuida mais de mim, eles trabalham, quem cuida é esse irmãozinho meu que eu tô na casa dele e minha irmã só."**).

Quadro 5.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente



IV. Situações de Ajuda

Francisco afirma que sua família o ajuda nesse problema principalmente através da administração de medicações e na articulação de internações psiquiátricas. Ao longo de toda a entrevista, sua mãe é lembrada como uma pessoa bastante presente e importante na organização dessa ajuda. Apesar do papel central ocupado pela mãe na história do paciente, podemos dizer que ele transita atualmente entre dois núcleos familiares distantes. O primeiro é representado pela mãe e os dois irmãos que moram em Palmares-PE. O segundo é representado pelos quatro irmãos que migraram para Campinas-SP. Francisco apresenta uma situação onde desde os 28 anos passou a dividir seu tempo em períodos onde mora em cada um desses núcleos que apresentam características bastante distintas. Aqui em Campinas, devido principalmente à atuação da irmã que o acompanhou na entrevista, o paciente apresenta uma disciplina maior em relação a ajuda médica, ou seja, Francisco tende a comparecer regularmente às consultas e a tomar as medicações conforme indicadas. Sua prática religiosa dentro do pentecostalismo também se torna mais intensa e constante. Apesar disso, Francisco não tem muitos amigos aqui e após algum tempo, começa a solicitar sua volta para Palmares. No núcleo familiar liderado por sua mãe, o paciente está mais próximo de situações de ajuda associadas a remédios caseiros e benzimentos. Em sua cidade natal, ele parece ter mais liberdade para sair de casa, frequentar a praça ou outros espaços públicos, faltar a consultas médicas, tomar ou não as medicações, conversar com amigos, fumar e ingerir álcool. Em decorrência dessa combinação de fatores, o paciente frequentemente apresenta piora dos sintomas, o que faz com que a ajuda médica realizada em Palmares ocorra principalmente através de internações hospitalares em detrimento do acompanhamento ambulatorial.

Francisco relata um sentimento de ambiguidade em relação às suas amizades em Palmares. Apesar de estar inserido numa rede social que permite a ele conversar com amigos, "paquerar" e participar de maneira mais ativa na vida social da comunidade, ele admite que também era motivo de brincadeiras associadas ao seu problema nesse contexto. No entanto, seu sentimento predominante no momento da entrevista é de saudade dos amigos de Palmares (**"Eu tinha muito mais lá no norte do que aqui, aqui eu não tenho amigo, tenho medo deles me roubarem, não tenho conhecimento, né... meus amigos lá mexe comigo, às vezes vamô passear, vamô, vamô na cidade arrumar uma paquera**

prá você, eu digo, vamô... tô sentindo falta, que tenho medo de andar com amigo daqui que eu não conheço, conversar, como é que tá, cê tá bem, paquerar...").

Francisco relata uma grande dificuldade e desconfiança em fazer amigos em Campinas. Apesar de afirmar que tem amigos na igreja pentecostal, ele classifica esses relacionamentos como superficiais em relação às suas amizades de Palmares. Nesse sentido, ressalta que encontra esses novos amigos apenas na igreja, cumprimentam-se e voltam a reencontrar-se somente num próximo culto (**"Aqui de amigo eu só tenho os crente, as moça e os moço que chega prá orar, é só isso mesmo, a paz do senhor, a paz do senhor, se abraçando quando termina o culto, cada um sai prás suas casa..."**). Essa situação dificulta inclusive seu desejo de namorar, possibilidade que ele estava tentando concretizar em Palmares (**"... já tava gostando de namorada tudo, lá, aqui eu não tô gostando, não tenho conhecimento, né, as moças daqui, os amigo, eu acho diferente porque tudo bom, tudo bom, vai embora."**).

Francisco afirma já ter usado remédios caseiros sob a forma de chá preparados por sua mãe em Palmares. Ele refere não se recordar dos nomes dos chás utilizados (**"Já sim, já tomei... assim o chá, acredito que eu esqueci o nome; era um chá tão gostosinho, quem me dava é minha mãe..."**).

Refere fazer orações tanto nos cultos quanto em casa visando uma melhora de seu problema (**"... às vezes quando eu não vou prá igreja eu fico orando, orando, eu fico perguntando, minha irmã, minha irmã, me leva prá igreja..."**).

Em relação a promessas, descreve uma situação onde, juntamente com sua mãe, levou uma galinha e uma pedra como oferta a uma santa cuja estátua localiza-se numa determinada região de Palmares. Ele não cita o nome dessa santa mas refere que essa é uma promessa muito comum entre os moradores de sua cidade natal (**"Já, sim, fiz com uma galinha, uma galinha e uma pedra na cabeça... eu botei a pedra frente a ela, a santa, e a galinha também eu botei perto dela..."**).

A mãe do paciente é descrita como uma benzedora com práticas compatíveis com benzimentos católicos. Diz que ela atua nessa função atendendo pessoas com diversos tipos de problemas de saúde na comunidade (**"... minha mãe também fazia bênção também, e ainda faz, ela cura dor de cabeça, dor de dente, ela pega um raminho de**

mato e cura as criança e adulto também..."). Descreve um benzimento específico com "mato" e "pinhão roxo" utilizado muitas vezes ao longo de sua trajetória de ajuda ("**... ela fazia bastante isso ni mim, quando eu tô olhado ela cura com raminho de mato, folhazinha do pinhão roxo, ela corta quatro folhazinha e cura assim benzendo.**"). O uso da expressão "tô olhado" demonstra a relevância da concepção relacionada a causas mágico-religiosas nesse contexto.

Francisco relata ainda que além dos benzimentos realizados por sua mãe, ela o levava num "catimbozeiro". Descreve a atuação desse benzedor como incorporando a prescrição de banhos, "garrafas de remédio" e até sacrifício de animais, definindo-o como uma "pessoa que faz xangô" ("**... o rapaz pegou eu passou uns banho prá mim, pegou assim na minha mão, me deu uma rodada, me curando, depois passou quatro garrafa desse tamanho de remédio... a outra vez ele matou uma galinha, queria que eu tomasse o sangue da galinha com a cerveja...**"). Apesar de num certo momento referir que após os "banhos" apresentou alguma melhora dos sintomas, a impressão geral dessa experiência é uma soma de medo com uma avaliação de ineficácia da benzeção, o que contribuiu para que ele descartasse a presença de causas espirituais em seu modelo explanatório.

O paciente refere ler pouco a bíblia devido ao fato de não ter sido alfabetizado ("**Leio sim, senhor, eu leio mas é pouco que eu não tenho leitura...**"). Na verdade, ele parece apenas ouvir a leitura da bíblia realizada por seu irmão durante os cultos pentecostais ("**... quando eu tô na igreja meu irmão pega assim a bíblia e fica lendo prá mim...**"). O desejo de ler a bíblia e de conseguir assinar o próprio nome são fatores importantes na motivação demonstrada pelo paciente em voltar aos estudos ("**... eu vou voltar pro colégio, prá assinar e falar o nome, é bom, né, aí eu vou ler a bíblia...**").

Francisco refere algumas situações onde conversou diretamente com pastores e padres no sentido de obter ajuda para resolver seu problema. Essas situações incluíram o pedido de um "culto de oração" específico para seu problema mental (pastor) e o pedido de ajuda financeira para comprar medicações (padre). A aproximação de Francisco com esses representantes religiosos ocorreu em Palmares e pode estar associada a maior liberdade e capacidade dele estabelecer contatos na rede social de sua cidade de origem ("**Já, eu**

chegava assim, pedia uma ajuda, pastor, padre, me dê uma ajuda, no final do culto uma vez eu falei, ô, pastor, quero um culto de oração, prá cabeça... eu pedi uma ajuda assim, olha padre, é importante que vocês me ajudassem prá comprar o remédio, ele pegou me deu dinheiro...").

Aqui em Campinas, o paciente passou a frequentar a igreja Assembléia de Deus juntamente com dois de seus irmãos que são membros dessa igreja. Nos últimos meses, a frequência de comparecimento aos cultos chegou a três ou quatro vezes por semana. Em Palmares, é distinguida uma situação inicial anterior ao aparecimento do problema onde o paciente estava trabalhando normalmente e não tinha nenhuma atividade religiosa em igrejas (**"... antes não ia, não dava, chegava enfadado de trabalhar."**). Após o início do problema, ele passou a frequentar esporadicamente e sem acompanhamento de familiares algumas missas e cultos da igreja Assembléia de Deus. Sobre essa prática, Francisco refere que quando não estava apresentando sintomas intensos, acabava indo sozinho ou era convidado por amigos ou uma "paquera" para comparecer a igreja (**"... quando eu não tava sentindo isso não ia, depois eu ia sozinho, os amigo também me chamavam, uma paquera também, uma moça mesmo mais as amiga dela falavam, Francisco, vamô prá igreja, eu já tava indo mais elas..."**).

O relato do paciente acerca do tratamento psiquiátrico destaca algumas dificuldades encontradas em sua cidade natal incluindo a percepção de carência de médicos. Refere que comparece com menor frequência às consultas do que quando está em Campinas e que muitas vezes o tratamento resume-se a ida de sua mãe à farmácia do hospital para buscar as medicações (**"Lá, lá não dá ajuda, esses doutor de lá não dá ajuda... lá, tem um hospital lá aonde moro, sabe, é um hospital grande, mas é dois doutor prá todo mundo lá, não dá de tanto que chega lá, e eles vem de Recife, prá lá pr'esse hospital... Eu mesmo que vou mais ela, mas lá eu vou menos do aqui, às vezes num vou, e num precisa, ela compra, às vezes nem no lugar que ela compra o remédio eu não chego, ela mesmo compra o remédio depois chega em casa e já diz, o remédio, então prá mim é bom."**).

Outro aspecto destacado por Francisco diz respeito a sua avaliação positiva dos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, ele descreve algumas das atividades realizadas durante as internações (**"... no hospital foi bem, trata bem, ficava numa cama, numa beliche... ah, tinha muitas, rapaz, tinha mais de quatrocentas pessoa dentro, muito mesmo... a gente trabalhava, eles levava prá limpar o patiozinho, aguar lavoura, tudo isso eu fazia lá, ia jogar mais bola, tinha escola, eu ia estudar mas não sabia bem das leitura, da lição, aí eu falava, professora, escreva aí mais ligeirozinho, tá me dando sono, eu até quero dormir."**).

Francisco nega ter procurado auxílio para seu problema em livros de auto-ajuda, centros espíritas, simpatias, terapias alternativas, grupos de auto-ajuda e psicoterapias. Acrescenta que chegou a procurar farmacêuticos sem detalhar, no entanto, suas expectativas em relação a esse tipo de recurso (**"Lá eu fui mas eles não dão o remédio, tudo é comprado lá."**).

De acordo com o paciente, a primeira situação de ajuda procurada foi o benzedor descrito como "catimbozeiro" (**"Foi no catimbozeiro."**). A irmã do paciente confirma essa informação e acrescenta que logo após essa intervenção o paciente necessitou ser internado devido a severidade de seus sintomas (***"... a primeira vez minha mãe levou ele foi no centro espírita mesmo porque ela achava que não era normal, que alguma coisa tava perturbando ele mas aí não teve solução, a solução mesmo foi internar no sanatório em Recife, depois de três dias não tinha condição de ficar com ele em casa, ele era valente, brigava com os outro, quebrava as coisa, saía prá rua xingava quem ele encontrava na rua... ele chama catimbozeiro mas é um moço lá que diz que é espírita, ele falou que o problema era parte espiritual... depois que saiu do hospital minha mãe voltou levar ele lá prá fazer mais cura, depois ele não quis ir mais, disse que sentia mal porque ele dava cerveja, cigarro, matava galinha lá."***).

*As principais situações de ajuda consideradas no momento são o tratamento psiquiátrico e as orações (**"Os médico mesmo... a oração também é bom, né."**). Essa configuração de principais situações de ajuda é compartilhada por sua irmã que parece, no entanto, valorizar particularmente a prática de orações e a idéia de que o organismo poderia se "acostumar" com os remédios, situação associada a uma diminuição da*

eficácia dos mesmos (**"... o que mais ajuda eu acho que é a oração e os remédio mesmo, a medicina, às vezes eu acho que mesmo tomando os remédio o organismo dele acostuma, eu não sei se o remédio fica fraco porque às vezes vai tomando os mesmo remédio e depois precisa internar, ele tem muito internamento já... eu acho que a oração é tudo na nossa vida, só que eu entendo isso hoje, agora ele é difícil entrar essas coisa na cabeça dele, de entender o bem e o mal, o que é certo prá ele, ele precisava se esforçar, orar, falar com Deus que ajudava mais nessa parte."**).

A irmã de Francisco esclarece ainda que antes do advento do problema de saúde mental, sua família era pouco religiosa (católicos não praticantes). Em relação a esse aspecto, ela considera que o problema do irmão desencadeou uma maior participação dos familiares em atividades religiosas (**"... minha mãe praticamente não incentivou a gente ter religião nenhuma, ela era católica mas daquele jeito, ela não ia na igreja, então ela criou os filho dessa forma... quando ele ficou doente ela levou ele nesse homem, aí começou a pegar mais na oração, depois pegar na igreja e até agora nós tamo esperando essa bênção de Deus que não alcançamos ainda."**).

O quadro 5.5 organiza a configuração das situações de ajuda procuradas pelo paciente ao longo de sua trajetória. Algumas situações de ajuda não foram procuradas pelo paciente (livros de auto-ajuda, simpatias, centros espíritas, terapias alternativas, grupos de auto-ajuda, psicoterapias, médicos clínicos gerais) e por isso não constam do quadro. Entre as situações procuradas, podemos separar claramente duas combinações de situações que se relacionam diretamente com o local onde o paciente está morando em cada momento. Em Palmares, o paciente está próximo de uma parte de seus familiares (mãe e dois dos irmãos) e de seus principais amigos. Além disso, podemos dizer que sua mãe articula a utilização de remédios caseiros e a realização de benzimentos e promessas. A possibilidade de andar nas ruas e conversar mais com as pessoas permitiu também que ele pudesse ter conversado com um padre, um pastor e um farmacêutico de sua cidade. A situação de internação psiquiátrica também está inserida nesse contexto como uma retaguarda possível nos períodos de piora intensa dos sintomas. Esse conjunto de situações está classificado no quadro 5.5 como sendo procuradas no passado, porém, sempre que o paciente retorna a Palmares (migrações sucessivas), essas ajudas são novamente articuladas até que Francisco volte novamente para Campinas.

As situações utilizadas atualmente compõem um outro subgrupo de ajuda incluindo o contato com o grupo familiar que reside em Campinas (quatro irmãos) e os amigos da igreja pentecostal. Esse contexto envolve também uma prática religiosa mais intensa (orações, leitura da bíblia, comparecimento nos cultos da igreja Assembléia de Deus) e o tratamento psiquiátrico ambulatorial.

O quadro 5.5 esquematiza a configuração de situações de ajuda procuradas pelo paciente ao longo de sua trajetória com o problema. Nos primeiros anos da trajetória de ajuda, o paciente permaneceu em Palmares. Após cerca de sete anos do início do problema, veio pela primeira vez para Campinas e depois outras três vezes intercaladas com períodos em que retornava para sua cidade natal. As principais situações de ajuda consideradas no momento da entrevista aparecem em destaque.

Quadro 5.5: Trajetória de situações de ajuda

Mãe → Benzedor ("catimbozeiro") (primeira situação de ajuda considerada)
Grupo familiar (Palmares) → Psiquiatria (internação psiquiátrica)
Amigos (Palmares) ↔ convivência em espaços públicos
Mãe → Remédios caseiros
Mãe → Promessas
Mãe → Benzimentos católicos
Conversa com pastor (pedido de um culto para seu problema)
Conversa com padre (pedido de ajuda financeira para comprar medicações)
Atividades religiosas esporádicas (católica e Assembléia de Deus)
Farmacêutico
Núcleo familiar em Palmares-PE → Tratamento psiquiátrico ambulatorial irregular
(Primeira migração para Campinas-SP após sete anos com o problema)
Núcleo familiar em Campinas-SP → Atividades na igreja Assembléia de Deus
Amigos (Campinas) ↔ convivência apenas nos cultos da igreja pentecostal
Orações
Irmão → Leitura da bíblia
Irmã → Tratamento psiquiátrico ambulatorial regular
(Deslocamentos sucessivos entre Campinas-SP e Palmares-PE)

* Principais situações de ajuda consideradas no momento

V. Relacionamento Clínico

Francisco relata que sua expectativa em relação ao trabalho dos psiquiatras inclui a prescrição de medicações e o desejo de que eles "tratem bem" o paciente (**"Tratar bem, né, tratar assim de remédio."**).

Ele acredita que não há diferenças entre o trabalho de um clínico geral e o de um psiquiatra e nega saber o significado da palavra psicoterapia. Nega também ter apresentado alguma dificuldade antes de procurar ajuda médica (**"Não, não tive vergonha nem fiquei com medo... não, não tenho medo de médico, não."**).

Em relação a questão da dificuldade de comunicação com os médicos, o paciente refere situações onde ele não entendia e não desejava responder às questões formuladas nas consultas. Assim, ele acabava se irritando com a insistência do médico em obter respostas e manter uma conversação (**"Não, entendia não, porque às vezes então eu não chegava a falar com ele, eu falava assim, olhe, doutor, se vê, deixe eu de mal aqui."**).

Francisco afirma ainda que interrompeu o uso de medicações psiquiátricas em situações onde seu remédio acabava antes da consulta de retorno ou quando ele não comparecia a consulta ficando sem a receita médica (**"Porque faltou remédio e então paramo, minha irmã eu preciso de remédio, ela disse, ô, Cristo, mas tempo atrás quando chegar, quando tiver pró remédio acabar, aí então vamô comprar o seu remédio... esquecia tudo, acontecia."**).

A irmã de Francisco estabelece uma distinção entre clínicos gerais e psiquiatras a partir do objeto de estudo desses profissionais. Segundo ela, os clínicos gerais seriam responsáveis pelo estudo de "todos tipos de doença" enquanto os psiquiatras estudariam os "problemas de cabeça" (***"O psiquiatra, o clínico geral, eu acho que ele não é muito assim, bom, clínico geral ele tem que saber tudo, clínico geral estuda tudo, todos tipo de doença, só que acho que o problema dele em geral é o psiquiatra mesmo que é o médico que já estudou prá aquela finalidade e entende o problema, né, entende mais o problema da cabeça."***).

Ela relata as condições que antecederam a primeira procura de ajuda psiquiátrica afirmando que foi necessário sedar o paciente e levá-lo de ambulância para o hospital ***("A primeira vez ele foi de ambulância, né, ele tomou uma injeção de diazepam, então ele foi dormindo...")***.

Apesar da referência ao fato de que o paciente passou um período em que apresentava-se resistente a responder às perguntas formuladas pelos psiquiatras, ela refere que Francisco nunca causou maiores problemas nas consultas tendo passado inclusive a conversar mais com os médicos e a poder comparecer nos atendimentos sem acompanhante ***("... nas consulta ele nunca deu trabalho, nas consulta assim, inclusive eu pedia prá ele vim sozinho que não tinha condição de eu vim que eu tava ocupada e ele vinha.")***. Relata, no entanto, que durante as internações psiquiátricas, Francisco muitas vezes ficava irritado e não aceitava receber visitas dos familiares numa possível situação de contrariedade ligada a própria internação involuntária ***(... tinha vez que a gente ia visitar ele, ele ficava mais ou menos duas semanas que era longe e a hora que a gente chegava lá ele não queria vê nem a gente, nós não conseguia vê ele, porque às vezes o enfermeiro ia lá, ele, não, ó, seus parente ta aí, você precisa vê eles, ele falava assim, não, não quero ver nenhum, não quero ver eles, fala prá eles nem aparecer aqui, daí a gente num, nem mexia mais...)***.

A irmã de Francisco afirma ainda que os médicos em sua cidade natal não conversavam muito com o paciente, prescrevendo rapidamente as medicações necessárias ***("... os médicos lá nunca conversou assim com a gente, sempre nós leva ele e o médico só atende ali, vê o que tem que fazer e pronto.")***.

Sobre o abandono do uso das medicações, diz que às vezes Francisco realmente ficava sem o remédio mas acrescenta que em outras situações ele interrompia o uso por conta própria. Em relação a essa questão, ambos parecem acreditar que a medicação pode progressivamente perder sua eficácia, o que de certo modo, justificaria a atitude de abandono ***("... os remédio ele tá tomando, toma bem, só que às vezes o remédio acostuma também no organismo e quando ele fica doente, ele mesmo percebe e ele fala que ele não tá bem, ele fala, ah, parece que esse remédio não tá servindo mais... teve época que ele***

parou, ah, foi no tempo que ele tava com minha mãe lá, não ia na consulta, ficava sem remédio.").

O quadro 5.6 resume alguns dos principais aspectos considerados pelo paciente acerca do relacionamento clínico.

Quadro 5.6: Aspectos do relacionamento clínico

Dificuldades no relacionamento clínico, abandono de tratamento e adesão medicamentosa
Dificuldade em entender informações fornecidas pelo psiquiatra
Situações onde não desejava responder questões formuladas pelo psiquiatra
Percepção de que as consultas em Palmares-PE eram mais rápidas e baseadas apenas na prescrição de medicações (irmã)
Não comparecimento à consultas psiquiátricas levando a falta de medicações e interrupção do tratamento medicamentoso (Palmares-PE)
Interrupção voluntária da tomada das medicações psiquiátricas associada a concepção de que as medicações perdem sua eficácia quando utilizadas de forma crônica
Internações psiquiátricas involuntárias (eventualmente com a presença de reforço policial)
Recusa em receber visitas de familiares no hospital psiquiátrico

VI. Problemas Gerais de Saúde

Francisco não elabora uma resposta coerente para a questão relativa aos problemas gerais de saúde **("Ele é bem tratado, quando não tá em condição, né...)**.

Os elementos listados pelo paciente como possíveis causas de problemas de saúde são: ingestão de álcool, constipação intestinal, alimentação inadequada e algum fator associado ao "banho e a frieza". Além disso, causas mágico-religiosas também são apresentadas: falta de oração e interferência espiritual (**"... problema de bebedeira, problema de não obrar, pessoa bota vela, cigarro, até cachaça eles botam na encruzilhada, aí pronto, espírito mal, quem passar por lá pega né... pessoa tem que comer bastante também prá não enfraquecer, né, fazer oração, tudo."**).

Apesar de todas essas possíveis causas, ele elege as situações de "doença mesmo" e o "banho e a frieza" como as principais causas entre todas as apresentadas na entrevista (**"... é doença mesmo, a doença que as pessoa mais tem é dor de cabeça e febre... deve ser o banho e a frieza, né."**).

Francisco relata não conhecer nomes de problemas mentais respondendo apenas que em determinadas situações queixava-se de cefaléia para sua mãe (**"É na cabeça, que às vezes eu falava prá minha mãe, que que é que você tem, mãe eu tô com a cabeça doendo, ela chegava lá numa vendinha, comprava comida e me dava, ela uma mandava me deitar, no que eu me deitava eu dormia."**).

O paciente nega ter capacidade de realizar algum tipo de cura e refere não saber se há diferenças entre problemas mentais e outros problemas de saúde. Sobre as medicações, ele destaca a função hipnótica associadaa a um possível papel de "recuperação" do indivíduo (**"O que ele faz é, dá sono, recuperar o que tem."**).

Para Francisco, a loucura é decorrente de uma preocupação excessiva com atividades intelectuais (**"Loucura é o cabra pensar, ter muita leitura e então botar tudo na cabeça, não vai dar, né... que nem um leitor lá que botou tudo na cabeça, ficou doido, de estudo... fica louco, estudar demais pessoa fica louca, sobe na cabeça..."**). Sobre esse aspecto, o paciente afirma não saber se seu problema pode ser considerado como loucura.

Em relação a causa de alguns problemas de saúde específicos, o paciente apresenta uma série de hipóteses. O sarampo é descrito como uma "doença dos caroçozinho", expressão associada à concepção de que um dos sintomas dessa doença é o aparecimento de "caroços" na pele. Fala ainda de uma simpatia feita com milho visando a prevenção do sarampo (**"Sarampo é aquela doença dos caroçozinho... aí vai, compra o milho, come o milho, aí põe um bocado embaixo da cama e então não dá mais sarampo."**). Francisco não responde coerentemente sobre a possível causa da diabetes e nega saber a causa da tuberculose. Sobre a depressão, ele acaba falando sobre o processo de medição da pressão arterial (**"Não sei o que é isso, o que eu sei mesmo é a pressão baixa, o que faz bota o parelhozinho assim, vai apertando a borrachinha, vai tratando, aí tira já tá bom."**). Descreve a hanseníase como uma "própria doença também" advertindo que a

exposição ao sol agravaria seus sintomas (**"A lepra é uma própria doença também, só saí no solzinho fica ruim."**). A AIDS é caracterizada como uma doença transmitida através de relações sexuais cujos sintomas e evolução são bastante graves (**"É doença que coça muito a cabeça, o corpo, ranca os pedaço todinho da carne e morre, né, é doença perigosa... essas doença pega com os homem, e às vezes os homem pega com as mulher, relação, safadeza, aí pega a doença, se não se tratar logo morre."**). O suicídio é classificado como podendo ser decorrente da "raiva" associada a dificuldades familiares (**"Raiva, porque as vezes chega no serviço, tá agoniado já com os filho, aí a mulher vai botando assunto na cabeça, vai tendo raiva, pega um revólver escondido dela, atira, morre...."**). Uma outra possível causa para o suicídio é apresentada através da expressão "por jogo". De acordo com essa concepção, a ingestão de álcool associada a uma derrota do time de futebol para o qual se torce colocaria a pessoa numa posição favorável a tentativas de suicídio (**"... por jogo também, futebol, porque às vezes eles tão assistindo jogo, aí aquele jogo perde, começa a ficar na bebedeira, por causa daquele jogo que perde, bebe tanto, pega uma faca e se suicida também."**). O alcoolismo teria duas possíveis causas: o vício (**"Vício, prá quem tem vício começa a beber e fumar, desde pequeno, né..."**) e a interferência espiritual (**"... eu acho que é espírito bebedor, por que o cara chega, às vezes já tá bebendo nem sabe, cai, se corta, eu acho que é o espírito, né, que tá bebendo, tá forçando ele beber."**).

A irmã de Francisco define os problemas de saúde levando em conta a idéia de situações que o "organismo não aceita" (***"Problema de saúde que eu entendo é algo que afeta nosso corpo e nosso organismo não aceita, aonde dá diferença, né..."***). Os problemas de saúde citados são câncer, leucemia, "vírus de HIV" e dengue mas ela refere que há ainda muitos outros. Os principais problemas de saúde seriam o câncer, o "vírus HIV" e atualmente a dengue (***"O que tá agora afetando é câncer, é o vírus de HIV, né, que tá atacando o povo, então, por exemplo, e agora é, pode ser o mosquito da dengue, então tudo caso que atinge a população, né."***).

Nesse trecho da entrevista, a irmã de Francisco refere que as doenças e os "problemas espirituais" seriam as causas gerais dos problemas de saúde ("... ***problema de saúde é quando nós tamos doente então nós sabe que nós não tamos bem, então temos problemas de saúde... só se for espiritual, né, por exemplo assim, igual o dele..."***). Cita a

crença no espiritismo como um fator causal para que a pessoa tenha problemas de saúde de ordem espiritual ***("... tem pessoa que é espírita, né, aí já tem problema de ser espírita, que recebe espírito ruim...")***. Cita também o caso de seu irmão acreditando que "um pouco" do problema que o acomete tem origem espiritual. A outra dimensão do problema seria uma doença definida através da expressão "problema de nervo" ***("... às vezes a gente pode pensar que é problema de nervo e pode ser um pouco espiritual..")***. Apesar da construção dessa hipótese, ela admite uma grande dificuldade na compreensão do problema de Francisco ***("... fica difícil de entender esse problema dele")***.

Além do modelo referente ao problema do irmão, outros dois problemas mentais também são citados como sendo de seu conhecimento. Ela refere-se à "pessoas que é mongolóide" ***("... eu já vi pesoas que tem problema mental assim que fica assim, pessoas que é mongolóide, não tem uma mente normal quanto nós, né...")*** e à depressão. A depressão é caracterizada como um problema que, assim como o problema de seu irmão, também pode ter um "lado espiritual" responsável por alguns dos sintomas. O exemplo de uma outra irmã é utilizado para referir que uma situação de luto pode desencadear a depressão ***("... minha irmã teve depressão depois que meu pai faleceu...")***. Nesse caso específico, a insônia e o fato de "ficar vendo como se fosse" a pessoa falecida são os indícios considerados de que uma interferência espiritual pode estar presente ***("... depressão pode ter um lado espiritual, né, porque a irmã disse que ela não conseguia dormir, não tinha sono e toda hora ela ficava vendo como se fosse meu pai, então que quem morre não vem mais aqui, a bíblia fala que quem tá lá não passa prá cá e quem tá cá passa prá lá e ela ficava vendo meu pai toda hora, então acho que é espiritual.")***. É importante observar que a situação de ajuda procurada no caso dessa outra irmã (consulta com um psicólogo) foi associada a um processo de "libertação espiritual" como fator de melhora dos sintomas depressivos ***("... graças a Deus ela foi liberta assim, os médico ajudou ela assim não com remédio, psicólogo veio e conversava, ela largou o remédio que uma médica passava e graças a Deus hoje em dia ela tá bem...")***.

A irmã do paciente acredita que os problemas mentais são mais graves que os outros problemas de saúde porque poderiam levar a pessoa acometida a perder o controle e a "firmeza" de todo o corpo ***("... acho que pior problema é o da cabeça... se a cabeça não é firme, o corpo também não tem firmeza, por exemplo, os bêbados, ele, bebe a pinga dele***

lá e fica bêbado, ele não só cai a cabeça, cai o corpo todo porque a cabeça tá ligada no corpo..."). Nesse exemplo do alcoolismo, ela também utiliza as expressões "a cabeça é a mãe do corpo" e "a cabeça governa todo o corpo".

O termo "calmante" é usado para referir-se às medicações psiquiátricas. De acordo com sua concepção, essas medicações teriam uma função de "relaxamento", de indução do sono e de organização do comportamento cotidiano do paciente ***("... ele relaxa bem, ele dorme, aí nós quando tamos dormindo bem, nós acordamos com a cabeça refrescada, né... eu acho que até controla mais, né, porque daí ele levanta, almoça, toma café junto com os menino, sai mais um pouco, daí a pouco ele já volta de novo, fica assistindo televisão... relaxa um pouco, né, deixa mais mole...")***.

A loucura é caracterizada basicamente como uma situação de ausência de crítica ***("Loucura é, pessoa é louca, que não sabe o que que está falando, não sabe o que está fazendo")***. Nesse sentido, ela concorda que o "problema de nervo" do seu irmão pode ser considerado como "um pouco" de loucura ressaltando, porém, a importância da causa mágico-religiosa nesse contexto ***("... é um pouco disso daí sim, só que é mais espiritual, né.")***.

No trecho referente às causas de doenças específicas, acrescenta apenas suas concepções sobre a causa da diabetes ***("... tem que ver com acúcar, né.")*** e da tuberculose ***("Tuberculose é uma mancha, infecção que dá no pulmão, né.")*** além de descrever com mais detalhes a simpatia referida por seu irmão em relação ao sarampo ***("... criança quando tá com sarampo eles pega milho e põe um pouco, ajunta num pedacinho de telha, que ele não falou da telha, daí dá, fica um chá, faz um chá, né, a criança toma aquele chá, aí pega os carocinho joga embaixo da cama que a criança dorme, é uma simpatia que naquele tempo nós morava em sítio, então minha mãe ela nunca fez o pré-natal e nós todos teve sarampo e nós fomos curado assim.")***.

O quadro 5.7 apresenta alguns termos e expressões utilizadas pelo paciente ao longo da entrevista de Formulação Cultural que foram incluídos no glossário apresentado no anexo I.

Quadro 5.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)

ação clínica	lançar
agonia	mongolóide
azuado	perreiamento
botar assunto na cabeça	problema de bebedeira
catimbozeiro	problema de não obrar
deixa eu de mal aqui	problema de nervo
ditando a cabeça	problema espiritual
doença dos caroçozinho	remédio acostuma
doido de estudo	subiu prá cabeça
espírito bebedor	tomar choque
esquentação da cabeça	valente
estar olhado	zonzo da cabeça
internamento	

Formulação Cultural do Caso (caso 6)

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Helena, 45 anos, natural de São Gonçalo-PB, procedente de Campinas-SP, casada (quatro filhos), primeiro grau incompleto, dona-de-casa, evangélica (igreja Universal do Reino de Deus).

Paciente relata uma história de sintomas ansiosos e depressivos de intensidade leve há mais de vinte anos. Entre os sintomas referidos podemos incluir: tristeza, ansiedade, sentimentos de preocupação e intranquilidade além de alguns sintomas autonômicos (sudorese, taquicardia, tremores). Esse conjunto de sintomas mantém-se de maneira persistente desde o início do quadro, porém, em alguns períodos, evidencia-se uma grande melhora fazendo com que a paciente permaneça assintomática durante alguns meses.

Além desse quadro crônico, a paciente apresenta uma história de que "desmaiava" em algumas situações específicas associadas a eventos estressantes (notícias ruins, problemas de difícil resolução, perturbação de relacionamentos). Esses episódios se caracterizavam por ter um início súbito e duração de algumas horas a poucos dias. Nesse período, a paciente permanecia deitada e sem apresentar movimentos espontâneos ou responsividade a estímulos externos. Progressivamente, voltava a apresentar movimentos e a readquirir suas funções normais. Esses episódios foram relativamente frequentes dos vinte aos trinta anos, diminuindo progressivamente após essa idade. Nos últimos anos, a paciente nega ter apresentado esse tipo de sintomas.

Helena procurou o Centro de Saúde devido a continuidade dos sintomas depressivos e ansiosos associados principalmente a um sentimento predominante de medo (medo de "ficar louca" ou de apresentar um problema cardíaco).

Ao longo de sua trajetória com o problema, a paciente passou a fazer uso repetido de benzodiazepínicos (diazepam, bromazepam, clonazepam) de forma prolongada e em altas doses. Relata ainda que passou a apresentar dificuldades em diminuir a dose dessas medicações apresentando perturbações físicas e psicológicas (mal-estar, inquietação psicomotora, irritabilidade) durante essas tentativas. Ultimamente, vinha em uso de diazepam (20 a 30 mg via oral ao dia) e bromazepam (3 a 6 mg via oral ao dia). A abordagem inicial proposta foi o encaminhamento da paciente para reiniciar tratamento

psicoterápico (já havia feito psicoterapia anteriormente e abandonado após algumas sessões) e o ajuste do esquema medicamentoso inicialmente para amitriptilina 25mg via oral ao dia e diazepam 15mg via oral ao dia.

Diagnóstico psiquiátrico:

CID-10: Transtorno misto de ansiedade e depressão (F41.2)

Transtornos dissociativos (F44)

Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de sedativos ou hipnóticos (F13.20)

DSM-IV: Transtorno Dissociativo Sem Outra Especificação (300.15)

Dependência de Sedativos Hipnóticos ou Ansiolíticos (304.10)

FORMULAÇÃO CULTURAL

I. Identidade Sócio-Cultural

Os principais elementos associados à Identidade Sócio-Cultural de Helena dentro de uma perspectiva de trajetória de vida envolvendo conjuntos de padrões culturais são:

- nascida em São Gonçalo-PB, aos três anos de idade migrou com sua família para Curemas-PB onde passou a infância e a adolescência;
- migração para Campinas-SP aos 18 anos (após o primeiro casamento) visando melhores condições de trabalho;
- após alguns meses em Campinas-SP, retorno para a Paraíba devido a separação conjugal;
- aos 21 anos, casou-se novamente e repetiu a migração para Campinas-SP. Essa segunda vinda para o estado de São Paulo estava associada também a uma perspectiva de melhora de seu problema mental;
- dos 25 aos 30 anos, permaneceu com o segundo marido na Paraíba retornando depois novamente para Campinas-SP;

- desde então, visita seus familiares na Paraíba a cada três ou quatro anos. Nessas ocasiões, fica com seus pais durante cerca de um mês;

- presença de dois núcleos familiares: pais/irmãos/filho do primeiro casamento (Curemas), marido/filhos (Campinas). A paciente transita apenas ocasionalmente para o núcleo familiar da Paraíba apesar de manter contato regular através de cartas ou telefonemas;

- trajetória religiosa inclui um período de conversão (no início de seu problema mental) onde abandonou progressivamente o catolicismo passando a frequentar igrejas evangélicas. Nesse período, frequentou também um centro espírita kardecista;

- trajetória religiosa inclui a participação simultânea ou sucessiva em diversas igrejas evangélicas. Nos últimos anos, frequenta regularmente a igreja Universal do Reino de Deus e eventualmente a igreja Quadrangular. Relata diminuir as atividades religiosas em igrejas nos períodos de piora dos sintomas;

- trabalhou como dona-de-casa nos últimos anos. Trabalhou anteriormente como babá e empregada doméstica (depois do início do problema de saúde mental permaneceu trabalhando predominantemente como dona-de-casa);

- situação de conflito na transição entre os núcleos familiares (marido acredita que o modo como seus familiares a tratam na Paraíba tem relação com seu problema de saúde mental).

II. Apresentação do Problema

Helena refere dificuldades em denominar seu problema mas usa o termo "perturbação" para referir-se a seus sintomas. Introduz desde o início dois temas que estarão presentes em toda a entrevista: o medo da loucura e a necessidade de usar medicações psiquiátricas mesmo contra sua vontade (**"Não sei, até já pensei assim, é perturbação, eu disse: será que eu vou terminar meus dias louca? Porque não é possível, eu tomo remédio, eu tô tomando todos aqueles remédios que os médico**

mandou que eu tomasse, eu não tô podendo ficar, se eu ficar sem o remédio um dia eu fico como se eu, é um peixe fora d'água, sabe.").

O quadro 6.1 apresenta esquematicamente a forma como Helena estrutura seu problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV). O termo "reação" define uma vivência associada a fatores espirituais. Esse termo é detalhado mais adiante nessa formulação cultural.

Quadro 6.1 - Estruturação do problema

Classificações Psiquiátricas (CID-10 / DSM-IV)	**Concepção do paciente**
Diagnóstico de três transtornos mentais: (CID-10) Transtorno misto de ansiedade e depressão (F41.2) Transtornos dissociativos (F44) Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de sedativos ou hipnóticos (F13.20) Diagnóstico de dois transtornos mentais: (DSM-IV) Transtorno Dissociativos Sem Outra Especificação (300.15) Dependência de Sedativos Hipnóticos ou Ansiolíticos (304.10)	Reconhecimento de um problema principal e referência a um outro problema associado: "Perturbação" ("Reação")

A paciente apresenta seu problema relatando uma série de sintomas ao longo de toda a entrevista. Em resumo, ela queixa-se de uma dificuldade em "controlar os pensamentos", sensação de que "vê imagens", sentimento de culpa, impaciência, tristeza, choro constante, ansiedade, insônia, medo e sintomas físicos como dor e "aperto no coração". A maior parte desses sintomas teriam um início súbito e não seriam constantes. O principal sintoma considerado é o medo, especificamente o medo de uma morte súbita associada a um problema cardíaco. Esse sentimento é corroborado pelos seus sintomas físicos que passam a ser muito valorizados **("Que me perturba, eu morrer, assim dar, de repente apertar o coração e se eu sentir uma dor aqui, eu já acho que é aqui...").**

Outros sintomas referidos dizem respeito a uma situação denominada "confusão" e associada a dúvidas sobre a pertinência do uso de medicações psiquiátricas.

O quadro 6.2 relaciona os sintomas dos problemas reconhecidos e transcreve trechos da narrativa correspondentes a esses aspectos.

Quadro 6.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos:

Problema reconhecido	**Sintomas apresentados**	**Narrativas**
"perturbação"	- preocupação - desespero - impaciência - medo - sintomas físicos - cefaléia - fadiga	**"...eu sou uma pessoa assim olha, eu tô boa, tem hora que eu tô boazinha, aí de repente vem aquelas imagem na minha frente como se eu tivesse vendo alguém e depois some e aí fica aqueles pensamento, se eu fizer uma coisa errada aquilo me acusa o tempo todo eu fico desesperada, se eu tiver passando necessidade de alguma coisa eu não sei controlar e esperar que aquilo ali vai resolver amanhã, se eu tiver devendo a alguém eu tenho que cumprir amanhã..."** **"... então fica aquela confusão, doutor, dentro da minha cabeça, que às vezes me dá dor de cabeça, me dá uma fadiga assim, tipo, eu não sei, mistura."**
("reação")	- "passar mal" - inquietação psicomotora	**"... é espiritual se eu sentir reação, como aconteceu quando eu fui na igreja Universal e passei mal, aquele momento sim, eu sabia que era espiritual porque eu sentava e me levantava..."**

Helena descreve uma situação de ambiguidade na avaliação do quanto seria grave seu problema. Em alguns períodos ela sente-se bem, parecendo não apresentar prejuízos em seu funcionamento psicossocial. Esses períodos, no entanto, alternam-se com outros em que fica irritada e com desejo de isolar-se, o que comprovaria que ela realmente tem um problema de saúde mental (**"... só que eu não sei, doutor, contar, porque uma hora eu tô tão bem, eu tô conversando, eu tô rindo, outra hora eu tô chorando, outra hora eu tô assim, sabe aquela pessoa que não quer que ninguém fale ou então eu tô explodindo."**). O fato de acreditar que necessita ingerir uma grande quantidade de

medicação diária leva à idéia de que seu problema seria grave (**"... eu tenho que tá engolindo aqueles remédio durante o dia, eu falo mas como meu Deus do céu, eu falo eu tenho muito problema sim..."**).

A perspectiva de evolução do problema é considerada indefinida pela paciente; ela acha que pode ter uma melhora dos sintomas mas admite também que pode morrer com esse problema (**"... pode ser que eu piore, pode ser que eu melhore, eu acho que tudo que um dia começa, um dia termina também, não sei o que vai ser ainda em vida ou se em morte..."**). O medo da morte e especificamente o medo de "morrer de uma parada cardíaca" é citado novamente nessa questão (**"... o senhor sabe que tem hora que quando eu começo a sentir um aperto aqui, o meu pensamento já vem logo, que eu vou morrer de uma parada cardíaca, então aquilo tá gravado aqui dentro, sabe, que a minha morte vai ser assim, parada cardíaca."**).

Helena faz uma avaliação de que seus sintomas (principalmente o medo) a prejudicam em todos os aspectos do funcionamento psicossocial (**"Atrapalha em tudo, atrapalha porque eu fico com medo..."**). Afirma que seu problema atrapalha o relacionamento conjugal e faz com que ela acabe por assustar suas filhas quando fala sobre seu medo de morrer. Acrescenta ainda que, no passado, alguns de seus sintomas atrapalharam seu desempenho na escola (**"... perturbou também, eu queria mas não tinha condições de, sabe doutor, de entrar dentro de uma sala de aula, ver aquele povo gritando..."**) e no trabalho (**"Eu gosto de trabalhar mas eu tenho medo de estar sozinha."**).

Novamente, uma situação de ambiguidade é expressada na questão referente a sua percepção do problema. A paciente diz que se sente como "uma pessoa normal" mas essa percepção é diariamente questionada pelo fato de necessitar tomar medicações, o que reforça uma situação incompatível com sua idéia de normalidade (**"Eu me sinto uma pessoa normal mas ao mesmo tempo me estressa saber que tomo esses remédio, isso é que, eu me acho normal, mas pelo fato de tomar remédios que eu também não sei porque que eu não posso ficar sem, então eu não entendo."**). Ainda sobre essa questão, Helena refere sentir inveja das pessoas supostamente saudáveis mesmo sabendo que esse sentimento é um dos pecados descritos na bíblia (**"Eu sinto, às vezes eu sinto inveja,**

porque inveja, porque eu sei que a inveja, eu não deveria, a bíblia diz que isso é pecado, né, mas eu sinto assim, às vezes eu olho prás pessoas e eu acho que todo mundo é saudável, só eu que tenho...").

A paciente diz que evita fazer comentários sobre seus sintomas e seu tratamento psiquiátrico para não receber críticas na igreja. Segundo ela, seu marido e vários membros da igreja Universal questionavam sua fé pelo fato dela "não colocar sua fé a prova", ou seja, incentivavam que ela abandonasse o tratamento psiquiátrico e se voltasse para um processo de cura exclusivamente através da fé (**"... eu não conto prá todo mundo também, porque eles criticam, é mas você não é evangélica, e porque você que você tá passando por isso, e cadê o Deus que você segue que não te curou "**). Ela descreve situações na igreja onde presenciou a inserção de pessoas nesse processo (**"Tem muitos que falam assim, você devia trazer os remédio, deixar sobre o altar e daí só a sua fé, só o Nosso Senhor Jesus, ele vai dar a minha libertação mas isso, eu tenho que fazer e não voltar tomar mais os remédio crendo que eu já tô curada e eu não creio que eu já tô curada, doutor... tem muitas pessoas que levam cigarro, levam remédio, eu já vi muito, muleta, cadeira de rodas eu já vi também pessoas entregar..."**) que seria complementado pelo comparecimento nas chamadas campanhas (**"... eu já vi também pessoas entregar e fazer campanha também, ir na reunião de Sexta-feira, campanha de libertação, os pastor se reúnem só para orar pelos enfermos..."**). Nesse contexto, Helena confessa ter ficado dividida entre seu desejo de não tomar as medicações (desejo amplificado pela influência do marido e de conhecidos da igreja) e seu desejo de obedecer o médico num tratamento psiquiátrico disciplinado. A dificuldade em resolver essa questão é apresentada através da idéia de uma "confusão" em sua mente associada ao aparecimento de alguns sintomas físicos.

A questão da estigmatização é considerada pela paciente da seguinte maneira: diz que sua família na Paraíba a trata com cuidados especiais no sentido de poupá-la de receber notícias que possam agravar ou desencadear seus sintomas. Assim, qualquer acontecimento potencialmente negativo (acidente, doença, morte, etc.) é, ao menos durante um certo período, escondido da paciente. Sua posição em relação a essa postura familiar é simultaneamente de "revolta" por considerar que é tratada "como se fosse uma doente" e de concordância por considerar que realmente o recebimento desse tipo de notícia poderia

desencadear sintomas graves e inclusive levá-la à morte (**"Umas sim, principalmente se eu for lá prá terra de minha família, a minha família então vai me tratar como se eu fosse uma doente, ah, porque, ah, não pode contar, se acontece alguma coisa lá, é lógico que eu não gosto de saber notícia mas eu sou a última a saber, doutor, isso me revolta... eu sou muito emocionada, muito nervosa, que eu possa vir a morrer com as notícia..."**).

Helena termina esse módulo referindo ter dois outros problemas de saúde: "pressão alta" e dor de dente (**"A pressão alta, né, que no meu corpo mesmo assim eu não sinto dor a não ser os dente que isso daí, mais é pressão alta..."**).

III. Causas do Problema

A hipótese de uma alteração física no cérebro e a idéia de loucura são levantadas na questão geral sobre as possíveis causas do problema (**"... esse meu cérebro parece que é louco, maluco ou falta alguma coisa dentro dele ou então tem alguma coisa a mais porque se os pensamento é através do cérebro, então é ele o causador..."**). Em outros trechos da entrevista, ela apresenta ainda outras idéias associadas a alterações físicas no cérebro: alteração elétrica (**"... como se fosse assim dado um choque, um curto-circuito ou um raiozinho..."**), idéia de uma "quebra" dos nervos (**"... foi ali que os nervos desconjuntou e quebrou..."**) e idéia de uma alteração na disposição anatômica dos nervos incluindo uma situação de "mistura" ou de deslocamento (**"... os nervos subiram assim."**).

A partir da apresentação do cartão 1 da entrevista sobre possíveis causas para o problema, Helena concentra-se em descrever duas situações que são consideradas como as principais responsáveis pelo surgimento dos sintomas.

A primeira situação diz respeito a um culto pentecostal realizado muitos anos atrás quando morava na Paraíba. Segundo a paciente, após ter sido convidada para "louvar o hino ao Senhor" diante das pessoas que compareceram ao local, ela sentiu-se mal e desmaiou. As expressões usadas para descrever esse fato foram "emoção forte" e "choque" (esse último termo sendo explicado através da comparação com um choque elétrico) (**"Foi uma emoção, que eu tive uma emoção forte quando eu fui convidada pela primeira vez prá louvar o hino ao Senhor e quando eu peguei no microfone foi como se eu**

tivesse pegado num fio de alta extensão, veio aquele choque bem forte assim mas da emoção e aí me deu uma dor de cabeça forte e eu não vi mais nada..."). É importante assinalar aqui as circunstâncias em que esse culto ocorreu. Nas semanas anteriores ao culto, a paciente e seus familiares abandonaram a igreja católica e converteram-se à igreja pentecostal Congregação Cristã Universal Independente. Segundo ela, devido ao fato de seu pai ter ficado amigo do pastor, de sua família ser relativamente influente na cidade e da magnitude dessa conversão; foi organizado um culto especial de comemoração em frente à sua casa. Para participar desse culto foram convidados membros dessa denominação de várias localidades que permaneceram após a celebração religiosa numa grande festa patrocinada pela família convertida (**"... é que o pastor era muito amigo do meu pai e como naquela época que eu aceitei o Senhor Jesus, a minha casa inteira, todo mundo, então passou todo mundo, então foi uma, prá eles que são evangélicos foi uma salvação inteira numa casa inteira onde muitos membros, muitas pessoas se renderam ao Senhor Jesus que é como eles falam, então foi uma coisa assim... foi um dia especial assim, a comemoração da salvação da família inteira, porque ia haver uma festa na igreja, como a igreja era pequena e houve essa chance da minha família ter se rendido lá, meu pai aceitou porque na minha casa a gente tinha condições, podia oferecer jantar, comida, sabe, era amigo do pastor, amigo da congregação lá, então eles fizeram que todas as congregações da mesma igreja de outros lugares vieram, então houve aquela reunião prá gente se conhecer..."**).

A segunda situação valorizada pela paciente refere-se a um episódio onde ela acabou tendo que se separar do primeiro namorado após surgirem rumores na cidade de que ela "já tinha sido entregue" para ele. Diante desses rumores, sua mãe decidiu levá-la para uma outra cidade onde ela foi forçada a permanecer durante um período até que perdesse contato com o namorado. Helena diz que após algum tempo acabou casando-se com um outro homem para "mostrar" que ela ainda "era uma moça" provando para seus pais que o primeiro namorado não a tinha "desonrado". O sofrimento decorrente da separação forçada e o fracasso no primeiro casamento são apontados pela paciente como mecanismos causais diretamente associados ao seu problema (**"... meu primeiro casamento foi o seguinte, foi um casamento, foi prá mostrar que eu era uma moça, que muita gente falava que eu já tinha sido entregue para o meu primeiro namorado, era um homem que eu amava**

muito mas que que minha mãe fez?, minha mãe me tirou prá uma outra cidade e ficou fazendo mentira prá ele, dizia que eu tava num canto, noutro canto e depois disso, doutor, eu fiquei muito perturbada porque a gente se amava, a gente se gostava, foi o meu primeiro namorado, foi uma pessoa que eu amei muito e foi o único amor da minha vida...").

Em relação aos aspectos mágico-religiosos, a paciente admite a possibilidade da "falta de fé" ter funcionado como uma causa adicional para seu problema. Em outro trecho da entrevista, ela associa essa suposta "falta de fé" ao termo "fraqueza", no sentido de que uma pessoa "fraca" não teria fé suficiente para receber a cura proveniente de Deus. Helena nega acreditar que tenha havido uma interferência direta do demônio ou de feitiços como fatores causais do problema apesar de admitir a possibilidade de que uma influência espiritual possa estar envolvida **("Eu não acredito, eu não acredito, bom, eu creio que existe demônio, eu creio que existe tudo mas eu acho que é comigo mesmo porque os demônio eu não acredito que tá na minha vida, eu não tenho medo do demônio... eu não acredito que o que tá acontecendo comigo seja feitiço, seja uma macumbaria, seja, não, não acredito... bom, pode ser até que seja a falta de fé mas eu tô procurando encontrar essa fá que me falta, aonde?, no Senhor Jesus... então quer dizer, eu falo: um dia eu consigo ficar curada se isso for a parte espiritual que não é assim coisa de demônio, eu não vejo isso como coisa de demônio, eu vejo isso uma coisa assim espiritual não coisa de demônio ").**

A paciente relata ainda uma situação em que estava num culto da igreja Universal quando começou a apresentar alterações definidas através do termo "reação" e caracterizadas por "sentir-se mal" e por um comportamento de inquietação motora. Reconhece essa "reação" como um problema distinto e de causa espiritual (ver quadro 6.2).

Helena relata que a concepção do demônio como causa de seu problema é sugerida por muitas pessoas com quem tem contato. Apesar dessa influência, ela atualmente recusa essa idéia com veemência **("... agora muita gente diz, não, esse lado que você tem é coisa do diabo, só que eu falo, se é do diabo que ele vá pro inferno, o lugar dele é lá, não é perto de mim...").**

Outros fatores avaliados como de possível influência no problema também foram comentados pela paciente. Ela nega que a migração para São Paulo tenha interferido de alguma forma nos seus sintomas apesar de ressaltar que tinha esperanças de melhora com a mudança (**"... não, isso aí não é, aonde eu tiver vai estar sempre assim, doutor, porque se fosse o fato de, eu não taria também lá no Norte tratando com psiquiatra..."**). Acredita que as dificuldades financeiras atuais funcionam como fatores de agravamento do quadro. Efetivamente, Helena parece encontrar-se numa situação econômica desfavorável em relação ao padrão de vida que tinha com a família na Paraíba (**"Ah, isso me perturba, nossa doutor, tem a ver sim, tem a ver sabe por quê?, assim, eu não sei precisar porque mas me afeta, me afeta porque eu fui criada tendo tudo, né..."**). Outro aspecto referente à influência familiar também é citado como estando associado aos sintomas. Ela relata que após ter se separado do primeiro marido, dois de seus cunhados a cortejaram e suas irmãs não valorizaram suas denúncias. Essa situação a "perturbou" muito durante um determinado período (**"... quando eu me separei dois cunhado meu, eles, eles se lançaram assim, prá me convidar prá sair com eles e eu contei prá minha irmã, ela não acreditou... no começo isso perturbou mas eu deixei depois prá lá porque eu não falava com eles."**).

O quadro 6.3 apresenta esquematicamente a composição do modelo de causa da paciente incluindo várias causas psicossociais (duas delas melhor consideradas como fatores de piora para o problema), alterações físicas no cérebro e nos nervos além de uma possível causa mágico-religiosa. As principais causas consideradas ("emoção forte" e separação amorosa) aparecem sublinhadas.

Quadro 6.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas

Causas do problema	Tipos específicos de causas
Causas psicossociais	"Emoção forte" durante um culto pentecostal Separação amorosa devido a influência da família Fracasso no primeiro casamento Dificuldades financeiras (fator agravante) Assédio por parte de seus cunhados (fator agravante)
Causas mágico-religiosas	"Falta de fé" (fraqueza)
Alterações físicas e doenças / Outras causas	Alterações físicas no cérebro e nos nervos

* Principais causas explicativas consideradas no momento

Helena apresenta uma série de causas consideradas por seus familiares na tentativa de explicação do seu problema de saúde mental.

No passado, toda sua família, à exceção de um irmão, acreditava que os sintomas tinham uma causa espiritual. Esse modelo inicial esteve diretamente associado a procura de ajuda em práticas espíritas **("Ah, eles acham que eu, eu tenho muito, antes era parte espiritual...")**.

Um de seus irmãos criticava a atitude de seus pais no encaminhamento do problema desaconselhando a procura do espiritismo e argumentando que ela deveria priorizar a ajuda da igreja **("... ele é o único que me falava, Helena, larga disso, ele não achava, falava, imagina, vai prá igreja, pára com essas coisas, isso é coisa que papai, que mamãe bota na sua cabeça...")**.

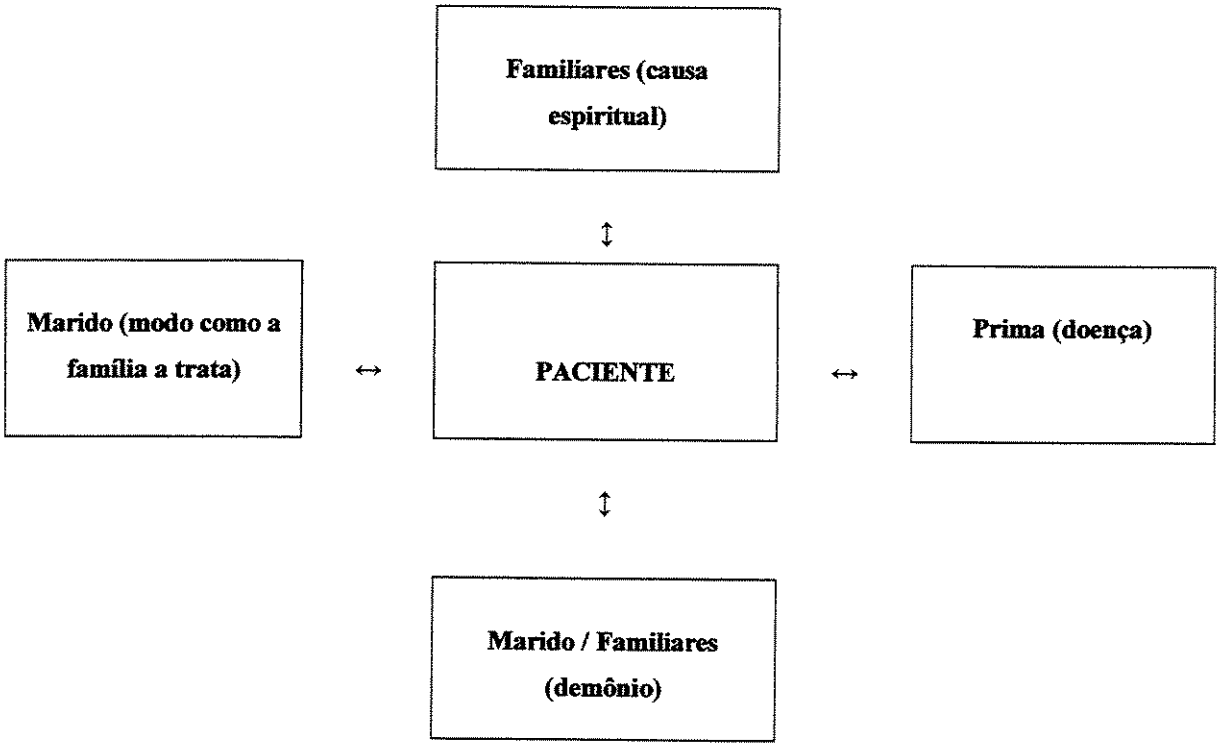
Seu marido atual acreditava inicialmente que o problema de Helena era decorrente da maneira como seus familiares a tratavam, ou seja, dispensando cuidados excessivos e interferindo na vida de sua esposa. Atualmente, o modelo causal do marido e dos familiares é compatível com a concepção apresentada na igreja Universal do Reino de Deus. Esse modelo atribui ao demônio a responsabilidade pelo problema e recomenda a

participação da pessoa acometida em "campanhas" na igreja (**"... ele agora ele é assim, outrora ele achava que era porque eu ficava muito envolvida com minha família, já hoje em dia, doutor, ele fala, ah, Helena, vai fazer sim as campanha, ele acha que é espiritual, só que eu não sei se é isso, espiritual..."**).

Uma prima da paciente apresenta um enfoque médico para o problema recomendando a procura de psiquiatras e reconhecendo a existência de uma situação de doença. (**"... essa minha prima, ela fala cuida da sua saúde, cuida porque isso aí é coisa de psiquiatra mesmo, não é que você vai ficar louca mas cuida..."**).

O quadro 6.4 esquematiza os modelos de causa explicativa apresentados pelos familiares da paciente. Nenhuma seta aproximativa é destacada nesse quadro devido às divergências do modelo de causa da paciente com os modelos explicativos dos familiares.

Quadro 6.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente



IV. Situações de Ajuda

Na questão aberta sobre as situações de ajuda procuradas pela paciente são apresentadas três situações descritas a seguir: ajuda médica baseada no tratamento com medicações, procura de um centro espírita e mudança para São Paulo visando afastar-se do seu ambiente familiar (**"... eu tomo os remédio, tomo meus remédio... passamos a ir a culto espírita, né, só que prá mim não resolveu nada, eu fiquei na mesma até hoje... depois disso eu num, eu vim prá aqui prá São Paulo achando que eu num ia sentir esse problema mas o problema continua..."**).

Após avaliação do cartão 2 da entrevista, Helena detalha um conjunto de situações de ajuda procuradas. Refere inicialmente que era muito dependente de seus pais e que essa dependência se intensificava nos períodos de piora dos sintomas ao ponto dela necessitar da presença física constante dos pais ao seu lado (**"A minha mãe e meu pai, era como se fosse um pronto-socorro prá mim... quando eu tava pior eles ficavam comigo, minha mãe pegava na minha mão e eu não deixava ela soltar minha mão..."**).

Faz referência a uma série de amizades que a ajudaram em vários momentos de sua trajetória. Lembra-se de algumas amigas com quem "saía prá fazer farra de jovem" e que eram chamadas por sua mãe para que viessem conversar com ela nos períodos de piora. Fala de um amigo que também vinha a sua casa nesses períodos e que acabou enamorando-se dela (**"elas me ajudavam muito, né, quando mamãe sentia que eu não tava melhorando, ela chamava, ela ligava, mandava recado, chamava um amigo..."**). Reconhece não ter muitos amigos na sua igreja atual e diz ter perdido muitas amizades quando decidiu sair da igreja Assembléia de Deus da Missão e ingressar na igreja Universal do Reino de Deus. Segundo ela, o fato de ter abandonado sua igreja e procurado a igreja Universal (considerada como menos rígida em relação ao comportamento de seus membros) fez com que ela fosse "desprezada" naquele meio. Ela ressalva, no entanto, que uma das amigas continuou frequentando sua casa e entendeu sua mudança de denominação religiosa (**"... tem essa que falou de um serviço, ela vai muito lá em casa, foi a única que depois que eu mudei de igreja, foi a única que não desprezou mas os demais, por isso eu não considero como amigo, eu acho que eles são umas pessoas, são assim, conheço, oi, mas não são amigos..."**). Nessa questão, Helena apresenta uma postura

bastante crítica em relação a doutrina de sua igreja anterior ressaltando sua discordância da concepção de que as pessoas devem obedecer uma série de regras e restrições de comportamento como condição para se obter a "salvação". As proibições de usar determinadas roupas, cortar o cabelo e frequentar determinados lugares eram as que mais a incomodavam. Ela admite que essa questão foi determinante no seu processo de conversão, no sentido dela ter procurado uma igreja mais tolerante em relação a esses comportamentos. Ainda sobre esse aspecto, faz menção às expressões "porta larga" em oposição à "porta estreita". Essas expressões são muito utilizadas pelos membros de sua antiga igreja para referir-se às pessoas que supostamente poderão conseguir a salvação (**"... ah, perdi bastante porque as doutrina são demais e eles, pelo fato deles ser muito santo, eles acham que são santo, então acham que nós não, nós somos da porta larga como eles costumam muito dizer, então porque usa calça comprida, pinta a unha, corta cabelo, né, nós temos nosso direito no final de semana se nós temos condições de podermos ir num resturante, numa praia, eles não... eles chamam porta larga porque é aquela que não vai ter salvação, é então, eu não me considero pessoa assim da porta larga... eles acham que são da porta assim bem estreitinha."**).

Helena refere ter usado vários remédios caseiros para seus problemas de saúde (maracujá: para seu problema mental e chuchu: para hipertensão) abandonando posteriormente essa prática por avaliar que eles não eram eficazes. Nesse trecho da entrevista, é apresentada a idéia de que uma substância não será eficaz se não houver confiança em seus efeitos positivos. Além disso, a paciente diz que "não vai muito pelas pessoas" considerando que já foi muito influenciada a tomar remédios caseiros por amigas e familiares no passado. (**"Tomei mas não me ajudou, não, eu tomei muito chá, o suco do maracujá, chá da folha de maracujá, chá de folha de chuchu prá poder abaixar a pressão, né, faço muita salada de chuchu também que até hoje eu como, mas só que, mas tomo remédio, tô bebendo, não me ajudou em nada... eu não confiei nele, então pelo fato de não confiar, eu achava que aquilo era mesma coisa de água, eu tomo os remédios... minhas amigas falavam, né, então às vezes me passa, olha, toma assim, hoje em dia não, hoje em dia eu não vou muito pelas pessoas, eu vou, eu tô indo, se eu procurei o médico, eu vou pelo médico... nem tomo chá agora."**).

A paciente refere ter procurado ler livros religiosos recomendados nas igrejas pentecostais como uma forma específica de ajuda para o problema. Cita o exemplo de um livro chamado "O Mistério da Fé" que teria como proposta ajudar as pessoas a entender melhor a bíblia e "aumentar a fé" **("Eu leio, eu tô lendo, doutor, até hoje tem até um aqui na minha bolsa, "O Mistério da Fé", é esse aqui, é sobre a fé sobrenatural, né, como a gente adquirir, aonde os artigo da bíblia, né, o qual tá citando prá gente ler...")**. Nesse trecho, ela também explica que eventualmente congrega na igreja Quadrangular. Diz que já chegou a conversar com o pastor dessa última denominação expondo sua opinião de que a igreja Quadrangular aproxima-se da igreja Universal em relação ao tipo de abordagem e exigências associadas a doutrina. Segundo ela, essas duas igrejas trabalham de maneira "evoluísta", ou seja, não fazem muitas exigências em relação ao comportamento de seus membros **("... não é só pelo fato de eu congregar na igreja lá porque eu não congrego só lá, quer dizer, eu sou membro da igreja Universal mas eu falei pro pastor aqui da Quadrangular, que ele trabalha também assim de uma maneira evoluísta, não são aquelas maneira que exige da gente as coisa...")**.

Ela nega ter feito simpatias específicas para seus problemas de saúde. Afirma, porém, já ter feito uma "simpatia de cortar" num episódio de doença de sua filha **("... é a simpatia de cortar, ela tava com uma íngua e fazer um risco assim no pé no chão depois ficar cortando e falando umas palavra que eu nem lembro mais como que era...")**.

Nega também ter procurado ajuda em atividades adivinhatórias alegando que há muitos aspectos na vida das pessoas não acessíveis a esse tipo de abordagem **("Não, nem muito menos deixar ler minha mão, eles falam um monte de coisa, em mil que eles falam uma coisa só dá certo e eles falam, então é verdade mas na vida da gente passa muito mais coisa.")**.

Helena confere uma importância fundamental à realização de orações e considera essa atividade como sua principal situação de ajuda no momento. Nesse sentido, a prática de orações estaria associada à idéia de "aumentar sua fé". A paciente explica que inicia as orações pedindo perdão dos pecados e só depois pede ajuda de Deus **("Eu faço, eu oro e peço prá Deus porque se não fosse as orações e crer que Deus existe eu não tava**

da maneira que eu tô hoje... é uma oração que eu primeiro eu peço perdão dos meus pecados porque todos nós somos pecador... eu peço prá Deus perdoar, a minha oração chegar até ele através de Jesus, eu não peço interceder assim a santa ou coisa assim porque eu acho que eu tenho que pedir a Jesus porque é filho... eu peço prá ajudar na doença, em tudo, né, em tudo.").

Um aspecto das orações realizadas pela paciente (caracterizado pela expressão "apresentação dos remédios") diz respeito a orações específicas e ritualizadas para que a medicação seja eficaz (**"... faço minhas orações, apresento até os remédios que eu vou tomar, digo: senhor, se há algum desses remédio aqui que vai fazer com que eu vou ficar boa que ele há de agir direto no local que eu tenho o problema, isso na hora de tomar..."**). Outro aspecto associado a questão das orações é o fato dela dizer que atualmente prefere fazer orações mais curtas e numa frequência menor justificando essa atitude com a idéia de que se deve esperar o atendimento divino dos pedidos e não repetir com insistência as orações (**"... ultimamente eu tô fazendo oração não tão grande e com pouca frequência, por quê? Porque quanto mais você fica pedindo muito parece que não tá chegando, então vamô esperar também..."**).

Apesar de afirmar que "era a mulher da promessa", Helena nega ter se utilizado dessa prática para obter alguma melhora em questões de saúde. Diz que as promessas eram motivadas basicamente por seu desejo de ter um bom desempenho na escola (**"... quando eu era jovem, eu queria nos estudo, aí eu, se eu passar esse ano quando eu receber os resultados vou subir a capelinha... na saúde, não, nunca fiz."**).

A procura de benzedores também faz parte da composição de sua rede de situações de ajuda tanto na Paraíba como em Campinas-SP. Mesmo fazendo uma avaliação negativa da eficácia desses procedimentos, Helena incorporou ao seu modelo de causa a idéia de ter apresentado uma "emoção forte" no culto religioso realizado em sua antiga casa. Essa idéia é reconhecida atualmente como uma das principais causas do problema e foi anunciada por um benzedor (procurado por sua mãe) num contexto de contraposição com o saber médico (**"... eu fui aqui em Campinas, lá na Paraíba eu fui em Campina Grande quando eu saí do hospital mamãe levou prá um benzedor lá, foi quando ele falou que o problema tinha sido aquela emoção forte no culto que os médico não**

sabia... eu acredito doutor pelo simples fato de que foi mesmo, foi no culto na minha casa que eu senti como se eu tivesse pegado um choque num fio de alta tensão e depois daquilo ali eu não tive mais saúde...").

A paciente relata ter participado de procissões na época em que frequentava a igreja católica antes do início de seu problema (**"Ah, quando eu era católica, eu tinha quinze anos... eu achava bom porque ali a gente tava andando, fazendo caminhada, eu acreditava muito, hoje em dia não..."**). Relata também ter feito uma visita à cidade de Aparecida-SP num período em que iniciava o processo de transição para a igreja evangélica. Segundo ela, o objetivo dessa viagem era divertir-se com as amigas e tentar voltar a acreditar na doutrina católica, já que nessa época ela havia entrado em contato com o pentecostalismo e vivenciava um conflito religioso, particularmente na questão do abandono de sua crença nos santos (**"... foi uma visita mesmo, sabe, as meninas, as colega minha e outras lá fizeram uma excursão e eu fui junto, é tanto que não era pro meu namorado ir mas ele foi... eu fui também prá ver se firmava na igreja católica, se ia acreditar... eu vi que aquilo ali tudo era fantasia, doutor, porque o que eu pedia pr'aquele santo, eu pedia, eu fazia tudo, eu beijava, sabe, eu tinha o maior, eu tinha o maior carinho, era um carinho tão grande assim, eu tinha cuidado, eu tinha até medo de beijar a imagem que eu achava que podia até machucar, eu chegava naquela maior delicadeza ali de num, sabe, eu tinha medo de fazer alguma coisa que não agradasse a Deus..."**). A paciente termina esse trecho da entrevista lembrando que na época em que era católica conseguiu interromper o uso de cigarros através de um voto onde ela pôs a prova o destino de sua alma (**"... quando eu deixei o cigarro eu era católica... o meu foi um voto que eu até falei assim, se eu fumasse a minha alma não era de Deus e sim do Diabo, então como eu sei que existe Deus e existe o Diabo eu pensei: eu não quero ir pro Diabo, eu quero ir prá Deus, né."**).

O relato de Helena acerca da bíblia é bastante peculiar. Segundo ela, a leitura da bíblia transcende a questão da oração para incluir uma prática de reflexão e análise do ambiente histórico e das características dos personagens bíblicos apresentados. Helena acredita que se conseguir espelhar-se nas características desses personagens e viver da maneira como as pessoas viviam naquela época, ela poderá interromper o uso das medicações e obter a cura de seu problema (**"Procuro sim, eu procuro muito a ler e a**

meditar assim nas palavra e ver as pessoas que, eu fico pensando que naquele tempo não tinha tanto médico, não tinha remédio que tem hoje, então aquelas pessoa não sofria dessas coisa tanto quanto hoje em dia, então eu procuro analisar assim, eu procuro buscar lá naquelas pessoas, é como se eu fosse entrando naquela história, vou vivendo naquelas pessoas, naqueles personagens e vendo aquelas mulher daquele tempo tinha os problema mas elas não tomava um remédio.").

Helena afirma ter procurado conversar com vários pastores durante sua trajetória de ajuda. A orientação geral recebida desses pastores foi que ela fizesse mais orações e realizasse "campanhas" (cultos com objetivos específicos de ajuda). Em consonância com essas recomendações, ela diz valorizar muito sua participação nos cultos pentecostais além de ressaltar a importância de identificar-se com uma determinada crença ou religião **("... eles falaram que meu negócio era falta de fé, que eu tinha que orar mais, fazer campanha, só que na minha tristeza mesmo eu vi que o pastor não ajuda muito, então agora eu vou pro culto, vou prá igreja não é pelo fato do pastor ser bom ou o irmão é bom porque fulano me convidou não, eu vou porque eu sinto uma necessidade de uma crença, de povo, de ter uma religião, qual é minha religião?, eu sou evangélica, eu acredito nas coisas, na força divina.").**

Em relação às atividades de igrejas, Helena apresenta atualmente uma frequência de comparecimento no mínimo três vezes por semana nos cultos da igreja Universal do Reino de Deus. Além disso, como já citado, refere que comparece eventualmente à igreja Quadrangular. Diz que quando seus sintomas estão mais intensos, ela deixa de ir aos cultos permanecendo apenas em casa fazendo orações **("Eu vou, doutor... depende quando, agora mesmo eu vou três, né, às vezes até chego ir quatro vezes... quando eu tô doente eu não vou porque eu não me sinto, eu acho, eu penso que é melhor fazer oração em casa...").**

No início do problema, a paciente foi levada a um centro espírita por seus familiares durante aproximadamente um ano. Descreve essa experiência como sendo muito negativa e até hoje admite não compreender a orientação de que ela "tinha que desenvolver" sua potencialidade mediúnica **("... eu fui prá tentar resolver o problema porque eles falavam que eu tinha que desenvolver, agora se o senhor perguntar o que**

é desenvolver, eu não sei o que é desenvolver, eu não via nada... Fui seis meses, um ano, foi meu pai mais minha mãe procurando assim, um modo de me ajudar, meu irmão também incentivava depois mas eles não frequentavam muito e depois que eu saí eles também saíram..."). Relata também ter procurado um curador que orientou a realização de "banhos" (com ervas e sal grosso) e que teria a capacidade de adivinhamento. Essa situação de ajuda também foi considerada ineficaz além de bastante custosa financeiramente **("... também eu fui numa cidade vizinha, que disse que um homem lá, ele adivinhava, era tipo adivinhão, minha família pensou, se ele pode adivinhar eu vou ficar boa... ele passou um monte de banho com ervas, sal grosso, mamãe fez, tinha o dia certo de tomar... não adiantou nada, pelo contrário, eu comecei a ficar até pior... ele cobrou um absurdo, na época era 600 cruzeiro, dava prá fazer quase duas compra do mês.")**.

Helena refere ter procurado ajuda de farmacêuticos apenas para medir sua pressão, diz que tem medo de procurar farmacêuticos visando ajuda para seu problema de saúde mental **("... não, prá esse problema não, eu tenho medo, eu fui só prá medir a pressão.")**.

Descreve sua experiência com um tratamento homeopático que teve acesso através do intermédio de uma antiga patroa. Critica o tratamento como "muito lento" afirmando que a consulta havia sido muito longa e voltada para o detalhamento de sua trajetória de vida. Destaca a semelhança dessa consulta com a de uma psicóloga. Nega ter confiado ou percebido eficácia nas medicações prescritas **("Fui, não confiei, não gostei, é muito lento... fui numa clínica que tem de homeopatia que minha patroa ia... bom, primeiro que passa duas hora, ela consulta duas hora sentada lá, é quase como a psicóloga, né, ela conversa, vai conversando, procurando até acho que do começo quando eu fui gerada, né, se houve rejeição por parte do pai, da minha mãe, então aquela coisa toda, depois quando vai passar os remédio, água e aqueles remédio prá mim é a mesma coisa, aquelas bolinha, aquelas coisinha, eu não confiei em nada daquilo...")**. A paciente nega ter procurado ajuda em outros tipos de terapia alternativa ou grupos de auto-ajuda.

Refere ter comparecido a algumas sessões de psicoterapia, porém, desvaloriza esse tipo de tratamento considerando-o como "muito fraco". Relata ainda que apresentava algumas dificuldades para comparecer regularmente às sessões (**"Eu só fui umas quatro, umas cinco vezes com ela depois eu parei, eu achei que era muito fraco... às vezes eu tava com preguiça, outras vezes eu tava trabalhando, eu não podia..."**).

Helena relata a procura de um clínico geral na Paraíba que a encaminhou para outro médico que era "clínico geral, psiquiatra e cirurgião". De acordo com ela, esse médico não conversava muito nas consultas e numa ocasião aconselhou seu marido a assustá-la com um tiro caso ela estivesse muito ansiosa (**"... lá ele passava só remédios, ele é formado em clínico geral, psiquiatra e cirurgião, ele que fez o meu cesário mas ele não conversava muito não... uma vez ele falou pro meu marido, cê tem revólver?, então compra, se ela ficar muito nervosa dá um tiro prá assustar ela."**).

Apesar da paciente atribuir uma grande importância ao tratamento psiquiátrico, ela destaca o medo (compartilhado com sua mãe) de ser internada e a possibilidade de tomar medicações erradas no hospital. Outra idéia apresentada diz respeito ao fato dela entender o resultado normal de um eletroencefalograma como uma comprovação de que seu problema era realmente psiquiátrico (**"... mamãe falou que tinha até um encaminhamento pro hospital de psiquiatra em Campina Grande mas ela não concordou com o médico, ela falou assim, ela falou que devido as pessoas que tinham conversado com ela, falou que não me deixasse lá, que eles iam me dá remédio e muitas vezes o remédio não era pr'aquele problema, que em vez de eu sair boa eu ia sair pior do que tava entrando..."**).

Helena afirma que as primeiras situações de ajuda procuradas foram a família e o centro espírita (**"A primeira coisa foi o tratamento espiritual, foi o caso do centro espírita... nessa época toda a família foi também, parecia que se eu ia num lugar todo mundo ia junto."**). As principais situações de ajuda consideradas foram as orações, as atividades na igreja, o tratamento psiquiátrico com medicações e uma atividade de lazer relacionada a ouvir músicas não religiosas (**"Primeiro lugar vem a oração, depois os medicamento que eu tomo... o que me ajuda mais é ouvir hinos, ir nos cultos, ouvir uma outra música, né, doutor, não é muito aconselhável mas é bom também..."**).

Na questão sobre procura de ajuda para problemas de saúde previamente ao problema mental, ela destaca as atividades na igreja, a família, os amigos e os benzedores **("Ai, já, assim, igreja, amiga, várias coisa, benzedor mesmo.")**.

O quadro 6.5 esquematiza a configuração de situações de ajuda procuradas pela paciente ao longo de sua trajetória com o problema.

Quadro 6.5: Trajetória de situações de ajuda

Pais → centro espírita (primeira situação de ajuda considerada)
Pais → benzedores
Remédios caseiros
Clínico geral (conselho: marido deveria "assustar" a paciente)
Igreja católica
(Migração para Campinas-SP)
Ouvir música
Livros religiosos
Orações ("apresentação dos remédios")
Leitura da bíblia
Conversas com pastores ("campanhas")
Patroa → homeopatia
Igreja Assembléia de Deus (amigas)→ Igreja Universal do Reino de Deus
Outras igrejas evangélicas → atividades ocasionais na Igreja Quadrangular
Psicoterapia
Tratamento psiquiátrico

* Principais situações de ajuda consideradas no momento

V. Relacionamento Clínico

A expectativa de Helena em relação à ajuda psiquiátrica está associada principalmente ao recebimento de medicações e à possibilidade de "conversar" (**"Nos remédio, né, é, conversando também um pouco..."**). Os principais aspectos valorizados no relacionamento com os médicos foram uma atitude educativa e tranquilizadora no sentido de fazê-la entender que não iria "ficar louca" (**"... como no meu caso eu achava que se ia ficar louca e depois vi que não..."**) e uma atitude de paciência e atenção no atendimento clínico (**"... a paciência também que tem com o paciente, não tratar o paciente como um doente, tratar como uma pessoa normal, isso ajuda a gente..."**).

A diferenciação das práticas do psiquiatra e do clínico geral é realizada a partir de dois parâmetros: localização anatômica do problema e "modo clínico" do profissional. Em relação a localização anatômica, o psiquiatra seria um especialista em problemas de saúde acometendo a cabeça (por exemplo: ansiedade, insônia) enquanto o clínico geral cuidaria de "problemas do corpo" (por exemplo: dor) (**"... o psiquiatra ele trabalha mais na parte, eu acho, a mim, com a minha cabeça, já o clínico é do meu corpo e quanto a cabeça não, e o psiquiatra o principal é problema de cabeça, certo..."**). Ela admite que o clínico possa tratar também dos "problemas de cabeça", porém, sem a mesma eficácia que os psiquiatras. Sobre o "modo clínico", o psiquiatra se caracterizaria por conversar, obter informações e "observar as ações" dos pacientes enquanto o clínico conversaria menos, iniciaria sua consulta medindo a pressão arterial e dirigiria suas perguntas diretamente para o esclarecimento de um possível sintoma de dor (**"... o psiquiatra não vai logo direto medir pressão, coração, é, já o clínico não, quando chega já vai logo com aquele aparelho que nem eu tenho pavor daquilo lá, medir pressão, então ele tem a diferença nesse modo clínico... o psiquiatra é mais conversar e vê como que a gente tá, procura conversar, saber, observa nossas ações, o clínico, ele também procura mas é mais a parte do corpo, de dor, né."**).

A paciente refere não saber o significado da palavra psicoterapia. Apesar disso, ela descreve o trabalho das psicólogas como possibilitar que o paciente conte sua história de vida e orientar a realização de exercícios físicos de relaxamento. Sobre o primeiro aspecto, ela acredita que esse trabalho tem "uma aparência" com o trabalho de um

psiquiatra. O segundo aspecto foi certamente apresentado pelo fato da paciente ter sido acompanhada anteriormente por uma psicóloga que também organizava grupos de exercícios corporais (**"... a psicóloga, ela ouve, procura vê, manda a gente relaxar, procura saber, dá uma aparência com o psiquiatra, conversar direitinho, ela começa também perguntar, ouve toda nossa vida como o psiquiatra também, né, ouve as nossas história, o ponto ao qual acha que tá nos atingindo, aí depois, ela tava fazendo também, tipo de, como um ginástica, um modo da gente poder saber separar os problema."**).

Helena refere ter apresentado um sentimento de medo antes de procurar o psiquiatra. Esse sentimento estava relacionado principalmente à possibilidade do médico fazer o diagnóstico de loucura ou de alguma doença (**"... medo de ele falar que eu tava louca, certo, que eu não era normal, que eu tinha alguma doença, né..."**). Diz que esse tipo de medo ainda persiste e se estende às consultas com clínicos gerais, já que ela teme a possibilidade de que exames complementares (exemplo: eletrocardiograma) possam revelar uma doença grave (**"... do clínico é quando ele pede um, como agora eu tenho prá fazer um eletrocardiograma..."**). No início do problema, esse sentimento levou a paciente a apresentar um comportamento de relativa resistência e não aceitação da ajuda médica psiquiátrica. Ela não aceitava a necessidade de procurar um psiquiatra, acreditava que os psiquiatras cuidariam apenas de pessoas acometidas de loucura e tinha dúvidas sobre sua possível inclusão nessa condição (**"... logo no começo que aconteceu os caso assim do qual eu tive necessidade de procurar o psiquiatra, eu tinha, ele perguntava as coisa prá mim e eu não sabia responder, não entendia porque que eu tinha que procurar ele, então eu não aceitava porque todo mundo, prá todo mundo, o psiquiatra é prá louco e eu ficava com esse medo, o medo, era o medo de ser tratada como louca, então como hoje eu vejo que não é isso, o fato de eu procurar não quer dizer isso..."**). Ainda sobre essa questão, Helena refere uma situação de ambiguidade entre querer um acompanhamento minucioso de seu problema e o medo de que essa investigação leve a descoberta de problemas de saúde mais severos (**"... é medo de ter algum problema que eu quero saber e no mesmo tempo eu quero me esconder da realidade..."**).

Em relação a possíveis dificuldades de comunicação com os médicos, a paciente refere situações em que estava "muito deprimida" e não conseguia falar sobre seus problemas. Nessas consultas, ela relata que "ficava" com vergonha da sua dificuldade em conversar (**"... só quando eu tô muito deprimida que aí eu fico, porque não me sai muita palavra, só sai choro."**). Helena acrescenta ainda que em algumas situações o psiquiatra permanecia calado durante a consulta (**"... ele não falava, muitas vezes não falava o que eu tinha..."**). Essa atitude foi associada a sentimentos negativos de distanciamento e principalmente desconfiança do médico psiquiatra, já que poderia ser um indício de um possível diagnóstico de loucura (**"... o fato dele ficar calado assim, eu acho, é capaz dele estar achando alguma coisa e não quer me dizer, então eu tinha medo sim..."**).

Helena descreve uma situação de abandono de tratamento durante dois anos no início do quadro. Nesse período, o aspecto predominante associado ao abandono foi a dificuldade de aceitação da doença e de um tratamento psiquiátrico utilizando medicações. Além desse aspecto, a paciente temia também que os efeitos das medicações pudessem levar a "reações" ou aumentar a intensidade dos sintomas ("fazer efeito contrário"). A paciente tem o comportamento de evitar ler bulas das medicações e mantém uma ambiguidade entre querer informações detalhadas sobre os remédios e medo das possíveis consequências de sua tomada (**"... cheguei a abandonar dois anos, né, aqui mesmo tanto lá no norte, eu tomava os remédio, comprava os remédio, pedia a ele mas eu não queria conversar com ele, ele falava mas porque você não fala, eu falava não, eu não quero, eu quero que o senhor passe o remédio e depois eu me revoltei, eu tinha medo de tomar o remédio, o remédio fazer efeito contrário, eu não entendia porque eu não gosto de ler a bula de medicamento..."**). Ela acrescenta que durante os dois anos de abandono do tratamento, continuou usando benzodiazepínicos irregularmente por acreditar que apesar dos riscos, necessitava desse tipo de ajuda para alívio dos sintomas. Esse padrão de uso de benzodiazepínicos manteve-se durante toda sua trajetória de ajuda psiquiátrica.

A paciente descreve ainda um padrão adicional de abandono do tratamento correspondente a faltas em consultas durante todos esses anos de acompanhamento. Esse comportamento está associado a influência do marido, de vizinhos e de conhecidos de sua

igreja que relacionam o comparecimento em consultas psiquiátricas com uma situação de loucura, idéia que assusta e confunde a paciente (**"... foi o caso de eu ficar muitas vezes sem vim, né, aí muita gente falava, você vai? Você não é louca! Então eu falava, eu não sou louca então não preciso... as pessoas que me conheciam, né, lá na igreja, vizinho mesmo, até nesse caso meu marido mesmo ele falava: Helena, você não tem nada, você põe na cabeça que você fez as coisa, então você é uma pessoa normal."**).

O quadro 6.6 resume alguns dos principais aspectos considerados pela paciente acerca do relacionamento clínico.

Quadro 6.6: Aspectos do relacionamento clínico

Dificuldades no relacionamento clínico, abandono de tratamento e adesão medicamentosa
Demora em procurar ajuda médica devido ao medo de que fosse feito um diagnóstico de loucura ou alguma doença grave
Dificuldade em contar seus problemas nas consultas em períodos de acentuada tristeza
Avaliação negativa de psiquiatras que não expõem seu diagnóstico e suas conclusões
Abandono de tratamento no início do quadro por não aceitar que seu problema era uma doença
Falta de adesão medicamentosa devido ao medo de "efeitos contrários" das medicações
Situação de auto-medicação

VI. Problemas Gerais de Saúde

Helena considera a necessidade de medicações e a ausência de dor como os elementos centrais da sua definição de problema de saúde (**"É a pessoa não sentir nada, prá mim é isso, a pessoa não sente dor, não toma remédio, então ela tá saudável, a partir do momento que ela toma qualquer comprimido, ela tem algum problema, não é saudável, que quando a gente tá saudável a gente não toma nada..."**).

Os problemas de saúde apresentados pela paciente são: "problema de coração", "pressão alta", câncer, AIDS, "problema de acidente" e "problema de ossos" (osteoporose).

A partir da aplicação do cartão 1 da entrevista para problemas gerais de saúde, a paciente relata que:

- o "nervosismo" pode levar a uma série de problemas de saúde. No seu caso, por exemplo, cefaléia e hipertensão (**"A pessoa ficar nervosa, o nervosismo ele causa tanta coisa doutor porque eu tiro por mim, quando eu fico nervosa me dá dor de cabeça, pressão sobe, um monte de coisa..."**);
- a preocupação excessiva com problemas familiares também pode levar a problemas de saúde (**"... se a gente interver na família, a gente procurar pegar aquele problema e trazer prá gente como eu faço... O problema da minha família, então me influi muito na minha saúde..."**);
- ingerir bebidas alcoólicas pode causar câncer e cirrose (**"... além do mais a bebida também não só dá o câncer como dá também o, aquele, aquela doença lá que, ai, cirrose, né..."**);
- fumar pode causar câncer (**"... os médico também fala tudo que foi descoberto de a bebida dar câncer, o fumo dar câncer..."**);
- o demônio pode desencadear uma situação de "perturbação espiritual". As características do problema definido como "perturbação espiritual" são: impossibilidade de diagnóstico médico (principalmente a falta de comprovação da doença em exames de imagem) e ausência de um tratamento médico eficaz. O local preferencial da "perturbação espiritual" seria o sangue sendo que a AIDS exemplificaria uma enfermidade dessa natureza (**"... existe o demônio e ele é um dos que causam muita enfermidade que os médico não diagnosticam mesmo, não faz, não há um meio de encontrar e a pessoa tá morrendo e não sabe porque... na minha mente eu acho que a AIDS é uma delas, é, bom, perturbação espiritual, eu acho que quando a pessoa perde todo o equilíbrio que nem com remédio eu acho que foi por demoníaco..."**);
- "feitiços" ou "trabalhos" não são agentes causais de enfermidades apesar dela já ter tido conhecimento de situações desse tipo (**"... eu já ouvi falar de fato acontecido nas pessoa, pessoa falar que fulano fez um feitiço, ou**

trabalhou, fez uma oferenda e a pessoa a qual foi determinada foi atingida mas só que prá mim eu não acredito nisso...");

- a "falta de fé" é uma causa importante de problemas de saúde. Além disso, a fé também seria um poderoso agente de cura, o que é exemplificado através da sua experiência com um suposto "problema de angina" e da descrição do caso de um casal com AIDS que obteve a cura através da fé (**"... ah, sim, doutor, a fé, sem fé é impossível tudo... a pessoa adoece, né."**);

- as principais causas de problemas de saúde seriam os problemas interpessoais e a sensação de insegurança associada à questão da violência (**"Ah, doutor, tem tantos mas o principal eu falo que é, como é que eu posso falar, afeta a nossa saúde, a falta de amor de uma pessoa com outra assim, a desunião, afeta a saúde da gente também... eu acho que a criminalidade é o que mais afeta as pessoas ultimamente..."**).

Helena usa o termo "fraqueza" para referir-se às pessoas sem fé suficiente para conseguir a cura de um determinado problema (**"... acho que é fraqueza minha também, como fraqueza? Eu que determino ou sei lá, eu acho que, é como eu falei pro senhor, eu tenho certeza de um dia, se eu não morrer até lá, né, eu vou ser curada através da minha fé, eu peço prá Deus, Deus, aumenta minha fé..."**).

Helena usa várias expressões para apresentar suas idéias sobre problemas de saúde mental mas não consegue compor um quadro classificatório detalhado a esse respeito. Ela utiliza o termo "alucinação" para referir-se a visões decorrentes do uso de drogas. Fala em "problema de emoção muito forte", "medo" e "nervoso" para designar seu problema mental. Outras expressões apresentadas nesse trecho da entrevista são: "problema de bebida", "problema de droga" e "pessoas estressadas" (**"Ai, tem um rapaz que eu não sei se ele já chegou a vim aqui, ele usou muita droga, pois ele tem alucinação e ele fala, ele vê, ele diz que vê os bichinho lá, eu não sei que bichinho que é esse mas ele vê, ele sente na pele dele aqueles bicho costurando, outra hora rasgando... eu acho que problema de emoção muito forte porque comigo aconteceu de eu ficar com problema assim e quase que eu ia sendo internada no hospital... o meu é o medo, causa também**

esse problema, ser nervosa, no meu, e nas pessoas, ai doutor, não sei, as pessoas são as drogas, são as bebida, a falta de dinheiro também que deixa as pessoas muito estressado ao mesmo tempo nervoso porque às vezes quer fazer alguma coisa e não pode, então é assim.").

A paciente diferencia os problemas mentais dos outros problemas de saúde afirmando que os problemas mentais são mais difíceis de serem diagnosticados e curados além de apresentarem uma localização menos precisa no corpo **("... no corpo a gente sabe o local que tá doendo e a cabeça o senhor não sabe... dentro do meu osso eu vou fazer um exame, vai detectar que eu tô com aquilo e o médico vai passar o remédio, só que na cabeça, eu tomo o remédio, tomo, tomo, tomo e até hoje ainda continua assim... na mente é mais difícil, mais difícil de curar do que no corpo...").**

Segundo ela, há uma relação direta entre seu problema de saúde mental e a hipertensão **("... o problema da cabeça que causou a pressão alta porque eu num tinha isso antes, eu num tinha...").**

Em relação às medicações, ela começa explicando que no passado reconhecia no diazepam uma função hipnótica. Hoje, o diazepam seria percebido como tendo uma função mais ampla envolvendo uma atividade ansiolítica e uma ação de melhora no seu pragmatismo **("O diazepam ele me deixa assim mais calma, ele me deixa, me dá mais atividade assim, me dá mais coragem prá fazer as coisa, eu num fico como uma pessoa que tá ali inútil, né...").** A paciente também faz uso de amitriptilina, medicação que é reconhecida como coadjuvante do diazepam **("... também com a ajuda do remédio amarelo junto com o diazepam, ele me deixa com mais bastante sono assim que eu posso relaxar, a noite eu durmo bastante, tranquila, não fico com esses pensamento...").** O propanolol é considerado corretamente em sua função anti-hipertensiva **("... o promamolol, ele me age na pressão, tira também a inchação das minhas pernas...").** É interessante observar que o modelo explicativo de Helena para a atuação das medicações (especificamente o diazepam e o lexotam) envolve a idéia de que as drogas vão até o cérebro e "isolam" ou "separam" os nervos, o que levaria a uma situação de organização (compara com uma pasta de arquivos) e de distância entre os nervos **("... é como se ele fosse uma fita isolante... então ele separa aquelas coisa que eu sentia**

antes, então já deixa tudo como se fosse uma pasta que eu organizasse as coisa, o senhor vai colocando tudo organizadinha, então ele age dessa maneira em mim, sabe... vai lá no local, separa e fica lá, até o outro vir que eu vou tomar o outro e o próximo.").

Helena faz as seguintes considerações a respeito da loucura:

- é caracterizada por alterações do pensamento, falta de crítica e alterações do juízo da realidade (**"... loucura, são aquelas pessoas que não tem noção de nada, faz coisa, eu já vi pessoa, que a pessoa diz, é louco, tá lá no manicônio, né, e fica falando muitas coisa que ele mesmo não entende nem a gente entende..."**);
- dentro de uma hipótese de alterações físicas no cérebro, sua causa pode ser entendida através de uma concepção onde os nervos se misturam e formam "nós" no cérebro. Essas alterações só poderiam ser revertidas através de um processo de cura religiosa; a cura ("separação dos nervos") por meio de um tratamento médico é considerada impossível (**"... aí eu acho que já misturou tudo, avançou e aquilo ali tá tudo misturado, é como se o senhor batesse tudo no liquidificador e quisesse separar e não tem como, não tem condições de separar, os nervos deram nó e não tem como desatar, só uma bênção mesmo, assim como é, um milagre, né, só se for um milagre..."**);
- além da causa associada a alterações físicas no cérebro ("parte material"), o demônio é considerado como um fator causal adicional ("parte espiritual") (**"... ajunta sim, tem sim, tem parte espiritual, tem parte material, as duas também faz parte... doutor, olha essa parte do demônio tem a ver..."**);
- um exemplo de uma pessoa percebida como estando acometida de loucura é apresentado (**"... eu vi esse rapaz, ele andava com um monte de corrente no pescoço, corrente mesmo daquelas grossa, ele andava sujo, fedido e aquele monte de saco velho e um caso desse eu li na bíblia, a causa, a coisa do demônio, que aí já não é mais um agindo, são legiões, que é legiões, é milhões de demônios que age em torno daquilo..."**). Nesse caso, a fraqueza

("falta de fé"), o uso de drogas e um possível evento traumático também são considerados como hipóteses causais associadas (**"... eu acho que aquilo ali, a maior fraqueza da mente, eu acho, não sei se ele usou alguma droga, alguma coisa ou ele teve alguma, alguma decepção na vida, algum choque emocional porque doutor, tudo tem a ver com coisa emocional..."**).

A paciente nega ter capacidade de realizar algum tipo de cura apesar de admitir que pode "ajudar" as pessoas fazendo orações (**"Eu não, eu posso orar, ajudar na oração agora eu não tenho essa capacidade."**).

Na questão referente a causas de doenças específicas, refere que o sarampo é uma doença causada por um vírus (**"Não sei, é um vírus, né, mas que a gente não vê, não sei nem por onde passa nem de que jeito vem."**). A diabetes seria causada por excesso de açúcar ou de gordura (**"Ai, doutor, diabetes, não é, não sei, alimentação, né, acho que, muito açúcar, sei lá, gordura, não sei."**). O fato de uma pessoa frequentemente estar com gripe e não tratar-se e o uso de tabaco são considerados como fatores causais da tuberculose (**"É a pessoa que tem frequentemente gripe, não é isso, se não fizer o tratamento adequado vai acumulando mas também eu conheci uma pessoa que não era só a gripe ela fumava, ela morreu de tuberculose, morreu seca, seca, seca."**). A promiscuidade sexual é destacada como um fator associado à transmissão do vírus causador da AIDS. A idéia médica de uma infecção no sangue é apresentada, porém, a origem desse vírus é atribuída diretamente ao demônio (**"Uma infecção no sangue, né, como eu falei pro senhor que eu vejo muita gente falar, né... é, doutor, porque no caso da menina ali, ela tinha um, ela transava com muitos, né, e de várias forma... é um vírus, só que ele vem do demônio porque Deus vai por vírus ruim na gente?"**). O suicídio também é considerado num contexto de causa religiosa onde o demônio atuaria de forma direta levando a um estado de "perturbação mental" que favoreceria o cometimento de suicídio (**"Doutor, eu já não sei, isso aí também é coisa espiritual, prá mim é coisa do demônio também porque o suicídio, eu vou falar da bíblia, tá lá na bíblia que a pessoa que se suicida ela não tem salvação, que é coisa do diabo, é o demônio que causa essas coisa, é uma perturbação espiritual... é uma força maligna que veio e a pessoa acaba fazendo isso."**). O alcoolismo é considerado uma doença e também associado a questão da fraqueza ou "falta de fé". Helena faz referência ao fato dela ter usado álcool no passado e ao

processo de recuperação de seu marido alcoólatra (**"... aí eu já acho que é uma doença, assim, sabe, eu acho que é uma fraqueza da pessoa também, eu não sei porque no meu marido até hoje eu não descobri o que fez ele virar um alcoólatra mas hoje ele não bebe mais."**). A paciente nega conhecer a causa da lepra e da depressão apesar de reconhecer esse último termo como sendo explicativo para seu problema mental (**"Ai, meu Deus, eu não sei, eu sei que eu tive, não sei se ainda tenho nem como entrou em mim."**).

O quadro 6.7 apresenta alguns termos e expressões utilizadas pela paciente ao longo da entrevista de Formulação Cultural que foram incluídos no glossário apresentado no anexo I.

Quadro 6.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)

apresentação dos remédios
botar a fé a prova
modo clínico
separar os nervos
simpatia de cortar

Formulação Cultural do Caso (caso 7)

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Antônio, 41 anos, natural de Teófilo Otoni-MG, procedente de Campinas-SP há cinco anos, solteiro (quatro filhos), primeiro grau incompleto, desempregado, católico e evangélico (igreja Assembléia de Deus).

Paciente apresenta história de uso de álcool desde a adolescência. A partir dos 20 anos passou a aumentar progressivamente a ingestão de bebidas alcoólicas começando então a conviver com uma série de problemas que se intensificaram ao longo dos anos: perda de empregos, problemas com familiares e problemas de saúde associados a intoxicações agudas ou abstinência de álcool.

No período em que iniciou o uso de álcool em maior quantidade, trabalhava como lavador de automóveis em sua cidade natal (Teófilo Otoni-MG). Após perder esse emprego, desentendeu-se com os familiares e decidiu sair da cidade.

Desde então, iniciou uma série de ciclos caracterizados por mudanças de cidades (morou em Belo Horizonte-MG, Catalão-MG, Eunápolis-BA e ultimamente em Campinas-SP) intercaladas com retornos a Teófilo Otoni-MG. Esse processo ocorre basicamente da seguinte maneira: o paciente procura uma cidade onde começa trabalhando e bebendo apenas em pequena quantidade durante alguns meses. Posteriormente, passa a aumentar o consumo de álcool, perde o emprego (por embriaguez ou faltas) e passa a viver numa situação bastante precária, algumas vezes como andarilho. Após determinado período, ele decide voltar para Teófilo Otoni-MG onde acaba recebendo algum apoio de amigos e familiares recuperando-se parcialmente do quadro. Após algum tempo, decide novamente mudar-se de cidade onde um novo ciclo é iniciado.

Na evolução de seu problema, Antônio tem história de ter procurado inúmeras vezes ajuda médica e prontos-socorros devido a sintomas de abstinência alcoólica. Além disso, chegou a ser internado para tratamento de fraturas decorrentes de quedas durante episódios de embriaguez. Nega internações em hospitais psiquiátricos ou realização de tratamento ambulatorial para o alcoolismo. Tem antecedente familiar de alcoolismo na família (irmão, tio paterno).

Nos últimos meses vem vivendo como andarilho e apresenta um padrão de consumo de grande quantidade de álcool (um a dois litros de pinga diariamente). O paciente não vem alimentando-se adequadamente e apresenta descuido em relação a cuidados pessoais básicos de higiene. Procurou o Centro de Saúde referindo desejo de iniciar tratamento psiquiátrico mas principalmente solicitando apoio social no sentido de receber uma passagem para retornar a Teófilo Otoni-MG. O paciente negou apresentar outros sintomas psiquiátricos que justificassem diagnósticos adicionais pela CID-10 ou pelo DSM-IV. A conduta tomada no Centro de Saúde foi iniciar tratamento medicamentoso com diazepam (15mg via oral ao dia) e reposição de vitaminas. Além disso, o paciente foi encaminhado para um centro de tratamento especializado em dependências químicas na cidade de Campinas-SP visando um atendimento integral incluindo acompanhamento psiquiátrico, psicoterapia em grupo e entrevista com uma assistente social.

Diagnóstico psiquiátrico:

CID-10: Transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de álcool (Síndrome de dependência) (F10.2)

DSM-IV: Transtorno por uso de álcool (Dependência de álcool) (303.90)

FORMULAÇÃO CULTURAL

I. Identidade Sócio-Cultural

Os principais elementos associados à Identidade Sócio-Cultural de Antônio dentro de uma perspectiva de trajetória de vida envolvendo conjuntos de padrões culturais são:

- natural de Teófilo Otoni-MG, cidade onde morou até os 20 anos de idade;
- trajetória de múltiplos retornos à sua cidade natal após passar períodos de alguns anos morando em outras cidades (Belo Horizonte-MG, Catalão-MG, Eunápolis-BA);

- trajetória de progressivo prejuízo em relação às condições de moradia ao longo dos últimos anos: bairro → ocupação → albergue → morador de rua;

- trajetória de progressivo prejuízo em relação a sua situação de trabalho: assalariado (vendedor, lavador de automóveis) → "bico" (ajudante de pedreiro, "olheiro") → desempregado;

- padrão cultural específico associado a situação de viver como andarilho (aspecto comentado no módulo Apresentação do Problema);

- rede social de apoio: irmãos, tios e amigos em Teófilo Otoni-MG. O paciente reluta em admitir a ajuda de seus familiares na sua cidade natal, porém, efetivamente, ao voltar para Teófilo Otoni, ele recebe ajuda material (roupas, comida, local de moradia) e diminui temporariamente a ingestão de álcool. Os retornos para Teófilo Otoni caracterizam uma transição entre núcleos familiares: companheira → irmãos;

- o apoio de amigos deve ser entendido num contexto em que a ingestão de álcool é estimulada. Após algum tempo, o paciente acaba decidindo mudar-se para alguma outra cidade buscando melhores condições de trabalho e reiniciando o processo de ingestão pesada de álcool;

- trajetória religiosa inclui uma situação de frequência simultânea na igreja católica e na igreja Assembléia de Deus. A participação em cada uma dessas igrejas é condicionada à ingestão ou não de álcool (quando o paciente está bebendo, frequenta a igreja católica, quando o paciente está abstinente, frequenta a igreja evangélica);

- história de três relacionamentos amorosos (duração de 4, 12 e 5 anos) e quatro filhos (três do primeiro e um do terceiro relacionamento). Separações diretamente associadas ao uso de álcool apesar do paciente se apresentar relutante em admitir essas situações;

- referência a uma dificuldade adicional em frequentar a igreja Assembléia de Deus nos períodos em que estava amasiado.

II. Apresentação do Problema

Antônio caracteriza dois grupos de sintomas correspondentes a problemas reconhecidos e os denomina respectivamente como alcoolismo e "hisdrofobia". Para referir-se aos indivíduos acometidos de alcoolismo, o paciente utiliza os termos "alcoólatra", "pinguço" e "viciado".

O quadro 7.1 apresenta esquematicamente a forma como Antônio estrutura seu problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV).

Quadro 7.1: Estruturação do problema

Classificações Psiquiátricas **(CID-10 / DSM-IV)**	**Concepção do paciente**
Diagnóstico de um transtorno mental: CID-10: Transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de álcool (Síndrome de dependência) (F10.2) DSM-IV: Transtorno por uso de álcool (Dependência de álcool) (303.90)	Reconhecimento de dois problemas distintos: Alcoolismo "Hisdrofobia"

Os sintomas da "hisdrofobia" (considerados pelo paciente como mais importantes que os do alcoolismo) são compatíveis com alguns dos sintomas da síndrome de abstinência alcoólica definida nas classificações psiquiátricas oficiais (CID-10 e DSM-IV).

O quadro 7.2 esquematiza o agrupamento de sintomas apresentados em cada um dos problemas reconhecidos além de trechos ilustrativos da narrativa do paciente.

Quadro 7.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos:

Problema reconhecido	**Sintomas apresentados**	**Narrativas**
Alcoolismo	- ficar tranquilo e não importar-se com os problemas - fazer ameaças verbais às pessoas, esquecer as atitudes tomadas, não ter crítica sobre seu comportamento	**"... se eu tiver bebendo eu não tô nem vendo..."** **"A pessoa fica pinguço, faz uma coisa não vê, xinga o senhor, no outro dia não sabe..."**
"Hisdrofobia"	- sintomas físicos - insônia - irritabilidade, agressividade - alterações senso-perceptivas definidas como "ficar delirando" - alterações de comportamento	**"É que eu fiquei doente, né, muito fraco, meu problema eu não comia... não dormia..."** **"... uns fica nervoso, outros fica valente..."** **"A pessoa com hisdrofobia fica vendo fantasma, se tá olhando prá lá assim tá vendo aranha, tá vendo morcego, vê gente que morreu, vê o papa, certo... isso aqui é uma bolsa, o cara que tá delirando olha aqui e vê uma bicicleta..."** **"... vai acender um cigarro põe o cigarro na boca e taca o fósforo aqui assim dizendo que tá acendendo..."**

Antônio apresenta a idéia de que seu problema é grave devido a percepção de "perda" em vários aspectos de sua vida psicossocial (trabalho, dificuldades na esfera sexual) e da percepção de que os alcoolistas são considerados "inválidos" pelas pessoas que não ingerem bebidas alcoólicas (**"É grave, a gente perde uma série de coisas, perde assim, sexualmente fica fraco, perde serviço, perde uma série de coisas, né... é, fica, né, fica inválido pros outro, prá quem não usa o álcool..."**).

Refere uma perspectiva de evolução favorável para o problema a partir da possibilidade de mudar-se para uma cidade com melhores condições de emprego (**"Eu acho que eu vou superar, eu acho... Não tô pensando em voltar prá Teófilo Otoni, eu tô pensando em voltar prá uma cidade mais elevada aonde tem de fato serviço porque Teófilo Otoni é pequena, a cidade..."**).

A questão da dificuldade de trabalho em vigência do alcoolismo também é lembrada na questão referente a avaliação do prejuízo no funcionamento psicossocial (**"... aí perdi esse serviço lá, e assim por diante tenho perdido em outros curso por aí."**).

Antônio afirma não sentir-se diferente das pessoas que não apresentam o problema da dependência do álcool (**"Não, eu sinto um cidadão comum."**).

Em relação a estigmatização, diz que é absolutamente normal que uma pessoa alcoolizada seja mal-tratada em locais públicos (**"Bom, no caso se o camarada chega alcoolizado num estabelecimento qualquer, né, de fato ele é mal tratado, lógico."**). Apresenta ainda a idéia de que a maioria dos moradores de rua mantém-se nessa condição por escolha própria não aceitando morar em casas ou albergues (**"... é porque ele não procura ter o teto, tem muito cara que não quer teto, você por exemplo oferece ao camarada: eu tenho um lugar prá dormir ali, aí ele acaba não querendo..."**). A esse respeito, acrescenta que não concorda com a utilização da palavra "mendingo" para designar pessoas pobres. Explica que, na sua concepção, ela poderia ser aplicada apenas a pessoas egoístas e que não ajudam os mais necessitados (**"... tem pessoas que dormem na rua, que diz que é mendingo, mas eu não conheço essa palavra em cima da pessoa que não tem finanças, eu acho errado, pelo seguinte, a palavra mendingo só cabe em cima daquele que tem e não divide, esse é o verdadeiro mendingo, imagine o senhor precisar de uma comida e a pessoa que tem não retribuir ao irmão, esse aí é o mendingo, o mendingo é aquele que não gosta nem dele..."**).

Na caracterização de um outro problema de saúde, refere um "problema de vista" decorrente do uso de produtos químicos no período em que trabalhou como lavador de carros (**"Tenho sim, tenho problema de vista, né, enxergo muito pouco, acho que por causa de solupan demais que nós usa, né, solupan é uma composição de soda que nós usa prá bater debaixo do carro depois do esguicho, então, afeta a vista, né."**).

III. Causas do Problema

A primeira causa considerada por Antônio e apresentada na questão aberta sobre esse tema é a idéia de que o hábito de ingerir qualquer tipo de substância leva a um processo de dependência (**"Olha, o que causa é o seguinte... porque se todo dia você tomar café, o dia que não tiver o café você tem problema, é igualmente a cachaça ou seja a maconha ou seja qualquer outra coisa."**). Essa dependência caracterizaria uma condição de "vício" e não de "doença" (**"... é um vício, não é uma doença..."**).

Dentre as opções de causas listadas no cartão 1 da entrevista, o paciente descarta a idéia de doença como causa do alcoolismo e levanta as seguintes hipóteses para explicar o motivo da ingestão continuada de álcool:

- falta de coragem para realizar determinadas atividades como por exemplo: cobrar dívidas, envolver-se em brigas ou sair com mulheres (**"... tem gente que bebe prá ir brigar, tem gente que bebe prá receber uma conta de um, tem gente que bebe prá um outros problema, tem uns que bebe prá andar com a mulher porque ele sem a bebida ele não reage, então é dessa maneira, dessa forma..."**);
- ciúmes (**"... tem muito cara que às vezes ele acha que a mulher dele tá saindo com outro e ele vai prum buteco beber porque às vezes ele não tem coragem de chegar no outro..."**);
- simplesmente "gostar" de bebidas alcoólicas (**"... o problema de Simão é porque ele gosta de cachaça, não tem que vim, certo, ele já acostumou a beber e não adianta..."**). A expressão "não adianta" é utilizada aqui para designar casos graves de dependência ao álcool onde uma proposta de situação de ajuda é muito difícil ou impossível;
- trabalhar em determinadas atividades que favoreceriam o consumo de álcool (**"... é difícil ter um lavador de carro que não beba, porque lida muito com água fria, então o principal remédio prá quem mexe com esse tipo é cachaça... É a profissão que leva o cara a beber, é a profissão."**);

- "fraqueza espiritual" ou "doença espiritual": a pessoa teria consciência do seu problema mas seria incapaz de interromper o uso de álcool. Essa situação seria muito comum em moradores de rua e estaria associada à falta de fé e coragem para mudar de comportamento (**"... eu, não é que eu sou doente físico, né, que eu não sou aleijado nem nada, nem paraplégico mas doente espiritual, doutor, sei que cachaça faz mal e fico bebendo, então... quase todos eles ingerem bebida alcoólica ou então outras substâncias que afetam a saúde... é gostoso porque é pecado, né, tem cara que gosta de ser maconheiro, tem cara que gosta de ser alcoólatra, é fraqueza espiritual, doutor."**);

- influência de espíritos que "não aceitaram a morte". Preferencialmente, esses espíritos atuariam sobre pessoas que já ingerem álcool ou pessoas que iniciaram alguma prática espírita e posteriormente abandonaram essa atividade (**"... doutor, tem cara que é o seguinte, ele vai na macumba, o dia que ele não vai, aqueles espírito que morreram, que não aceitaram, que tem espírito que a carne morre, espírito que fica vagando e ele não aceita que a carne morreu, então ele fica procurando um fraco, principalmente quem bebe, prá ele poder alojar, porque o espírito de quem morre principalmente de causa de bebida, de causa de briga e essa coisa toda, o espírito ele fica vagando, então tem um fraquinho ali ele chega..."**);

- influência de um espírito denominado "Martim Pescador" que utilizaria o corpo das pessoas para beber uma grande quantidade de álcool (**"... tem um espírito que chama Martim Pescador, é um tal de Martim Pescador que é um espírito ruim da cachaça, é o beberrão, certo, é um espírito que quando ele desce na macumba tem cara que vira calote de cinco litro na boca e bebe tudo e sai andando normal, então quem tá bebendo não é ele, é o espírito."**);

- ingestão de bebida alcoólica deixada numa prática de macumba. Esse comportamento levaria ao alcoolismo por influência do espírito para o qual a bebida estava destinada (**"... tem cara que acha litro de cachaça na**

encruzilhada ele vai chegando pegando e buuu, esses cara não deixa de beber nunca na vida porque aquela cachaça num tá ali prá ele, aquela cachaça tá ali justamente pro espírito que tá vagando...");

- idéia de que o álcool se "acumula" no cérebro da pessoa acometida pelo alcoolismo (**"Ah, deve ser a substância do álcool, né, deve ser a substância química do álcool, né, acumula, né, eu não sei.").**

As principais causas consideradas para o alcoolismo foram o fato do indivíduo "gostar" de bebidas alcoólicas (associada a casos graves onde o alcoólatra chegaria a abandonar a família para continuar bebendo) e a idéia de "costume" ou vício (**"... a principal causa do camarada ir beber é aquele que gosta da bebida, certo, aquele que deixa tudo, deixa mulher, deixa filho, deixa tudo e vai beber... de tudo isso o que sobra é o vício mesmo.").**

No quadro 7.3, é apresentado um resumo esquemático do modelo de causa explicativa do paciente para o "alcoolismo".

Quadro 7.3A:Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas ("alcoolismo")

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	Hábito (vício) Falta de coragem para realizar determinadas atividades Ciúmes **Simplesmente "gostar" de bebidas alcoólicas** Determinados trabalhos específicos
Causas mágico-religiosas	"Fraqueza espiritual" (Doença espiritual") Influência espiritual (Exemplo: espírito Martim Pescador) Ingerir bebida alcoólica deixada numa macumba
Alterações físicas e doenças / Outras causas	Álcool "se acumula" no cérebro

* Principal causa explicativa considerada no momento

O problema denominado "hisdrofobia" é entendido a partir das seguintes hipóteses causais:

- idéia de que o alcoolismo leva à "hisdrofobia" quando é interrompida a ingestão de álcool (**"... aí quando pára de beber chama-se hisdrofobia, hisdrofobia é o cara que é hisdrófobo, é o cara que se ele num beber, aí ele fica delirando, aí dá o nome de hisdrofobia, o cara fica hisdrófobo..."**);
- idéia de que a "hisdrofobia" é uma doença que necessita ser tratada através de ajuda médica (**"... essa parte que fica sem beber que passa a ser doença mas enquanto cê tá bebendo cê não percebe que pode dar doença... É que eu fiquei doente, né, muito fraco, meu problema eu não comia, não dormia, eu ficava nervoso, então falei: sou obrigado a procurar a medicina."**).

No quadro 7.3B, é apresentado um resumo esquemático do modelo de causa explicativa do paciente para a "hisdrofobia".

Quadro 7.3B: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas ("hisdrofobia")

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	Não
Causas mágico-religiosas	Não
Alterações físicas e doenças / Outras causas	Interrupção da ingestão de álcool Doença

O entendimento da variação temporal do modelo de causa do paciente inclui a idéia da "hisdrofobia" ser uma doença em contraposição ao problema do alcoolismo (**"Porque eu tive certos problemas, né, depois eu fui ver que de fato é uma doença, de fato... essa parte que fica sem beber que passa a ser doença mas enquanto cê tá bebendo cê não percebe que pode dar doença..."**). A percepção de que ele tinha desenvolvido um outro problema que deveria ser considerado como uma doença está ligada ao aparecimento de sintomas físicos com a interrupção do uso de álcool e ao fato dele ter

acompanhado a internação psiquiátrica do irmão com sintomas graves de "hisdrofobia" (**"... aí lá que falaram prá mim, seu irmão não tem nada de loucura o problema de seu irmão é hisdrofobia, tanto é que ele ficou lá uns trinta dias tratando nessa clínica, nesse hospital, internado mesmo..."**).

No caso desse paciente em particular, a variação temporal do modelo de causa explicativa inclui a apresentação de dois problemas numa relação de causa-efeito sintetizada no esquema abaixo: percepção de um problema denominado "alcoolismo" causado principalmente pelo hábito de ingerir bebidas alcoólicas (vício), pelo fato da pessoa "gostar" de álcool e por possíveis influências espirituais → percepção de que uma pessoa com "alcoolismo" que interrompe o uso de álcool passa a desenvolver um outro problema denominado "hisdrofobia" que deve ser considerado como uma doença.

O paciente não apresenta os modelos explicativos de causa de seus familiares desqualificando suas opiniões e considerando que eles não poderiam ajudá-lo porque não sabem do seu problema e porque também são alcoolistas (referência a dois de seus irmãos). Na verdade, o paciente parece querer colocar-se numa situação em que ele é que poderia oferecer ajuda aos familiares como na ocasião em que articulou a internação psiquiátrica de um irmão em Belo Horizonte-MG (**"... tanto é que eu já tive um irmão que eu panhei ele trusse prá Belo Horizonte, panhei ele lá em Teófilo Otoni e trusse prá Belo Horizonte prá tratar como um louco de tanto que ele bebia, não pode falar, né."**).

Antônio diz que sua mãe não soube de seu problema porque faleceu durante sua infância (**"A minha mãe quando morreu eu nem bebia porque eu fiquei piazinho assim com sete anos."**). Faz referência a uma irmã que o criticava por seu comportamento violento mas desvaloriza suas opiniões pelo fato dela ter consumido álcool no passado (**"Eu tenho uma irmã que não gosta, né, mas os outros nem sabe que eu bebo... A irmã que não gosta ela não gosta porque eu bebo e fico meio esquisito, né, violento, às vezes ela fala uma coisa eu não aceito... não, não porque ela também já bebeu demais, por certo sei lá, né..."**). Sobre suas companheiras, também não faz referência sobre seus modelos de causa afirmando apenas que uma delas o criticou pelo uso de bebidas enquanto as outras duas não se importavam (**"... essa uma aqui até que não fala nada, não, agora e a outra também não, agora essa que tem três filhos comigo essa não gostava, não..."**).

O quadro 7.4 esquematiza a ausência de interação do modelo do paciente com o padrão de causas explicativas apresentado por seus familiares.

Quadro 7.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente

PACIENTE	↔	**Familiares (não é explicitado o modelo de causa)**

IV. Situações de Ajuda

Na questão aberta sobre as situações de ajuda procuradas, Antônio destaca a ajuda médica e o que ele denomina de "ajuda própria". Essa expressão refere-se a pensamentos motivadores relacionados a manutenção de um estado de abstinência (**"Ajuda de médico, antes de procurar o médico eu peguei aquela ajuda própria, né, eu não vou beber mas aí passava um tempo, ah, a coisa apertava."**).

O paciente relata ter recebido ajuda de amigos em situações onde encontrava-se numa situação social precária após voltar à sua cidade natal (**"... eu voltava muito prá lá porque acostumei, um amigo fulano, amigo beltrano, amigo sicrano, se eu dormisse na rua, aquele que tá lá é o lavador, quem tá lá? É o lavador, então pronto, eu tinha ajuda."**).

Refere também procurar ajuda através de orações e da leitura da bíblia. Apresenta uma interpretação da bíblia que contradiz a proibição que os evangélicos impõem em relação às bebidas alcoólicas. Segundo ele, o fato de ingerir álcool moderadamente não vai contra os ensinamentos bíblicos que "condenariam" apenas o consumo de álcool que levasse a um estado de "embriaguez" (**"... a bíblia, ela não condena a bebida de tal maneira tal que muitos crentes critica não, a bíblia condena é a embriaguez, não condena a substância, não..."**). Ressalta ainda a obrigatoriedade da leitura da bíblia para as pessoas que são batizadas, no seu caso, em ambas as igrejas

(católica e evangélica) (**"... a gente que é batizado tem, a gente que é batizado é obrigado a ler a palavra."**).

Antônio comenta sobre sua visão de que seria impossível conversar com um pastor sobre a questão do alcoolismo porque ele não aceitaria essa situação e o consideraria como um "desviado" (**"Não, eu nunca cheguei pro meu pastor e falei que tava bebendo, não, porque não aceita... aí ele falava comigo: olha, então o senhor tá desviado, uai."**).

Em relação a sua participação em atividades na igreja, o paciente relata uma maior aceitação de seu problema pela igreja católica em comparação com as restrições percebidas na igreja evangélica e com as quais ele não concorda. Essa concepção acaba gerando um padrão de comportamento misto em relação às suas atividades religiosas: nos períodos em que está bebendo frequenta a igreja católica e nos períodos em que está abstinente frequenta a igreja evangélica (**"Na igreja católica, porque lá de qualquer maneira que tiver não tem erro a porta tá aberta, agora lá na igreja do crente, não... bom, a bíblia diz: venha como está, certo, bêbado, são, de qualquer maneira, né, na visão de Deus a porta tem que estar aberta, né, venha como está."**).

Apresenta uma recordação de caráter lúdico sobre visitas a um "macumbeiro" na sua infância em períodos onde estava visitando uma irmã que mora na Bahia (**"... minha irmã morava perto de um macumbeiro lá na Bahia e quando eles começaram com aquele negócio de prece prá Cosme e Damião, não sei o que pá pá pá, então a gente ia comer pipoca, comer vatapá, caruru e tudo mais... não, aquilo a gente ia, eu tinha um cunhado que, um ex-cunhado que morava com a minha irmã, com essa uma que mora lá na Bahia, então eu gostava disso aí, vâmo, todo lugar que ele ia eu ia."**).

Refere um sentimento de ambiguidade em relação a sua experiência em grupos de auto-ajuda. Por um lado, valoriza esse tipo de tratamento explicando que as pessoas podem ajudar-se por "sugestão" num processo semelhante ao que ocorre na igreja evangélica. Por outro lado, critica a falsidade de uma parte dos frequentadores dos grupos de auto-ajuda que, assim como alguns membros de igrejas, não praticam o que apregoam nas reuniões (nesse caso específico, a manutenção da abstinência) (**"Já fui e já saí... fui com um amigo... eu acho que é bom, é por sugestão, imagina, tem duas ou três pessoas ali, um pensa uma coisa, outra pensa outra, resumindo, um ajuda o outro e chega**

numa coisa só, o cara pode ir até bebendo agora depois que ele parou de beber ele ajuda o outro companheiro a também parar de beber, é tipo assim, igual uma religião, né, uma religião evangélica... mas é mesma coisa que gente que vai na igreja e diz que aceita Jesus e faz coisa pior que aquele que não aceita, porque quando ele vai lá ele vai lá no momento que ele tá são, ele vai lá dar as sugestões dele e dali depois que ele vira a próxima esquina o primeiro boteco que ele encontra, aí ele bebe todas, eu não gosto disso, ou bem a pessoa é uma coisa, ou bem a pessoa é outra coisa, né, ou bem é alcoólatra, né, ou não é alcoólatra.").

O paciente nega ter procurado ajuda em muitas das situações apresentadas na entrevista (familiares, remédios caseiros, livros de auto-ajuda, atividades adivinhatórias, promessas, benzedores, procissões, padres, pastores, farmacêuticos, terapias alternativas e psicoterapias).

Na questão referente à primeira situação de ajuda procurada, o paciente refere o que ele chama de "ajuda própria" para combater o alcoolismo **("O que eu procurei em primeiro lugar? O que eu procurei primeiro foi ajuda própria.").** A análise de sua narrativa revela também que nesse período inicial ele procurou realizar atividades na igreja evangélica.

As principais ajudas consideradas pelo paciente para o alcoolismo são a leitura da Bíblia e a "ajuda própria" **("... tô tendo força de vontade, ajuda própria, né, agora a respeito a bíblia é o seguinte, cê pode beber, não resta dúvida, agora você tem que beber aquela cota que não afeta sua saúde nem seus amigo nem sua família e nem seu apoio moral...").** Em relação à "hisdrofobia" a ajuda considerada mais importante é o tratamento médico.

O quadro 7.5 esquematiza a configuração de situações de ajuda procuradas pelo paciente ao longo de sua trajetória com o problema.

Quadro 7.5: Trajetória de situações de ajuda

"Ajuda própria" (primeira situação de ajuda considerada)
Amigos e familiares em Teófilo Otoni-MG
Simpatias
Companheiras
Igreja católica ↔ Assembléia de Deus
Pastor
Orações
Leitura da bíblia
Grupo de auto-ajuda (Alcoólatras Anônimos)
Tratamento psiquiátrico (uso de remédios) (admitido apenas para a "hisdrofobia")
(Deslocamentos sucessivos entre Teófilo Otoni-MG e outras cidades)

* Principais situações de ajuda consideradas no momento

V. Relacionamento Clínico

A expectativa de Antônio em relação à atuação clínica do psiquiatra varia de acordo com seus dois problemas apresentados:

- alcoolismo: valoriza o recebimento de orientações e informações sobre as consequências do uso de bebidas alcoólicas. Reconhece que suas opiniões podem estar erradas e que o psiquiatra pode esclarecê-lo sobre essa questão **("Nas orientação que ele estudou e talvez eu tô por fora, né, ele informa a gente que bebida faz isso, gera aquilo e gera aquilo outro, né, talvez uma coisa que eu tô falando aqui talvez num tem nem nada a ver o psiquiatra sabe muito mais do que eu...");**

- "hisdrofobia": valoriza a prescrição de medicações por parte do médico (**"... A medicação ajuda também, a hisdrofobia, a medicação ajuda em primeiro lugar."**).

De acordo com sua concepção, o clínico geral pode cuidar de qualquer tipo de doença ao contrário do psiquiatra que cuidaria apenas das doenças psiquiátricas. Em relação a forma de abordagem clínica, o psiquiatra teria como característica ouvir o paciente com mais detalhes. O clínico geral, por sua vez, necessitaria de outros elementos na sua prática clínica (**"O clínico geral é porque em todo o aspecto a respeito da bebida ou de qualquer uma outra doença o clínico geral tem a solução e o psiquiatra ele quer mais ouvir da pessoa que de fato tem o problema prá ele achar, prá ele saber como orienta a pessoa, tá certo... o clínico, ele é obrigado a descobrir a doença do cara, entendeu?"**). É interessante destacar nesse trecho da narrativa a idéia de que o psiquiatra poderia aprender com o paciente ao relembrar na observação clínica aspectos que ele estudou no passado (**"... ele ouve mais e talvez dali daquele que tá bebendo talvez ele até aprenda uma coisa que talvez ele estudou e talvez até esqueceu..."**).

O paciente nega conhecer o termo psicoterapia, porém, afirma que o termo "análise" pode significar tanto o processo através do qual um médico realiza investigações clínicas (**"... o médico faz uma análise quando ele faz a pergunta pro paciente, pergunta, mas vem cá, depois que você comeu você bebeu alguma coisa ou ingeriu tal líquido, aí ele fica voando, fica querendo saber se de fato foi tal coisa que fez mal ou se foi outra coisa, isso é análise."**) quanto o processo que o próprio paciente executa quando apresenta algum sintoma e tenta estabelecer correlações de causa (**"... análise é uma coisa que a gente de fato fica querendo saber o que vem a ser alguma coisa a respeito do que a gente quer saber, a respeito de si próprio, né, por exemplo, às vezes a gente sente tal coisa e fica analisando, né, hoje eu comi tal coisa, bebi tal coisa, bebi tal líquido e apareceu uma diferença no meu quadro normal..."**).

Antônio nega ter enfrentado dificuldades para procurar ajuda psiquiátrica. Acrescenta que muitos alcoolistas acabam mentindo para o médico a respeito da quantidade de álcool ingerida (**"... tem muito cara que vem aqui e não trata, sabe por causa de quê? Porque o cara bebe cinco litro de cachaça por dia aí o senhor pergunta a ele**

assim: quantas você bebe por dia? O cara fala: ah, doutor, eu bebo umas aí, o senhor não acha jeito de saber.").

Em relação a dificuldades de comunicação com o médico, ele relata um episódio onde chegou a discutir com uma médica num pronto-socorro. Segundo ele, a médica não o tratou bem e o criticou por sua dependência de álcool (**"... ela perguntou um negócio lá, eu falei ãã? Ela tornou perguntar, eu ãã? Ela disse: vem cá, o senhor é surdo? Ah, que boca, falei, não senhora, não sou surdo nada não que se eu fosse surdo eu não tava nem respondendo à senhora, não. Ela me ofendeu moralmente, eu não tava bêbado nem nada, falou uma série de verdades, lá... em vez dela me tratar como um cidadão qualquer ela veio me tratar como bêbado..."**). Ao comentar esse episódio, Antônio apresenta uma posição em que apesar de queixar-se de ter sido ofendido, reconhece que a médica também o orientou e falou "uma série de verdades" em relação a sua situação. Nesse sentido, ele parece ter concordado com o conteúdo das críticas mas não com a forma como elas foram apresentadas (**"Ela falou uma série de verdades ali, né, você tem filho? Eu falei: tenho; como é que o senhor quer ver seu filho, não sei o que, pá, pá, pá, falou um monte. Bom, de fato ela tava certa até que ela tava me aconselhando mas dessa maneira não tem contra-ataque."**). Esse episódio de discussão no pronto-socorro sucedeu-se após uma situação em que ele apresentou dificuldades em assinar seu nome na ficha do hospital necessitando ingerir álcool para minimizar os sintomas imediatos da abstinência (**"Aí eu até falei prá ela esperar porque senão não vou nem conseguir assinar lá, né, aí tomei uma e fui..."**). O paciente refere que esse episódio originou a única situação onde ele abandonou um tratamento psiquiátrico, já que não compareceu à consulta para a qual foi encaminhado nem seguiu as recomendações da médica (**"Tanto é que ela marcou retorno, tá lá na bolsa aquela lá e eu nem fui..."**).

O quadro 7.6 resume alguns dos principais aspectos considerados pelo paciente acerca do relacionamento clínico.

Quadro 7.6: Aspectos do relacionamento clínico

Dificuldades no relacionamento clínico, abandono de tratamento e adesão medicamentosa
Reconhecimento de que alcoólatras mentem para os médicos em relação a quantidade de álcool ingerida
Ambiguidade em relação a receber conselhos por parte dos médicos: pode concordar com o conteúdo das críticas mas não com a forma como elas são realizadas
Abandono de tratamento associado a um episódio onde discutiu com uma médica num pronto-socorro

VI. Problemas Gerais de Saúde

Antônio afirma inicialmente que reconhece a importância central da saúde na vida das pessoas (**"Problema de saúde mesmo que o cara não tem saúde, prá mim é a principal coisa na vida de qualquer ser humano..."**). A idéia básica associada a expressão "problema de saúde" é a idéia de doença (**"... tá doente, quando ela tá com problema de saúde tá doente, né..."**) porém, o paciente admite uma pluralidade de causas e de apresentações para os problemas incluindo causas psicossociais e causas mágico-religiosas (**"Qualquer coisa pode causar qualquer tipo de problema, né..."**).

A hipótese de causa citada na questão aberta sobre o tema refere-se à possibilidade de uma macumba causar problemas de saúde, principalmente o alcoolismo (**"... tem vários tipos de problema de saúde, tem pessoas que fazem macumba lá e pega problema de saúde..."**). Como apresentado no módulo "Causas do Problema", algumas situações também favoreceriam uma influência espiritual no desencadeamento de problemas de saúde: o indivíduo frequentar práticas espíritas e depois abandoná-las, ingerir bebidas alcoólicas oferecidas para algum espírito ou frequentar uma prática espírita que envolva a presença de espíritos ligados especificamente ao alcoolismo.

Outras causas apresentadas a partir do cartão 1 da entrevista são:

- o excesso de alimentação ou o aumento da quantidade de comida que a pessoa costuma ingerir causaria "pilepsia", "derrame" ou "loucura" (**"... uma vez cê comeu demais causa um tipo de doença que é pilepsia inclusive eu vou**

conversar com o senhor sobre isso, porque o estômago, por exemplo, se o estômago tá suportando meio quilo de comida, você comer um quilo, é lógico que vai dar problema..."). O processo pelo qual a comida causaria esses problemas de saúde é denominado "congestão" e ocorreria da seguinte maneira: no estômago, se houver uma grande quantidade de comida, o processo de digestão é prejudicado e a comida ficaria durante algum tempo "dando problema no estômago"; depois, a comida poderia "subir" e "afetar o cérebro" desencadeando os problemas citados acima. Assim, a "congestão" seria considerada nesse modelo como uma consequência da dificuldade de "digestão" **("...epilepsia é tipo uma congestão, em vez da comida fazer a digestão ela não faz a digestão, aí causa epilepsia, causa derrame, ela não sai do estômago, ela fica dando, causando problema no estômago, ela tanto sobe como desce, se descer o cara dá sorte, se subir fica louco... em vez da comida fazer a digestão, sobe, então afeta o cérebro...")**. O paciente relata ainda a esse respeito um episódio onde conseguiu evitar o desencadeamento da "congestão" após provocar o vômito **("... eu por exemplo uma vez... tinha acabado de comer naquela hora... aí me deu aquela ânsa de vômito... só que aí tinha uma janela, tinha uma janela de lado... levantei, fui na janela e meti o dedo na garganta, bahhhh, vomitei tudo... uai, pois fez, nossa senhora, ou então vê, vixe, nossa Deus, dá congestão, certo.")**;

- deitar ou tomar banho após se alimentar também causaria a "pilepsia" **("... e tem muito nego que come, vai deitar na mesma hora, vai tomar banho no chuveiro quente ou frio não sei o que, então causa esse tipo de doença...")**;

- o excesso de álcool no estômago levaria a um problema denominado "congestão de bebida" através do mesmo esquema referido em relação a alimentos sólidos. A doença correspondente à "congestão da bebida" também seria a "pilepsia". É interessante observar que o paciente admite também a possibilidade da ocorrência de "pilepsia" durante a abstinência de álcool, processo que seria compatível com um estado de abstinência alcoólica e convulsões conforme caracterizado nas classificações psiquiátricas (CID-10:

F10.31; DSM-IV: 291.8) (**"... Pode, o excesso de álcool no estômago pode... quase todo cara que bebe muita cachaça é piléptico, dá uma congestão da bebida, eu conheço mil e um aqui em Campinas que é piléptico de bebida... ou bebendo dá ou sem beber também dá..."**);

- a alimentação inadequada levaria as pessoas a desenvolverem problemas de saúde e interferiria negativamente na evolução de determinadas doenças como, por exemplo, a AIDS (**"Alimentação, se a pessoa alimenta bem ele tem muito mais saúde de que quem passa fome, viu, o organismo é outro organismo por isso, tem um camarada que é aidético mas aquele vírus demora prá saber que ele é aidético porque a célula de quem come bem é uma célula que impede o vírus ou mata o vírus..."**);

- a transmissão de agentes infecciosos pelo vento ou pela poeira causaria problemas de saúde. O fato da pessoa alimentar-se mal ou ser um morador de rua aumentaria a vulnerabilidade a esse tipo de contaminação (**"... a pessoa pega, sem dúvida nenhuma, porque tem doenças que vem aí pelo vento, poeira, tem pessoas que dormem na rua..."**).

Antônio refere conhecer os seguintes problemas de saúde: câncer, tuberculose, cirrose, AIDS, "problema de vista" e "problema sexual" (**"O corpo ele tá aí prá ser afetado de qualquer epidemia, tem tanta doença, tem câncer, tuberculose, cirrose, tem várias, mil e uma doença aí, é AIDS, é não sei o que, é problema de vista, é problema sexual."**).

Refere ainda que os moradores de rua têm uma vulnerabilidade muito grande a doenças admitindo que praticamente todos eles poderiam ser enquadrados como tendo uma "doença física" ou uma condição definida como "fraqueza espiritual". Nessa condição, a pessoa não conseguiria abandonar o uso de substâncias químicas nocivas à saúde (**"... 99,9%, quer dizer todos sem-teto quase é doente, de dois tipo, né, tem um que é doente fisicamente, né, e o outro é espiritual, é a pessoa, camarada fraco de espírito, né, ele tá vendo que tá na sargeta e não se toca, né... bom, eu, não é que eu sou doente físico, né, que eu não sou aleijado nem nada, nem paraplégico mas fraqueza espiritual, doutor,**

sei que cachaça faz mal e fico bebendo, então... quase todos eles ingerem bebida alcoólica ou então outras substâncias que afetam a saúde...").

O paciente entende o termo "loucura" como sinônimo de problema mental, uma situação onde a "mente não funciona". Uma outra definição apresentada diz respeito ao caráter de incurabilidade da loucura, principalmente nos casos associados ao que ele chama de pessoas "impressionadas" **("Loucura é o cara que não tem cura, principalmente os impressionados...").** Antônio apresenta a seguir uma espécie de classificação para os "vários tipos de loucura":

- loucura decorrente de mordida não tratada de um "cachorro doido" **("... existe vários tipo de loucura, né, o cara que é louco porque um cachorro doido mordeu ele não tratou...");**
- loucura decorrente da ingestão de comida mal-cozida **("... tem cara que é doido por causa da comida mal cozida...");**
- "loucura de desastre" (associada a um trauma crâneo-encefálico) **("... tem cara que doido por causa que bate na cabeça... loucura de desastre, né, a pessoa toma um baque na cabeça e fica assim...");**
- loucura associada à epilepsia: "loucura de comida" ("congestão") ou "loucura da mente esquecida" **("... louco de comida é o louco epiléptico, é o louco da mente esquecida, lógico, quase todo cara que tem problema de epilepsia o senhor dá uma caneta e fala: guarda aqui, passado minutos depois o senhor manda ele buscar aquela caneta e ele vai procurar em outro lugar, a comida afetou a mente, as que causam mais são as gordurosas...");**
- loucura associada à ingestão de bebidas alcoólicas **("... tem cara que é doido por causa de bebida...");**
- "loucura de impressão": situação onde a pessoa ficaria "impressionada", ou seja, com pensamentos repetitivos em relação a um determinado assunto (exemplos: loteria, riqueza, paixão amorosa, ambição, perda de um filho por parte da mãe). Essa situação evoluiria para uma condição de loucura e poderia ser qualificada através da expressão "louco impressionado" ou "louco

alucinado" (**"... tem cara que é louco impressionado, o louco alucinado é aquele que sempre pensa em ganhar na loto e não pensa de outra coisa, esse é impressionado, entendeu, é ou não é?, é claro... O cara que vê uma menina, gama na menina e não consegue, também fica impressionado, tem cara que pensa em ser, por exemplo, uma outra coisa que ele não tem condição, acaba ficando impressionado, então, tem mulheres que, às vezes um filho morre ou na gravidez também dá isso demais, a mulher também fica alucinada... impressionado é a pessoa que, qualquer coisa faz o cara que tá fraco ficar impressionado, por exemplo, meu pai morre, eu fico com aquilo na cabeça, aquilo chama impressão, médico nenhum cura..."**);

- "louco agressor" e "louco mongolóide" ou "debilóide" (**"... tem louco que é agressor, tem louco já que eles falam que é mongolóide ou então debilóide, ele não é agressivo, é aquele cara que de todo jeito prá ele tá bom..."**).

Em relação a diferença conceitual entre os problemas mentais e os outros problemas de saúde, ele refere que os problemas mentais são mais graves e provocam "tensão no corpo", "dor de cabeça" e sensação de ficar com o "corpo ruim". Esse trecho da narrativa é de difícil compreensão (**"... O problema no corpo é a, às vezes você sente uma dor no braço e o problema da mente é que cê pensa e também sente uma dor de cabeça, ou o que o que, não é, mas junto com a mente ficou mesmo uma tensão que vai fazer o corpo ruim... problema pior é na mente, não é no corpo."**).

Antônio afirma que existe relação entre seu "problema de vista" e o alcoolismo porque o álcool seria "corroente" e "afetaria a vista" num processo cujo mecanismo detalhado o paciente desconhece. O fato de se "ficar com o olho vermelho" após ingerir bebidas alcoólicas comprovaria essa hipótese (**"... o álcool também é corroente, mesma coisa que o solupan, né, não tem cara que bebe e fica com o olho vermelho, é lógico que afeta a vista, como eu não sei mas que afeta afeta."**).

A atuação das medicações é descrita a partir de seus efeitos no problema denominado "hisdrofobia". Assim, alguns dos sintomas da "hisdrofobia" seriam melhorados com o uso de remédios. O mecanismo de ação das medicações nesse processo

não é relatado pelo paciente **("Eu, por exemplo, o remédio tá agindo na hisdrofobia, o cara fica vendo fantasma, doutor, fica vendo fantasma e fica babando, e fica totalmente, pereba tudo, polca toda pele, dessa feita o remédio age, que eu sobre ação de hisdrofobia fico com muito problema.")**.

Em relação à capacidade de realizar algum tipo de cura, Antônio afirma poder ajudar as pessoas através da prestação de alguns cuidados de saúde como "aplicar injeções" e "fazer curativos" **("Bom, depende, às vezes o cara leva um traço, um canto que tá sangrando o que tudo, eu tenho condição de aplicar injeção, eu tenho condição de fazer curativo e tudo mais nele.")**.

As causas referidas para as doenças apresentadas na entrevista são:

- "tomar friagem" causaria sarampo, pneumonia e catapora. O fato de uma criança, estando com febre, "tomar banho frio" também é apontado como um fator causal para o sarampo **("Sarampo é o seguinte, às vezes a criança tá com febre e vai tomar banho frio causa o sarampo, toma uma friagem causa o sarampo, causa uma pneumonia, causa uma catapora, então essa é a causa.")**;

- a ingestão excessiva de açúcar causaria diabetes **("Bom, diabetes a pessoa que ingere muito açúcar, não é, então acaba ficando diabético.")**;

- fumar, ingerir álcool e tomar friagem seriam as causas da tuberculose. A combinação das duas últimas causas seria particularmente favorável ao aparecimento da doença: **("... quase todo cara que bebe muita cachaça e dorme no frio, ele fica tuberculoso rapidinho, junta a friagem do álcool e a friagem do tempo, não há onde...")**;

- um processo muito particular de transformações sucessivas de doenças é sugerido como responsável pela lepra. Inicialmente, a pessoa se infectaria com gonorréia. Como consequência de um tratamento inadequado haveria uma transformação dessa doença para sífilis que por sua vez, quando não tratada se transformaria na lepra. Esse processo incorpora a idéia de que os agentes da gonorréia e da sífilis se alojariam no sangue da pessoa dificultando o tratamento. Além disso, é apresentada a concepção de que a transformação da

sífilis em lepra se consumaria com a formação de bolhas na pele do paciente (**"... tem cara que pega, por exemplo uma gonorréia, ele pensa que tratou, às vezes ele vai ali toma um, vai ali na farmácia toma uma medicação, toma um tetrex, toma, às vezes ele toma um antibiótico keflex, por exemplo, que é tetraciclina, toma, aquilo só, ele acha que tratou, mentira, aquilo tá no sangue, né, então causa isso daí; não procura orientação médica, vira sífilis e sempre tá doente... e a sífilis pode virar lepra, ela vai pro sangue pode desfalcar, fazer uma bolha e daí virar uma lepra."**);

- um "vírus sanguíneo" seria a causa da AIDS. É apresentada a hipótese de que os sintomas da AIDS se instalariam mais tardiamente se a pessoa acometida tivesse um "organismo forte" e se alimentasse bem. A transmissão do vírus ocorreria através de transfusões de sangue, "transação sexual" e uso de gilete de barba utilizado previamente por uma pessoa contaminada (**"A AIDS é um vírus qué, é um vírus sanguíneo, né, é um vírus que vai pro sangue, o cara tá doente e não fica sabendo que tá... tem muitos que a AIDS demora aparecer nele porque ele é um cara forte, não é, ele é um cara de organismo forte e o cara de organismo fraco, rapidinho ele sabe que ele sofre de AIDS... ah, o vírus chega através de uma transfusão de sangue, chega através da gilete que o cara faz uma barba às vezes o levou o cara a ficar lá de AIDS que fez a barba, às vezes cortou com a espinha e eu vou fazer a minha, tam... mas agora no beijo não pega e tal, também na transação sexual também pega, não é."**);

- uma "tentação diabólica" é apresentada como causa mágico-religiosa para o suicídio. Nesse sentido, é aventada a hipótese de que o suicídio levaria à perda da salvação espiritual pelo fato da pessoa "tomar covardemente a vida das mãos de Deus". O sentimento de desespero também é considerado como fator causal. É citado ainda o episódio de suicídio de uma tia do paciente a partir de uma situação de traição conjugal associada a uma visão do demônio na forma de criança (causa mágico-religiosa) (**"Aí chama-se desespero, né, e a tentação diabólica, que já pensou, a vida da gente está nas mãos de Deus, ocê foi suicidar, ocê tomou covardemente a sua vida das mãos de Deus,**

tanto é que não tem nem salvação... causa tanto que eu tive uma tia, veja bem, eu tive uma tia que chamava Maria de Fátima... sabe o que que ela fez? Dizem dela que levantou um dia, isso é a versão dela, né, que levantou um dia de manhã e aí diz que chegou um molequinho desse tamanho nela e falou pr'ela: ó, há um brilho no céu, cê vai? E a única opção que cê tem que fazer é botar fogo n'ocê... aí foi aquela coisa... despejou querosene e riscou o fósforo, no que ela riscou o fósforo, bam, aquele fogão foi longe... ela morreu num estado feio demais. Então a tentação diabólica também leva o cara a suicidar.");

- a vulnerabilidade à depressão estaria associada a uma situação descrita como "ficar pensando muito". Assim, uma quantidade de pensamentos supostamente maior que um padrão normal provocaria a depressão. A hipótese de que se a pessoa "pensar mais ainda" a depressão pode evoluir para loucura também é apresentada **("Depressão é um cara que fica aí, pensa uma coisa, pensa outra, pensa outra, porque eu ouvi que nossa mente pensa mais de seis milhões de coisas por dia, se pensa muito mais que já é tanto costuma dar depressão, se pensa mais e mais ainda costuma ficar pirado, ficar louco.");**

O quadro 7.7 apresenta alguns termos e expressões utilizadas pelo paciente ao longo da entrevista de Formulação Cultural que foram incluídos no glossário apresentado no anexo I.

Quadro 7.7 - Termos e expressões utilizadas (Anexo I)

ajuda própria	louco alucinado
congestão cerebral	louco de comida
debilóide	louco impressionado
delirando	loucura de desastre
doido	perder a mente
epiléptico de bebida	pinguço
espírito ruim da cachaça	pirado
hisdrofobia	problema de vista
levar um traço	sugestão
louco agressor	

Formulação Cultural do Caso (caso 8)

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Sílvia, 41 anos, natural de Jatobá-SP, procedente de Campinas-SP há cerca de dois meses, casada (quatro filhos), primeiro grau incompleto, dona-de-casa, evangélica (igreja Congregação Cristã do Brasil).

Paciente apresenta história de sintomas de ansiedade incluindo sentimentos contínuos de nervosismo, preocupação excessiva, tensão muscular e outros sintomas somáticos (tremores, sudorese, náuseas) há muitos anos.

De acordo com a paciente, essas preocupações estão associadas a um sofrimento subjetivo persistente (definido através da expressão "mente cansada") e a dificuldades sociais e ocupacionais. Um dos sintomas apresentados nesse contexto é descrito como "agitamento". Essa palavra sintetiza sentimentos de preocupação excessiva e sintomas físicos (dor de cabeça, tontura, inquietação motora).

Além desses sintomas, Sílvia tem história de apresentar períodos em que manifesta sintomas depressivos: tristeza, diminuição da concentração e da auto-estima, sentimentos de culpa e perturbação do sono e do apetite.

Segundo a filha da paciente, em pelo menos três situações no passado, sua mãe permaneceu alguns meses com esses sintomas; períodos em que tinha, inclusive, dificuldades para trabalhar ou realizar satisfatoriamente tarefas domésticas.

A paciente negou a presença de outros sintomas psiquiátricos além dos citados acima. Negou também o uso de substâncias químicas. Referiu antecedente familiar de problemas psiquiátricos: tio (retardo mental), prima (transtorno depressivo) e pais (alterações de comportamento na velhice).

Sílvia procurou o serviço de saúde mental do Centro de Saúde buscando tratamento psiquiátrico para os sintomas de ansiedade descritos inicialmente. Ela negou a presença de sintomas depressivos importantes nos últimos anos. Negou ainda a realização de tratamento psiquiátrico anterior. Procurou vários médicos (clínicos gerais) durante sua trajetória com o problema tendo feito uso de lorazepam (1 a 2mg via oral ao dia) durante alguns períodos no passado.

Diagnóstico psiquiátrico:

CID-10: Transtorno de ansiedade generalizada (F41.1)

Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão (F33.4)

DSM-IV: Transtorno de Ansiedade Generalizada (300.02)

Transtorno Depressivo Maior Recorrente em Remissão Completa (296.36)

FORMULAÇÃO CULTURAL

I. Identidade Sócio-Cultural

Os principais elementos associados à Identidade Sócio-Cultural de Sílvia dentro de uma perspectiva de trajetória de vida envolvendo conjuntos de padrões culturais são:

- natural de Jatobá-SP, migrou com a família para o Paraná (aos 9 anos de idade) e depois para Rondônia (aos 15 anos);
- casou-se aos 16 anos indo morar com o marido numa área rural próxima à cidade de Ji-Paraná-RO;
- com 22 anos, mudou-se para a cidade de Ourupá-RO;
- morou ainda durante alguns meses em Boa Vista (Roraima). Nesse período, alguns familiares do seu marido (moradores de Boa Vista) orientaram que ele buscasse tratamento para leishmaniose naquela cidade;
- voltou posteriormente a morar em Ji-Paraná-RO. Há alguns meses decidiu migrar com o marido e uma filha para Campinas-SP. Relata que essa mudança foi indicada pelo namorado de sua filha caçula (cuja família está morando em Campinas) e teve como objetivo conseguir melhores condições de trabalho e um tratamento mais adequado para seu problema mental;
- trajetória religiosa inclui "visitas" a igreja católica e a algumas igrejas evangélicas durante vários períodos de sua vida. Frequenta regularmente desde a infância a igreja Congregação Cristã do Brasil. O início do problema de saúde mental é associado pela paciente a uma diminuição da frequência

de atividades religiosas em igrejas (afastamento da igreja devido ao problema de saúde mental e retorno condicionado a melhora dos sintomas);

- presença de dois núcleos familiares: marido e uma filha (Campinas-SP) / pai, irmãos e filhas (Rondônia). Paciente se apresenta numa situação de migração recente não sendo possível ainda analisar uma possível transição entre os dois núcleos;
- rede de apoio social no momento: familiares do núcleo de Campinas-SP e amigas da igreja Congregação Cristã do Brasil;
- situação de trabalho: afastamento temporário do trabalho devido a piora dos sintomas. No passado trabalhou como assalariada (operária) e como vendedora autônoma.

II. Apresentação do problema

Sílvia inicia a entrevista apresentando alguns nomes apresentados por médicos para referir-se ao seu problema (**"Não sei, eu acho que é problema de nervo, né, possivelmente, que os médico lá falaram, que problema assim, dois médico que eu fiz consulta lá falaram que era problema de nervo que tava prejudicando a mente... Bom, os médico lá diz que é stress, é nervoso, é stress nervoso e depressão..."**). Apesar de utilizar o termo "nervoso" durante a entrevista, o principal conceito destacado para referir-se a seu problema é o de "mente cansada" (**"... eu acho que é mente cansada, né, preocupação demais na mente, eu penso que é isso."**). Em seu modelo explanatório, o termo "nervoso" admite as seguintes possibilidades de entendimento: sinônimo de "mente cansada", uma das manifestações da "mente cansada" ou ainda um problema separado e caracterizado principalmente por irritabilidade e agressividade.

Ao longo da entrevista, a paciente articula o conceito de "mente cansada" com a idéia de que uma evolução desfavorável desse problema levaria a pessoa a "perder a mente".

O quadro 8.1 apresenta esquematicamente a forma como Sílvia estrutura seu problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV).

Quadro 8.1: Estruturação do problema

Classificações Psiquiátricas **(CID-10 / DSM-IV)**	**Concepções da paciente**
Diagnóstico de dois transtornos psiquiátricos: CID-10: Transtorno de ansiedade generalizada (F41.1) Transtorno depressivo recorrente (F33.4) DSM IV: Transtorno de Ansiedade Generalizada (300.02) Transtorno Depressivo Maior Recorrente (296.35)	Reconhecimento de dois problemas: "mente cansada" → "perder a mente" "nervoso"

A paciente apresenta um grande número de sintomas destacando-se uma série de queixas somáticas e sintomas psíquicos relacionados à ansiedade e depressão. O principal sintoma considerado é chamado de "agitamento", termo que parece resumir sentimentos de revolta, impaciência, preocupação e sintomas físicos (**"... agitamento é assim, nervoso assim, ver as coisa e num, às vezes que nem por causa, eu não tenho as coisa necessária, entendeu, eu não tenho paciência, eu precisava trabalhar, num guento trabalhar, entendeu, aí eu fico chateada, aí me dá nervoso, depois me dá dor de cabeça, aí já me dá aquela dor assim na fonte, a dor assim, aí depois dói até assim, aí depois me dá tontura, aí no outro dia eu fico tontinha, tem vez que eu fico de cama..."**).

O quadro 8.2 esquematiza os sintomas apresentados pela paciente e o contexto onde eles aparecem na narrativa.

Quadro 8.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos:

Problema reconhecido	**Sintomas apresentados**	**Narrativa**
"mente cansada"	- "agitamento" - "dor nos nervos" - cefaléia - "dor nas costas" - tontura - impaciência - inquietação - tristeza - choro - desgosto - "vontade de ficar só deitada" - esquecimento - "nervoso"	**"... eu sentia dor nos nervos demais, caroço, dor de cabeça, agora aqui eu melhorei, não tenho os caroço nos nervo mas eu tô tendo a dor assim de vez em quando nas costas e tontura... eu sinto assim um nervoso, tem vez que de manhã quando eu levanto eu já sinto nervosa assim, aí parece que dá palpitação no coração, parece que sobe um negócio na cabeça assim... vai me dando tristeza, dando tristeza, dando tristeza, dando tristeza, aí eu começo a chorar, chorar, chorar, por fim meu olho fecha e não quer abrir mais e naquele desgosto assim, ai, eles vêm com água doce prá mim, eles faz chá e tenta conversar e eu fico chorando, chorando demais, demais mesmo, aí fico toda mole, meu corpo, meus nervo tudo mole, vontade de ficar só deitada, aí no outro dia acordo com a cabeça pesada, com a cabeça ruim, a mente ruim, cansada e esquecimento."**
"nervoso"	- "zonzura na cabeça" - irritabilidade - agressividade	**"... aí começa já me dá nervoso e dá aquela irritação, aquele nervoso, vontade de sair e andar, vontade de chorar, nervosa assim, vem uma zonzura na cabeça, zonzura que eu fico com a cabeça ruim, não guento ficar nesses lugar assim, muito movimento..."**

A paciente apresenta uma situação de ambiguidade em relação à gravidade do problema. A idéia de que foi necessário solicitar um eletroencefalograma, a percepção de sintomas de tristeza e agitação e o fato de estar em tratamento há vários anos sem apresentar melhora significativa são considerados indícios da existência de um problema grave. O fato de sentir-se melhor durante determinados períodos faz com que ela, em contrapartida, avalie o problema como sendo menos grave nessas ocasiões (**"Ah, tem vez que eu acho que isso é um problema grave porque já, né, os médico lá já pediram elétrico da cabeça e eu não pude fazer, tem vez que eu tô ótima, tem vez que eu tô boa, falo: ixe, eu vou sarar mas tem vez que eu fico agitada, eu penso, ah, não vou sarar, me dá aquela tristeza, me dá aquele desgosto, sabe, eu sinto muita tristeza, sabe, fico botando na cabeça assim, daí a fonte dói, aqui assim, uma zoada na cabeça, daí eu falo pro meu marido, eu fico com uma zoada na cabeça, cê tá escutando, ele fala: não... eu acho que é grave porque há quanto tempo, né, que eu venho tratando, tomando remédio prá dormir e não sara... faz quatro anos... ah, que eu procurei o médico depois que eu fiquei ruim, foi mais ou menos um ano."**).

Na questão relativa a possível evolução dos sintomas, Sílvia também apresenta uma situação de ambiguidade com predomínio de uma perspectiva pessimista associada a constatação de que vários de seus familiares tiveram problemas de saúde mental reconhecidos através do conceito de "perder a mente" (**"Aí eu não posso responder porque tem hora que eu penso que eu vou melhorar e ficar bem e tem hora que eu penso que não vou melhorar, vou piorar porque na minha família já é quatro que aconteceu isso, né, foi cada vez pior, foi pior, perdeu a mente..."**).

Nesse trecho da entrevista, ela descreve suas concepções sobre os casos de "perda da mente" de seus familiares:

- caso de sua mãe: supostamente causado por problemas conjugais e associado a idéia de um "susto nervoso" (**"...a minha mãe perdeu a mente mais ou menos com setenta anos, mais ou menos, diz os médicos lá que é porque é susto nervoso, meu pai judiava muito dela e nunca foi tratar... ela ficou, ela não tomava banho, ela esquecia de fazer comida, ela esquecia, essas coisa, esquecimento demais e fica igual uma criança, se vê uma**

cebola fala que é uma laranja, queria chupar, aí os médico lá fala que perdeu a mente é assim, não sabe, não conhece as pessoas e eu chegava, ela assim prá mim, quem é você, não te conheço, outro dia eu chegava, ela, ai minha filha, a tia querida chegou, meu filho e tal...");

- caso de sua prima: supostamente causado pelo término de um namoro (**"... minha prima, não tinha vinte anos, perdeu a mente por causa do namorado que terminou com ela, aí ela ficou muito nervosa e começava a chorar, deu tipo uma depressão nela, né, tipo assim crise de choro os nervoso que deu nela, que nem dá ni mim, mesma coisa... ela recuperou, recuperou porque, só que ela é assim, ela chega, trancada no quarto o dia todinha costurando, ela é costureira, ela costura prá fora, tudinho, prepara as máquina mas ela não conversa com ninguém, o pai e a avó, toma banho, volta prá costurar, não conversa, não é mais alegre, não tem mais aquela alegria..."**);

- caso de seu pai: associado a idéia de "congestão cerebral" (**"... meu pai, meu pai que eu me alembro eu tava acho que com, parece que com seis anos, seis anos quando ele perdeu a mente, ele é bobão, depois que ele perdeu a mente ele é tontão mesmo da cabeça, sabe, ele fica rindo... diz as pessoa lá que foi porque ele acabou de comer e carregou um cocho de porco, pegou fez muita força, aí deu congestão cerebral, aí ele perdeu a mente..."**);

- caso de seu tio: descreve sintomas compatíveis com retardo mental e utiliza a expressão "fraco da mente" (**"... o irmão do meu pai, não sei, desde quando eu conheço ele que eu me lembro por gente que ele é bobão, ele é fraco da mente, nem casou, desde criança, ele não sabe ler nem meu pai num sabe ler..."**).

Uma outra possibilidade considerada de evolução negativa do problema é a piora de alguns sintomas específicos (agitação, ansiedade, agressividade) levando a uma situação de loucura (**"A loucura acho que é do nervoso, né, eu acho que sim porque já me deu um problema lá, crise de nervo e me dá vontade de pegar meu marido e**

enforcar, nervoso que me dá, até nos últimos dias agora que eu vim prá cá, eu fui fazer o almoço e pedi prá ele me ajudar, ele não quis me ajudar, aí eu até fui fechar a porta do armário, meu nervoso tava tanto que eu bati e quebrou a porta do armário, é um vidro que quebrou e aí me dá crise de choro, aí me dá dor aqui e aí os meu nervos parece que vai quebrar meus dedos de tanto nervoso assim.").

Apesar de considerar a "perda da mente" e a loucura como evoluções possíveis para seu problema ("mente cansada"), a paciente diferencia essas condições em sua narrativa (**"... eu acho que perder a mente, eu acho que não é loucura porque a minha mãe não ficou louca, a minha mãe, a minha mãe não sabia fazer nada, ficou igual uma criança, fazia cocô na roupa... loucura, eu acho que uma loucura é a pessoa assim, sair correndo e mordendo os outros, rancar a roupa, bom, rancar a roupa pode ser outra coisa também, outra coisa que pode acompanhar a pessoa talvez, né, então, não sei, pode ser que ranca a roupa também, doido também pode ser que ranca a roupa, é, bater nos outro, tacar pedra nos outro, eu penso que uma loucura é assim, agora perder a mente eu penso que perder a mente é não tendo nada acompanhando a pessoa, a pessoa não sabe fazer nada, ficar assim, ficar dando risada, é, não conhece as pessoas, não pode fazer almoço, não sabe fazer o serviço.").**

Sílvia relata prejuízos em seu funcionamento psicossocial associados principalmente a situações de encontros familiares (festas e reuniões). Nessas ocasiões, ela frequentemente apresentava uma piora dos sintomas de ansiedade a ponto de suas filhas sugerirem que ela procurasse ajuda médica (**"... quando eu vivia lá em casa, eu ficava lá com aquele monte de gente lá assim, sabe, aí eu ficava nervosa, eu ficava tanto até que eu saía, entendeu, aí juntava as menina casada, genro, aí ficava aquela zuada, fazia almoço, aquele barulhão, eu ficava agitada tudo por dentro, aí as menina falava, mãe, tem que tratar essa cabeça..."**). Outros aspectos também destacados são dificuldades financeiras e dificuldades na esfera sexual (**"A minha vida financeira, porque eu gosto de ter minha vida controlada, entendeu, eu já tive minha vida controlada e agora eu não tinha que trabalhar de novo prá quando eu ficar mais velha eu ter no que escorar, né... atrapalha assim, parte sexual com meu esposo atrapalha também..."**).

A paciente diz que durante determinados períodos de piora dos sintomas ansiosos, sente-se diferente das outras pessoas, o que confirmaria a idéia de presença de um problema mental (**"... tem hora que eu sinto porque eu vou falar e a língua fica enrolada, eu fico nervosa, me dá aquele agitamento, minha boca seca, não sei se é por causa do nervoso minha boca seca, daí eu fico desse jeito ruim, vou tomar um copo de água doce ou um copo de água gelada, aí eu penso assim, ah, eu acho que eu tenho problema na cabeça mesmo, eu acho que eu tenho problema na cabeça mas caso contrário eu trabalho, fica tudo bem."**).

Sílvia relata ainda uma percepção de que as pessoas ficam "olhando" enquanto fazem perguntas sobre seu estado de saúde além de desconfiarem que ela esteja acometida de loucura (**"... ah, a pessoa fica perguntando assim prá mim assim, cê tá doente, que que cê tem?, aí eu falo assim, ah, os médicos disse, os médicos de Rondônia me disseram que era problema da mente, que meus nervo, tava prejudicando a mente, aí eles falam prá mim assim, e faz tempo que cê tem isso?, e me parece, eu tô achando que eles tão achando que eu tô, que eu tô ficando doida, eu não sei que que eles pensam porque ele fica olhando ni mim e fala assim, tuda vida cê teve isso?..."**).

A paciente termina esse módulo reconhecendo outros problemas de saúde: dores que ela associa a "vesícula" e presença de um "verme" (**"Olha, eu sempre tive uma dor assim atravessada, eu não como nada gordo, acho que é a vesícula, tem vez que eu faço assim, aí dói lá e tem vez que me dá uma dor atravessada assim, fica cólica assim mesmo... eu tenho verme que de vez em quando tem que tomar remédio prá esse verme..."**).

II. Causas do Problema

Sílvia apresenta inicialmente três idéias na questão aberta sobre as causas explicativas do seu problema:

- dificuldades financeiras: relata que teve muitos filhos e sempre precisou trabalhar para ajudar a pagar seus estudos (**"Eu acho que o que que causou isso foi que nem eu falei, é, a gente, é, vida financeira, muito filho, né, os**

filho cresce, a gente queria dar um bom estudo, num pude, sempre trabalhando, lutando, então eu fui ficando nervosa...");

- dificuldades de relacionamento conjugal associadas a personalidade do marido **("... meu marido sempre fechadão, entendeu, eu acho que causou foi isso...");**

- hereditariedade **(".... pode ser também que é de família também, né.").**

A partir da apresentação do cartão 1 da entrevista (causas explicativas), o modelo de causa da paciente amplia-se bastante incorporando outras variáveis:

- "nervoso" e preocupação com a educação dos filhos **("Eu acho que preocupação causou, o próprio nervoso foi causando, e eu lutando, lutando prá criar meus filho, né, depois meus filho criou, casou, eu fiz a festinha delas tudinha, casaram, saiu casadinha");**

- dificuldades de relacionamento com a sogra **("Teve intriga na minha sogra, né, também prejudicou também porque foi a primeira vez que eu fiquei ruim foi a vez que nós briguemo, eu com a minha sogra, porque ela ficava me criticando, aí foi indo, foi indo, aí eu perturbei, fiquei nervosa, aí nós começamo a discutir, aí eu respondi prá ela, aí ela foi embora e falou prá filha dela, aí a filha dela foi lá prá me bater, aí eu fiquei com raiva, queria até me separar do meu marido.").** Ela destaca essas dificuldades com a sogra como a principal causa explicativa do problema no momento **("O que causou mais acho que foi o sofrimento com a família, a gente ia aguentando quieto, não falava, só ia aguentando as coisa... o pior sofrimento foi com a sogra porque ela ficava criticando, né, criticando, criticando, aí eu ficava quieta, né, aí eu não fui aguentando, não fui aguentando comecei a responder...");**

- contrariedade associada a migração para Rondônia e mudança posterior para a zona rural **("Eu não sei porque minha mãe não queria ir, minha mãe vivia chorando, eu com dó dá minha mãe também, né, eu queria ficar no Paraná, na casa do meu avô e meu pai não deixou, e lá, nós fomos prá Rondônia, minha mãe não queria ir... eu acho que sim, porque não era de**

gosto da gente, né, e depois de casado o meu esposo queria ir pro sítio e eu não queria ir, aí eu fiquei muito nervosa também, fiquei desgostosa, aquele nervoso quieto, aquela tristeza assim que fica por dentro.");

- falta de atividades de lazer (**"... nunca tive diversão, não, só criando filho e trabalhando... eu acho que fez falta porque a gente tem que sair um pouco, tem que distrair, só criando filho fica com a mente perturbada, mente cansada..."**);

- feitiço feito por suas cunhadas (**"Isso daí, tem hora que eu penso que sim, tem hora que eu penso que não, às vezes no meio do dia eu tô pensando assim na minha enfermidade, aí penso, eu penso, será que isso aí foi, porque as minhas cunhada, né, elas brigaram comigo, né, eu sei lá, e elas contavam de fazer mal pros outro, né, entendeu, elas falavam desses lugar de fazer mal pros outro, então eu não sei, eu penso que talvez pode ser mas não tenho certeza que não seje nada..."**). Nesse trecho da entrevista ela relata um exemplo de feitiço e a idéia predominante de que o suposto feitiço feito pelas cunhadas não teria "pegado" (**"... eu já ouvi gente falar que tem doença que a pessoa vomitou cabelo, agora que doença é essa, isso aí é coisa mal-feita que fizeram prá pessoa, decerto vacilou um pouco e alguém fez e pegou... eu acho que se ela fez não pegou porque eu nunca vacilei, porque eu sempre peço prá Deus guardar os vivente, né, que não pegue essas coisa, esses homem sanguíneo que faz mal pro pessoal..."**);

- influência direta do demônio (**"... tem hora que eu acredito, tem hora que não, ah, porque, sabe porque que tem hora que eu acredito, porque, por causa do nervoso, né, nervoso não provêm de Deus, né, eu acho que a mente não é, Deus quer paz, o inimigo só quer guerra, intriga, entendeu, então o inimigo pode jogar o nervoso na gente prá gente ficar brigando com os filho, brigando com o marido, pode jogar nervoso nos filho pros filho vim contra a gente, os genro vim contra a gente, não é mesmo."**);

- doença associada à "dieta quebrada" ("Eu acho que é uma doença, eu acho que é uma doença, é assim, é tipo que nem da minha mãe, é uma dieta quebrada, que nem a dieta foi quebrada também, que eu não tive dieta quando eu ganhava criança... ah, intriga, né, intriga do meu marido comigo, entendeu, é, lavando roupa longe, no rio, dentro do rio com sol quente na cabeça e a água pelo joelho, carregando bacia pesada na cabeça, eu morava no sítio, isso não é bom pr'uma mulher com quinze dia de dieta, e o meu, com doze dia de dieta meu marido me procurar, tive que aceitar...");

- desenvolvimento mental prejudicado pela baixa escolaridade levando a dificuldades para conseguir trabalho (**"... acho que foi sim, acho que se eu tivesse estudado acho que a minha mente era melhor, que parece que, eu sinto que parece que a minha mente é fechada, eu penso, né, o esquecimento vem por isso, né... eu acho que foi pouco estudo, daí eu podia ter um serviço fora, podia trabalhar mais, não precisava ficar esperando só pelo marido."**);

- alterações anatômicas no cérebro associadas a traumatismos cranianos (**"... eu acho que pode ser assim um tipo um problema no cérebro, né, assim, alguma manchinha no cérebro porque uma vez quando eu tava passando roupa, eu era criança, caiu um pau na minha cabeça, meu pai mexia muito na casa, caiu um caibro na minha cabeça, eu sei que doeu bastante, eu chorei bastante... eu acho que sim, porque eu acho, eu acho que, tem hora que eu penso que meu cérebro cresce, porque se eu ficar nervosa aperta, aí dá dor aqui, dá desinquietação, aí dá crise de choro e aquelas fincada aqui, aquela dor assim... eu não sei, eu imagino que pode ser uma veia, né, porque eu também cai de moto, fui acidentada, sabe..."**);

- outras alterações cerebrais: problemas na circulação do sangue, movimentos como "virar" e "girar" (associados à "dieta quebrada"), aumento da temperatura e do volume cerebral. É importante entender a idéia de uma lentificação da circulação do sangue no contexto da hipótese de que "a veia está secando" ou "murchando". Esse estágio seria correspondente a "mente

cansada" e a evolução desse processo (o sangue parar de circular em determinadas "veias") seria o substrato anatômico do conceito de "perder a mente" conforme o exemplo apresentado no caso de sua mãe (**"... eu penso que é uma veia que tá secando, que é de família, né, muchando assim, é, muchando, que o sangue não tá circulando, na mesma hora eu penso que dizem que o povo antigo fala que dieta quebrada ela, a pessoa fica com a cabeça, com a mente virando, girando... às vezes eu acho que a cabeça cresce, quando dá a dor, quando eu passo nervoso, então, quando dá crise de choro... quando a mente fica girando é mais a perturbação, assim, esquecimento... quando seca a veia, assim da minha mãe, quando secou a veia a minha mãe perdeu a mente, aí não tem cura, né, que nem o médico de Curitiba falou assim prá minha mãe que não tem cura, secou a veia não tem cura... Não sei, parece que esquenta, vai inchando os miolo, aí eu tenho que ficar bem quietinha, bem sozinha e caçar um jeito de esquecer as coisa, não pensar em nada, tomar um chá de erva-doce bem docinho e ficar despreocupada, aí eu tando despreocupada eu melhoro... eu acho que a mente cansada assim, funciona mais devagar, não consegue acompanhar, o sangue fica indo devagar, assim eu penso, né."**).

A paciente lista também três aspectos que podem ser considerados como fatores de piora do problema:

- luto pelo falecimento de sua mãe há cerca de três anos (**"Também, perdi a minha mãe, ai, isso aí eu não guento nem explicar, é triste, né, perder a mãe da gente, né, depois que eu perdi a minha mãe que ainda eu fiquei mais ruim... vai fazer três anos."**);
- problemas familiares relacionados ao namoro de uma de suas filhas (**"Lá Rondônia os filho fazia fofoquinha, né, sempre, fofoquinha do marido, às vezes ficava rindo, né, entendeu, a minha filha, essa minha filha que arrumou esse namorado aí, ele é divorciado, é pai d'um filho, ele, vixe, aí elas ficavam brigando com ela perto de mim, falou que eu aceitava, que deixava, e ela falou de fugir com ele, ele falou de roubar ela, aí eu falei:**

não, todas três saiu casadinha de casa, vestida de noiva, então a última, eu não quero que ela fuja, eu quero que case mesmo que não é do meu gosto o casamento, que ele é um homem divorciado, entendeu, cheio de conta, tem o filho... eles achavam que era eu que deixo, que aceito e eu aceito porque eu não quero que a minha filha foge.");

- dificuldade em aceitar uma situação de perda financeira num momento em que ela planejava poder descansar após ter criado os filhos **(... porque eu já tinha problema, né, que os médico de lá falavam que era problema de nervo, né, daí veio o prejuízo, eu fiquei mais nervosa ainda, dava agitamento, chorava muito, muito desgostosa demais, dava vontade de sumir de nervoso.").**

O quadro 8.3 apresenta um resumo esquemático das múltiplas causas explicativas que compõem o modelo explanatório da paciente. A principal causa considerada (dificuldades de relacionamento com a sogra) aparece em destaque.

Quadro 8.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	Dificuldades financeiras
	Dificuldades de relacionamento conjugal
	Dificuldades de relacionamento com sua sogra
	"Nervoso" e preocupação com a educação dos filhos
	Falta de atividades de lazer
	Migração para Rondônia e posteriormente mudança para zona rural
Causas mágico-religiosas	Feitiço feito contra ela por suas cunhadas
	Influência direta do demônio
Alterações físicas e doenças / Outras causas	Hereditariedade
	Alterações cerebrais
	Doença associada a "dieta quebrada"
	Traumatismos cranianos
	Desenvolvimento mental prejudicado pela baixa escolaridade

* Principal causa explicativa considerada no momento

Em relação a opinião de sua família e seus conhecidos sobre as causas do problema, Sílvia apresenta as seguintes hipóteses:

- filhas: concepção do problema como uma "depressão" causada pelo demônio (a paciente manifesta uma situação de dúvida em relação à essa hipótese) (**"... as minhas filha já me falou de depressão, que depressão não é de Deus, que depressão é do inimigo, aí eu falei prá elas assim: vocês acham que eu tô com o inimigo, com o demônio, elas falou: não, mãe, é porque tem muita gente que fala que depressão não é de Deus, a depressão provêm do demônio, que não é doença, é espiritual, já ouvi falar, já, esses dia mesmo um homem falou prá mim que a depressão é coisa espiritual..."**) e associação do problema com as dificuldades de relacionamento com o marido e seus familiares (**"... a minha filha falou: isso aí é sofrimento de vinte anos atrás, agora vem aparecer, sofrimento de família... eu sofri muito com minha família, sofri muito com marido, sofri muito com minha sogra, sofri muito com parentada na vida... as minha filha, as quatro acha isso..."**);

- conhecidos em Rondônia: idéia de "mente cansada" associada às dificuldades familiares (**"Lá em Rondônia eles falam, o povo lá fala que a minha mãe perdeu a mente então pode ser, o médico mesmo lá também fala... pode ser, né, por causa de esquecimento, eles falam de mente cansada, né, que eu sofri muito prá criar meus filho... se chegar uma pessoa começar conversar, conversar, conversar, aí a mente fica cansada assim, aquela coisa ruim na mente, aquela dor assim, aquela coisa ruim, parece um peso na mente assim."**);

- amiga da igreja: causa mágico-religiosa (demônio). A paciente foi orientada a aumentar a quantidade de orações e desencorajada a procurar tratamento médico (**"... uma irmã falou prá mim assim que ela ficou igual eu, daí eu falei prá ela assim, e daí que que era, daí ela falou assim, ah, irmã, é só Deus, essas coisa é só Deus, eu fui no médico, tratei, tratei e não valeu**

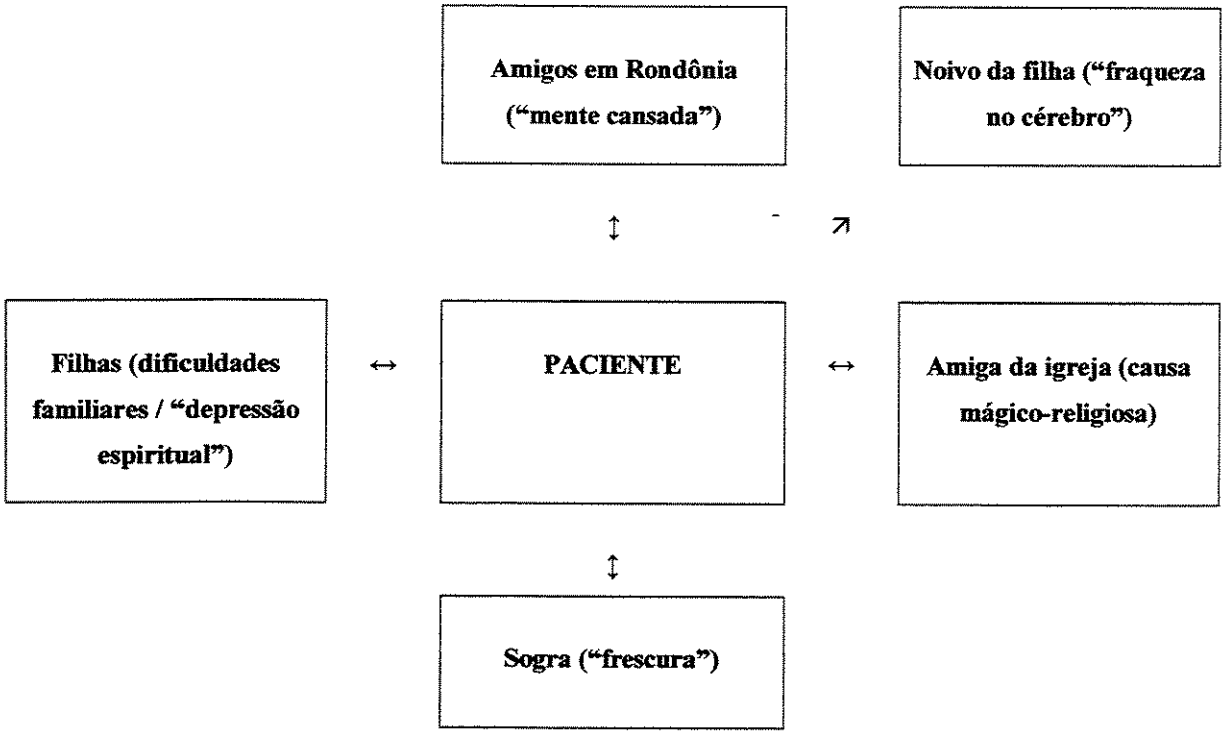
nada, é só Deus, tem que orar muito e se apegar com Deus, foi Deus, Deus que me libertou...");

- sogra: não reconhecia um problema de saúde atribuindo o sofrimento da paciente à "frescura". Refere um período em que seu marido compartilhava essa concepção de sua sogra. Em outro trecho, afirma que o marido passou a reconhecer que o problema estava associado às dificuldades familiares (**"A minha sogra falava assim que eu não tinha doença não, que eu tinha vontade de roupa nova e calçado novo, ela falava que hoje em dia, que as mulher de hoje em dia não valia nada, que isso não era doença não, era frescura... teve uma época que eu acho que meu marido acreditava, primeiro eu acho que ele acreditava, *né, porque ele era bruto... meu marido acha isso também...*");**

- noivo da filha mais nova: acredita que as dificuldades de relacionamento conjugal (o fato dela ter sido "judiada" pelo marido) ocasionou "fraqueza no cérebro". Foi o responsável pela vinda da família para Campinas visando iniciar um tratamento psiquiátrico. Recomenda que a paciente participe mais de atividades de lazer, situações que são proibidas pela igreja da paciente **("O noivo da minha filha acha que é fraqueza no cérebro, acha que é do meu marido judiar, meu marido que não me entende, ele fala: é irmã, só a senhora prá guentar ele, eu não tenho paciência prá aguentar, eu falo, o que eu vou fazer, ele é meu marido, sou casada, já tô velha, aí o meu futuro genro fala: a senhora tem que sair, passear, conversar mas não pode muito, né, a igreja proíbe sair assim, não pode ir no cinema, não pode ir em parque, circo, diversão assim, pode ir lanchar, ir na sorveteria mas nós tamo de a pé, é longe e de noite faz frio, né.").**

O quadro 8.4 apresenta um esquema das interações entre as causas explicativas apresentadas pelos familiares e conhecidos de Sílvia. A principal causa considerada pela paciente (dificuldades de relacionamento com a sogra) pode ser inserida num contexto geral de dificuldades familiares, hipótese apresentada por suas filhas juntamente com a idéia de "depressão espiritual" (seta em destaque).

Quadro 8.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente



IV. Situações de Ajuda

Na questão aberta da entrevista sobre situações de ajuda, a paciente cita a procura de clínicos gerais e a mudança de cidade visando iniciar um tratamento médico especializado (**"Eu procurei um médico, eu fui no médico, daí foi quando deu uma tontura muito forte que eu fiquei de cama, aí ele passou aquele remédio prá mim dormir, ele falou prá mim assim que eu tava muito nervosa e que o meu problema de nervo tava atacando a mente, tava muito esquecida, aí eu passei um tempo tomando remédio, fiquei boa, aí depois eu comecei tomar prejuízo eu comecei ficar doente de novo, aí eu fui em dois médico, ele pediu eletro da cabeça, se tem problema na cabeça, eu falei que eu não podia fazer, muito caro, aí meu marido falou vamô prá lá, vamô prá Campinas se tratar."**).

A partir da apresentação do cartão referente a procura de situações de ajuda (cartão 2), a paciente refere ter buscado as seguintes situações na tentativa de resolução de seu problema de saúde mental:

- conversas com as filhas e o marido. De acordo com a paciente, seus familiares aconselharam a procura de ajuda médica e religiosa (**"Eu conversava com elas, falava, como será?, o que que a gente deve fazer?, elas falavam, a senhora tem eu procurar um médico, tem que fazer a consulta, fazer exame prá ver o que que a senhora tem na cabeça, a senhora não pode ficar assim... elas falavam, mãe a senhora vai sarar, ficava acalmando assim... eu procurava, às vezes meu marido falava: o que que eu posso fazer, eu não posso fazer nada, ele só falava assim, bem, prá tratar aqui o tratamento daqui não adianta, vamos tratar em Deus, Deus liberta de qualquer enfermidade, ele falava, cê tem que orar bastante, tem que levantar de noite prá orar, aí nessa época eu orava bastante, tinha vez que orava até seis vez todo dia...**). A vinda para Campinas foi influenciada pela opinião do noivo de sua filha que acreditava numa maior possibilidade de tratamento fora de Rondônia (**"aí eu tinha vontade de tratar, aí o noivo da minha filha foi prá lá, aí ele falava que aqui era bom prá tratar, que era bom vim prá cá..."**);

- conversas com amigas que também aconselharam a procura de ajuda médica e religiosa (**"Conversava com as amiga minha, elas falavam assim prá mim, ora a Deus, ora a Deus, faz oração na igreja, procura um médico, não pode ficar assim, não pode ficar assim, tem que ir no médico, tem que cuidar, fazer consulta e pede oração também."**) ou apenas religiosa (**"... converso, com outras pessoas da igreja eu converso, eles falam assim que isso daí é do inimigo, que eu tenho que orar mais prá isso..."**);

- uso de uma grande variedade de remédios caseiros para seu problema de saúde mental (suco de maracujá, chá de erva-cidreira, chá de capim santo) e para "problema nos rins" (chá de chapéu de couro), no estômago e fígado (chá de carquejo), menstruação (chá de trançagem), estômago e intestino (chá japonês), verminoses (sumo de Santa Maria) e cicatrização de feridas (óleo de copaíba) (**"Eu tomava chá de chapéu de couro pros rins, chá de carquejo pro estômago, fígado, né, chá de trançagem que é prá diminuir a menstruação que vem demais, demais... nervoso eu tomava suco de**

maracujá, chá de erva-cidreira, aquela folhinha assim e capim-santo que é grandona... tomava o chá japonês também pro estômago, pro intestino, eu queria tomar só que eu não achei aqui, aí eu pego o carquejo, o chapéu de couro, misturo, cozinho e tomo com chimarrão... ah, sumo de Santa Maria eu tomei também prá verme, aí cada coisa, vai pensando e vai alembrando, é uma folha cumprida assim, lá em Rondônia tem, aqui eu não vi, aí soca, tira o sumo e coa e toma no leite em jejum... e eu tomei creolina no leite também, a turma lá falava que era bom prá matar verme, lá em Rondônia tem muito verme, eu tomava três gotinha num tanto assim, meio copo mais ou menos... óleo de copaíba, prá cicatrizar ferida, machucado, quando a gente faz cirurgia todo mundo toma lá, se for machucado pequeninho só passa, se for machucado grande aí tem que tomar prá sarar de dentro prá fora.");

- realização de orações para melhora de seu problema de saúde mental: orações "apresentadas" durante cultos da igreja Congregação Cristã do Brasil, orações diárias em sua casa e orações durante a visita de irmãos da igreja à sua casa **("Eu procurei e tô procurando, na igreja eu peço oração porque na igreja tem o porteiro, né, um papelzinho assim, aí todo mundo que quer oração passa lá e pede oração... o porteiro é um irmão que fica na porta que nem por acaso tem a porta na entrada da igreja, né, aí tem o irmão, aí o irmão fica com um cartãozinho e uma caneta, aí que nem o senhor passa e fala: eu peço uma oração em nome do senhor Jesus por enfermidade, ele faz um xizinho, lá tem uns quadrinho, enfermidade, atribulação, causa, viagem, tudinho, né, aí lá ele marca, faz um xizinho, aí lá, canta três hino, aí leva lá e apresenta pro irmão, aí o irmão fala, agora nós vamô orar a Deus e vamô apresentar os enfermo nas mãos de Deus, dos atribulado que tem causas, né... dentro de casa eu faço muita oração, eu oro, peço prá Deus me libertar, peço prá Deus abençoar o pessoal lá, pro pessoal pagar nós, peço prá Deus abençoar todo mundo da terra, a familiada aqui da terra porque nós somos uma família só, né... Eu faço, todo dia, hoje mesmo eu já fiz... até doer o joelho, até apresentar tudo, a gente tem**

obrigacão de apresentar tudo, primeiro a doença, depois a gente apresenta a família, os vizinho, os médico, os homem da lei, os enfermo... eu fico mais ou menos uns quinze, vinte minutos, eu acho que umas quatro, cinco vez, quando a gente recebe visita ora mais, umas sete, oito vez.");

- realização de um "voto" na sua igreja para um outro problema de saúde no passado **("Não, não fiz promessa não, eu não fiz promessa porque na nossa igreja o pessoal fala voto, né, eu fiz um voto, se o senhor me libertasse eu levantava na igreja e agradecia a Deus perante a irmandade e perante Deus, aí quando eu fui lá fazer outro raio-X tava tudo colado, em seis dia tava coladinho as minha costela, aí levantei na igreja e paguei meu voto... prá esse problema de nervoso eu não fiz não, eu tenho medo de fazer e chegar lá na frente e não ter coragem de levantar porque não é fácil levantar no meio de um monte de gente depois conversar.");**

- procura de um cooperador (pessoa responsável pela celebração dos cultos na igreja Congregação Cristã do Brasil) que levantou a hipótese de que seu problema fosse decorrente de um "verme na cabeça" (neurocisticercose) e orientou a procura de ajuda médica **("Já, já conversei com um irmão lá, cooperador, é pastor, né mas nós não fala pastor, fala cooperador... eu falei prá ele o que eu sentia, né, ele falou assim: ó, irmã Sílvia, é bom a irmã ir se tratar, é bom ir se tratar porque esse negócio na cabeça da irmã aí, ó, pode ser verme na cabeça porque ele conheceu uma pessoa que tinha o mesmo problema e veio prá cá, fizeram, não sei o que que fizeram na cabeça do homem lá e deu verme de porco na cabeça, aí ele perguntou prá mim se eu comia muita carne de porco, eu falei: óia, quando eu era pequena eu fui criada no sítio, a minha mãe matava porco, a mistura nossa era carne de porco...");**

- comparecimento aos cultos da igreja Congregação Cristã do Brasil pelo menos três vezes por semana no bairro onde está morando. Ocasionalmente, frequenta também uma igreja da mesma denominação num bairro próximo

acompanhando uma vizinha. Outra atividade religiosa descrita diz respeito a visitas realizadas nas casas de irmãos doentes. A participação nessas visitas depende de seu estado de saúde. A paciente refere um período em que comparecia frequentemente aos grupos de visita em Rondônia. Aqui em Campinas, afirma estar aguardando uma melhora de seus sintomas para retornar a essa prática. Nesses períodos de piora, permanece como uma das pessoas a ser visitadas pelos irmãos da igreja. Nesse trecho da entrevista, Sílvia destaca ainda a participação do "diácono" como organizador de ajuda material para os membros da igreja (**"... eu vou quinta, sábado e domingo, alguma vez assim quando, que a gente vendeu o carro, quando as vizinha chama nós, a gente vai numa outra igreja, do contrário é quinta, sábado e domingo na nossa igreja, na igreja perto de casa... eu ia com bastante gente porque lá eu trabalhava junto com o grupo de visita, né... grupo de visita é assim, o irmão lá, cooperador marca cinco, seis irmã prá visitar os doente, os enfermo, os necessitado que eles precisam, não tem o que comer... lá eu visitava muito, nós fazia visita toda terça-feira, nós visitava quatro, cinco casa por dia, conforme dava tempo, né... nós chegava, perguntava se tá tudo bom, conversava, nós contava as coisa de Deus, as maravilha, bênção que Deus faz, libertação, aí as vezes tava enfermo pegava as receita deles, levava pro diácono, aí o diácono ia na farmácia comprava o remédio e dava prá nós levar lá, aí nós falava assim, Senhor, se for sua vontade, ajuda que o remédio vale, prá Deus abrir as mente dos médico, do farmacêutico, prá Deus abençoar todo mundo... aqui eu não entrei, eles me procuraram os irmão lá, aí eu falei assim quando eu melhorasse aí eu ia trabalhar na obra de Deus... aqui eu não sei como funciona porque eu não tô trabalhando ainda, tô só congregando... pessoal em casa quando vai gente em casa eu peço, vamô orar a Deus prá enfermidade, nós ajoelha, pede a Deus prá Deus abençoar, abençoar essa enfermidade na cabeça... vai os irmão da igreja, as irmã, os irmão, que nem, tem muito conhecido mesmo que vai, os irmão da igreja que vai visitar a gente..."**);

- procura de ajuda com um farmacêutico que reconheceu o problema como sendo "nervoso". Segundo a paciente, nessas ocasiões, ele indicava o uso de maracujina, media sua pressão e fazia algumas orientações gerais visando a diminuição dos sintomas (**"... lá em Rondônia, eu só ia assim, conversava com ele e falava prá ele que eu tava muito nervosa, media a pressão... ele falava que eu tinha muito nervoso, aí ele pegava, passava era, maracujina prá mim, aí ele falava prá mim assim, a senhora tem que se controlar, porque eu tinha muita criança, as criança tudo pequena, né, a senhora deve se controlar e tomar essa maracujina que é calmante e quando a senhora tiver nervosa a senhora pega e sai, vai andar, vai passear, não liga prás criança, não, deixa as criança lá..."**);

- procura de médicos clínicos gerais que também reconheceram o problema dentro de uma concepção de "nervoso" além de apresentarem algumas outras designações referidas no início da entrevista (stress, stress nervoso, depressão). Relata uma situação onde o clínico solicitou a realização de exames complementares (eletrocardiograma e eletroencefalograma) além de prescrever uma medicação hipnótica (**"Ele falou prá mim assim que era prá mim, passou o remédio, prá mim dormir, tirou o eletro do coração e mandou fazer eletro da cabeça, falou prá mim que eu tinha que me controlar que eu era uma mulher muito nervosa, muito agitada porque eu era mesmo, eu era assim, eu gostava de pegar as coisa e fazer rápido, não ter nada que parar."**).

A paciente nega ter procurado realizar simpatias para seu problema de saúde. Nesse trecho da entrevista, Sílvia afirma sua identidade como evangélica estabelecendo uma distinção entre a abordagem dos problemas de saúde na sua igreja (Congregação Cristã do Brasil) e na igreja católica (**"Não, nem sei como que faz, que eu já nasci crente, não é eu eu tô desfazendo... que eu sei tinha uma mulher lá, a turma falava, às vezes minhas vizinha falava, minha filha tá doente, vou levar lá prá benzer, eu não falava nada, eu pensava assim, ela é católica, leva prá benzer, nós é crente, chama prá orar, cada um tem sua religião, né."**). No trecho referente a participação em procissões, as diferenças entre essas igrejas são novamente consideradas (**"Não, já vi procissão mas participar**

nunca participei, só vi procissão, já vi passando na rua, achava bonito mas não entrava... porque a gente é crente, né, crente não, sei lá, minha mãe, minha mãe falava assim, não, nós tem nossa igreja, deixa eles na igreja deles, eles têm o ritmo da igreja deles nós tem a nossa, deixa eles, minha mãe falava assim.").

A paciente refere também que não consegue ler a bíblia ou livros de auto-ajuda porque tem dificuldades em enxergar letras pequenas. Diz que ocasionalmente consegue ler a bíblia na igreja em conjunto com alguma irmã além de cantar os hinos religiosos escritos em letras maiores. É interessante destacar aqui que Sílvia utiliza novamente a idéia de "cansaço" como causa explicativa, nesse caso associada a sua baixa acuidade visual ("vista cansada") **("Não, eu não guento ler porque as minha vista dói demais, tem vista cansada, né, que nem a mente, né, eu não sei se tem a ver a vista com a mente... letrinha pequena mesmo eu não consigo ler, faz mais de ano que eu não faço exame... não, nunca li...Não, num guento ler a bíblia também, num guento ler nada, única coisa que eu faço, eu leio a bíblia assim, alguma, pouquinho na igreja, entendeu, tem uma irmã aqui lendo a bíblia, se a bíblia é grande, aí eu leio junto com ela na bíblia dela... cantar eu canto porque o hinário tem uma letra grande.").**

Sílvia nega ainda ter procurado uma série de outras situações de ajuda apresentadas na entrevista: atividades adivinhatórias, promessas, benzedores, padres, centros espíritas, grupos de auto-ajuda e psicoterapias. Acrescenta que estava procurando tratamento psiquiátrico pela primeira vez. Entre todas as situações apresentadas, afirma que a primeira ajuda procurada foi o farmacêutico **("O que eu procurei em primeiro lugar é farmácia, né, porque eu comprava maracujina, eu era muito nervosa, né, daí me falaram que maracujina é bom prá nervo, problema de nervo, daí eu ia na farmácia, conversava com o farmacêutico, comprava maracujina e era bom prá mim.")**. Apesar de destacar a ajuda médica, as atividades religiosas são consideradas como as principais situações de ajuda no momento **("Ajuda que a gente quer todo mundo tem, não só eu mas todo mundo tem, é Deus, né, segundo os médico, Deus dá entendimento pros médico mas tudo é Deus, segundo é os médico.").**

O quadro 8.5 esquematiza a configuração de situações de ajuda procuradas pela paciente ao longo de sua trajetória com o problema.

Quadro 8.5: Trajetória de situações de ajuda

Farmacêuticos (primeira situação de ajuda considerada)
Familiares
Remédios caseiros
Amigas → ajuda religiosa
Amigas → ajuda religiosa e ajuda médica
Clínico geral
Atividades em igrejas (Congregação Cristã do Brasil) (cultos e realização de visitas)
Cooperador → ajuda médica
Leitura da bíblia durante os cultos
Orações ("apresentação de orações" durante os cultos)
Orações em sua casa e em situações de visitas religiosas a pessoas doentes
(Migração para Campinas-SP)
Familiares (filha, marido)
Atividades em igrejas (Congregação Cristã do Brasil) (cultos e recebimento de visitas)
Tratamento psiquiátrico

* Principais situações de ajuda consideradas no momento

V. Relacionamento Clínico

A expectativa de Sílvia em relação à ajuda psiquiátrica inclui a possibilidade de diálogo, a prescrição de medicações e o fornecimento de conselhos e informações sobre seu problema de saúde (**"Ah, eu acredito que ele pode ajudar assim com os remédio e conversando com a gente, falando com a gente, né... uai, aconselhando, às vezes a gente pensa uma coisa, ele fala que não é assim, deve ser assim, assim... eu acho que o médico consegue tirar isso da mente da gente assim com remédio e conversando também com a gente, falando, explicando."**).

A paciente estabelece uma diferenciação entre os clínicos gerais e os psiquiatras baseada no local onde os problemas de saúde estão localizados (clínicos gerais: no "corpo todo"; psiquiatras: "mente" e "cabeça") (**"O clínico geral eu acho que ele consulta o corpo todo, né e esse outro psi, como é que fala, nem sei falar, nem entendo, é só prá mente, prá cabeça..."**). Ela acrescenta que sua experiência com clínicos gerais em Rondônia foi muito negativa: queixa-se que as consultas eram rápidas, voltadas diretamente para a prescrição de medicações, sem possibilidade de diálogo e sem a realização de um exame físico mais detalhado (**"... ixe, lá teve diferença sim, o clínico só falou assim que era problema de nervoso atacando a mente, passou medicamento, pronto, não fez pergunta, não fez exame, não fez nada... os médico de lá, a gente chega e fala, pode sentar, a gente senta e aí fala assim, o que que você sente, aí fala, eu sinto uma dor de cabeça e tal e tal, ele vem, mede a pressão, alguns mede a pressão, outros colocam um aparelho assim na gente, já faz uma receitinha e pronto; e os daqui não, os daqui já olha no olho, olha na boca, olha, põe aparelho na gente, né, os clínico geral."**).

Sílvia nega conhecer o significado da palavra psicoterapia (**"Não, não sei não."**).

Ela admite sentimentos de preocupação e vergonha antes de procurar ajuda psiquiátrica. Afirma que preocupava-se com o fato de não saber quais perguntas seriam formuladas (temia, por exemplo, perguntas sobre sua vida conjugal) além de acreditar que durante a consulta o médico pudesse utilizar algum "aparelho" em sua cabeça (**"Tenho preocupação, tenho preocupação, vergonha às vezes conforme a pergunta, assim, eu fico preocupada com que, como que vai ser, que que ele vai falar prá mim, como que**

ele vai fazer comigo, fiquei pensando assim... eu me preocupo porque, não sei, eu não sei, eu penso assim, como será que vai ser, será que ele vai é, fazer pergunta pesada, assim, ou vai colocar aparelho na minha cabeça, o que será, como será que vai ser... assim, pergunta assim, que nem, querer saber da minha vida, se eu já briguei com meu marido, essas coisa assim, que eu falo assim, fico pensando...."). Apesar desses sentimentos, refere que não pensou em deixar de comparecer às consultas pelo fato de estar convencida da necessidade desse tipo de tratamento **("... não, eu fico preocupada e acho bom, eu falei que eu preciso passar por isso, né, eu acho que eu preciso passar por esse médico, entendeu.")**.

Em relação às dificuldades de comunicação com o médico, a paciente afirma que em algumas situações não consegue responder às perguntas formuladas nas consultas pelo fato de "ficar pensando" qual seria a melhor forma de fazê-lo **("Eu senti... ah, tem vezes que o médico pergunta alguma coisa prá mim, eu fico pensando, como é que eu vou falar...")**. Diz também que às vezes não consegue entender o médico citando como exemplo uma situação onde um clínico a encaminhou para uma avaliação cardiológica sem lhe explicar o motivo **("... ah, tem vez que, eu não entendia não, não entendia, que nem por acaso, né, esse último médico que eu consultei lá por problema, lá em Rondônia, por problema da cabeça, eu tava com tontura e essa, a mente, que nem a mente cansada, né, aí eu falei pro médico e ele falou prá mim assim que era problema de coração e precisava fazer não sei o que lá na mente, né, passar com um doutor que, aí eu fiquei pensando, uai, aí eu não entendi nem soube responder, aí eu fui na cardiologista, fiz eletro do coração...")**. Nesse caso, acredita que o médico não entendeu corretamente suas queixas, já que ela teria apresentado uma queixa associada a seu problema mental e o médico teria se concentrado na avaliação de uma possível cardiopatia **("... ah, tinha coisa que parecia que ele entendia sim mas tinha coisa que parecia que não porque eu falava, doutor, eu tenho problema, doutor, parece que é na cabeça e ele falava assim, isso é problema de nervo que tá atacando a mente ou é o coração, daí eu falava, será que ele não entende que o que eu quero dizer, que eu quero dizer que o meu problema é na mente, daí eu achava que ele não me entendia.")**.

Sílvia refere uma situação de abandono de tratamento devido a falta de condições financeiras para pagar exames complementares (**"Eu deixei, eu abandonei o tratamento quando o médico lá pediu um eletro da cabeça e era particular e foi na época dos prejuízo e eu não tinha dinheiro prá fazer..."**). No entanto, nega situações de falta de adesão medicamentosa associando esse comportamento ao sentimento de grande confiança que deposita no conhecimento dos médicos (**"... não, eu tomava os remédio que eles passava todinho, eu tomava direitinho, tomava sempre... sempre confiei nos médico, ué, pois os médico são estudado, quem é, né, quem não sabe nada é nós que não tem estudo."**).

O quadro 8.6 resume alguns dos principais aspectos considerados pela paciente acerca do relacionamento clínico.

Quadro 8.6: Aspectos do relacionamento clínico

Dificuldades no relacionamento clínico, abandono de tratamento e adesão medicamentosa
Sentimentos de preocupação e vergonha antes de procurar ajuda psiquiátrica (temia que o psiquiatra fizesse perguntas pessoais ou que fosse utilizado algum "aparelho" em sua cabeça)
Dificuldade em responder perguntas formuladas nas consultas por preocupar-se em responder da maneira mais correta possível
Idéia de que os médicos podem não entender suas queixas
Abandono de tratamento devido a falta de condições financeiras para realização de exames

VI. Problemas Gerais de Saúde

Sílvia utiliza o termo "enfermidade" para referir-se a problemas de saúde e cita como exemplos: "dor de cabeça", "problema de rim", malária, hepatite, gripe, "pedra no rim", "problema de coluna" e icterícia (**"É uma enfermidade, né, problema de saúde é uma enfermidade na gente, que nem um problema assim, uma dor de cabeça é uma enfermidade, é um problema de saúde, uma dor, problema de rim... eu conheço malária, conheço hepatite, conheço gripe, conheço pedra de rim que já deu no meu marido e não sei, hepatite também eu conheço que deu na minha filha, no meu marido, problema de coluna que eu tenho problema de coluna, que eu tô lembrada só."**).

As principais causas apresentadas para os problemas de saúde são a "alimentação" (carência nutricional levando a "fraqueza" e posteriormente a doenças) e as causas mágico-religiosas. A paciente volta a utilizar a expressão "vacilar" no sentido de um distanciamento da proteção de Deus favorecendo a interferência do demônio na origem de uma "enfermidade" **("Às vezes pode ser alimentação, né, dá fraqueza, aí provém, aí vem as doença, problema da gente vacilar também, pegar enfermidade assim de ter vacilado.")**.

A organização de um modelo de problemas mentais realizada pela paciente inclui as idéias de "perder a mente" e de "loucura". A "perda da mente" é considerada uma etapa final de um processo patológico que pode ser desencadeado por vários problemas intermediários. Dessa forma, ela explica a possibilidade de que problemas reconhecidos com os nomes de "mente cansada" (no seu caso e possivelmente no caso de sua mãe), "depressão" (no caso de sua prima) e "congestão cerebral" (no caso de seu pai) possam evoluir na direção do problema reconhecido como "perda da mente". O problema do tio da paciente, também passível dessa evolução negativa é resumido através da expressão "ficar bobo". A outra idéia apresentada nessa composição ("loucura") parece ser entendida como uma evolução desfavorável de alguns dos sintomas diretamente associados ao conceito de "nervoso". O esquema abaixo sintetiza esse modelo explicativo:

- "mente cansada" / "depressão" / "congestão cerebral" / "ficar bobo" → "perda da mente";
- "nervoso" (alguns sintomas associados a ansiedade e agressividade) → "loucura".

Sílvia acredita que apesar de considerar os "problemas do corpo" como graves devido ao fato deles poderem levar o paciente a morte, os problemas mentais seriam mais "perigosos" porque podem envolver alterações da consciência e evoluírem para a "perda da mente". Essas características fazem com que ela considere a mente humana como "muito melindrosa" **("Eu acho que tem, eu vou responder assim do jeito que eu penso, eu acho que problema na cabeça comanda o cérebro, é mais perigoso, perder o sentido, dar um branco e perder o juízo, é mais perigoso assim, o problema do corpo, não, mas tem problema que pode matar a gente, o câncer, coração... a mente da gente é muito**

melindrosa, melindrosa assim, qualquer coisinha pode acontecer de ficar bobo, perder a mente, por isso que eu quero tratar.").

Apesar da hipótese apresentada pelo cooperador de sua igreja de que ela possa ter um "verme na cabeça", a paciente descarta a possibilidade de que seus problemas de saúde (descritos como "vesícula" e "verme") tenham relação com seu problema de saúde mental **("Eu acho que não, né, eu acho que não tem nada a ver, não, porque essa dor assim dá quando eu como carne de boi, né, comida gorda, acho que é vesícula e o verme acho que não tem nada a ver não... bom, eu acho que não, já me falaram que pode ser verme na cabeça que eu tenho mas, lombriga de porco, né, mas eu não sei não.").**

A idéia de que as medicações podem interferir na alteração descrita pela paciente como "veia murcha" é apresentada. Nesse processo, a medicação como que "limparia" o interior da veia possibilitando a circulação normal do sangue. Outro possível mecanismo de atuação das medicações diz respeito a possibilidade de "segurar" a mente evitando com que ela fique "girando" conforme hipotetizado na situação referida como "dieta quebrada". As funções hipnótica, de relaxamento e de "melhora da mente" são também consideradas em relação aos remédios **("Bom, eu acho que o remédio, ele me dá sono, né, sono bom prá gente dormir, relaxa os nervo, entendeu, assim, acaba com o nervoso e melhora um pouco a mente... eu acho que ele vai lá dentro da mente da gente e vai limpando, né... não sei, eu acho, não sei, perturbação sei lá o que que é que tem na cabeça da gente, eu não sei, eu não sei explicar o que que tem na cabeça, esquecimento... eu acho que o remédio, ele pode é, limpar né, a veinha, não deixar ela murchar, tirar esse nervoso da mente da gente, prender mais a mente também, né... assim, deixar ela presa prá não ficar girando.").**

Nesse trecho da entrevista, Sílvia descreve algumas características de seu conceito de loucura **("... eu acho que é a pessoa sair correndo assim, correndo e xingando os outro, tacando pedra, eu acho que é a loucura... pode ser uma doença que prejudica o cérebro eu acho, né, às vezes uma pancada na cabeça às vezes dá alguma mancha no cérebro, eu penso, né... eu acho que a loucura pode ser do nervoso porque o nervoso, ele prejudica a massa assim do cérebro e a perda da mente é mais um**

esquecimento, vai esquecendo, esquecendo e tontura e perturbação da mente... pode ser de uma enfermidade, conforme eu falei pro senhor aquela parte da pessoa vacilar, né.").

A paciente refere ainda a idéia de que não tem capacidade de realizar curas apesar de fazer orações e "apresentar a pessoa" para que Deus atue em processos de cura **("Eu não, não sou médico, não sou Deus... eu nunca benzi, eu só oro, né, orar eu oro, eu oro mas eu não curo, quem cura é Deus, né, eu posso orar e apresentar a pessoa na mão de Deus, né, prá Deus fazer a obra, prá Deus libertar mas eu mesmo não tenho poder de fazer isso.").**

Sílvia termina sua narrativa apresentando algumas hipóteses causais para uma série de doenças específicas:

- "problema na coluna" **("... eu acho que é a gente carregar muito peso, né, prejudica a coluna, dá desvio de coluna...")**;

- gripe **("... pode ser uma friagem...")**;

- malária **("... dizem que provém de um mosquito, né, lá em Rondônia...")**;

- sarampo **("Sarampo, sarampo é assim, dá aquele vermelhão no corpo, né, febre, dá muita febre, aquele vermelhão no corpo e parece, não tenho certeza, dá diarréia, não pode tomar vento, né... não sei.")**;

- diabetes **("Diabetes é comer muita coisa doce, né, sangue, sangue, como é que fala, açúcar no sangue.")**;

- tuberculose **("Bronquite, né, um resfriado muito forte eu acho que a pessoa tem no pulmão, ataca o pulmão, aí dá tuberculose, não trata, dá tuberculose.")**;

- AIDS **("Ah, cê pega tendo relação com pessoa que tem AIDS agora eu não sei como, né, agora do que provém isso eu não sei.")**;

- suicídio (**"Ai, desgosto, nervoso, eu acho, tristeza... pode ser por causa de doença mas pode ser mais por, assim eu acho, né, no meu pensar que pode ser por causa de família, né, desgosto de família, namorado, marido, mulher."**);

- depressão (**"Depressão eu acho que é uma tristeza que pega a pessoa muito tempo, que teve um desgosto que nem por acaso a pessoa sofre assim, aí você fica num lugar sozinha, começa a pensar, pensar, pensar e vem aquela tristeza, aquela tristeza, aquela tristeza, aí dá depressão..."**);

- alcoolismo (**"Bom, eu já vi muita gente falar que isso daí é um vício, né, às vezes a pessoa separa da mulher, começa a beber prá poder esquecer, beber e fumar, isso aí eu ouvi falar... acho que não é doença, não, é um vício."**).

O quadro 8.7 apresenta alguns termos e expressões utilizadas pela paciente ao longo da entrevista de Formulação Cultural que foram incluídos no glossário apresentado no anexo I.

Quadro 8.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)

agitamento	nervoso
cabeça ruim / mente ruim	perder a mente
congestão cerebral	problema de nervo
crise de nervo	stress nervoso
desinquietação	susto nervoso
dieta quebrada	tã-tã da cabeça
elétrico da cabeça	vacilar
fraqueza no cérebro	veia muchando / veia secando
mancha no cérebro	verme na cabeça
médico de louco	vista cansada
mente cansada	zonzura na cabeça
mente virando / mente girando	zuada

Formulação Cultural do Caso (caso 9)

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Mauro, 30 anos, natural de Nova Esperança-PR, procedente de Campinas-SP, separado (três filhos), primeiro grau completo, aposentado por motivo de doença, evangélico (igreja Nazareno).

Paciente com história de início de sintomas psiquiátricos aos 22 anos caracterizados por importantes alterações de comportamento: começou a dizer que não iria mais trabalhar, deixou de sair com os amigos (saía quase toda noite), passou a apresentar um comportamento estranho em casa ficando muito tempo quieto, isolado e sem querer conversar com as pessoas. Quando perguntado sobre o motivo dessas alterações, ele dizia que estava "grogue" e ficava bastante irritado com a tentativa de seus familiares em compreender melhor o que estava ocorrendo. No prazo de algumas semanas, seu quadro acentuou-se; começou a dizer que "não tava mais entendendo as palavras" e que achava que as pessoa se comunicavam com ele através de pensamentos. Durante alguns períodos, Mauro parecia ficar bastante assustado, não saía mais de seu quarto e pedia para que as pessoas trancassem as portas por causa dos "inimigos". Começou ainda a dizer que sua mente estava "mudada", que tinham "colocado pensamentos" na sua cabeça e que havia pessoas querendo prejudicá-lo ou "eliminá-lo". Apesar de estar apresentando um comportamento amplamente alterado, o paciente não manifestava agressividade e em alguns momentos passou a conversar com seus familiares no sentido de explicar seu problema e obter algum tipo de ajuda. Nesse período, sua família decidiu levá-lo a alguns curadores e benzedores num processo que continuou de forma irregular durante os primeiros anos de evolução do problema. De acordo com sua mãe, o paciente estaria "possuído" por um "espírito ruim", o que explicaria suas alterações. O paciente começou também a frequentar a igreja Nazareno por influência de sua ex-mulher que já era evangélica há alguns anos.

Após alguns meses, Mauro continuava bastante perturbado, falava muito numa suposta "perseguição" e começou a ficar novamente mais ansioso e irritado como no início do quadro. Abandonou totalmente o trabalho, dizia que tinham feito uma "macumba" contra ele e principalmente, nessa época, que estava ouvindo vozes ou como ele dizia,

"uma conversaiada". Parecia ficar muito perturbado com essa situação, falava que as vozes o xingavam, ameaçavam matá-lo e "tirar o seu lugar" no grupo familiar. Devido a manutenção desse quadro e ao fato do paciente ter começado a apresentar episódios em que chegava alcoolizado em sua casa (nessas situações ele ficava agressivo, quebrava objetos e dizia que ia "enfrentar os inimigos"), sua família decidiu levá-lo para uma avaliação médica. Iniciou então, quase um ano depois do início das primeiras alterações, tratamento psiquiátrico com antipsicóticos. Evoluiu com uma melhora apenas discreta do padrão de alterações apresentadas. Continuava frequentando benzedores, indo à igreja Nazareno e após algum tempo, à centros espíritas kardecistas e de umbanda. O tratamento psiquiátrico era realizado de forma bastante irregular, ficava durante várias semanas sem usar medicações, faltava às consultas e apresentava um aumento progressivo da ingestão de álcool, além de iniciar a utilização de crack. Com cerca de 25 anos, seu quadro piorou muito. Ele passou a ouvir vozes de maneira mais frequente e intensa e apresentar um comportamento grosseiramente desorganizado: não se alimentava, falava apenas em "inimigos" e em temas relacionados a aspectos mágico-religiosos, voltou a ficar agressivo. Levado para avaliação médica, foi internado num hospital psiquiátrico onde permaneceu durante cerca de 40 dias. Após alguns meses dessa primeira internação, o paciente novamente apresentou uma piora importante do quadro motivando uma segunda hospitalização. Diz que não estava fazendo uso das medicações nesse período. Depois que saiu do hospital nessa última internação, Mauro passou a comparecer um pouco mais regularmente às consultas psiquiátricas. Apesar disso, frequentemente deixava de tomar as medicações prescritas ou ingeria os remédios de maneira diferente da prescrita. Há cerca de um ano e meio vem usando medicação de depósito (haloperidol decanoato: 3 ampolas intramuscular ao mês) além de clorpromazina 100mg via oral ao dia, biperideno 4mg via oral ao dia e diazepam 10mg via oral ao dia. O paciente raramente usa de forma correta as medicações via oral nessas doses. Mantém-se apenas relativamente controlado em relação aos sintomas psicóticos afirmando, por exemplo, que evita alguns programas de televisão porque "os atores me conhecem lá, sabe o senhor achar que o senhor fez uma polêmica muito grande e ficou conhecido seu nome, sua fisionomia, entendeu". Além desse aspecto, mantém o uso de substâncias (álcool e crack) numa frequência variável (geralmente semanal ou quinzenal). Antes do início dos sintomas, o paciente relatou uso esporádico de

álcool, maconha e cocaína inalável. Não relata outros sintomas psiquiátricos além dos apresentados acima. Sua história familiar inclui um tio com sintomas compatíveis com uma síndrome psicótica e pai alcoolista.

Diagnóstico psiquiátrico:

CID-10: F20.0 ; Esquizofrenia paranóide

F10.1 ; Transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de álcool (Uso nocivo)

F14.1 ; Transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de cocaína (Uso nocivo)

DSM-IV: 295.30 ; Esquizofrenia Tipo Paranóide

305.00 ; Transtorno por uso de álcool (Abuso de álcool)

305.60 ; Transtorno por uso de cocaína (Abuso de cocaína)

FORMULAÇÃO CULTURAL

I. Identidade Sócio-Cultural

Os principais elementos associados à Identidade Sócio-Cultural de Mauro dentro de uma perspectiva de trajetória de vida envolvendo conjuntos de padrões culturais são:

- migrou com sua família do Paraná para a cidade de Campinas-SP durante a infância;
- trajetória religiosa inclui situação de abandono da igreja católica após o início do seu problema de saúde mental. Passou então a frequentar regularmente um centro espírita kardecista e eventualmente um centro de umbanda. Além dessas práticas, procurou em diversas ocasiões a ajuda de benzedores;
- trajetória religiosa inclui também a participação em atividades religiosas da igreja Nazareno após o início de seu problema. Essa conversão foi influenciada por sua ex-esposa que já frequentava essa igreja (situação de

frequência simultânea evangélica/umbandista após o início do problema de saúde mental). Após a separação, passou a comparecer aos cultos apenas eventualmente. No último ano, vem realizando estudos bíblicos com um sobrinho e um amigo que fazem parte da igreja Testemunhas de Jeová;

- apresentou uma situação de convivência entre dois núcleos familiares no período em que esteve casado. Morava na casa dos fundos com a esposa e os filhos. Na casa da frente moravam seus pais e os irmãos solteiros. Após a separação conjugal, o paciente voltou a morar com seus pais;
- a rede de apoio social no período inicial de seu problema incluía os pais, irmãos, esposa e amigos da igreja evangélica Nazareno. No momento, essa rede restringe-se a seus pais que contribuem na articulação de situações de ajuda;
- situação de trabalho: era assalariado (operário) até o início de seu problema de saúde sendo aposentado por motivo de doença após alguns meses do início dos sintomas.

II. Apresentação do Problema

O paciente relata uma série de sintomas característicos de uma síndrome psicótica (alucinações auditivas, vivências de influência, idéias delirantes, roubo do pensamento) (**"... muitas vozes, vozes de gente conversando, gargalhada de mulher, dentro da minha cabeça tocava banda... senti que até os malandro do Rio de Janeiro ficou sabendo da minha existência, queria eliminar eu de alguma forma, queria acabar comigo matando eu aos pouquinhos, sabe, fazendo assim prá mim ir enfraquendo... então eu pus na cabeça, esse cara tá querendo mexer na minha vida, tá querendo deixar eu louco e foi assim, eu senti que a minha mente mudou, virou a mente prá uma outra pessoa e outra, o pensamento vinha sem eu querer, eu não tinha domínio mental... tem uma tal de Elenir, uma mulher, essa mulher não sei o que ela viu ni mim que essa mulher virou uma bruxa na minha vida, já faz quatro anos até hoje ela aparece ainda no meu sentido, ela manda pensamentos prá mim porque as vozes conta, as vozes fala a Elenir, não sei o que."**).

Dentre esses sintomas, a vivência de que seu "sentido" ou sua "mente" foi retirada dele é considerada como a principal manifestação do problema (**"O que mais incomodou eu foi perder o sentido, se não acontesse isso comigo acho que eu tava trabalhando... o que incomodou também foi minha mulher mudar também, a minha mulher de uma hora prá outra ficar brava, nervosa, agitada, parece que ela virou a cabeça, aí eu ficava com dois problema, esse meu e aquele ligado nela, né, eu perdi a autoconfiança de mim, parece que a minha autoconfiança passou prá ela, minha mente passou prá outro cara, meu ego foi prá outro cara, meu sentido foi prá outro cara, parece que despedeçaram eu, entendeu."**).

O paciente também reconhece o uso de álcool e drogas referindo já ter sido "viciado" em crack no passado (**"... eu tô na coluna do meio, eu tô quase dependente mas não tô um viciado, eu não tô um viciado em crack, eu fumo porque eu gosto mas eu vou ter que parar porque a opressão que a minha mãe tá fazendo em cima de mim, eu vou ter que parar de qualquer jeito, eu tô disposto a ir prá igreja, eu sei que Deus vai entrar em mim de alguma forma... teve época, quando eu recebo assim, eu era acostumado fumar três pedrinha de crack, eu já fui viciado no final do ano, sempre no final do ano eu fumo bastante, eu fico agitado, parece que o dinheiro coça o sangue, sabe, porque é uma droguinha do demônio, né."**). Ele afirma que apesar do uso de crack fazer com que ele se "sinta legal", esse comportamento tem gerado problemas no relacionamento com seus pais (**"... é uma maneira até d'eu me, como se diz, d'eu me sentir legal, entendeu, de vez em quando assim não é um problema mas pro meu pai e prá minha mãe é, né porque eles não aceitam isso..."**). Em relação ao uso de álcool, ele não reconhece esse consumo como um problema e descarta a condição de alcoólatra pelo fato de não ingerir bebidas destiladas (**"... A droga pode ser um outro problema mas tomar uma cerveja eu acho que não viu, doutor, tomar uma cerveja eu acho que é uma maneira de eu descontrair, não é um problema, não é que eu sou alcoólatra, eu tomo cerveja, eu não bebo pinga, eu nunca bebi pinga na minha vida e se eu tomo cerveja eu toma quatro cerveja em três pessoa, quer dizer, prá mim não é um cerveja e meia, menos que uma cerveja e meia..."**).

Mauro apresenta seu problema com o nome de "desvio mental" mas cita várias vezes a denominação apresentada pelos médicos para referir-se a seu transtorno (esquizofrenia). Utiliza ainda a expressão "perturbação espiritual" para definir a condição que levou ao desenvolvimento do seu problema (**"É um desvio mental... os médico fala que é uma esquizofrenia, né... não era esquizofrenia, era uma perturbação espiritual, aí acabou fazendo isso penetrar na minha carne."**). O termo "enlouquecimento" (detalhado no módulo Problemas Gerais de Saúde) também é utilizado para descrever situações compatíveis com surtos psicóticos.

O quadro 9.1 apresenta esquematicamente a forma como Mauro estrutura seu problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV).

Quadro 9.1: Estruturação do problema

Classificações Psiquiátricas **(CID-10 / DSM-IV)**	**Concepção do paciente**
Diagnóstico de três transtornos mentais: (CID-10) Esquizofrenia paranóide (F20.0) Transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de álcool (Uso nocivo) (F10.1) e de cocaína (Uso nocivo) (F14.1) Diagnóstico de três transtornos mentais: (DSM-IV) Esquizofrenia Tipo Paranóide (295.30) Transtorno por uso de álcool (Abuso de álcool) (305.00) Transtorno por uso de cocaína (Abuso de cocaína) (305.60)	Reconhecimento de dois problemas distintos: - "perturbação espiritual" → "desvio mental" (esquizofrenia) - "viciado" (crack)

O paciente avalia que seu problema é grave a partir da idéia de que sua "moral" foi prejudicada. Nesse sentido, o fato de não poder trabalhar e ter a percepção de que é motivo de "desgosto" para seus familiares é lembrado (**"Eu acho que é grave prá moral do homem, onde já se viu, um cara igual eu era não trabalhar, dá esse desgosto pros filho, prá ex-mulher, onde já se viu um negócio desses, e não tô desacossoado de ter acontecido isso mas é uma coisa que tá ali presa, dentro de mim ali, incomodando..."**).

Mauro admite que poderia apresentar uma evolução mais favorável se conseguisse manter-se abstinente do álcool e do crack. Ele reconhece que essas substâncias podem inibir o efeito das medicações psiquiátricas. Por outro lado, refere que o uso de álcool e crack poderia diminuir os efeitos colaterais das medicações antipsicóticas, especificamente distonias na região ocular (crises oculógiras) (**"... a cerveja ela ajuda atacar os meus olhos impreguinar, tira o efeito do remédio também e eu acabo se ferrando, às vezes quer atacar a síndrome da esquizofrenia ni mim, aí eu pego saio avoado..."**).

O quadro 9.2 reúne alguns dos sintomas apresentados pelo paciente e trechos correspondentes de sua narrativa.

Quadro 9.2: Agrupamento de sintomas nos problemas reconhecidos:

Problema reconhecido	**Sintomas apresentados**	**Narrativas**
"perturbação espiritual" ↓ "desvio mental" (esquizofrenia)	- alucinações auditivas ("vozes") - vivências de influência - idéias delirantes de conteúdo paranóide - roubo do pensamento	**"... muitas vozes, vozes de gente conversando, gargalhada de mulher, dentro da minha cabeça tocava banda..."** **"... então eu pus na cabeça, esse cara tá querendo mexer na minha vida, tá querendo deixar eu louco e foi assim, eu senti que a minha mente mudou, virou a mente prá uma outra pessoa e outra, o pensamento vinha sem eu querer, eu não tinha domínio mental..."**
"viciado"	- sensação de bem estar ("sentir legal") - agitação psicomotora	**"... é uma maneira até d'eu me, como se diz, d'eu me sentir legal, entendeu..."** **"... eu já fui viciado no final do ano, sempre no final do ano eu fumo bastante, eu fico agitado..."**

Dificuldades de trabalho e de relacionamento interpessoal são consideradas na avaliação de prejuízo no funcionamento psicossocial (**"Me atrapalha arrumar uma mulher prá mim, a trabalhar, atrapalha minha convivência no meio dos outros, no meio até dos meus irmãos porque eu me sinto estranho..."**). Nesse trecho, Mauro também apresenta a idéia de que um ex-cunhado gostaria de "tomar seu lugar na família" (**"... tem um cara lá, eu ouvi ele falar assim, vou tomar o lugar do Mauro na família, vou tomar o lugar de filho dele, eu escutei uma voz falando isso, parece que ele fez alguma coisa que ele se sente melhor do que eu no meio da minha família... ele era um cunhado, um ex-cunhado, então, ele quis tomar meu lugar na família e parece que ele fez alguma coisa que conseguiu me deixar desequilibrado no meio da minha família."**).

O paciente faz referência a uma percepção de estigmatização acreditando que outras pessoas reparam que ele tem um problema de saúde mental e utiliza medicações psiquiátricas. Mauro acrescenta que se sente diferente das outras pessoas por ter perdido sua "moral" e apresentar muitas oscilações em relação a seu estado de saúde (**"... eu não me sinto mais um cara que tenha moral, eu sinto que eu sou um merda, um cara que de vez em quando tá legal de vez em quando não tá e os outros percebe isso, não é todo dia que tá a mesma coisa... Eu acho que as pessoas olham prá mim e falam, resmungam quando eu saio do bar, esse cara é meio esquisito, toma remédio mas é gente fina, gente boa ."**).

O paciente nega outros problemas de saúde além do problema mental considerado.

III. Causas do Problema

A idéia básica apresentada por Mauro no seu modelo de causa explicativa para o problema ("desvio mental")é a realização de uma macumba para prejudicá-lo através de uma "perturbação espiritual" que posteriormente evoluiu para uma doença (**"Era perturbação espiritual aí virou doença de tanto insistir no mesmo assunto, insistir ali, insistir ali, insistir ali, batendo na mesma tecla, batendo na mesma tecla, acabou virando doença..."**).

Essa "perturbação espiritual" estaria associada a uma situação onde seu protetor (um "santo" ou um "anjo da guarda") teria sido "trocado" deixando-o vulnerável a interferências espirituais nocivas (**"... parece que trocaram até de santo comigo, de santo forte assim, senhor entendeu, todo ser humano tem seu santo, senhor tem um santo, eu tenho um, se eu trocar de santo com a pessoa, ela vai ficar com santo fraco, aí ela vai ficar ruim... eles trocaram de santo comigo, é uma conversa assim que não questão de santo lá do céu, doutor, é assim como um anjo a guarda, parece que trocaram até de anjo da guarda comigo."**).

Num outro trecho da entrevista, Mauro acrescenta que além dessa macumba, foi realizada também uma "demanda forte" contra ele. Esse processo é associado pelo paciente ao surgimento das "vozes" e teria sido concretizado através do uso de maconha previamente "benzida" pelos seus supostos inimigos (**"... hoje em dia eu acredito que eu tenha uma doença mas que foi posta pelos outro, tiraram um check-up de mim, viram uma frestinha assim e foi assim que infiltraram através da demanda dentro da minha cabeça, infiltraram ali ó, ali tem uma frestinha no Mauro, tem um cantinho ali, sei lá... uma maconha benzida, uma demanda forte, sei lá... as vozes é uma demanda, é um outro tipo de ato prá chegar ao enlouquecimento, que ouvi vozes igual eu ouvia, doutor, é brincadeira viu, eu ouvia risada mesmo, cá-cá-cá-cá-cá, aquela risada dentro do ouvido assim... eu acho que eu enlouqueci, sei lá, deram um baseado benzido ali prá mim lá que revirou minha cabeça inteira."**).

Outras explicações religiosas apresentadas para o problema referem-se à "falta de fé" ou a um "castigo" de Deus (**"A falta de fé em Deus, o esquecimento de Deus... eu acho que pode ser um castigo também porque eu, a minha irritação, o meu nervosismo, a minha ignorância fez eu fazer muita coisa errada..."**).

A idéia de uma "mistura de ego" também é apresentada. O paciente afirma que através de um mecanismo espiritual, "egos de outras pessoas" foram colocados na sua mente. Esse processo caracterizaria o momento de transição do "problema espiritual" para uma condição de doença (**"... o meu cérebro tem, deve ter uma mistura de ego, um pouco de ego de uma pessoa misturado com ego de outras pessoa, isso me deixa pirado... o ego é as vontade das pessoa, todo mundo tem seu ego, quer dizer, as minhas**

vontades tão todas misturada, é isso que eu acredito que fizeram ni mim, misturaram uma doença na minha cabeça.").

O motivo pelo qual essas pessoas teriam decidido prejudicá-lo é explicado da seguinte maneira: ele era uma pessoa que tinha um comportamento bastante irritado, brigava muito com os outros, batia nas pessoas, usava drogas, andava com arma de fogo, ou seja, na sua concepção, ele era um "malandro". Algumas pessoas que não gostavam desse seu comportamento, julgando que não seriam capazes de agredí-lo fisicamente, teriam optado por prejudicá-lo através de mecanismos espirituais (**"...eu brigava, por isso que eu batia nos outros, por isso que eu bebia, usava droga, por isso que qualquer coisa eu ignorava e ninguém entendia isso, então o fato d'eu ser um cara ignorante assim e difícil de se pegar e de bater fez as pessoas entrarem ni mim de alguma forma diferente, prejudicar eu de uma forma diferente, entendeu. O principal fato da macumba foi essa revolta, esse nervosismo porque a pessoa não podia me matar, queria me matar e não achava meio, queria me bater, queria fazer alguma coisa comigo de raiva, que faltava se morder a noite assim de ódio de mim, então pegou e fez a macumba prá mim... eles não me pegavam porque não tinha atitude, eu era mais assim, mais atitude e bem na hora que eu tive a regeneração caiu a esquizofrenia, doutor... a regeneração é, é que eu era, eu era malandro mesmo, fumava maconha, cheirava cocaína, andava armado, andava prá zona, prá tudo quanto é lugar, a regeneração era, qual a palavra, é o arrependimento das maldade, então a hora que eu tive esse arrependimento, a hora que bateu em mim, que eu fiz até um amor com a minha mulher legal mesmo assim, saiu palavra eu te amo, te quero, sabe, não, não vamô deixar esse cara se dar bem, não, esse cara não pode se dar bem, não, não, os cara falou, sabe, se ele se dar bem eu fico louco, não sei o que..."**).

O paciente inclui diversas pessoas como possíveis agentes desses procedimentos espirituais: um ex-cunhado, pessoas do seu trabalho que supostamente invejavam seu salário e outras pessoas não especificadas (**"Um plano, um plano entre quatro, cinco pessoas... inveja, as pessoa achava que ganhava bem, que eu era um, porque o meu ramo é ferramentaria, sabe, então as pessoa achava que eu ganhava bem e resolveram me prejudicar até nisso, eu tinha talão de cheque."**).

É interessante destacar a concepção de que ele era uma pessoa "revoltada" por ter sido educado num ambiente onde seus pais brigavam muito (**"... revolta que é um outro problema que eu tinha quando eu era mais novo, eu era muito nervoso, muito revoltado por causa de brigaiada do meu pai e da minha mãe desde pequenininho..."**).

O fato dele ter se separado da esposa e dos filhos após alguns anos do início dos sintomas é lembrado como um fator de piora do problema (**"Foi eu ter perdido a minha família, piorou tudo, afetou mais ainda, que eu era um cara cabeça prá caramba, doutor, eu pensava na minha família certinho, tudo certinho mesmo, pensava assim se vai faltar um litro de leite pro meu filho ou não, eu levava tudo aqui, ó, sabe."**).

Um outro fator de piora apresentado diz respeito a sua avaliação de que a "mistura de guias" (supostamente "deixados" com ele por um pai-de-santo) com o Espírito Santo (a partir de sua participação numa igreja pentecostal) teria tido um efeito nocivo sobre sua mente (**"... foi assim, doutor, eu fui num pai-de-santo, no começo, e esse pai-de-santo falou comigo, eu vou deixar com você doze guias, esses doze guias vão te ajudar, aí, de tanto por vela ali, aí realmente começou a minha verdadeira cabeça, a minha verdadeira pessoa tava voltando só que a minha mulher, ela falou, Marcos, vamô prá igreja, aí eu pensei bem e fui prá igreja, aí eu misturei os guia com a religião evangélica e os crente não saía mais do meu pé porque eu era um malandro muito comentado no bairro, sabe e quando aparece caso de malandro assim, o senhor sabe que os crente vem tudo em cima, né, quer que se converte e dá o testemunho lá na frente só que meu problema piorou... eu tinha 22 anos, já tava com problema... eu acho que os guias podem ser um fruto de Deus mas na igreja, na igreja eles acreditam no Espírito Santo, misturou os guias com o Espírito Santo, então o Espírito Santo, eu ia na igreja, se Deus tentasse entrar no meu coração, na igreja, eu perdia o equilíbrio, aí eu vacilava com todo mundo, senhor entendeu, então eu fugi da igreja por causa disso... eu fiquei quatro anos, não seguindo, os crente me perseguindo... aí eu fui nesse pai-de-santo, ele falou que ia deixar esses doze guias comigo prá me ajudar e aí eu fui prá igreja também, eu misturei as coisa..."**).

Finalmente, a hipótese de que seu "problema espiritual" tenha "virado" uma doença também é considerada (**"Era perturbação espiritual aí virou doença de tanto insistir no mesmo assunto, insistir ali, insistir ali, insistir ali, batendo na mesma tecla, batendo na mesma tecla, acabou virando doença..."**).

No quadro 9.3, é apresentado um resumo esquemático do modelo explicativo causal do paciente com destaque para algumas causas consideradas como principais (causas mágico-religiosas).

Quadro 9.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	Brigas familiares (associação com sentimento de "revolta")
Causas mágico-religiosas	Macumba, feitiço "Demanda forte" (associação com alucinações auditivas) "Troca de protetor", "mistura de guias" Falta de fé, castigo de Deus
Alterações físicas e doenças / Outras causas	Doença (evolução do "problema espiritual")

* Principal causa explicativa considerada no momento

O paciente apresenta as seguintes considerações em relação às hipóteses de seus familiares sobre as causas do problema:

- mãe: no início do quadro acreditava na possibilidade dele ter sido vítima de uma macumba. A partir da manutenção dos sintomas após a procura de diversas situações de ajuda e da continuidade do uso de substâncias (álcool e crack) por parte do paciente, passou a referir que o problema era um "castigo de Deus". A constituição de uma nova família é aconselhada por ela como forma de melhora dos sintomas. Ela, seu marido, e alguns irmãos de Mauro acreditam atualmente que seu principal problema é o uso de substâncias. A combinação desse comportamento (consumo de drogas) com a idéia de um

"castigo de Deus" parece ser o mecanismo utilizado para explicar os sintomas apresentados no momento (**"... minha mãe acha que eu tenho que parar de beber, parar de usar crack, ir prá igreja, arrumar uma mulher dentro da igreja, de fé, que me respeite, que me ame, que minha vida muda, que é um castigo de Deus isso... ela acreditava na macumba agora não acredita mais... meus pais acham que eu sou viciado, eles acham que meu problema é mais a bebida e a droga... tem outros irmãos que acham que é a droga, acham que é bebida, prá mim parar de fumar e beber..."**);

- pai: não apresentou idéias de causa durante a evolução do problema (**"Meu pai nem sabe o que eu tenho, já faz oito ano e ele nem sabe o que eu tenho..."**). No momento, parece compartilhar o modelo explicativo de sua esposa;

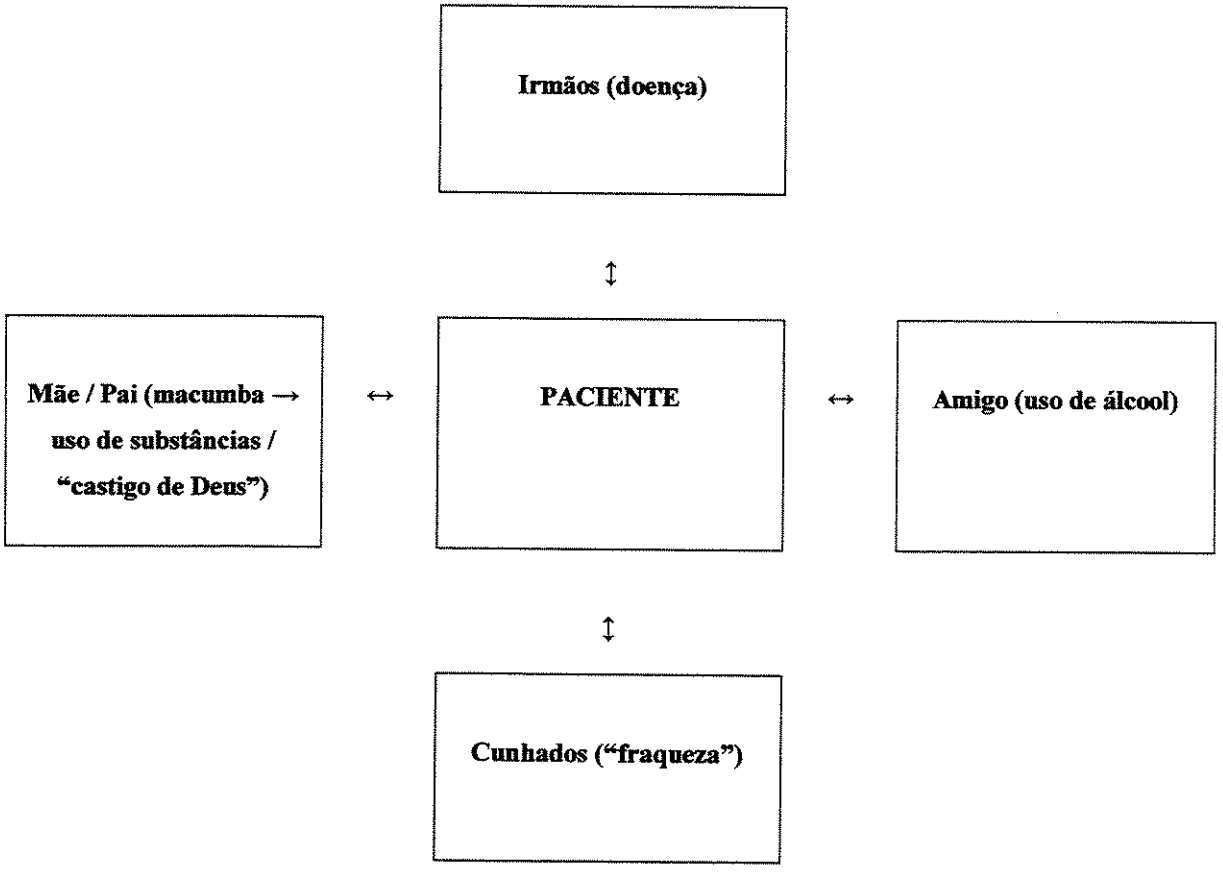
- irmãos: o paciente refere que seu irmão mais velho acredita que a causa de seu problema é uma doença (**"... tem meu irmão mais velho que fala prá mim assim, Mauro, cê tem problema, né Mauro, cê tem que entender, cê tem que ficar na sua, você já tá aposentado mesmo... ele acha que é mais doença porque é Testemunha de Jeová, né..."**). Relata que um outro irmão também refere-se ao seu problema como uma doença e o aconselha a não ingerir álcool como forma, inclusive, de prevenir distonias (**"... tem outro meu irmão também, eu falei, ô, que que é isso no meu olho que meu olho impreguina, que será isso, doença, Mauro, cê não pode beber, cê é doente..."**);

- cunhados: desvalorizam seu problema de saúde afirmando que o paciente é "fraquinho" (**"... os cunhado meu, os cunhado meu fizeram assim ó, de ter acontecido isso, eles acham que não é nada, que eu sou fraquinho, sabe, mas não sabe que prá derrotar esses nervos aqui teve que ser uma demanda forte."**);

- amigos: o paciente afirma ter perdido o contato com amigos da época anterior ao aparecimento do problema (**"... eles nem sabe, acabou a amizade que existia de nós, eles não fala nada , ninguém fala nada..."**). No módulo "Situações de Ajuda", Mauro relata que um amigo atual relaciona seu problema ao uso de álcool.

O quadro 9.4 apresenta um resumo dos modelos explicativos dos familiares para o problema do paciente. O predomínio de causas mágico-religiosas no modelo do paciente faz com que sua concepção atual de causa seja diferente dos modelos de todos os familiares apresentados nessa entrevista.

Quadro 9.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente



IV. Situações de Ajuda

Na questão aberta sobre situações de ajuda, Mauro descreve a procura de uma mãe-de-santo visando desfazer a "macumba" que supostamente era causa de seu sofrimento **("Eu procurei uma mãe-de-santo porque eu achei que tinham feito macumba prá mim, algum trabalho, alguma magia negra, aí eu procurei uma mãe-de-santo, aí ela me ajudou bastante, é que ela morreu senão eu acho que ela até me curava desse problema.")**.

Considerando as situações de ajuda apresentadas no cartão 2 da entrevista, o paciente apresenta os seguintes relatos:

- conversou com os familiares sobre seu problema (num primeiro momento com seu irmão mais velho, depois com sua mãe) **("Eu desabafei um pouco com meu irmão mais velho, só isso, só, depois ficou em segredo meu problema, só falei prá minha mãe, eu falei prá minha mãe que tavam colocando coisa na minha cabeça...)**;

- conversou com um amigo que também usa crack. Diz que recebeu conselhos como, por exemplo, interromper o uso de álcool mas continuar usando crack **("Eu já deixei assim no ar que eu tenho uma esquizofrenia... prum amigo que eu fumo pedra junto com ele, eu já deixei no ar assim, eu tenho um problema que atrapalha arrumar mulher, eu me sinto inseguro, eu tô fracassado, minha mentalidade fechou, em vez de abrir fechou, esses tipo de conversa que eu falo... ele fala prá mim, ó, Mauro, você fica bebendo, pô, não pode beber, a bebida prejudica mais você do que a droga, a droga deixa você legal e a bebida corta o efeito do remédio, ele dá conselho prá mim.")**;

- usou chá-de-alho para aliviar sintomas de intoxicação aguda por álcool. Usou chá-de-alecrim para seu problema mental ("desvio mental") recomendado por uma mãe-de-santo num contexto ritualizado. A idéia de "limpar a cabeça" é apresentada aqui como um mecanismo de cura **("Já, já usei chá de alho, eu bebia tanta cerveja antigamente que parece que eu encharcava, senhor entendeu, sabe quando o senhor transpira e fica aquele suor esquisito,**

ruim, até nas costa assim que incomoda... usei chá de alecrim porque eu fui numa mãe-de-santo e ela falou, você põe esse chá de alecrim, cê ferve ele, passa sobre a sua cabeça três vezes que vai limpar sua cabeça, só que em vez de limpar, piorou.");

- leu livros de psicologia e livros doutrinários espíritas. Nesse trecho, ele afirma que durante um período acreditava ser capaz de poder curar-se apenas utilizando "palavras corretas" que poderiam ser encontradas em livros **("Li psicologia, psicologia eu li e procurei a parte de cérebro e lá tava escrito assim, algumas pessoas podem nascer com cérebro um pouco, cérebro dividido, eu até chorei, eu li esse livro, eu até chorei, eu nunca imaginava que eu ia cair numa situação dessas, sabe... eu queria ler, eu queria saber do meu problema porque eu me sentia um, tipo assim, um cara que a força de vontade que eu tinha de sarar, disso sair de mim, que eu me sentia um cara, falando eu quero que isso sai de mim, saía, senhor entendeu, então eu queria saber as palavras corretas, que eu mesmo poderia tirar isso da minha cabeça, entendeu... eu li algumas páginas do livre-arbítrio do Allan Kardec, é o Evangelho Segundo o Espiritismo, eu achei o livro interessante só que é muito cumprido e eu queria ler a parte da loucura...");**

- submeteu-se a um ritual que envolvia banhos orientados por uma mãe-de-santo. A percepção de uma melhora transitória dos sintomas logo após os banhos é entendida como um elemento confirmador de seu modelo explicativo de causa para o problema **("Eu tomei banho de quebrar macumba e de limpeza de corpo... foi sete banhos, eu nem terminei os banhos, sabe, eu tomei dois banho depois desisti, eu tomei banho até de lodo, doutor, só que quando eu tomava o banho, pro senhor ver como que eu falo que esse problema meu é macumba, quando eu tomava banho, dava cinco segundo, parecia que derretia no meu corpo, parece que saía do meu corpo assim, aquela tentação que saía, o mal, sabe, eu fiquei bom um pouco, eu senti firmeza na mulher.");**

- procurou uma cartomante que atribuiu seu problema à dificuldades conjugais e o estimulou a sair com outras mulheres, o que era um desejo realmente apresentado pelo paciente naquele período. Faz uma avaliação negativa desse episódio devido a questão financeira e a percepção de que a cartomante teria se insinuado sexualmente para ele (**"Fui numa cartomante mas essa cartomante era ladrona, ela falou prá mim, ó, cê é bonito, quase que ela deu prá mim, se a minha mãe não tivesse junto acho que ela tinha dado prá mim dentro da sala mas ela falou assim, procura uns brotinho, vai atrás de uns brotinho, deixa sua mulher de canto um pouco, vai atrás de uns brotinho que sua cabeça muda, entendeu, ela achava que eu precisava provar o sabor de outras mulheres, senhor entendeu..."**);

- realizou constantemente rezas e orações voltadas para a cura de seu problema. Relata uma oração específica que costumava fazer nesse sentido (**"Eu oro, oro muito... antigamente eu orava, agora eu rezo, orar é a gente pedir prá Deus com as próprias palavras e rezar, não, eu rezo o Pai-Nosso, a Ave-Maria, creio em Deus Pai... antigamente eu orava, eu falava, Deus, por favor me cura dessa esquizofrenia, tira isso da minha mente, entra no meu coração, faz eu criar coragem, auto-confiança, segurança, faça de mim um homem forte senhor, tira de mim toda essa coisa ruim, essa coisa do contrário, essa era minha oração... agora eu rezo, pai-nosso que estais no céu, santificado seja o vosso nome, entendeu... eu rezo todo dia, na hora de deitar, às vezes eu oro antes também..."**);

- procurou vários curadores umbandistas após receber indicações de seus familiares e amigos (**"... a dona Célia foi a primeira que eu fui, ela falou, filho, fizeram tanta coisa prá você que fechou seus caminho mas eu vou pedir pros preto-velho tirar isso da sua cabeça, tanto é que eu tinha tanta fé naquela mulher, doutor, se ela não tivesse morrido ela me curava, tanto é que eu vi ela dentro de casa andando, flutuando no alto assim quando ela morreu.... teve esse, né, que falou que ia deixar doze guia comigo, ele disse, esse trabalho que fizeram prá você vai te prejudicar muito... minha tia que falou prá ir, eu tenho pouca conversa**

com ela, sabe doutor, mas ela é uma mulher que tentou me ajudar, ela falou, ô Mauro, que quando eu ia lá tinha meus primo, era uma animação do caramba e agora eu chego lá cabisbaixo, quieto... ela falou, Mauro, você é um cara abençoado por Deus, você é alegre, você é contente, você trabalha, não bebe pinga... na dona Célia foi um amigo de trabalho meu, eu tava trabalhando, ele falou, ô Mauro, eu falei, eu tô com um problema aí rapaz, não sei o que tá acontecendo comigo, sabe, eu tava encucando, sabe, aí ele falou, vai na dona Célia, deu o endereço prá mim, ela protege lá em casa, ela é uma ótima benzedeira, ela é uma ótima pessoa, aí eu peguei e fui...").

Uma situação em que sua mãe procurou uma curadora para ajudá-lo é associada ao desencadeamento de alucinações auditivas e ao processo entendido pelo paciente como "enlouquecimento" (**"... essa mulher que a minha mãe foi ela já é diferente, ela fez eu ouvi as coisa, ah, eu deitado na cama eu senti que tava ouvindo os outro conversar na rua, vinha tudo no meu ouvido aquela conversaieira, sabe, aquela conversaieira de homem, de mulher dando risada, eu ouvia risada de bruxa, sabe... a minha mãe foi numa mulher, acho que o que piorou minha situação foi isso, foi numa mulher e essa mulher falou que eu tava entre a vida e a morte, era uma macumbeira lá, sabe, só que essa mulher usou espírito ruim prá tirar isso de mim e me enlouqueceu, enlouqueceu minha cabeça, eu fiquei com ciúmes doentio da minha mulher... eu amava minha mulher só que eu tava numa situação que eu, com vontade de pegar outra, senhor entendeu, tanto é que quando eu saía prá fora assim com meus amigo era prá pegar outras mulher, doutor, senhor entendeu."**).

Um dos curadores procurados apresentava características de curandeiros tradicionais (utilizava ervas e plantas medicinais). Esse curandeiro orientou que ele também procurasse um centro de umbanda (**"... eu fui num tal de seu Ricardo, seu Ricardo falou assim, isso daí é um encosto e esse encosto mandaram prá você prá virar o seu sentido, vai nesse lugar aqui, aí eu fui na São Benedito, tanto é que se eu tivesse seguido lá eu sarava... é um senhor que vende remédio medicinal, ele benze e receita o remédio, ele faz uma misturada lá de remédio medicinal lá e manda a gente tomar... é um antidepressivo, um antidistônico que ele fala antidistônico, eu não sei prá que que**

serve, um prá fortalecer os nervo e outro prá parte sexual... é planta, ele mistura as planta lá e faz um líquido lá e vende, vende por conta, na casa dele, ô, eu quase morri com esse remédio, ele falou que eu não podia fumar nem beber, né, só que eu fui fumar um cigarro, o meu cigarro na hora veio no coração, aí eu tomei uma clorpromazina, deu batedeira..."). Mauro acrescenta que esse tipo de situação de ajuda foi procurada intensamente apenas nos primeiros anos do problema (**"... foi tudo no começo, eu procurei várias coisas, eu procurei várias opções, vários lugares, uma outra macumbeira, foi mais de quatro, uma mulher que dá até medo, doutor, sabe porque dá medo, porque desce até o demônio na mulher e eu tenho medo de mexer com esse negócio..."**). É importante observar que algumas ajudas de curadores passaram a fazer parte do seu modelo de causa explicativa;

- viajou para Aparecida-SP no início do distúrbio visando pedir para que fosse curado (**"... prá Aparecida do Norte eu já tinha ido com 18, 21, eu fui quando eu fiquei grogue porque no começo eu fiquei grogue, eu fui pedir prá Nossa Senhora tirar isso de mim."**);

- realiza atualmente um "estudo bíblico" com um sobrinho e um amigo que são Testemunhas de Jeová. No passado, lia a bíblia devido a insistência de um amigo da igreja Nazareno. Destaca ainda que acredita que o salmo 91* resume as características de seu problema (**"Eu tô tendo estudo bíblico todo Domingo, um sobrinho meu e um amigo dele vão em casa, eles são da Testemunha de Jeová, eles querem que eu adquira o conhecimento da bíblia... eu não tô querendo virar Testemunha de Jeová mas eu quero conhecer, é igual eles falaram, ó Mauro, cê tem a mente suja, Deus é**

* Salmo 91: "Bom é louvar o Senhor, e cantar salmos ao teu nome, ó Altíssimo: anunciar pela manhã a tua misericórdia, e a tua fidelidade durante a noite, com o saltério de dez cordas e a lira, com cântico ao som da cítara. Porque me alegras, Senhor, com as tuas obras, e eu exulto com as obras das tuas mãos. Quão magníficas são, Senhor, as tuas obras! Quão profundos são os teus pensamentos! O homem insensato não conhece, e o néscio não compreende essas coisas. Embora os ímpios floresçam como a erva, e brilhem todos os que fazem o mal, estão destinados a eterno extermínio; mas tu, Senhor, és eternamente excelso. Pois eis que os teus inimigos, Senhor, eis que os teus inimigos perecerão, e serão dispersados todos os que praticam o mal. Exaltaste a minha força como a de um búfalo; ungiste-me com azeite puríssimo. E os meus olhos olharam com desprezo para os meus inimigos, e os meus ouvidos ouviram alegres novas dos malignos que se levantam contra mim. O justo florescerá como a palma, e como o cedro do Líbano crescerá. Plantados (os justos) na casa do Senhor, florescerão nos átrios do nosso Deus. Darão frutos mesmo na velhice, estarão cheios de seiva e de vigor, para anunciar quão reto é o Senhor, minha rocha, e que não há nele iniquidade." (Bíblia Sagrada)

assim, ó, o conhecimento é assim, você tem um copo sujo aqui, você vai jogando água, joga água, vai saindo um pouco de sujeira, você vai adquirindo conhecimento, cê joga mais água, mais água até a sujeira sair tudo, aí cê fica lúcido adquirindo conhecimento... eles que se ofereceram e eu aceitei pensando na cura, tem hora que eu fico curado, doutor mas tem hora que piora de novo... eu lia com o Jairo, né, que foi um dos crentes que mais pegou no meu pé, na igreja Nazareno, abre a bíblia em tal livro e tal livro, aí ele dava explicação e eu ficava lá atrás ouvindo, tanto é que eu conseguia ler a bíblia... de vez em quando eu leio só o salmo 91 porque o salmo 91 diz tudo sobre meu problema...");

- conversou sobre seus sintomas com um pastor da igreja Nazareno que atribuiu o problema à realização de uma "magia negra" contra ele. Conversou também com um pastor da igreja Universal do Reino de Deus (**"Pastor eu conversei com um, ele falou prá mim, frequenta a igreja que Deus te cura, ele falou, ó, você pode ter sido vítima de uma magia negra, vai demorar mas eu te curo, guenta firme... da Nazareno... eu conversei com um pastor da Universal, falei assim, ô pastor, eu tô com um problema aí, não sei o que foi, a minha cabeça foi virada pro outro lado, eu sinto mal-estar, falta de, insegurança, ele falou, vai e senta lá na frente que Deus vai te abençoar, senta lá na frente que Ele vai te curar..."**);

- procurou várias atividades em igrejas visando ajuda para seu problema ("desvio mental"). É importante assinalar que a procura de igrejas pentecostais também foi associada a uma tentativa de ajuda para o problema do uso de crack. Nesse trecho, Mauro manifestou ainda um desejo atual de voltar a frequentar a igreja católica onde acredita poder ser ajudado num processo de recuperação mais eficaz.

→ Igreja Assembléia de Deus (**"Eu fui na Assembléia de Deus, ó, doutor, não é por nada não, eu já vi homem de fé mas igual o homem de fé que eu vi nessa igreja Assembléia de Deus eu nunca vi, o homem quase fez eu chorar porque ele orando, ele orando, ele orando ali, ele pedindo ali,**

de repente parece que veio uma coisa assim no peito assim, foi apertando, foi apertando, quase assim que sai os demônio prá lá, sabe, eu acho que se eu tivesse tido um pouquinho mais de fé ele tinha me mudado, tinha me convertido aquele pastor lá... eu não voltei porque, ah, sei lá, falta de vontade, eu sou, eu já desanimei já dessa esquizofrenia... na Assembléia de Deus foi o meu cunhado que faz excursão, ele foi só, ele tinha acabado de sair da cadeia e ele fumava crack prá caramba lá dentro, sabe, então foi aí que prá ele poder ganhar um pouquinho de moral ele correu prá igreja, prá parar de fumar crack e conseguiu parar o filho da puta, não fuma de jeito nenhum mais, criou responsabilidade, ele tinha uma inveja de mim, doutor, quando a gente era mais jovem, que eu era trabalhador e ele vagabundo do caramba, sabe, minha irmã que sustentava ele, depois que ele foi preso que ele saiu já mais experientão e eu tava com meu problema, hoje em dia ele tira eu porque às vezes eu fico amuado, fico sem jeito...");

→ Igreja Católica (**"... igreja católica eu fui muito também, com minha mãe... eu comecei a rezar faz uns oito meses porque eu quero me batizar de novo na igreja católica, eu acho que o católico tem mais chance de sarar do que o crente, doutor, porque o católico ele veve a vida, Deus tá com ele agora o crente, não, o crente tem que ficar ligado a Deus, ó, quando eu era católico, eu sentia mal assim de alguma coisa, eu rezava, eu pedia prá Deus e sarava, sabe, parecia que Deus me atendia em tudo mas parece que fizeram uma moléstia que me expulgaram, assim, prá não sair de mim... eu fui católico até os 22 anos"**);

→ Igreja Nazareno (**"... a igreja do Nazareno, ah, fui muitas vezes e eu tô pensando em ir de novo, eu tô pensando em seguir firme, vê se tira o vício do crack de mim, vê se tira o vício da bebida, até do cigarro... a primeira vez eu fui por causa desse problema, minha mulher me chamou, ela conhecia o pastor e me apresentou o pastor e a gente ficou**

amigo, tanto é que esse pastor, vixe, ele falava assim, Mauro, tenha fé em Deus, esse problema seu tem cura, vai sair de você...");

→ Igreja Universal do Reino de Deus (**"... na Universal eu já fui uma vez, fui eu, minha mãe e dona Nana... eu tinha 27... dona Nana é uma senhora que vende roupa, é uma senhora de fé, doutor, ela tem uma fé em Deus do caramba, sabe, é amiga da minha mãe... ela chamou minha mãe e minha mãe chamou eu... eu achei a igreja Universal uma igreja onde tem muita fé, se a pessoa for cantar e chorar e pedir prá Deus com coração, com fé, consegue qualquer coisa na vida, a minha fé tá muito fraca, doutor, eu sofri demais..."**).

- procurou um centro espírita kardecista onde foi afirmado que ele tinha um problema espiritual associado à esquizofrenia. O paciente foi orientado a prosseguir com o tratamento psiquiátrico mas frequentar conjuntamente o centro espírita (**"... na União Espírita eu conversei com um médium de lá, aí que, aí que o médium falou prá mim, isso, Mauro, que você tem é uma esquizofrenia, ele falou prá mim, ele é psicólogo na igreja, ele é espírita e é psicólogo, um homem, ó, forte de cabeça mesmo, ele falou, você tem uma esquizofrenia só que essa esquizofrenia sua é assim, o espírito vem, o espírito mal vem, coloca na sua cabeça, aí se fica, né, aí a gente afasta ele, cê volta no seu equilíbrio mas ele volta de novo e deixa você ruim, aí cê vem aqui, a gente tira ele, você volta a sua cabeça de novo, só que cê tem que frequentar... falou, ó, cê toma o remédio certinho que seu médico receitar e segue aqui que cê sara... eu ficava sentado, tomava passe, punha a mão na cabeça, pede prá afastar os espíritos maus..."**). Mauro acrescentou que essa foi a situação de ajuda que ele seguiu com mais regularidade durante determinado período manifestando uma avaliação positiva dessa prática (**"... o lugar que eu fui mais com frequência mesmo quase um ano seguido e melhorava prá caramba foi a União Espírita do Kardec..."**);

- procurou um centro de umbanda. Mauro refere-se a essa prática como um espiritismo mais "forte" ou "verdadeiro". A mãe-de-santo desse centro referiu-se a uma situação onde o problema já teria chegado até o "osso" do paciente para ilustrar o quanto seu caso era grave (**"... num centro espírita, espírita mesmo, não do Kardec, ela falou, é um espírito de outra encarnação aí dentro de você, tanto é que eles fizeram um trabalho especial prá mim, aí desceu um espírito na mulher lá, eu falei, se esse espírito tiver raiva de mim igual essa mulher me xingou agora eu tô ferrado, deve ser o Satanás, viu, e eu senti a vibração espiritual por isso que eu acredito que existe espírito... a mãe-de-santo de lá falou, o seu problema tá no osso já, filho, demora prá sair, vem aqui que a gente cura você mas eu não vou, eu não sigo, eu vou de vez em quando só..."**);

- fez uso de um remédio homeopático indicado por uma das curadoras procuradas (**"Eu tomei um remédio homeopático já, quem receitou prá mim foi a dona Célia, e receitou tônico fortificante, eu comprei na farmácia..."**);

- frequentou sessões de terapia ocupacional no Centro de Saúde, porém, fez uma avaliação negativa dessa situação de ajuda. Afirmou que não gostava das atividades realizadas e não sentia-se bem pelo fato das pessoas do seu bairro observarem que ele participava de um grupo de "doentes mentais" (**"Passei na psicóloga lá no Posto, fui umas vinte vezes depois num fui mais, ficava pintando florzinha, fazendo coisinha, não gostei, não, num, teve um dia lá que achei bom que quase volta meu espírito de trabalho, sabe mas eu desisti porque, ah, nego fica olhando prá gente com olhar de doente mental, que a gente é doente mental, não gostei... o bairro inteiro, eu era conhecido, ô, doutor, eu era comentado prá caramba, eu não gostei disso e não fui mais."**);

- procurou um clínico geral num pronto-socorro referindo queixas de "fraqueza", "perturbação" e "insegurança". Segundo ele, o médico tratou-o com soro glicosado e não fez comentários sobre seu problema (**"Eu procurei**

um clínico geral no hospital, falei assim, ô, doutor, eu tô com um problema sério aí, eu tenho dois filho prá criar, eu tô muito fraco, eu quero que o senhor me ajude, eu tô ficando perturbado e eu tenho que me sentir forte prá mim me sentir seguro, ele falou, ah, tudo bem, então receitou um litro de glicose, vixe Maria, doutor, mas eu fiquei, isso aqui estufou tudo assim...");

- iniciou o primeiro tratamento psiquiátrico utilizando haloperidol e biperideno. Diz que esse psiquiatra orientou que ele também procurasse um centro espírita kardecista (**"A primeira vez que eu fui num psiquiatra eu falei assim, ô, doutor, minha cabeça tá virando, eu tô me sentindo outra pessoa, que que tá acontecendo comigo, ele olhou bem pro meu olho, ele falou, toma esse remédio aqui e frequenta um centro espírita, ele era espírita e psiquiatra, por isso ele me falou prá mim frequentar o centro espírita, por isso que eu fui... ele passou haldol e akineton...**). Referiu dificuldades durante suas duas internações em hospitais psiquiátricos afirmando que não tinha "atitude" em relação ao convívio com os outros pacientes. Apesar disso, faz uma avaliação positiva dos psiquiatras que o atenderam no hospital valorizando a prescrição de vários tipos de medicamentos. Afirma ainda que chegou a ficar quinze dias sem ser entrevistado pelo psiquiatra durante a internação (**"... eu fui internado duas vezes, ah, doutor, é uma coisa muito ruim demais, a gente fica ali no meio de nego que não tem noção, às vezes a gente tem que ter atitude, a minha atitude ela acabou, a gente precisa ter atitude até de brigar com alguém na porrada, ah, não dá, não, a minha atitude acabou, eu enfraqueci, se eu for brigar com alguém eu apanho até de um moleque de doze anos, tô muito fraco... o psiquiatra do hospital é igual, receita remédio a mesma coisa que os outro, eu fiquei quinze dias tomando remédio, depois de quinze dias conversa com ele de novo, o psiquiatra... eu achei bom, ele receitava fenergan, haldol, rivotril, dois fenergan, dois haldol e um rivotril, uma vez a noite, uma vez de manhã e uma vez a tarde."**).

O paciente negou ter procurado ajuda para seu problema nas seguintes situações de ajuda apresentadas: terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.), grupos de auto-ajuda e farmacêuticos (nesse último caso, refere apenas a compra ocasional de vitaminas).

Mauro refere que a primeira situação de ajuda procurada foi uma das curadoras umbandistas **("Em primeiro lugar foi a dona Célia.")**. As principais formas de ajuda consideradas foram o tratamento psiquiátrico e as atividades no centro de umbanda. O paciente manifesta o desejo de procurar outros curadores ou centros de umbanda que pertençam a "linha esquerda" (quimbanda). Diz também que não quer voltar a frequentar a igreja católica contradizendo o que havia dito anteriormente a respeito desse desejo **("O tratamento e o espiritismo, eu voltei lá mas eu quero entrar prá linha esquerda, não quero ficar na linha direita, não, na linha branca, na linha direita, a gente fica assim fraco, aquele negócio, fragilidade, então eu quero me sentir um pouco mais forte... eu quero entrar numa casa mais forte, fumar o cachimbo do caboclo, tô querendo voltar na umbanda... eu não tô indo mas eu tô querendo guardar dinheiro agora, eu vou economizar o meu dinheiro prá ir... eu tava pensando em ir numa mãe-de-santo que falaram que é forte, tô querendo isso, tô querendo passar prá linha esquerda, coisa ruim, que tire e faz a gente ter atitude... a igreja católica, se eu for vai ser prá me batizar de novo mas eu não vou, não, eu tô sem noção nenhuma, doutor, eu tô com a cabeça tão ultrapassada que não sei, só se for o caso do destino mesmo.")**.

Mauro nega ter procurado situações de ajuda anteriormente ao aparecimento de seu problema de saúde mental. Refere apenas que costumava fazer orações e que era uma pessoa "ruim" **("Nada, nem na igreja eu não ia, eu só curtia, eu só pensava em curtir, mulherada, bebida, fazia umas oração só prá dormir, só... ó, doutor, eu era tão ruim que podia tá frio, se eu cismasse de dormir sem coberta, eu dormia porque eu queria sentir frio, minha mulher falava, Mauro, cê vai ficar doente, eu falava, se cobre aí, eu não quero me cobrir e dormia no frio.")**.

O quadro 9.5 esquematiza a configuração de situações de ajuda procuradas pelo paciente ao longo de sua trajetória com o problema.

Quadro 9.5: Trajetória de situações de ajuda

Familiares → Centro de umbanda (primeira situação de ajuda considerada)
Mãe → Igreja Católica
Amigo (conselho)
Familiares → Benzedores
Benzedores → remédios caseiros
Benzedores, curadores
Famíliares → centro espírita kardecista
Leitura de livros kardecistas
Esposa → Igreja Nazareno
Simpatias
Romaria
Cartomante
Tratamento psiquiátrico ambulatorial (irregular)
Internações psiquiátricas
Amiga da mãe → Igreja Universal do Reino de Deus
Cunhado → Igreja Assembléia de Deus
Pastor
Orações
Leitura da bíblia (Testemunhas de Jeová)
Clínico geral
Psiquiatra → centro espírita kardecista
Tratamento psiquiátrico ambulatorial (regular)

* Principais situações de ajuda consideradas no momento

V. Relacionamento Clínico

A expectativa de Mauro em relação ao tratamento psiquiátrico inclui a administração de medicações e uma atitude de "tranquilizar" o paciente em relação a sua doença (**"No remédio, né, na parte psicológica, na parte mental, ajudando assim a gente firmar a mente de uma forma diferente, de cura, tranquilizar mais a gente por, assim, a respeito da doença."**).

A diferença entre o trabalho de um psiquiatra e de um clínico geral é sintetizada em duas idéias principais:

- o psiquiatra seria um "médico de cabeça" enquanto o clínico atenderia "doenças normais". Essa formulação evidencia uma clara distinção entre os problemas de saúde mental (considerados como "anormais") e os outros problemas de saúde. Os exemplos de problemas de saúde mental citados são: "paranóia", "piração" e "falta de equilíbrio". Os exemplos de "doenças normais" apresentados são: gripe, febre, "dor de ouvido", "dor de cabeça" além de "dor no estômago", no rim e no pulmão (**"... eu acredito que tem muita diferença porque o psiquiatra é um médico de cabeça e o clínico geral já é mais da parte de doenças normais, o psiquiatra é paranóia, piração, falta de equilíbrio... doenças normais, por exemplo, gripe, febre, dor de ouvido, dor de cabeça, estômago, rim, pulmão..."**);
- o tratamento psiquiátrico é mais longo, envolve a necessidade do paciente tomar medicações durante mais tempo e está associado a possibilidade de recaídas. Devido a isso, o psiquiatra precisa ter uma atenção constante no acompanhamento de cada caso. O tratamento clínico seria mais rápido e "simples" podendo propiciar a cura até mesmo em um dia (**"A diferença é que o psiquiatra tem um pouco mais de dificuldade porque ele tem que receitar um remédio e a pessoa vai tomando durante um prolongado tempo e o clínico geral não, é uma coisa simples, se a gente toma um remédio dentro de 24 horas a gente melhora, sara... as doença do psiquiatra é mais difícil porque a gente tem que fazer um tratamento de prolongado tempo, né, doutor, e às vezes o psiquiatra luta pro paciente**

se recuperar e o paciente às vezes recai, às vezes melhora, recai de novo, o psiquiatra tem que estar sempre ali vendo como que tá a pessoa, se tá melhorando ou se tá piorando.").

O paciente associa o termo psicoterapia à idéia de ajuda psicológica e socialização. Nesse processo, o terapeuta atuaria através de conversas, conselhos e transmissão de uma "força positiva" **("É uma forma de ajudar o paciente mentalmente, psicologicamente, se enganchar na sociedade... conversa, né, conselho, passar prá gente uma força positiva.")**.

Mauro admite sentimentos de vergonha e medo antes de procurar um psiquiatra. Refere que esses sentimentos estavam associados ao temor de que o psiquiatra o "ignorasse", no sentido de não valorizar suas queixas, não reconhecer seu sofrimento como um problema de saúde e não oferecer um tratamento **("Eu tive vergonha e medo de falar a respeito da minha doença porque eu achava que um psiquiatra poderia me ignorar, falando assim que isso aí é coisa da vida, pegou mesmo e acabou, não tem tratamento prá você...")**. Posteriormente nessa questão, ele chega a dizer que sente "mágoa" por ter procurado ajuda psiquiátrica. O paciente apresenta aqui uma hipótese de que seu problema poderia ter regredido espontaneamente. Diz também que o uso de medicações psiquiátricas acabou ampliando seu problema devido aos efeitos colaterais dos remédios e pelo fato de que outras pessoas passaram a ficar sabendo de seu estado de saúde **("... eu senti muita mágoa, eu acho que nem deveria ter procurado um psiquiatra, doutor, se o senhor quer saber, deveria ter aguentado calado, quieto, por mais forte que fosse o problema, continuar firme porque o remédio parece que, antes, antes eu não impregnava o olho de maneira alguma, depois que eu comecei tomar remédio que meu olho começou impregnar, eu acho que acabou me prejudicando um pouco mais e agora eu não posso parar mais o tratamento, eu me sinto inseguro, eu tenho medo de dar um desespero ni mim, uma crise assim que não dê prá mim me controlar... eu acho que ele podia ter sumido sozinho, com o tempo, eu acho que as pessoas não iam ficar tão ligada assim no meu problema, que a gente começa tomar remédio as pessoa já começam perguntar, o que que cê tem, que que aconteceu com você, você melhorou, você piorou, a gente nunca sai desse tipo de conversa...")**. Nesse trecho da entrevista, o paciente descreve ainda alguns sintomas bastante intensos associados a alterações senso-

perceptivas e alterações do pensamento (**"... eu senti uma opressão em cima de mim, tão forte, tão forte que parece que explodiu meu livre-arbítrio e entrou outro, meu sentido saiu e entrou outro sentido, eu sinto cabo de aço no braço me levantando assim pro alto, tipo alguma pessoa torturando eu aos pouquinho, sabe, até eu cair na situação de invalidez."**).

Mauro refere ter tido vergonha em admitir para o médico determinados sintomas relacionados a sua desconfiança de que pudesse estar tornando-se homossexual (**"Dificuldade que eu tive de comunicação com o médico, doutor, foi o seguinte, de falar a respeito do meu problema, eu tinha muita vergonha, eu cheguei a transpirar na frente de um médico, de falar que eu sentia uma frescura, um negócio que escandalizava, virar franga, esses negócio, sabe, eu até cheguei transpirar na frente dele de tanta vergonha mas falei..."**). Relata ainda uma outra situação de dificuldade no relacionamento clínico associada a um episódio onde um médico recusou-se a aceitar seu caso para tratamento (**"... eu achei uma vez que um médico desfez da minha pessoa como paciente porque ele falou que o meu caso ele não pegava prá tratar, ele falou prá minha mãe, o caso do seu filho eu não pego prá tratar, procura outro médico, não deu explicação nenhuma."**).

Mauro também refere situações de faltas em consultas psiquiátricas pelo fato de ter ingerido álcool ou usado crack. Diz que nessas situações, ele tem medo que o médico reclame do seu comportamento e cobre a abstinência dessas substâncias. O paciente reconhece a melhora de seus sintomas em períodos onde toma regularmente as medicações e não faz uso de substâncias. Sobre esse aspecto, cita como exemplo um período de mais de dois anos em que fez uso contínuo de antipsicóticos com melhora significativa de seu quadro psicopatológico (**"Eu sempre procurei tomar os remédio mas eu fiquei dois ano e sete meses sem beber e sem fumar nada de droga, dois ano e sete meses e durante esses dois ano e sete meses eu tomei o clorpromazina, tomei o akineton, tomei o melleril, o stelazine e melhorei cem por cento... às vezes eu falto, dá medo de mostrar a falta de amor a si mesmo, bebendo, fumando, essas coisa, medo do médico também chamar no saco, né, só que eu quero mesmo parar de tudo, doutor...**).

Outro aspecto relacionado ao tratamento medicamentoso diz respeito a um esquema construído pelo paciente envolvendo o uso de medicações (biperideno, diazepam, clorpromazina) e substâncias (álcool, crack) num processo de regulação recíproca. Esse processo apresenta basicamente os seguintes aspectos:

- quando apresenta alterações compatíveis com crises oculógiras ou sintomas de parkinsonismo medicamentoso, ele aumenta a quantidade de biperideno ou diazepam além de ingerir álcool e fumar crack (**"... às vezes eu tomo três akineton de manhã, tem um pouco a minha, doutor, se eu ficar tomando remédio direto, direto, direto, vai me dando um bagulho que meu olho, eu fico esquisito assim, impreguina assim mesmo, então eu senti uma sensação tão ruim que eu tinha que correr beber uma cerveja ou então fumar um crack prá poder passar, sabe aquela situação desesperadora, por exemplo, se eu tomasse duas cerveja passava e se eu fumasse só uma pedrinha de crack também passava, mas uma agonia mesmo... a cerveja e o crack é quando impreguina o olho e quando eu tô com muito remédio no sangue, eu sinto uma situação esquisita que precisa eliminar os remédio, primeiro eu tento tomar diazepam, se não resolve eu tomo cerveja... "**);

- quando sente piora de alguns dos sintomas, ele aumenta a ingestão de diazepam (**"... às vezes eu aumento o remédio, tomo um diazepam a tarde prá me sentir melhor, eu tô me sentindo sozinho, parece que tiraram tudo meu amor do peito, do coração, o diazepam age numa melhora grande assim no sistema, até na dor nas perna, na agonia da esquizofrenia, parece que ele age combatendo aquilo e faz passar a agonia..."**);

- quando ingere muito álcool e percebe a piora de alguns sintomas específicos ("barulhada"), ele aumenta a ingestão de clorpromazina (**"... às vezes eu tomo dois clorpromazina a noite, às vezes eu tomo três, quando eu bebo eu acho que eu tô sem o efeito do remédio, começo a ficar meio esquisito, sabe, a barulhada, aí a noite eu tomo dois, aí no outro dia eu não bebo, eu passo vinte dias sem beber."**).

Em resumo, esse processo evidencia que a idéia de "estar com muito remédio no sangue" se contrapõe a possibilidade de estar "sem o efeito do remédio". É importante destacar que apenas a clorpromazina é incluída nesse "efeito", já que o diazepam e o biperideno são considerados juntamente com o álcool e o crack como elementos de diminuição dos efeitos da medicação. Nesse processo, se o paciente julga ter utilizado muito álcool ou crack, ele volta a usar a clorpromazina para restabelecer o efeito antipsicótico. Além disso, o diazepam teria a função específica de poder atuar adicionalmente sobre determinados sintomas. Esse comportamento de auto-regulação (incorporando as medicações e o uso abusivo de substâncias) pode ser considerado como uma estratégia bastante flexível de adesão ao tratamento construída pelo paciente a partir do esquema medicamentoso prescrito.

O quadro 9.6 resume alguns dos principais aspectos considerados pelo paciente acerca do relacionamento clínico.

Quadro 9.6: Aspectos do relacionamento clínico

Dificuldades no relacionamento clínico, abandono de tratamento e adesão medicamentosa
Sentimentos de vergonha e medo antes de procurar ajuda psiquiátrica (temia que o psiquiatra não reconhecesse seu sofrimento e não oferecesse um tratamento adequado)
Idéia de que seu problema piorou com o início do tratamento (efeito colateral das medicações e estigmatização por fazer um tratamento psiquiátrico)
Vergonha em admitir para o médico determinadas vivências psicóticas (delírio associado a questão do homossexualismo)
Episódio em que um médico recusou-se a iniciar seu acompanhamento psiquiátrico
Construção de um esquema de auto-regulação das suas medicações incluindo o uso de álcool e drogas

VI. Problemas Gerais de Saúde

Mauro inicia o relato sobre problemas gerais de saúde descrevendo mais detalhes sobre seu próprio problema de saúde mental. Nesse sentido, ele volta a destacar a idéia de feitiço apresentada no módulo "Causas do Problema" (**"...eu acho que esse problema meu é feitiço, coisa feita prá acabar com minha moral, eliminar eu, é o feitiço que deu a doença e continuou infernizando, fazendo feitiço direto prá mim não sarar, prá manter a doença até ficar sequela..."**). Quando perguntado novamente sobre problemas de saúde, o paciente faz referência à idéia de doenças como eventos naturais que podem acometer as pessoas ao longo da vida (**"O problema de saúde é uma coisa da vida, a pessoa ficou doente... a diabetes, o câncer, reumatismo, várias coisas, doutor."**).

A partir da apresentação do cartão 1 da entrevista, o paciente relata uma ampla gama de possíveis fatores que podem desencadear problemas de saúde:

- "falta de cuidado" com a saúde, alimentação inadequada ou comportamentos nocivos como usar tabaco ou ingerir álcool (**"A falta de cuidado, a falta de se cuidar, cuidar da saúde da gente, não beber, não fumar, não usar droga, sempre tá se alimentando bem, comendo fruta, tomando uma vitamina prá repor as energia que tá perdendo."**);
- problemas familiares associados a determinadas características da personalidade do indivíduo (**"Isso pode causar se a pessoa for muito do gênero ruim, se a pessoa tiver o gênero muito forte uma desconfiança pode virar uma doença, se ela não aceita certos tipo de coisa, né, aquilo lá vai virando uma doença nele sem ele perceber..."**);
- idéia de nervoso que "sobe prá cabeça" (**"... o nervoso pode subir prá cabeça, já dá moleza, dá dor de cabeça, vários sintomas, emagrecimento, desânimo, conforme o tempo, revolta."**);
- causas mágico-religiosas incluindo a realização de macumbas, a falta de fé e a influência de espíritos negativos (**"... o demônio vem junto com a macumba e deixa a pessoa enlouquecida por alguma coisa, por algum fato, algum problema psicológico... a falta de fé leva a gente à insegurança, vai**

acabando a autoconfiança... eu acredito que a gente tem várias influência, muita influência ruim, gente do espírito fraco, né.");

- "quebrar dieta" **("quebrar dieta pode levar a mulher a algum tipo de problema, então o cara tem que respeitar, o marido dela tem respeitar os quarenta dias certinho prá ela poder se recuperar, sem ter relação.");**

- outras causas (exemplos: lesão física no cérebro, infecção, "misturar o frio com o quente") **("Ah, dá, um traumatismo craniano, o cérebro não funciona direito... se a gente por a mão em alguma coisa que tá infeccionado, se por a mão na boca é perigoso pegar um vírus aí que pode levar até a morte, vários vírus, de rato, de barata, de cobra, de sapo... por comida, pode levar uma diarréia, um mal-estar, uma congestão... pode levar uma gripe, uma pneumonia, a pessoa misturar o frio com quente, uma febre, por exemplo o senhor toma um leite gelado e toma um copo de café fervendo em cima pode levar um estopor, estopor é a gente impregnar a boca prá trás, virar a boca boca prá trás assim e ficar doente, paraplepsia assim, minha irmã teve isso e não sarou...").**

Dentre todos os fatores citados acima, Mauro considera que a alimentação inadequada e a falta de condições econômicas são as principais causas de doenças **("A falta de alimentação, a falta de verbas prás pessoas viver melhor, a falta de compreensão do governo, da ONU, da Organização das Nações Unidas, aquela falta de verbas prá manter as pessoas que tão passando fome e frio, prá manter eles, eu acho que a falta de justiça, né, vai levando as pessoa à doença.").**

O paciente cita a epilepsia, a esquizofrenia, o "mal raciocínio", a "mal memória" e a "mal compreensão" como exemplos de problemas de saúde mental. Utiliza ainda o termo enlouquecimento para definir sua doença. Nesse sentido, ele constrói uma oposição entre a situação definida como enlouquecimento e a situação definida como esquizofrenia controlada **("... o enlouquecimento é uma doença, essa doença minha mesmo se a gente não tratar leva no enlouquecimento, no enlouquecimento a gente já**

vai direto no hospital, quer matar, quer bater, tem que segurar, tem que amarrar, né e a esquizofrenia controlada não, a gente já vai com calma, sabe explicar o problema, sabe se comunicar...").

De acordo com Mauro, as doenças mentais se diferenciam das outras doenças principalmente pelo fato de demandarem uma ingestão continuada de medicações ("A **diferença é que a doença do corpo, doutor, a gente pode sarar com uma injeção e a doença da cabeça não, a doença da cabeça a gente tem que tomar bastante remédio, a doença da cabeça a gente num, perde até o, se a gente não souber levar a coisa a gente perde até o respeito dos outro.").**

Mauro detalha a maneira como acredita que os remédios chegam a um local específico do cérebro considerado como locus da doença mental **("O remédio desce, bate no estômago, dissolve, corre prás correntes sanguínea, das correntes sanguínea passa pelas veinha do cérebro até chegar num ponto que ali que ele tem que melhorar a pessoa, aí chega naquela ponto ele ultrapassa também e vai prá outros lugares mas sempre passa por aquele pontinho que a pessoa tem de doença mental e às vezes cura, às vezes demora prá curar, às vezes nem cura...").**

Relata ainda a idéia de uma função ansiolítica do diazepam e da clorpromazina acrescentando que o efeito dessas medicações poderia passar para outras pessoas através do suposto feitiço **(que nem o diazepam tranquiliza tudo, deixa a gente sereno... a clorpromazina também diminui a ansiedade, eu não sei muito bem prá que que serve a clorpromazina, só sei que quando eu tomo o diazepam, principalmente uns dias atrás aí, parecia que eu sarava, sabe, ficava legal mesmo mas parece que pegaram esse efeito do meu remédio prá eles, prá outra pessoa, sabe, é tipo como se tivesse pessoas aguinhando no meu olho assim...").**

A aplicação de medicações injetáveis é valorizada como uma forma mais poderosa de combate às doenças. A idéia de que haveria a necessidade de se "limpar" ou "separar" uma "parte que não é da pessoa" no processo de cura também é apresentada **("... eu acho que a injeção além de animar a gente, ela consegue combater mais a doença levando até a cura, se a pessoa, eu não tenho essa chance... a injeção mexe no lado mais forte, faz o lado mais forte, é como se ela limpasse assim as vontade, separasse**

tudo eliminando aquela parte que não é da pessoa, deixando a parte que é da pessoa e equilibrando.").

A loucura é caracterizada como um problema com sintomas graves que podem, inclusive, levar a pessoa à morte **("Loucura é uma coisa que leva a pessoa até a morte, né, doutor, ficou louco, come merda, rasga dinheiro, não come, é a doença do enlouquecimento, o transtorno mental geral, a loucura é.")**.

Mauro relata que acreditava ser capaz de realizar curas no início de seu problema. Posteriormente, passou a apresentar crítica em relação a essa capacidade **("Eu durante quatro anos me julguei desse jeito, eu me sentia igual um pastor, sabe aqueles pastor que tem muita fé em Deus, espantava até demônio, espantava até demônio, doutor, até as doencinha dos meus filho eu pensei que era eu que curava e eles tinham tanta confiança em mim que qualquer coisinha eles reclamavam prá mim... hoje eu não tenho mais, parecia que o demônio mesmo era só falar assim, sai, ele, vuuu, saía de perto de mim...")**. Nesse trecho da entrevista, o paciente acrescenta ainda a descrição de vivências psicóticas relacionadas à idéia de que "seu nome entrou na televisão" **("... depois parece que meu nome entrou na televisão, né, o nome da gente entrou na televisão e tem uma pessoa ali na televisão que não vai com a sua cara e essa pessoa começou a me cutucar, cutucar aos pouco até que fez eu enxergar diferente, fez eu ver que eu não sou nada, que eu não sou bosta nenhuma, que tentou piorar minha doença, nessa época eu vi que a macumba venceu eu que eu tive o enlouquecimento.")**.

Mauro nega conhecer a causa do sarampo e da depressão. Em relação às outras doenças consideradas na entrevista, ele faz os seguintes comentários:

- diabetes **("Açúcar no sangue, comer muito doce.")**;
- tuberculose **("Cigarro, droga, vai no pulmão e o pulmão acaba enfraquecendo e causa a doença.")**;
- lepra **("Lepra é desmazelo, não tomar banho, pisar em lugar sujo, pisar em lugar onde tem rato, barata, sapo, cobra, essas coisa, a pessoa pode pegar uma lepra, vai enchendo de ferida as perna.")**;

- AIDS (**"AIDS é a relação sexual com parceiro que a gente não conhece, né, e não usar camisinha... através de uma operação, uma seringa que não seja descartável."**);
- suicídio (**"Essa doença minha, se tiver uma opressão muito em cima, se a pessoa for fraca... assim pelo desprezo também que os outro dá prá gente, né, uma pessoa desprezada acho que acaba se matando, mesmo sem tá doente."**);
- alcoolismo (**"É beber todo dia vai virando alcoólatra, é um vício, é um vício forte...**). Nesse trecho, o paciente defende a idéia de inocuidade da ingestão de cerveja. A ingestão de pinga ou conhaque é relacionada diretamente à situação de alcoolismo (**"... tem uns que já começam bebendo pinga, nunca bebeu nada, vai no bar bebe pinga, em vez de tomar uma cervejinha vai no bar bebe conhaque."**).

O quadro 9.7 apresenta alguns termos e expressões utilizadas pelo paciente ao longo da entrevista de Formulação Cultural que foram incluídos no glossário apresentado no anexo I.

Quadro 9.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)

barulhada
baseado
cérebro dividido
desalienado
doenças normais
enlouquecimento
firmar a mente
impregnar
mistura de ego
olho estrebuchar
paranóia / piração
perder o sentido
regeneração

Formulação Cultural do Caso (caso 10)

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Sandra, 41 anos, natural e procedente de Campinas-SP, casada (uma filha), segundo grau incompleto, desempregada, católica e kardecista.

Paciente com história de sintomas progressivamente mais intensos a partir de sua adolescência. Refere que desde a infância era tímida e inibida começando aproximadamente aos 14 anos a apresentar medo e dificuldades em situações sociais: evitava sair de casa, sentia-se muito mal quando precisava conversar com estranhos, tinha dificuldades em fazer amigos ou arrumar namorado. Diz que esses sintomas a prejudicaram na escola e no trabalho (chegou a perder empregos por não conseguir fazer tarefas em locais que outras pessoas pudessem observá-la). Numa outra situação, refere que foi despedida por não ter "tido coragem" de comparecer ao exame médico solicitado pela empresa. Esse comportamento de evitação de consultas médicas também foi referido em relação a própria procura de ajuda para seu problema de saúde.

Sandra relata que somente com cerca de 25 anos, após insistência de uma irmã que havia recentemente iniciado um tratamento psiquiátrico, ela conseguiu procurar ajuda médica. Refere ter iniciado tratamento com uma "fórmula de antidepressivo" evoluindo com melhora parcial dos sintomas, porém mantendo ainda certa vulnerabilidade a situações sociais e comportamentos de evitação (por exemplo: evitar comer na frente dos outros ou se aproximar de pessoas estranhas). Diz que nesse período, porém, uma das principais manifestações de seu problema havia diminuído, ou seja, pensar frequentemente que as pessoas estavam observando-a e ficar muito ansiosa sobre seu comportamento.

Apesar da manutenção parcial dos sintomas, Sandra decidiu nessa época aceitar o convite de sua prima para acompanhá-la numa viagem visando trabalhar no Japão. Ela diz que outros membros de sua família (primos, irmãos) já haviam ido e permanecido durante alguns anos trabalhando naquele país. A paciente permaneceu cerca de quatro anos no exterior (dos 28 aos 32 anos), período em que, de acordo com ela, seus sintomas estiveram relativamente controlados. Diz que tinha uma vida "mais simples" no Japão, restringindo-se a ficar em casa e ir trabalhar, sem muitas exigências sociais. Morava na casa de uma outra prima que havia chegado anteriormente e não tinham praticamente nenhuma atividade

social. No período que ficava em casa, diz que apenas "descansava e ajudava a cuidar das crianças" referindo-se aos dois filhos de uma das primas. Trabalhava numa fábrica como operária num local ("seção") com apenas mais algumas poucas pessoas que, segundo ela, "não incomodavam". A paciente negou problemas mais intensos relacionados aos sintomas de medo ou vergonha nesse período.

Sandra diz que após cerca de dois anos morando no Japão, conheceu um rapaz na fábrica tendo iniciado um namoro e posteriormente decidido amasiar-se. Quando tinha 32 anos, voltou para o Brasil, casou-se e foi morar com o marido na cidade de Mogi-Mirim-SP. Refere que após alguns meses do retorno ao Brasil, passou novamente a apresentar sintomas relacionados ao medo, ansiedade bastante intensa, vergonha de fazer tarefas em público e sintomas somáticos. Refere também muitas dificuldades associadas a sua convivência com o marido e a família dele (descrita como uma "família tradicional japonesa"). De acordo com sua percepção, seus sintomas eram mais intensos quando as situações sociais apresentadas envolviam a presença dos familiares seu marido.

Sandra relata que com cerca de 35 anos viveu um período particularmente difícil de sua vida onde absolutamente não queria sair de casa, apresentava-se desanimada, chorava muito, tinha dificuldades para cuidar de sua filha chegando até a fazer alguns questionamentos sobre se valeria a pena continuar vivendo. Diz que permaneceu nesse estado durante alguns meses tendo melhorado somente após reinício do tratamento psiquiátrico.

A paciente negou uso de substâncias no passado (álcool, tabaco, drogas ilícitas) e não referiu queixas psiquiátricas além das descritas acima. Relatou, no entanto que, quando tinha aproximadamente 23 anos, apresentou um período com sintomas depressivos semelhantes aos apresentados há cerca de seis anos. Naquela ocasião, ela também permaneceu sintomática durante vários meses mas não procurou ajuda médica evoluindo com uma melhora bastante lenta e progressiva no ano subsequente. Nos últimos anos, a paciente permanece em tratamento psiquiátrico (atualmente em uso de fluoxetina 20mg via oral ao dia e clonazepam 0,5mg via oral ao dia) além de ter realizado tratamento psicoterápico durante cerca de um ano. Há três anos, ela voltou juntamente com sua filha a morar em Campinas-SP apesar de não estar oficialmente separada do marido. Ainda que

mantenha alguns dos sintomas descritos, a paciente apresenta nos últimos meses mais confiança para procurar um emprego, cuidar adequadamente de sua filha e participar normalmente de atividades sociais.

Sandra relata ainda uma história familiar psiquiátrica incluindo casos de alcoolismo (pai, irmãos, tios), transtorno do pânico (irmã) e timidez (acrescenta que vários de seus familiares são muito "tímidos", porém, não tanto quanto ela).

Diagnóstico psiquiátrico:

CID-10: Fobias sociais (F40.1)

Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão (F33.4)

DSM-IV: Fobia Social (300.23)

Transtorno Depressivo Maior, Episódios Depressivos Maiores recorrentes (296.3)

FORMULAÇÃO CULTURAL

I. Identidade Sócio-Cultural

Os principais elementos associados à Identidade Sócio-Cultural de Sandra dentro de uma perspectiva de trajetória de vida envolvendo conjuntos de padrões culturais são:

- natural de Campinas-SP, cidade onde morou até os 28 anos à exceção do período dos 17 aos 21 anos quando morou em São Paulo-SP;
- emigração para o Japão aos 28 anos permanecendo naquele país até os 32 anos;
- casou-se ao voltar para o Brasil indo morar em Mogi-Mirim-SP onde permaneceu até os 38 anos;
- nos últimos 3 anos voltou a residir em Campinas-SP;
- mora atualmente apenas com a filha de 4 anos. Frequenta esporadicamente o núcleo familiar composto pelo marido e os familiares dele em Mogi-Mirim-SP. Frequenta regularmente o núcleo familiar representado por sua mãe e dois

de seus irmãos em Campinas-SP. Tem outros dois irmãos morando no exterior (situação de divisão da família com transição eventual da paciente entre dois núcleos familiares);

- situação conjugal: mantém-se casada oficialmente, porém, não moram mais juntos e têm contato apenas devido a manutenção de encontros do marido com a filha. Relata sérios conflitos com o marido e os familiares dele no período em que moravam juntos;
- situação de trabalho: desempregada. Apresentou dificuldades em iniciar sua vida profissional em decorrência de seu problema de saúde mental. Chegou a perder alguns empregos e a ficar alguns anos sem trabalhar devido aos sintomas. No período em que morou no Japão trabalhou como operária numa indústria ("decassegui"). Ao voltar ao Brasil permaneceu como dona-de-casa passando a procurar emprego após a separação conjugal;
- rede de suporte social: núcleo familiar de Campinas-SP. No Japão: amigas, primas, ex-marido;
- trajetória religiosa inclui frequência conjunta em atividades católicas e kardecistas associada a participações em diversas outras igrejas e atividades religiosas ao longo de sua vida.

II. Apresentação do Problema

Sandra descreve o reconhecimento de três problemas de saúde. Ela apresenta inicialmente uma série de sintomas compatíveis com alguns dos critérios diagnósticos da Fobia Social (CID-10: F40.1 / DSM-IV: 300.23). A denominação apresentada pela paciente (Fobia Social) refere-se à informação recebida de um psiquiatra (**"... o psiquiatra falou que não era síndrome do pânico, que era fobia social."**). Num primeiro momento, ela afirma que chegou a acreditar que esse problema seria a "síndrome do pânico", transtorno que havia sido diagnosticado em sua irmã e que foi percebido naquela ocasião como uma explicação possível para seus sintomas (**"... na época minha irmã teve a síndrome do pânico e ela associou mais ou menos os sintomas..."**).

Outros dois problemas são reconhecidos e denominados como:

- "depressão do espírito": a paciente acredita que em alguns períodos apresenta algumas manifestações de mediunidade que corresponderiam a uma perturbação dos espíritos atualizada em seu psiquismo;
- "depressão": períodos de alteração relacionados com sua história de vida e não a fatores espirituais. É importante assinalar que os sintomas apresentados na composição desse problema (tristeza, isolamento social, dependência de outras pessoas) são considerados retrospectivamente como os principais sintomas ao longo de sua trajetória.

Outro aspecto presente no início da sua narrativa refere-se a um tema recorrente ao longo das questões: a associação de dois de seus problemas (a "Fobia Social" e a "Depressão") com determinados aspectos tradicionais da cultura japonesa presentes no grupo familiar de seu marido **("Quando eu vejo que eu vou encontrar pessoas relacionadas com a família do meu marido, aumenta a tensão, sabe... com eles é pior, dá impressão que eles estão constantemente me vigiando, assim reparando a minha atitude... O pior de todos mesmo era estar perto da família do meu marido, eu acho assim, uma das coisas piores era saber que eu não tava conseguindo lidar com aquela depressão, cheguei a ficar uns tempos sem sair de casa...")**.

O quadro 10.1 apresenta esquematicamente a forma como Sandra estrutura seu problema de saúde mental em contraposição ao diagnóstico das classificações psiquiátricas (CID-10, DSM-IV).

Quadro 10.1: Estruturação do problema

Classificações Psiquiátricas (CID-10 / DSM-IV)	**Concepção do paciente**
Diagnóstico de dois transtornos mentais: CID-10: Fobias sociais (F40.1) e Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão (F33.4) DSM-IV: Fobia Social (300.23) e Transtorno Depressivo Maior, Episódios Depressivos Maiores recorrentes (296.3)	Reconhecimento de três problemas : - Fobia Social - Depressão - Depressão do espírito

O quadro 10.2 esquematiza o agrupamento dos sintomas apresentados em cada um dos problemas reconhecidos pela paciente além de trechos ilustrativos de sua narrativa.

Quadro 10.2: Agrupamento de sintomas no problema reconhecido:

Problema reconhecido	**Sintomas apresentados**	**Narrativa**
"Fobia Social"	- incapacidade de "encarar" as pessoas - medo - nervosismo - tremores - preocupação de que as pessoas a julguem ou "reparem" suas atitudes - sentimento de vergonha - incapacidade de executar tarefas diante de outras pessoas (tomar café, assinar seu nome)	**"Olha, é estranho porque assim, faz muito tempo, sabe, eu sinto medo, nervosismo, sempre tremendo, eu acho assim que eu me preocupo, o medo de como as pessoas me julgam, uma preocupação muito grande, assim, eu tinha vergonha, tinha impressão que todo mundo ficava olhando... eu não tomava café, tinha medo de assinar na frente dos outro, comecei a ficar com medo de tudo... eu sinto que eu perco um pouco de coordenação, de repente parece que eu tenho dois braço esquerdo, tropeço, derrubo tudo na frente dos outros..."**
"Depressão"	- tristeza - isolamento social - dependência de outras pessoas para realização de tarefas	**"... cheguei a ficar uns tempos sem sair de casa... isso foi terrível porque eu sentia muita tristeza, eu dependia de tudo, né, de alguém que tivesse disponível prá me acompanhar e nem sempre conseguia."**
"Depressão do espírito"	- saudade - "formar imagens" - sensações somáticas	**"... eu sinto quando é minha e quando deixa de ser minha, vem como uma saudade, me forma imagens, eu sinto quando é a depressão do espírito, eu sinto no corpo, é muito diferente..."**

É importante considerar o registro de que problema a paciente utiliza em cada questão. De maneira geral, ela menciona o problema reconhecido como Fobia Social. No entanto, devemos assinalar também que ela responde determinadas questões referindo-se às dificuldades associadas ao casamento e à convivência com a família do esposo (problema familiar).

A avaliação da gravidade do problema é feita utilizando o registro de seu problema familiar. Ela refere-se aqui à condição de estar morando numa outra cidade, porém, mantendo ainda um contato semanal com o marido e não assumindo para as famílias a separação. Nesse sentido, a paciente diz que o problema não é muito grave mas a ausência de uma "atitude" em relação a sua situação conjugal faz com que ele adquira maiores proporções **("Eu acho que ele é grave enquanto eu não tomar nenhuma atitude, sabe. Ele não chega a ser tão grave mas enquanto eu não saber exatamente o que fazer ele tem atrapalhado bastante, ele é um obstáculo grande na minha vida, eu já pensei em separar, já conversei com a menininha, ela ficou muito mal por causa disso.")**.

A expectativa apresentada em relação a evolução do problema (Fobia Social) é positiva. Ela acredita que seu esforço pessoal, a realização de tratamentos de saúde mental e uma nova postura em relação ao marido pode fazer com que ela tenha uma melhora no futuro **("Com o tempo eu sei que vou conseguir tirar de letra isso, vai depender muito de eu me esforçar, de eu querer, sabe. Teve uma época que eu cobrei muito do Carlos, ficava só na choradeira, eu cobrava e chorava, né, não me mexia, hoje eu vejo que eu tava totalmente errada, eu posso voltar a ter uma vida saudável... depende do tratamento, eu acho assim que eu dependo, é importante prá mim a psicóloga, ver assim que eu tenho problema, o psiquiatra, merece assim atenção de um especialista, né, até que eu me fortaleça.")**.

Sandra destaca o prejuízo na esfera profissional como um aspecto decorrente de seu problema (Fobia Social) **("Eu acho que no trabalho, antes mesmo do Carlos, atrapalhou muito no trabalho.")**. Nesse trecho, ela também apresenta uma série de aspectos ligados ao seu problema familiar no período em que morou em Mogi-Mirim-SP:

- permanecia muito tempo dentro de casa fazendo serviços gerais de limpeza e depois cuidando da filha (**"... eu não tinha perspectiva de melhora, eu ficava bitolada, só arrumando a casa, caía um pó, eu ficava arrumando a casa o tempo inteiro e a menininha ficava presa dentro de casa mas eu brincava muito com ela, mesmo assim eu sempre dei muita atenção prá minha filha..."**);

- permanecia muito tempo isolada, não conhecia pessoas fora de seu círculo familiar (**"... nessa época eu ficava contando horas assim que ele voltasse que eu ficava o tempo todo sozinha, não conhecia ninguém..."**);

- percebia que seu sogro frequentemente ia à sua casa numa tentativa de ensinar determinados padrões de comportamento (**"... era aquela coisa, qualquer coisa meu sogro aparecia lá, ele sempre tava lá querendo, sabe, parece que ele queria assim me moldar..."**);

- percebia que era discriminada pelos familiares do marido pelo fato de ter um problema de saúde mental (era considerada como tendo a "cabeça ruim"); pelo fato de não falar japonês e por apresentar um estilo de vida (incluindo seu vestuário) considerado não adequado à "postura de senhora" exigida por eles. Além desses fatores, acrescenta que a família do marido ficou contrariada pelo fato de não ter conseguido que ele se casasse com uma noiva previamente escolhida (**"... eu fiz de tudo prá conquistar a confiança do meu sogro mas ele me pisou, falava que eu tinha cabeça ruim, que eu não falava japonês, também ele é muito preconceituoso porque ele tinha planos de casar o filho com uma pessoa com muita posse, o Carlos chegou a ir pro Japão buscar uma noiva rica que a irmã tinha conhecido, mais ou menos assim prá ajeitar as coisas... eles separam muito, assim, que eu acho que maturidade não é seriedade, eles acham que com essa idade eu não posso estar vestida assim, de tênis, camiseta, a postura de senhora, eles falam; eu acho que eu sei agir certo mas nem por isso eu preciso ser senhora."**).

Sandra descreve sentimentos de inferioridade associados ao seu problema de saúde (Fobia Social) e às dificuldades conjugais:

- Fobia Social (**"Sabe, eu tive uma época que eu era bem complexada, sabe, não podia falar com ninguém, chorava, tinha vergonha, eu me sentia muito inferior, eu via as minhas amigas todas com namorado, todo mundo saía a noite e eu já não tinha mais vida social..."**);
- dificuldades conjugais (**"... eu me sentia inferior mais por causa do meu casamento, eu sentia que meu marido tinha vergonha de mim, até hoje eu sinto isso... na minha cabeça dava a impressão que tava escrito aqui, eu não sou feliz, meu marido não me ama, dava a impressão que eu tava com aquela cara que não disfarçava que eu não tava feliz."**).

Um sentimento de estigmatização também é apresentado a partir da perspectiva das relações familiares dentro de uma família tradicional japonesa. Ela afirma que era ridicularizada e que seus sogros passaram a conversar em japonês para que ela não pudesse compreender o que diziam (**"... eu sentia que era tratada diferente, eles riam, eles falavam em japonês que eu tinha a cabeça ruim e entender eu entendo, eu não falo mas eu pegava muita coisa, sabe... meu sogro era tão maldoso que ele falava prá minha sogra só falar em japonês"**). A partir dessa situação, Sandra relata o início de um processo de progressivo confronto com os familiares do marido (**"... agora devagar eu fui vendo que tinha que mudar alguma coisa, eu fui começando a responder prá eles, quando eles perguntavam alguma coisa eu falava, a cabeça ruim não entende, desculpa, mas com educação sempre que educação é primordial, né."**).

A paciente termina esse módulo da entrevista acrescentando que apresenta um problema relacionado a menstruação além dos problemas descritos acima (**"Olha, eu fiz um check-up, deve ser coisa boba, eu tô tendo disfunção hormônica, menstruação irregular, desce, não desce, e eu envelheci demais, cansaço."**).

III. Causas do Problema

Sandra constrói um modelo explicativo causal para o problema (Fobia Social) que inclui múltiplas variáveis. Na questão aberta causas do problema, ela apresenta os seguintes aspectos:

- dificuldades financeiras e privações na infância. Esse aspecto estaria ligado a situações de discriminação ocorridas na escola e no seu círculo familiar (**"Eu sempre tive um pouco disso, a gente era muito pobre, não podia ter todas as coisas e eu me sentia assim muito fechada... eu estudava em colégio bom e quem geralmente estudava lá eram pessoas que tinham mais condições, né e eu não tinha, então eu me sentia isolada porque era pobre e a maioria das pessoas tinha de tudo, era onde eu não ia na casa das pessoas porque eu não podia receber em casa, eu morava num porão."**);

- percepção de que seu pai apresentava um comportamento semelhante ao de seu marido no contexto das relações familiares. Dessa maneira, seu pai, pelo fato de também ser o filho mais velho, preocupava-se mais com seus pais e irmãos que com sua família nuclear (esposa e filhos). Essa situação é destacada pela paciente como o principal fator causal do seu problema (**"... meu pai passou pela mesma situação do Carlos, ele era o filho mais velho, serviu os irmãos e deixou a família dele prá trás por um bom tempo... Essa parte da estrutura da família e cultural também, cultural é aquela coisa do filho mais velho ter tido muita coisa, né, ele é o mais velho, então sendo o mais velho, ele, tipo assim, ele é o mais velho do segundo casamento de meu avô, então como ele teve mais irmãos, ele obrigatoriamente fica com o pai, o pai dá metade do que tem, só que fica com toda responsabilidade e o pai esquece que ele tem família; e a pessoa não cresce, ela não cresce, não amadurece porque ela só faz o que o outro manda, sabe..."**);

- refere ter sido vítima de uma tentativa de estupro com cerca de nove anos. Diz que evitou falar sobre esse assunto durante mais de vinte anos quando conseguiu então relatar o fato numa consulta com um ginecologista (**"O início**

mesmo foi aos nove anos de idade que foi uma tentativa de estupro. Eu segurei isso uns 20 anos, não contei prá ninguém, eu só fui contar isso prá um ginecologista depois de muito tempo, ele me inspirou confiança mas passou todo esse tempo.").

Alguns outros fatores também são considerados pela paciente a partir da apresentação do cartão 1 da entrevista:

- idéia do problema como uma doença (concebida após ter recebido informações de sua irmã que havia sido diagnosticada como tendo "síndrome do pânico") **("De início eu não sabia, até então prá mim psiquiatria era coisa de louco, depois de muito tempo quando eu comecei o trabalho com psiquiatra eu vi que existem assim, doenças emocionais, é uma doença, né, tipo, eu passei a encarar assim de forma diferente, eu sei que eu tenho uma doença, eu acredito nisso... Eu comecei a pensar numa doença foi quando a minha irmã comentou comigo que ela teve a síndrome do pânico...").** Na parte final desse módulo, Sandra acrescenta uma explicação envolvendo processos neuroquímicos como causa do problema. A partir do conhecimento adquirido em "leituras", ela conclui que em algumas situações específicas, uma glândula secreta excessivamente a substância adrenalina e devido a isso, seu cérebro começa a "liberar sinais" que acabam desencadeando sintomas de ansiedade, vergonha e medo **("Eu acho assim, pelo que eu leio, tudo que está relacionado a mente eu leio, né, então eu sei que tem alguma coisinha assim errada, tipo uma glândula que solta adrenalina mas eu não sei explicar assim agora, sabe, eu não consigo guardar, eu só sei que em situações que eu acho crítica a glândula solta muita adrenalina, eu começo a mandar sinal de alerta no meu cérebro e ele começa assim a liberar sinais, começa tipo assim, vergonha, nervoso, medo, aí começa aquela neura toda, que todo mundo tá reparando em mim, que eu tô esquisita.");**

- hipótese de que ela tem um problema de saúde mental devido à hereditariedade e associada à presença de vários casos de alcoolismo na família (**"Em parte sim, em parte sim porque eu já tinha ouvido falar que assim, hereditariedade, né, e na família por parte do meu pai a maioria dos homens, não teve um que não passou por um hospital psiquiátrico, tinha muito alcoólatra na família..."**);

- referência a um trauma crânio-encefálico na infância que teria originado "um ponto sensível" em sua cabeça. Nega, porém, que esse evento possa ter causado algum dos seus problemas de saúde reconhecidos (**"Eu não sei exatamente, quando pequena eu tive uma batida muito forte na cabeça e até hoje tem um ponto sensível na minha cabeça, se mexer eu sinto, eu já fiz até um eletro com neuro... eu acredito que não foi isso."**);

- hipótese de que a Fobia Social e o alcoolismo de seus familiares eram causados por um "encosto" ou por "espíritos ruins". Ao longo de sua trajetória, através do estudo do kardecismo e após conhecer o grupo de ajuda Alcoólatras Anônimos, Sandra passou a recusar essa hipótese e admitir a idéia de doença dentro de seu modelo causal (**"Eu acho assim também que mais do que a própria doença eu acho que é a cultura, eu vejo muito assim, dentro da família mesmo, sabe, o meu problema, o problema de alcoolismo e assim, na época o pessoal, nós somos kardecistas, na verdade, todos, a maioria frequenta, sabe, mas assim, tipo não era assim aquela fé com razão, era aquela fé fanática, sabe, então tudo era encosto, tudo era espírito ruim, na época eu acreditava, né mas com o passar do tempo estudando o kardecismo e também conhecendo o A.A. a gente foi vendo que é doença, né."**).

É importante destacar aqui que o conhecimento adquirido no estudo do kardecismo acabou fundamentando, por outro lado, a idéia de uma "depressão do espírito" (**"A depressão do espírito é, assim, é uma coisa muito diferente, né"**). Esse aspecto será melhor explorado no módulo "Problemas Gerais de Saúde" onde a paciente expõe a

hipótese de que uma pessoa com mediunidade mas que não estude o kardecismo poderia sofrer um "desequilíbrio da mediunidade".

O quadro 10.3 apresenta um resumo esquemático do modelo explicativo causal da paciente destacando a principal causa considerada (dificuldades de relacionamento familiar) nesse modelo.

Quadro 10.3: Causas do problema: Padrão geral de causas explicativas

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	Situação de pobreza → discriminação na escola e na família Dificuldades de relacionamento familiar (pai / marido) Tentativa de estupro na infância e dificuldade em relatar o ocorrido
Causas mágico-religiosas	**Encosto / "espíritos ruins"** Desequilíbrio da mediunidade (fator associado a "depressão do espírito")
Alterações físicas e doenças / Outras causas	Doença Hereditariedade

* Principal causa explicativa considerada no momento

Na questão referente aos fatores que tiveram influência no seu problema, Sandra volta a detalhar as dificuldades familiares encontradas após o casamento. Refere ser de uma geração de descendentes diferente do marido mas relativiza esse fato através de uma oposição: "família tradicional" X "família não-tradicional" (**"... eu por ser de uma geração diferente já tenho uma cabeça diferente, né, a minha geração é a terceira, a dele é a segunda mas assim, independente das gerações é que, tipo, eles são mais, como que se diz, eles são japoneses tradicionais enquanto que a nossa família, já desde o meu avô que é primeira geração, já aceita brasileiro assim dentro da família, já tem mais convivência, sabe, sem nenhum preconceito..."**). A paciente relata também que não tinha sua individualidade e suas vontades reconhecidas dentro do contexto familiar (**"Prá começar era assim, eu não, era como se eu não tivesse assim uma, eu não fosse uma pessoa, eu não fosse, sabe, é, um indivíduo, eu era a esposa do filho, sabe, nunca tinha um nome, eu era sempre apresentada como a esposa do filho, então nunca participava**

assim de, assim eu nunca era assim comunicada das, de qualquer coisa, sabe, o que que esposa tem que fazer assim tipo, ia fazer tal trabalho não me consultava ou então, eu era totalmente assim nula, uma pessoa assim, eu não tô conseguindo explicar, uma pessoa assim que parecia que não tinha individualidade...") além de ser obrigada a não trabalhar e depender financeiramente do marido **("... isso incomodava porque desde pequena eu sempre trabalhei, assim, eu sempre tentei trabalhar mas eu nunca fui dependente financeira, eu sempre ajudei a minha casa e quando eu casei eu parei de trabalhar e assim, por eles a japonesa, a mulher tem que ser feminista, não precisa saber de nada o que tá acontecendo e só precisa de um marido, então na minha cabeça assim já foi onde foram começando acontecer aquelas coisas, sabe, porque a gente, o marido pode fazer uma coisa errada e agente tem que ficar quieta.")**.

Sandra considera o esposo como uma pessoa que, apesar de fornecer os recursos materiais necessários para a casa, não reconhecia seus desejos e não era "companheiro" **("Ele é um marido, ele era bonzinho, sabe, mas era distante, era bonzinho mas não era companheiro, ele era uma companhia não um companheiro, assim eu não tinha apoio nem nada... é, assim, parece que a preocupação era que não faltasse comida, se não faltasse a comida, é, sabe, ele tava cumprindo o papel dele de pai, sabe, e eu tinha que ficar lá lavando roupa, passando, era esse o papel da mulher, né.")**.

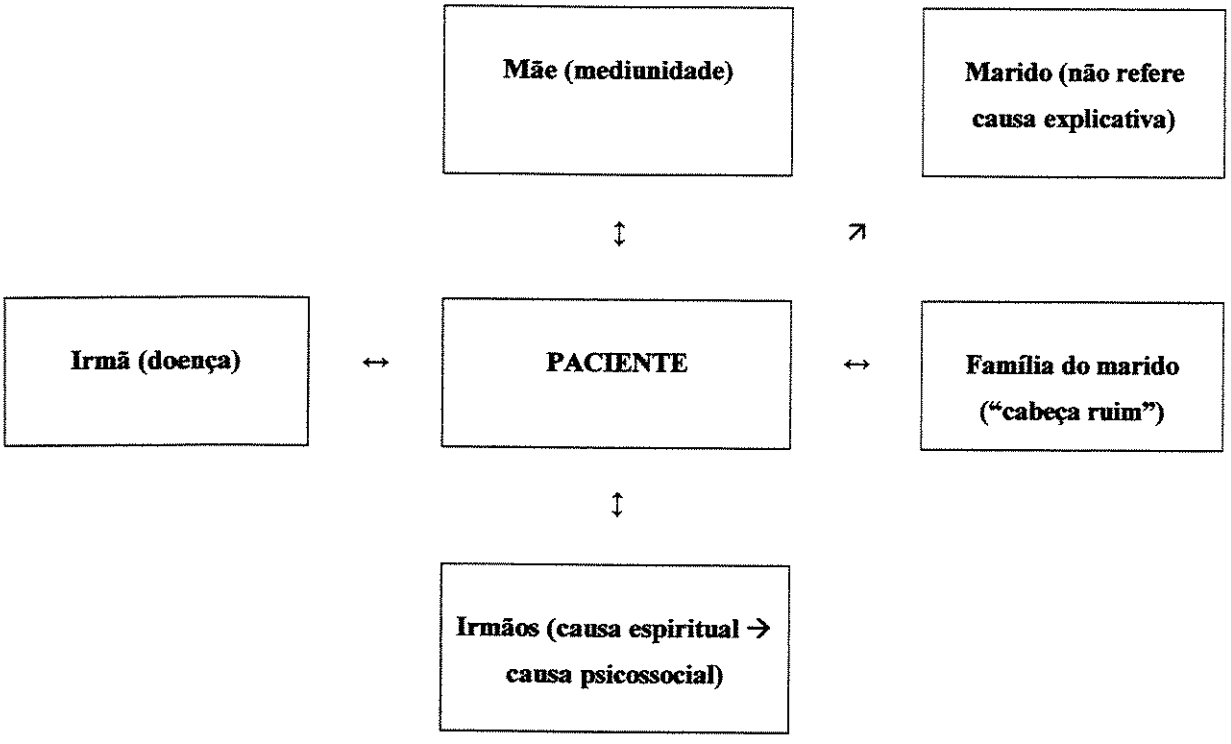
De acordo com a paciente, um período particularmente difícil de sua vida ocorreu durante a gravidez. Nessa época, alguns dos aspectos apresentados anteriormente sobre a maneira como os familiares do marido a tratavam começaram a ser percebidos. Sandra descreve uma tentativa inicial de "ser submissa" na família e uma posterior mudança de atitude levando ao aparecimento de conflitos ainda durante a gravidez **("Olha, de início eu sempre procurei é, assim, da melhor forma, no começo eu procurei ser submissa, nisso eu num, eu vi que não resolveu, aí eu achei que devia me distanciar um pouco só que aí começou as discussões em casa eu comecei ficar medrosa prá falar as coisas porque meu sogro, ele é meio estúpido prá falar as coisas, né, e eu já estava muito fragilizada, eu tava grávida e uma gravidez de risco então eles não aceitavam, achava que, desculpe falar mas eu não encontro outro termo, que era fricote, tá, essa gravidez de risco era fricote de menina de cidade...")**.

O padrão de causas explicativas dos familiares da paciente é apresentado como uma composição envolvendo muitas variáveis. De acordo com a paciente:

- sua irmã orientou que ela procurasse serviços de saúde mental dentro de uma concepção de doença (**"... minha irmã achou que era uma doença, foi através dela que eu parti prá psicólogo, prá isso e prá aquilo, né...**);
- seu marido não mencionou nenhuma causa explicativa para o problema (**"O Carlos nunca falou nada, a gente conversa muito pouco, né, ele nunca falou nada..."**);
- os familiares de seu marido utilizavam a expressão "cabeça ruim" para referir-se a ela de maneira depreciativa. Esse processo, na verdade, transcendia a questão do problema mental incluindo também comportamentos considerados inadequados naquele contexto (**"... eles achavam que eu tinha a cabeça ruim, cabeça ruim é assim, sabe assim pessoa burra, preguiçosa, burra, eu nem sei sabe, lerda, pessoa muita lerda, eles me achavam uma pessoa assim..."**);
- sua mãe atribuía seus problemas à mediunidade (**"... a minha mãe achava que era mediunidade, que eu era quieta, ficava sozinha..."**);
- seus irmãos também acreditavam em fatores espirituais porém, nos últimos anos, após ficarem sabendo do episódio da tentativa de estupro, passaram a considerar o problema como decorrente daquele evento (**"... meus irmãos assim, era tudo aquilo de espírito, né, mas depois eles sempre comentavam prá um, prá outro mas nunca diretamente prá mim que eu devia ter algum problema que tinha sido acarretado, assim, por aquela fatalidade de ter acontecido comigo, aquela tentativa, né, eles achavam mais isso que a mediunidade, assim, tinha uma época que eu não saía de casa mesmo sabe."**).

O quadro 10.4 esquematiza as interações entre essas diversas causas explicativas construídas pelos familiares da paciente. Apesar da aproximação do modelo da paciente com a concepção de doença apresentada pela irmã, devemos lembrar que a principal causa explicativa da paciente (dificuldades associadas as tradições familiares japonesas) não foi contemplada nos modelos dos familiares.

Quadro 10.4: Causas do problema: Padrão de causas explicativas dos familiares do paciente



Sandra termina esse módulo relatando que seu casamento pode ser considerado como fator de piora do problema reconhecido como Fobia Social (**"O casamento agravou porque eu casei assim com uma família muito tradicional, uma família assim muito exigente, tradicional e que meu sogro sempre falava que eu tinha cabeça ruim, que eu tinha cabeça fraca."**). O fato de ser tratada como uma pessoa que tinha a "cabeça ruim" e não falar japonês são lembrados nesse trecho da entrevista (**"... eles achavam assim, sempre falaram que eu era cabeça ruim porque eu era descendente e eu não falava, sabe, sempre me tratavam muito ruim, muito mal assim porque eu era uma vergonha porque eu não falo japonês e viviam falando que eu era cabeça ruim..."**). A paciente ressalta ainda a influência de uma cunhada sobre seu marido e o fato de não poder

participar das decisões familiares como motivos de piora dos sintomas (**"... e o meu marido assim, é assim, quando a mãe morre praticamente se tem a irmã mais velha, a irmã mais velha é como se fosse a mãe, tá, então meu marido, ele ouve muito a irmã mais velha dele, ela tem a minha idade porque eu sou mais velha que o Carlos e então pela cabeça da irmã dela ele tem que ficar lá no sítio, que a família dele morava lá no sítio e a gente morava na cidade... então, tanto é, que ele teve uma borracharia lá, quando nós morávamos juntos, fechou a borracharia, começou a armar o pesqueiro e eu nem soube disso, entende, nunca soube das coisas que tava acontecendo e ao mesmo tempo que eu revoltava mas eu, eu, não sei, eu tava muito mesmo fragilizada, eu chorava muito, eu, aí piorou esse negócio de eu ter vergonha, sentir vergonha, sabe, porque eu comecei me anular, me anular, eu não me sentia gente, eu tinha vergonha porque eu via aquelas famílias felizes, voltando, a vizinhança, sabe, e eu comecei a sentir vergonha, sentir medo."**).

IV. Situações de Ajuda

Na questão aberta sobre situações de ajuda, Sandra destaca a procura de amigas durante sua adolescência mas ressalta, no entanto, períodos recorrentes de solidão associados a dificuldade em fazer e manter amizades (**"Na adolescência eu fui atrás de amigos, né, e eu sempre fui de ter uma amiga só, eu me apegava como se fosse minha tábua de salvação, se essa amiga arrumasse outra amiga era como se eu tivesse perdendo, sabe, eu ia ficar sozinha de novo... eu me abria, e é gozado, eu sempre tinha amiga problemática também e era aquela coisa, acabava se dando bem, no fim aquela pessoa melhorava e prá mim era como se eu tivesse no fundo do poço, ficava sozinha de novo."**).

Um grande número de situações de ajuda apresentadas no cartão 2 da entrevista foi procurada pela paciente. De maneira geral, ela considera o registro da Fobia Social como seu problema nesse módulo. Apesar disso, o problema reconhecido como "depressão do espírito" também é considerado na procura de situações associadas ao kardecismo (conversas com outras pessoas no centro espírita, leitura de livros kardecistas e realização

de uma cirurgia espiritual). As considerações referentes às situações de ajuda apresentadas pela paciente são as seguintes:

- família: conversou com sua irmã que orientou a procura de tratamento psiquiátrico (**"Eu procurei através de uma pessoa da família, eu procurei um especialista no assunto... através de minha irmã eu fui no psiquiatra."**);

- amigas: procurava conversar com amigas que frequentemente não entendiam suas queixas (**"Eu desabafava sempre procurando assim um caminho, sabe, prá ficar, ver o que tava acontecendo comigo, né... eu chegava a conversar mas as pessoas não entendiam, então tinha que buscar ajuda fora**);

- remédios caseiros: sua mãe preparava chá de erva-cidreira visando a melhora de seu problema. Desvaloriza essa prática atualmente e afirma que sua mãe a adotava porque era "leiga" e porque "não estudou" (**"... assim, o povo fala, né, tipo, ah, erva-cidreira é bom prá nervoso, isso e aquilo, então a gente acaba fazendo um cházinho de erva-cidreira, isso e aquilo mas só isso... mesmo a minha mãe, né, tipo, ela achava que eu tava muito nervosa, por isso que dava isso mas minha mãe é muito leiga assim, né, ela é de uma geração que não estudou."**);

- livros de ajuda: leu um livro denominado "O Poder do Subconsciente" e procurou livros kardecistas visando obter mais conhecimento e melhora de seu problema supostamente associado à mediunidade. Procurou ainda ler livros da igreja messiânica e da seicho-no-iê porém sem esse objetivo específico de ajuda (**"Li bastante... um que eu lembro que foi bastante importante prá mim foi "O Poder do Subconsciente"... eu li vários espírita assim de doutrina diferente, né, de doutrinas assim, do Kardec, algumas assim, da messiânica, sabe, que a messiânica também é espiritualista, né... seicho-no-iê eu já participei, eu sei que ela é uma filosofia de vida, né, então não tinha assim, eu já li mas não por causa do problema, né, já li muito... o que eu li mais foi Kardec, viu."**);

- atividades adivinhatórias: procurou uma situação de ajuda definida como "medicina esotérica" no período inicial de seu problema. De acordo com seu relato, essa prática era bastante eclética incluindo a utilização de "cristais", "cromoterapia", "sessões de Alan Kardec" e "foto kirlian". Refere ter conhecido esse tipo de terapia através de um "cartãozinho" e faz uma avaliação negativa dos seus resultados (**"Olha, eu vou ser sincera, eu não fui assim numa cartomante, eu fui numa que ela se dizia, é como se fosse assim, homeopatia, homeopata, né, ela era, ela, tava no cartãozinho dela assim, medicina esotérica, né, então eu, eu inclusive eu tirei a foto kirlian, né, foto kirlian do dedão e, só que não tinha nada a ver, aí eu vi que era embuste mesmo porque a mulher tirou a foto, aí ela quis ver a carta, aí quis, é, misturava tudo, sabe, cristais, cromoterapia com sessão de Alan Kardec mas uma sessão assim que pelo tempo que eu tenho assim estudando o kardecismo, o pessoal assim totalmente sem preparo... foi mais ou menos quando eu piorei, viu, foi logo que eu voltei do Japão ainda tinha dinheiro."**);

- orações: realizou muitas orações em busca de orientação ("indicação de um caminho") para a cura de seu problema. Nesse trecho, Sandra apresenta ainda dois outros aspectos relacionados a seu problema: preocupação em poder cuidar de sua filha e medo de que pudesse estar louca (**"Fiz, fiz, eu sempre pedi assim prá que me esclarecesse, sabe, é, uma luz prá ver assim, que eu tivesse, que me desse força prá superar, que me desse força prá mim tá bem prá poder, sempre assim, é, cuidando da minha baixinha, né, que quando eu saí de lá porque eu sabia, eu tinha certeza que não tava louca, né, então eu sempre pedi assim uma luz prá que me indicasse um caminho, né, um caminho que me desse força prá superar o que eu tinha... Eu acho assim Deus não resolve assim, que Deus abre as portas, sabe, e não assim que ele vai chegar em mim, tchum, saiu, eu acho que ele dá forças e abre as portas, você caminha."**);

- promessas: nega ter realizado promessas. Esclarece que apesar de considerar-se kardecista e católica (não praticante), apresenta-se apenas como católica pelo fato das pessoas em geral desconhecerem os fundamentos do espiritismo kardecista (**"... eu me considero kardecista, eu sou católica mas não praticante mas em geral eu falo assim catolicismo porque a pessoa tem uma idéia assim muito, sabe, fala que é kardecista, espírita, não tem assim idéia de como funciona aquilo tudo, já mistura tudo."**);

- benzedores: procurou benzedores num período inicial de seu problema. Refere que eles explicavam os sintomas utilizando a expressão "olho-gordo" (**"Já, não vou mentir, já fui... olha eu acho que eu devo ter ido umas três ou quatro vezes... foi no começo também, antes de saber, essas coisas toda sempre foi antes de procurar um especialista... Ah, eles falavam que, benzia, pedia oração tudo e falavam que era prá mim orar e pedir prá Deus tirar essa angústia, sabe aquelas coisa, tira essa angústia, essa depressão, eles sempre falavam assim que era olho-gordo, sabe, esse negócio de inveja, olho-gordo mas nunca ninguém falou assim que era problema de médico."**);

- bíblia: refere ler a bíblia num contexto geral de religiosidade e não especificamente visando melhora de problemas de saúde (**"Eu leio porque eu gosto mesmo, eu sou meio curiosa nesses negócio, sabe, acho que eu tô sempre a procura de ler alguma coisa, saber o porquê das coisa, sabe, eu sempre leio."**);

- padre, pastor: relata dificuldades em conversar com padres ou pastores devido a seus sintomas fóbicos. Refere ter conversado sobre sua depressão com pessoas mais experientes dentro do kardecismo (**"Não, naquela época eu era mais tímida, tinha medo de conversar com os outros, eu acho assim, não tímida, eu acho que eu tava mais complexada, eu tava mais assim fechada, sabe, eu não tinha coragem... assim, dentro do kardecismo eu cheguei a conversar, lá não tem assim hierarquia, são pessoas assim que estudaram mais, né, então mas eu cheguei a conversar, eu falava que**

tinha depressão, isso e aquilo, né mas sempre falaram que tipo, que era importante que eu participasse das sessões por causa da minha mediunidade e mas que era bom que eu procurasse um especialista.");

- atividades em igrejas: participou de atividades em diversas igrejas ao longo de sua trajetória. No período em que viveu no Japão frequentou uma igreja evangélica. No Brasil, frequentou a igreja Batista e compareceu muitas vezes a cultos da igreja Universal do Reino de Deus. Relata, no entanto, uma participação mais contínua em atividades do Movimento de Renovação Carismático Católico (**"Eu não tenho preconceito a nada, então eu fui muito assim numa igreja evangélica lá no Japão... não tinha nome, eu não sei porque eu acho assim que tudo leva a Deus, sabe, o fundamento de tudo é um só, né, tudo leva a Deus... eu vou ser sincera, se me convidarem, por consideração à pessoa que convida, eu nunca nego, se tiver que ir, eu já fui na Batista com uma amiga minha... fui, assim, algumas amigas minha elas sempre convidam, né, quem convida prá ir na igreja Universal é amiga, né, prá mostrar que eu não tenho preconceito eu vou, não gosto mas eu vou... na Universal eu acho que fui muitas vezes porque minha mãe foi e tava gostando, então eu achava perigoso prá ela... na católica eu vou direto, sabe, quando tem a missa carismática... eu acho assim que a parte carismática ela é mais assim, eu acho assim que é menos enjoativa, sabe..."**);

- centro espírita: procurou centros espíritas buscando entender e controlar suas "manifestações" de mediunidade. Essa situação de ajuda está diretamente associada ao registro da "depressão do espírito". Uma outra prática associada a essa situação de ajuda diz respeito a realização de uma "cirurgia espiritual" (**"Olha, as minhas manifestações começaram com 18 anos... no início é tudo confuso, sabe assim, é, a gente não tem controle, a gente, eu, na época não estudava, então tipo eu sentia assim, eu tô mais, eu não sei se eu tô me sentindo forte ou eu sou assim mas eu sentia, vinha muita vontade de chorar mas eu sentia que não era eu mas não conseguia segurar aquilo tudo, sabe, de repente eu achava que eu tava doida, eu achava que ia**

morrer... naquela época eu não conseguia separar, naquela época eu não tinha o estudo assim, tipo, prá gente assim, prá mediunidade, na mediunidade a gente precisa ter estudo, sabe... eu achava, tanto é que no início, eu achava, prá ser sincera, eu achava que tinha muito mais a ver com a minha mediunidade, sabe, que eu tava descontrolada, eu casei, nunca mais trabalhei, né... eu tive uma fase de muito bom equilíbrio, tá, assim, eu tive uma fase muito ruim, foi onde eu estudei, tudo e comecei a praticar, né, tipo, nessa época eu fazia o estudo, tipo assim, a metade do tempo o estudo e metade do tempo a prática, né e isso aí fazia parte do estudo, então, uma vez e já eu ia uma segunda vez prá prática, né, prá caridade, né, não tinha nada a ver assim com trabalho de deixar o espírito entrar, era um, são vários tipos de trabalho, né e esse trabalho era assim como um grupo de oração... deixa eu falar uma coisa, esqueci, dentro do kardecismo, que não é muito assim, bem aceito, mas é assim, há dentro do kardecismo como há dentro da igreja católica, assim, médicos espíritas, já ouviu falar, mas não é assim, médicos que recebem espíritos de médicos, faz aquele tipo assim, cirurgia sem corte, né... de cabeça, eu fiz naquela época...");

- terapias alternativas: procurou tratamentos com florais e acupuntura. Nesse trecho, Sandra descreve também sua participação eventual em atividades da religião xintoísta (**"... eu já tava esquisita, não sabia exatamente o que que eu tava mas eu fui nos florais por indicação de uma amiga minha... Já fiz acupuntura... foi bem só que eu interrompi porque era caro... era missa do xintoísmo, né, que é da nossa religião, tem o santuário em casa, põe comida no santuário... não é que eu frequentei, a minha família assim, pela tradição, os japoneses antigos todos são xintoístas, né, aquele que é o culto aos antepassados e que tem aquela casinha, né, que tem um santuário que fica em casa, então os japoneses imigrantes todos eles em geral são xintoístas, aqui eles começaram a mudar... não é que minha mãe era, é tipo, não tem opção, você tem que seguir, simplesmente veio do Japão você segue porque você não conhece uma outra religião...");**

- grupos de auto-ajuda: nega ter procurado grupos de auto-ajuda visando resolver seu problema. Relata ter tido contato com os Alcoólicos Anônimos quando procurava ajuda para seus familiares alcoolistas (**"Eu tive a felicidade de conhecer o AA que meu irmão, aliás, vários na minha família são alcoólatras, né, e de repente eu achava que ele não era um alcoolista, não sabia que era doença também."**);

- psicoterapia: realizou tratamento psicoterápico no passado. Essa atividade é valorizada e o desejo de reiniciar esse tipo de tratamento é apresentado pela paciente (**"... me ajudou muito tanto é que eu tô querendo voltar de novo porque assim, vai passando e a gente precisa, né."**);

- médicos clínicos gerais: procurou clínicos gerais em diversas ocasiões quando ainda não tinha uma definição sobre a natureza de seu problema. Apresenta uma avaliação negativa dessa situação de ajuda associada ao não reconhecimento e encaminhamento do problema (**"Passei bastante porque de repente a gente fica muito neurótica achando que tá com isso, tá com aquilo, né... então, teve uma época que, é, nunca me falaram prá procurar psiquiatria, sempre falaram que eu não tinha nada mas nunca assim, me indicaram um caminho."**);

- psiquiatras: refere uma dificuldade inicial em procurar um psiquiatra. Procurou um psiquiatra de origem japonesa acreditando que seria mais fácil o entendimento dos aspectos de seu problema ligados às tradições familiares por parte desse profissional (**"Demorou bastante mas eu fui num japonês achando que ele por ser japonês podia ajudar mas parecia que ele tava pior que eu sempre, sabe, sempre reclamando das dores dele... é justamente por ele ser japonês, sabe, por ele ser japonês assim porque assim, comigo, muitos dos problemas tem a ver assim com, bem dizer, eu sou brasileira, nosso costume é brasileiro mas casada com o Carlos que tem aquele, é, o costume mais rígido, eu achava que ele entenderia melhor, sabe as dificuldades mas eu não gostei assim tipo, ele falava assim, e aí como tá, tá bom, não sei o que, era só isso."**);

- outros: procurou ajuda em outras práticas como tai-chi, yoga e terapia prana dentro de um contexto geral de preocupação com sua saúde (**"Eu sou muito ligada naquelas coisas milenares, tai-chi, yoga, eu fiz um curso prana, terapia prana que eles falam..."**).

Dentre as situações de ajuda apresentadas para a paciente, as seguintes situações não foram procuradas ao longo de sua trajetória: simpatias, promessas, procissões e romarias, farmacêuticos.

Sandra relata ter procurado ajuda inicialmente na terapia com florais de Bach (**"... floral, acupuntura foi no começo, foi antes da benzedeira... o primeiro foi o floral."**). Apesar dessa referência, ela já havia relatado anteriormente a busca de ajuda através de conversas com sua mãe e amigas. As situações de ajuda mais valorizadas foram: centro espírita kardecista, psicoterapia e tratamento psiquiátrico (**"O que tem me ajudado é a psiquiatria, a psicóloga, tá e eu voltei a trabalhar no kardecismo."**).

O quadro 10.5 esquematiza a configuração de situações de ajuda procuradas pela paciente ao longo de sua trajetória com o problema.

Quadro 10.5: Trajetória de situações de ajuda

Florais (primeira situação de ajuda considerada)
Mãe, amiga
Acupuntura
Mãe → remédios caseiros
Benzedores
"Medicina esotérica"
Clínico geral
Irmã → tratamento psiquiátrico
Igreja Católica (Movimento de Renovação Carismática Católico)
Orações
Atividades em outras igrejas (Xintoísmo, Igreja Batista, Igreja Universal do Reino de Deus)
Tai-chi, yoga (contexto geral de saúde)
Psicoterapia
(Migração para o Japão)
Igreja evangélica
Amigas, primas, ex-marido
Clínico geral
(Associados à "depressão do espírito")
Centro espírita kardecista
Livros kardecistas
"Cirurgia sem corte" (cirurgia espiritual)

* Principais situações de ajuda consideradas no momento

V. Relacionamento Clínico

O aspecto mais valorizado pela paciente em relação a expectativa de ajuda psiquiátrica é a possibilidade de se obter informações sobre o problema de saúde e sobre a loucura. Além dessa função educativa, o fato de se poder falar abertamente com o psiquiatra também é destacado (**"Sabe assim, o que foi importante prá mim é, eu sabia que tinha alguma coisa e não sabia exatamente o que era, assim, o fato da gente saber o que está acontecendo já ajuda, já fortalece, já sabe que a gente não tem loucura, já conversa, tipo, eu considero como se fosse um padre, eu me abro, mesmo assim de se abrir, de conversar mais, de poder falar do meu problema ajuda bastante mas o fator principal é mostrar que você tem isso, sabe, é isso que você tem, não fica aquela coisa indefinida."**).

Sandra faz uma distinção básica quanto ao objeto de atuação dos médicos: clínico geral (corpo) X psiquiatra (cabeça). Afirma também que a própria natureza do problema leva a uma situação de maior confiança nos psiquiatras quando comparados com os clínicos. Além disso, a paciente refere uma situação de maior continuidade nos tratamentos com médicos psiquiatras (**"Não, clínico geral olha o corpo, né, tipo, olha o corpo, você tá com isso, aquilo mas a psiquiatria é mais assim coisa de cabeça mesmo, sabe, assim, tipo, encucações que você tem... eu não sei, eu acho assim que com psiquiatra a gente fala assim as coisas, é, a gente obrigatoriamente acaba falando as coisas que são mais íntimas da gente, né, por isso assim, eu acho que tem que ter um pouquinho mais de, a relação fica assim, faz a gente ter mais confiança, o clínico geral geralmente a gente um dia assim, ou vai num, vai num, vai noutro e o psiquiatra como geralmente a gente vai sempre num, num só e a gente se abre muito, a gente acaba assim vendo como irmão e a gente acaba ficando mais confiante."**).

Apesar de ter frequentado sessões psicoterápicas e conhecer o termo psicologia, a paciente nega saber o significado da palavra psicoterapia (**"Não sei, eu vou ser sincera, eu não sei o que é psicoterapia, psicologia eu já ouvi, já conversei mas psicoterapia eu não tenho nem idéia assim do que seja."**).

Em relação à possíveis dificuldades encontradas no processo de procura de um psiquiatra, a paciente admite sentimentos de vergonha associados a seus sintomas fóbicos **("Demorou um ano prá mim criar coragem prá ir lá, porque eu achava assim que onde eu entrava eu tava estranha... vergonha, vergonha de tá todo mundo reparando que eu não tinha atitudes normais.")**. Relata ter procurado inicialmente um psiquiatra japonês acreditando que dessa maneira seria mais fácil explicar e ser compreendida quanto aos aspectos de seu problema relativos às dificuldades familiares e tradições japonesas. Refere não ter continuado esse tratamento devido ao fato das consultas serem muito rápidas e do psiquiatra apresentar os próprios problemas pessoais para os pacientes **("Demorou bastante mas eu fui num japonês achando que ele por ser japonês podia ajudar mas parecia que ele tava pior que eu sempre, sabe, sempre reclamando das dores dele... é justamente por ele ser japonês, sabe, por ele ser japonês assim porque assim, comigo, muitos dos problemas tem a ver assim com, bem dizer, eu sou brasileira, nosso costume é brasileiro mas casada com o Carlos que tem aquele, é, o costume mais rígido, eu achava que ele entenderia melhor, sabe as dificuldades mas eu não gostei assim tipo, ele falava assim, e aí como tá, tá bom, não sei o que, era só isso.")**. Apesar da descrição dessa situação de descontinuidade, ela nega ter abandonado outros tratamentos psiquiátricos **("Não, depois que eu comecei o tratamento eu nunca mais parei.")**.

Outra dimensão associada ao relacionamento clínico diz respeito à sua experiência com médicos no Japão. Sandra apresenta as seguintes considerações sobre essa experiência:

- procurou alguns médicos apresentando queixas de "tontura", "cansaço" e "stress" **("... aquela época, eu tava tendo tontura, eu acho que era stress, eu tava cansada sabe, aí eu fui, eu falei lá, expliquei lá, pedi informação...")**;

- apresentou dificuldades em consultar-se com um clínico geral tendo que escolher diretamente um especialista e expor seus problemas com "definição" **("... lá a gente já tem que mais ou menos assim direto pro especialista, entende, então mas é complexo porque você vem no Brasil, você sabe que às vezes não tem problema no fígado ou então na coluna e**

dá impressão de que é, você tem problema no rim e dá impressão que é na coluna, entende, a gente fica meio assim, é complicado, assim... lá a gente tem que ficar assim mais definida, sabe, falar com uma certa definição...");

- percebeu uma maior distância e frieza no atendimento clínico (**"... é muito difícil, diferente assim, a tecnologia é avançada mas eu acho, assim, em termos assim de calor humano, assim, da gente falar, é difícil, é um negócio mais tenso, não tem como a gente explicar mais, sabe..."**);
- apresentou dificuldades relacionadas a língua mesmo levando seu companheiro (que falava melhor o idioma japonês) nas consultas (**"... eu não falava nada, e tem uns médico, era muito difícil, o Carlos fala melhor, ele ia comigo mas ele também não conseguia entender, era muito difícil prá gente explicar o que tava acontecendo..."**);
- relatou que muitos brasileiros que vão trabalhar no Japão apresentam problemas de saúde mental que motivam inclusive a volta de muitos deles ao Brasil (**"... eu vejo muita gente voltando por causa assim, eu vejo muita gente voltando é, por problema de saúde principalmente psiquiátrico, né"**).

O quadro 10.6 resume alguns dos principais aspectos considerados pela paciente acerca do relacionamento clínico.

Quadro 10.6: Aspectos do relacionamento clínico

Dificuldades no relacionamento clínico, abandono de tratamento e adesão medicamentosa
Demora em procurar ajuda psiquiátrica devido aos sintomas fóbicos
Procura de um psiquiatra japonês: idéia de que seria mais fácil a compreensão dos problemas relacionados à sua situação familiar
Queixa de consultas psiquiátricas muito rápidas
Queixa de consultas psiquiátricas em que o médico expõe seus próprios problemas pessoais para o paciente
Dificuldades no contato com médicos no Japão (consulta inicial com especialista, frieza, dificuldades com a língua)

VI. Problemas Gerais de Saúde

Sandra apresenta a idéia básica de que seu problema de saúde corresponde a uma doença. Apesar dessa associação, ela admite a possibilidade das pessoas serem acometidas de um "desequilíbrio" semelhante às suas manifestações reconhecidas como "depressão espiritual". A paciente acrescenta que, no seu ponto de vista, as manifestações de mediunidade podem provocar sintomas somáticos ("sensações no corpo") que não detectáveis em exames médicos **("Eu acho assim, tipo, é alguma coisa que tá acontecendo e a pessoa vai no médico, assim, pode dar uma doença, né, quando não sabe o que é, tipo, vai no médico, você não tem nada, não sei o que e tal, então é uma coisa que você fica assim meio perdido, um desequilíbrio... eu passei pelo desequilíbrio, aí foi uma época que, isso é coisa de vinte e tantos anos atrás, sabe, tava acontecendo essas coisa, tipo assim, quando eu sentia alguma coisa dava uma sensação ruim no corpo... no kardecismo que eu consegui, comecei a estudar, né, então hoje já dá prá diferenciar bem o que é isso e o que é a outra parte mas foi uma caminhada bem longuinha prá chegar, viu.")**.

Sandra acredita que os vários tipos de causas explicativas apresentadas no cartão 1 da entrevista (causas psicossociais, causas mágico-religiosas e causas físicas ou doenças) podem acarretar problemas de saúde **("Eu acho que todas essas coisas podem causar problemas de saúde.")**. Essa avaliação é compatível com seu próprio modelo de causa explicativa para o problema de saúde mental. Ela acrescenta que no passado acreditava (como os demais membros de sua família) que a principal causa associada a problemas de saúde eram fatores mágico-religiosos ("encosto"). No entanto, após o início do acompanhamento psiquiátrico, passou a considerar principalmente que os problemas de saúde são decorrentes de doenças ou dificuldades familiares **("Antes eu achava que tudo era encosto, né, eu não sabia... agora eu vejo mais o lado da doença mesmo, da situação de família, essas coisa.")**.

Sandra faz referência apenas à "depressão", à "síndrome do pânico" e à "fobia social" como problemas de saúde mental conhecidos **("Prá falar a verdade, eu não sei direito, assim, depressão, síndrome do pânico que eu conheço da minha irmã, né, fobia social também.")**.

Na questão relativa à diferença entre problemas mentais e outros problemas de saúde, a paciente volta a referir a hipótese de que uma pessoa com mediunidade e que não procure o estudo do kardecismo desenvolverá um "desequilíbrio emocional". Esse "desequilíbrio emocional" é considerado um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças como, por exemplo, o alcoolismo (**"... eu acredito um pouco em problema espirituais, é uma coisa assim, sabe, a gente aprende assim que, ai, é uma frase que eu uso tanto, que nem todo desequilibrado emocionalmente é um médium, né, mas todo médium assim que não estuda a doutrina, assim, tipo, de aprender a manejar com a mediunidade dele é um desequilibrado... é assim, causa pelo seguinte, eu acho assim, a pessoa começa assim, tipo, alcoolismo, eu acho assim, que às vezes, a pessoa tá numa fase de desequilíbrio da mediunidade, falta de conhecimento, falta de estudo, ela tem isso e ela precisa estudar prá saber doutrinar essa parte aí, né, de repente ela vê que ela tá, ela não tá normal."**).

A opinião da paciente acerca do mecanismo de atuação dos remédios demonstra que ela teve acesso a informações do saber médico. Numa descrição sobre o modo como o clonazepam age no organismo, ela localiza a possível alteração biológica do seu problema num "neurotransmissor" (**"Eu não sei explicar, tá, eu sou meio bobinha mas é assim, eu acho assim que o rivotril, eu não sei, sabe, o neurotransmissor que deve tá tendo algum problema e eu acho que ele deve dar uma ajudazinha assim mandando algum elemento qualquer coisa assim."**).

Sandra reafirma seu temor em relação à loucura, porém, não fornece detalhes acerca desse conceito (**"É uma coisa muito ruim que eu tinha muito medo, eu não sabia o que eu tinha, né."**).

Na questão referente à capacidade de realizar algum tipo de cura, a paciente lembra períodos em que atuou ativamente no centro espírita realizando "passes". Segundo ela, ainda hoje existe a possibilidade de ajudar pessoas utilizando sua mediunidade (**"Olha, eu já trabalhei numa fase assim de, eu trabalhei numa fase assim que era cura, né, e muitas pessoas assim que vem falar comigo, hoje eu não acho que eu curo mas eu vejo muita gente assim que por coincidência vem, fala isso, aquilo e de repente elas voltam,**

chegam e voltam e falam, olha, eu consegui assim ficar mais aberta, ficar melhor, né... em termos de passe, na época eu trabalhava com energia, equilíbrio físico e mental.").

A opinião de Sandra em relação as causas de doenças específicas apresentadas na entrevista são:

- um vírus seria a causa do sarampo **("É um vírus.")**. A tuberculose também teria uma causa viral. O termo "bacilo" é apresentado como um tipo de vírus **("Tuberculose também é um vírus, é o bacilo não sei o que lá, né.")**;
- a diabetes seria causada pelo acúmulo de açúcar no sangue **("Diabetes é o excesso de açúcar no sangue.")**;
- o entendimento da paciente em relação a AIDS é semelhante à sua concepção referente ao câncer, ou seja, haveria a presença de células que se "reproduzem" no interior do organismo. Ela não apresenta detalhes relativos a mecanismos de transmissão apesar de usar a expressão "célula contagiosa" **("AIDS também é como um câncer, eu não sei exatamente o que começa a ter assim, eu vou falar do meu jeito, tá, é deformação de células e na AIDS a célula contagiosa, ela se reproduz muito rapidamente, é uma coisa assim, eu sei mas eu tenho dificuldade de explicar.")**;
- o suicídio é analisado de forma ambígua em relação a questão da "coragem" **("É falta de coragem ou excesso de coragem, é medo de encarar a vida, sabe... eu acho que todo suicida é doente.")**;
- a depressão seria causada por "fatores de propensão" (no sentido de fatores intrínsecos ao organismo) ou por "fatores externos" **("A causa da depressão tem a ver assim, o cérebro é muito complexo, né mas assim a causa em geral, fatores de propensão, né, mas fatores externos também ajudam fazer que ela se manifeste, né.")**;
- o alcoolismo é considerado como uma doença. De acordo com um ponto de vista bastante particular, o alcoolismo também é associado a uma situação de "alergia" **("O alcoolismo também é uma doença... o alcoolismo, ele é uma**

alergia que a pessoa tem a álcool, né, mas o que leva a pessoa a dependência é problemas mentais, né.").

O quadro 10.7 apresenta alguns termos e expressões utilizadas pela paciente ao longo da entrevista de Formulação Cultural que foram incluídos no glossário apresentado no anexo I.

Quadro 10.7: Termos e expressões utilizadas (Anexo I)

cabeça ruim
cirurgia sem corte
depressão do espírito
desequilíbrio da mediunidade
problemas espirituais

MARCELO GUERNELLI NUCCI

FORMULAÇÃO CULTURAL DO CASO EM SAÚDE MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA NUM CENTRO PRIMÁRIO DE SAÚDE NA CIDADE DE CAMPINAS-SP

Volume 2

CAMPINAS

2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

MARCELO GUERNELLI NUCCI

FORMULAÇÃO CULTURAL DO CASO EM SAÚDE MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA NUM CENTRO PRIMÁRIO DE SAÚDE NA CIDADE DE CAMPINAS-SP

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.

ORIENTADOR: *PAULO DALGALARRONDO*

Volume 2

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação defendida por Marcelo Guernelli Nucci e aprovada pela comissão julgadora em 10/12/2002.

CAMPINAS

2002

PÁG.

RESUMO ..... *xxiii*

ABSTRACT ..... *xxvii*

1. INTRODUÇÃO 31

1.1. Apresentação 33

1.2. Psiquiatria Cultural 38

1.2.1. Formulação Cultural do Caso 46

1.3. O processo de avaliação clínica em saúde mental 62

1.4. O ambiente urbano contemporâneo numa perspectiva cultural 69

2. OBJETIVOS 97

3. MATERIAL E MÉTODOS 101

3.1. O contexto do estudo 103

3.1.1. Apresentação do local do estudo 103

3.1.2. Características da população estudada 116

3.2. Sujeitos 118

3.3. Instrumentos 121

3.3.1. A história psiquiátrica 121

3.3.2. Aspectos metodológicos do desenvolvimento da entrevista 122

3.3.3. A Entrevista de Formulação Cultural do Caso 128

3.4. Aspectos éticos 136

4. FORMULAÇÃO CULTURAL DOS CASOS (CASOS 1 A 10) 137

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS FORMULAÇÕES CULTURAIS DOS CASOS 419

6. CONCLUSÃO 479

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 487

8. ANEXOS 497

Anexo I: Glossário 499

Anexo II: Transcrição das Entrevistas de Formulação Cultural dos Casos (Casos 1 a 10) 523

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS FORMULAÇÕES CULTURAIS DOS CASOS

Esse estudo clínico procurou apresentar a experiência de aplicação de uma entrevista de Formulação Cultural em pacientes atendidos num Centro Primário de Saúde na cidade de Campinas-SP.

Nesse sentido, a pesquisa foi pensada como um processo exploratório das seguintes questões: quais informações relativas a cultura são importantes em situações clínicas, como os profissionais de saúde mental podem obter essas informações e em que medida essas informações podem melhorar a prática clínica desses profissionais.

O desenvolvimento desse processo exploratório estruturou-se na pesquisa através da:

- análise detalhada das narrativas e composição de avaliações clínicas individuais (processo apresentado nas Formulações Culturais dos dez casos estudados);
- discussão em conjunto de algumas das questões que permearam as Formulações Culturais apresentadas e que podem sugerir alguns parâmetros e configurações possíveis na avaliação cultural de pacientes em saúde mental (proposta do presente capítulo).

Um aspecto inicial dessa discussão refere-se à idéia de que o reconhecimento de um determinado sofrimento mental como um problema de saúde na experiência subjetiva dos indivíduos inaugura um amplo e complexo processo de construção de significados.

O problema de saúde reconhecido passa a ser um marco que transforma em variados graus a experiência do indivíduo e incorpora à sua subjetividade novas e desafiadoras questões. A articulação contínua dessas questões ao longo do tempo passa também a embasar determinadas práticas e comportamentos.

O *"hiato de informações"* referido por Geertz (1989) em sua discussão sobre o conceito de cultura passa a ser direcionado para o sofrimento mental que se insere (de maneira muitas vezes abrupta e amedrontadora) na experiência subjetiva do indivíduo.

Aproximar-se desse processo de articulação de programas culturais voltados para o problema de saúde é uma tarefa fundamental no desenvolvimento de práticas clínicas culturalmente sensíveis.

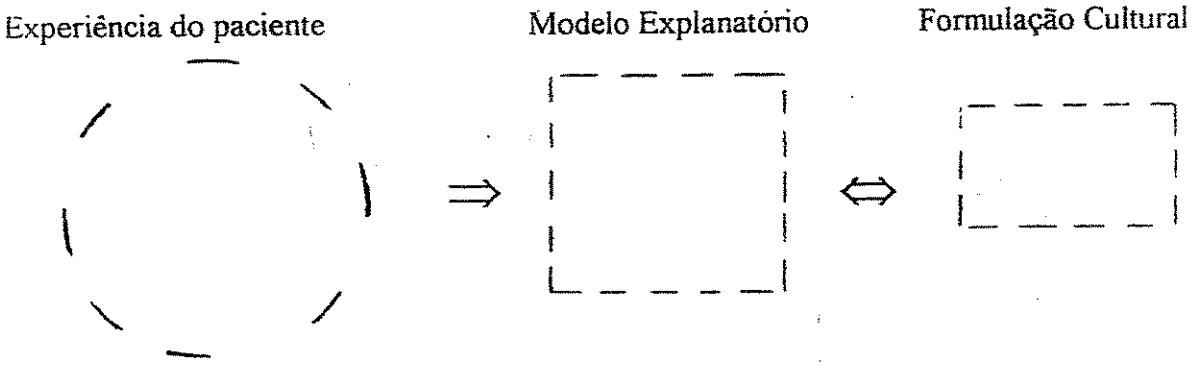
Um aspecto importante nesse desenvolvimento poderia ser a problematização da entrevista clínica tradicionalmente realizada pelos psiquiatras. A possibilidade de ampliação da entrevista psiquiátrica e o questionamento de entrevistas centradas apenas na apreensão de transtornos mentais categorizados nas classificações oficiais (CID-10, 1993; DSM-IV, 1995) são aspectos associados a essa problematização.

Considera-se que práticas clínicas que envolvam processos de avaliação cultural podem levar à estruturação de narrativas contendo representações e significações das experiências (particularmente aquelas associadas a problemas de saúde) dos pacientes.

Reconhece-se aqui, inclusive, um aspecto organizador dessa forma de abordagem clínica em relação às experiências frequentemente complexas, fragmentadas e relativamente contraditórias dos pacientes. Nesse contexto, o conceito de *"modelo explanatório"* proposto por Kleinman (1980) é utilizado para dar conta dessa construção de significados.

O quadro 4 procura esquematizar essa discussão admitindo o modelo explanatório dos indivíduos como uma primeira construção ordenadora e organizadora de suas experiências. Uma entrevista clínica culturalmente sensível (Formulação Cultural) pode ser pensada como uma forma de apreender elementos dessa configuração subjetiva.

Quadro 4: Esquema das relações entre a experiência do paciente relativa a um problema de saúde, a construção de um modelo explanatório e a formulação cultural



É importante assinalar que a Formulação Cultural não é um processo neutro. Qualquer tipo de entrevista clínica sempre estará definida dentro de um espaço social específico interferindo na construção de narrativas ao enfocar preferencialmente determinadas categorias de interesse. No entanto, a simples abertura para esse processo pode representar um ganho em relação a abordagens que ignorem mecanismos de avaliação cultural.

Algumas outras questões associadas a relação entre o processo de Formulação Cultural e a atividade clínica em psiquiatria são consideradas a seguir.

Apesar da existência de uma ampla literatura sobre a análise de fatores culturais em pacientes psiquiátricos e da incorporação de um guia de Formulação Cultural no DSM-IV (APA, 1995); profissionais de saúde mental geralmente não se preocupam em incluir a questão da cultura nas suas avaliações clínicas. Vários fatores colaboram nesse processo incluindo a ausência desse tipo de conhecimento na formação dos profissionais de saúde (Kleinman, 1988). Essa deficiência tem repercussões como a falta de interesse e o não reconhecimento da importância em se aplicar esses conhecimentos por parte dos psiquiatras.

No que tange especificamente à relação entre a psiquiatria cultural e a prática clínica, duas questões são consideradas fundamentais e tomadas aqui como desafios básicos relacionados ao tema desse trabalho:

- A psiquiatria cultural se aplica diretamente à prática clínica ou é simplesmente um campo de pesquisa teórica?
- Se ela se aplica à clínica, como efetivamente atuaria um psiquiatra cultural nesse contexto?

Em relação à primeira questão, considera-se que trabalhos em psiquiatria cultural podem contribuir de várias formas no sentido de melhorar modelos de atendimento em saúde mental. Diversos estudos diretamente associados a situações clínicas e ao desenvolvimento de estratégias para avaliação de modelos explanatórios têm demonstrado a importância e a viabilidade da aplicação prática desses conhecimentos (Lewis-Fernandez, 1996; Weiss, 1997).

Em relação à segunda questão, podemos dizer que os psiquiatras culturais passaram a preocupar-se na última década com o desafio de como os conhecimentos produzidos pela psiquiatria cultural podem ser utilizados na prática clínica. Um dos caminhos nesse sentido foi estruturado através do desenvolvimento do construto conhecido como Formulação Cultural (Mezzich, 1995).

O objetivo central do processo de Formulação Cultural é a tentativa de operacionalizar e sistematizar a avaliação da cultura na atividade rotineira dos psiquiatras através de modificações nas entrevistas clínicas. Esse processo envolveria a possibilidade de realização de entrevistas mais amplas incluindo a dimensão cultural dos indivíduos e permitindo uma melhor avaliação e planejamento terapêutico de cada paciente.

A proposta de uma entrevista psiquiátrica mais ampla é apresentada nessa pesquisa como um modelo de entrevista culturalmente sensível. Esse modelo teria como objetivo integrar a entrevista psiquiátrica tradicionalmente utilizada com o processo de formulação cultural na prática clínica em psiquiatria.

Estudos relativos às técnicas e à estruturação de entrevistas psiquiátricas apresentam várias contribuições que podem ser utilizadas pelos clínicos (avaliação de fenômenos interpessoais, utilização de uma estratégia combinando questões abertas com questões mais objetivas, atitude empática do psiquiatra, escuta ativa, equilíbrio entre uma postura mais pragmática e uma postura mais subjetiva) (Sullivan, 1983; Sá Júnior, 1988; Dractu,1996; Botega e Dalgalarrondo, 2002). No entanto, o desenvolvimento dessa discussão teórica não contempla (ou contempla apenas superficialmente) aspectos relacionados a cultura.

Nesse contexto, os psiquiatras (mesmo aplicando entrevistas adequadas segundo os padrões da psiquiatria) não realizam avaliações aprofundadas de fatores sócio-demográficos dos pacientes, não valorizam aspectos como a forma com que os pacientes expressam seus problemas, as causas explicativas, o conjunto de situações de ajuda procuradas, os fatores culturais associados ao relacionamento clínico e os modelos de compreensão dos problemas de saúde em geral.

A proposta desse trabalho é que a formulação cultural do caso possa ser incorporada na prática clínica rotineira dos psiquiatras através da composição de entrevistas psiquiátricas culturalmente sensíveis. Nesse sentido, a integração entre questões relativas à entrevista psiquiátrica e questões de uma entrevista de Formulação Cultural poderia ser concretizada através de dois modelos complementares:

a) realização da entrevista psiquiátrica tradicional e aplicação posterior da entrevista de Formulação Cultural. Esse modelo de aplicação das questões foi escolhido nessa pesquisa visando padronizar o momento de aplicação das entrevistas de formulação cultural numa posição logo após a entrevista psiquiátrica de cada paciente. A integração ocorreu apenas através da justaposição sucessiva das sequências de questões conforme o esquema: entrevista psiquiátrica → entrevista de Formulação Cultural. Uma transição formal explicando ao paciente o início da avaliação cultural dividiu claramente o contexto do encontro clínico. A técnica utilizada nesse tipo de transição se aproximaria da chamada *"transição acentuada"* (Sullivan, 1983). Esse modelo poderia ser preferencialmente utilizado no início do acompanhamento clínico dos pacientes pelo fato de possibilitar uma formulação cultural inicial de maneira abrangente;

b) formulação de questões da entrevista de Formulação Cultural no decorrer da própria entrevista psiquiátrica tradicional. Esse modelo implicaria um processo de múltiplas transições realizadas de maneira flexível e dinâmica de acordo com as características singulares de cada atendimento. A integração ocorreria através da interposição de questões relativas a cultura em momentos específicos da entrevista psiquiátrica. Essas interposições poderiam ser realizadas através da técnica chamada *"transição suave"* (Sullivan, 1983). A composição desse tipo de formulação cultural seria caracterizada pela plasticidade e fragmentação do conjunto de questões. A entrevista de Formulação Cultural funcionaria como um guia referencial para otimizar esse processo. Essa forma de composição poderia ser preferencialmente utilizada na continuidade do acompanhamento clínico,

atualizando e complementando as informações obtidas na formulação cultural inicial.

O quadro 5 esquematiza a proposta de uma entrevista psiquiátrica culturalmente sensível alicerçada na integração entre a entrevista psiquiátrica tradicional e uma entrevista de Formulação Cultural. As diferenças entre os objetivos gerais de cada abordagem são pontuadas a partir dos módulos da entrevista de Formulação Cultural utilizada nessa pesquisa.

Quadro 5: Modelo de entrevista clínica em Psiquiatria Cultural

Entrevista psiquiátrica culturalmente sensível ↙ ↘ **Questões da entrevista psiquiátrica (Diagnóstico Psiquiátrico: CID-10/DSM-IV)** ↔ **(transição)**	**Questões da entrevista de formulação cultural**
Avaliação sócio-demográfica superficial	Avaliação sócio-demográfica detalhada / "trajetória individual"
Avaliação de sintomas definidos pelas classificações psiquiátricas	Avaliação de manifestações reconhecidas pelo paciente como problemas de saúde mental
Não avalia as causas explicativas do paciente / Ausência de interlocução ou tentativa simplista de imposição de uma "causa biomédica"	Avaliação do padrão de causas explicativas para o problema de saúde mental
Não avalia padrões de situações de ajuda / Ausência de interlocução ou tentativa simplista de controle do padrão de situações de ajuda do paciente	Avaliação do padrão de situações de ajuda / contextualização da situação de ajuda psiquiátrica
Avaliação de fatores psicológicos associados ao relacionamento clínico	Avaliação de fatores culturais associados ao relacionamento clínico
Não avalia as concepções do paciente sobre problemas gerais de saúde e relação com saúde mental	Avaliação das concepções do paciente sobre problemas gerais de saúde e relação com saúde mental

no guia do DSM-IV (1995) parecem insuficientes quando se adota um enfoque mais localizado e dinâmico da cultura.

Nesse contexto, passa a ser importante a exploração de estratégias locais utilizadas por indivíduos transitando entre diferentes grupos culturais e compartilhando significados em graus variados. Desenvolvimentos no campo da antropologia das sociedades complexas podem ser úteis no aprofundamento desse enfoque da cultura (Hannerz, 1992) além de possibilitar novos caminhos de pesquisa em convergência com o campo da psiquiatria cultural (Bibeau, 1997). Assim, noções como *"sincretismo"* (Canevacci, 1996), *"trajetória individual"* (Velho, 1994) e *"padrões culturais"* (Magnani, 1998) podem ampliar a compreensão dos complexos processos culturais em curso nas grandes cidades e serem aproveitados no contexto específico dos estudos em psiquiatria cultural.

O segundo aspecto considerado na composição interna da entrevista de Formulação Cultural diz respeito ao conceito de modelo explanatório desenvolvido por Kleinman (1980). Conforme detalhado no capítulo "Formulação Cultural do Caso", esse modelo procura explorar as questões mais relevantes associadas a experiência do paciente a respeito de seu problema de saúde. Na entrevista de Formulação Cultural utilizada nessa pesquisa, o modelo explanatório foi abordado através de módulos denominados: Apresentação do Problema, Causas do Problema, Situações de Ajuda, Relacionamento Clínico e Problemas Gerais de Saúde. Esses módulos (detalhados no capítulo referente aos métodos) englobam o conjunto de questões relacionadas à averiguação de modelos explanatórios apresentadas nos estudos revisados sobre esse tema (Kleinman, 1988; Eisenbruch, 1990; Lewis-Fernandes, 1996; Weiss, 1997, Lloyd *et al.*, 1998).

O processo de "transição", representado na parte superior do quadro 5, também corresponderia, em certo sentido, ao deslocamento de uma posição essencialmente psiquiátrica para uma posição definida por Littlewood (1990) como *"meta-psiquiatria"*. A idéia de uma *"meta-psiquiatria"* implicaria uma posição onde a própria atividade psiquiátrica é problematizada em relação ao contexto cultural onde cada paciente está inserido.

A proposta dessa entrevista ampliada inclui a idéia de que o psiquiatra, não abdicando de sua posição básica dentro do sistema biomédico, abra espaço em sua atividade clínica para a avaliação da cultura através da transição continuada entre essas duas posições apresentadas. Advoga-se aqui que esse processo enriqueceria e humanizaria o atendimento clínico em saúde mental. A idéia de humanização do atendimento é considerada como tendo relação direta com os principais conceitos de cultura apresentados no presente trabalho (Geertz, 1989; Hannerz, 1992). Nesse sentido, avaliar o homem inclui necessariamente avaliar a cultura porque esses conceitos estão entrelaçados.

Avançando nessa discussão, devemos considerar dois aspectos relativos a composição interna da entrevista de Formulação Cultural.

O primeiro aspecto envolve a idéia de uma Identidade Sócio-Cultural que relaciona-se parcialmente com o conceito de *"Identidade Cultural"* apresentado no trabalho de Lewis-Fernandes (1996). A preferência pela expressão "sócio-cultural" deve-se ao reconhecimento da necessidade de avaliação detalhada dos fatores sócio-demográficos na entrevista de Formulação Cultural e da consideração de que esses fatores podem estar diretamente ligados ao conceito de identidade.

Outra diferença associada a questão da Identidade Sócio-Cultural diz respeito a maneira de se abordar a interação entre o indivíduo e a cultura. O conceito de Identidade Cultural do guia apresentado no DSM-IV (1995) enfatiza uma visão mais rígida e demarcada dos grupos culturais além de considerar a cultura numa escala mais ampla (relativa a etnias ou nacionalidades). Nesse sentido, enfatiza-se-se a avaliação de um *"grupo cultural de referência"* e do envolvimento do indivíduo com a *"cultura de origem"* ou a *"cultura hospedeira"*. Apesar desse formato parecer adequado para avaliação de situações associadas a imigração e contato entre culturas diferentes, as questões propostas

O quadro 6 apresenta esquematicamente a maneira como a entrevista de Formulação Cultural foi organizada nessa pesquisa em relação a sua constituição interna.

Quadro 6: Composição da entrevista de Formulação Cultural

Entrevista de Formulação Cultural		
↙		↘
Identidade Sócio-cultural	↔	**Modelo Explanatório**
Fatores sócio-demográficos		Apresentação do Problema
Trajetória individual		Causas do Problema
Rede de suporte social		Situações de Ajuda
Padrões culturais		Relacionamento Clínico
		Problemas Gerais de Saúde

Os principais aspectos associados a aplicação clínica da entrevista de Formulação Cultural do caso nessa pesquisa são considerados a seguir.

A questão da Identidade Sócio-Cultural é abordada a partir das idéias básicas de trajetória e mudança. Essa abordagem é valorizada no estudo das sociedades complexas e envolve algumas das perspectivas teóricas revisadas no capítulo "O ambiente urbano contemporâneo numa perspectiva cultural". Nesse sentido, destaca-se principalmente o conceito de cultura proposto por Hannerz (1992) e as noções de *"trajetória individual"* (Gilberto Velho, 1994) e *"padrões culturais"* (Magnani, 1998).

O conceito de cultura de Hannerz (1992) relaciona-se principalmente à idéia de um incessante *"fluxo cultural"* de significados que circulam entre os indivíduos e o espaço público. Nesse processo, significados são absorvidos, modificados e devolvidos continuamente num campo de interações envolvendo a subjetividade de cada indivíduo, os grupos culturais nos quais ele se insere e processos sociais mais amplos. Considerando-se a complexidade da organização de grupos e configurações sociais nas grandes cidades contemporâneas, admite-se que as experiências subjetivas dos indivíduos nesses contextos estarão expostas e serão significativamente modificadas por processos fragmentados e dinâmicos.

A noção de *"trajetória individual"* apresentada por Velho (1994) contextualiza essas experiências numa dimensão temporal. Nesse sentido, a exposição continuada do indivíduo a contextos sócio-culturais urbanos repercute em suas experiências subjetivas e associa-se a constituição de trajetórias biográficas marcadas por descontinuidades e transições. A análise desses processos passa a demandar a compreensão de possibilidades como mudanças no estilo de vida, pertencimentos simultâneos ou sucessivos em diversos grupos culturais, transições flexíveis entre determinados domínios e reconstruções sucessivas de projetos individuais.

A noção de *"padrões culturais"* (Magnani, 1998) também é pertinente nessa discussão. A partir dessa noção, considera-se que o complexo processo de trocas e compartilhamento relativo de significados entre indivíduos no ambiente urbano pode ser melhor entendido através de conceitos suficientemente flexíveis para a apreensão dessa dinâmica. Conceitos como tribos, subculturas ou microculturas são considerados importantes na avaliação interna e nuclear de grupos culturais mas resvalam na rigidez e arbitrariedade em relação a delimitação de suas unidades ou fronteiras. Nesse sentido, a idéia de que os indivíduos compartilham padrões de significados (padrões culturais) em escalas e formas variáveis é considerada adequada e utilizada na avaliação de identidades sócio-culturais nesse trabalho.

A partir desse referencial teórico, alguns eixos temáticos foram considerados visando detalhar aspectos relacionados a identidade sócio-cultural dos pacientes incluídos nessa pesquisa: trajetória geográfica, trajetória religiosa, trajetória de trabalho, redes de suporte social e grupos com padrões culturais específicos.

a) **Trajetórias geográficas:** a idéia de trajetórias geográficas está basicamente ligada aos deslocamentos espaciais realizados pelos indivíduos caracterizando situações migratórias ou de mudanças dentro de uma determinada área urbana.

As principais formas de deslocamento apresentadas pelos pacientes estudados foram:

- *migrações:* situações de migração isolada determinando mudanças de padrões culturais com repercussão no problema de saúde mental dos indivíduos. No caso 1, o paciente estabeleceu uma trajetória de deslocamento para a região do garimpo onde acabou desenvolvendo seu problema de saúde mental. Posteriormente, deslocou-se para Belém-PA, São Paulo-SP e Campinas-SP. No caso 6, a paciente apresentou uma trajetória geográfica marcada pela transição entre o período que morou em Curemas-PB (onde desenvolveu seu problema) e a vinda para Campinas-SP. O caso 8 evidencia uma trajetória geográfica que inclui uma migração do Paraná para a região norte do Brasil e deslocamentos geográficos entre cidades dos estados de Rondônia e Roraima. Além disso, a trajetória dessa paciente (caso 8) inclui uma recente vinda para Campinas-SP num processo relacionado a procura de situações de ajuda para seu problema de saúde mental. No caso 10, a paciente apresentou uma trajetória que inclui um processo de emigração para o Japão onde trabalhou durante cerca de quatro anos. No retorno para o Brasil, essa paciente foi morar com o marido na cidade de Mogi-Mirim-SP deslocando-se posteriormente para Campinas-SP há cerca de três anos;

- *deslocamentos sucessivos:* essa expressão procura representar situações associadas a constantes deslocamentos geográficos entre duas ou mais localidades durante a história de vida do indivíduo. Nesse sentido, esses deslocamentos fazem com que não se possa definir uma trajetória a partir de um local permanentemente fixo de moradia. Nas três situações consideradas como "deslocamentos sucessivos" entre os pacientes estudados, a experiência do problema mental relacionou-se diretamente com esse tipo de organização de trajetória (caso 4: transições constantes entre Lima-Peru e Campinas-SP; caso 5: transições constantes entre Palmares-PE e Campinas-SP e caso 7: transições constantes entre Teófilo Otoni-MG e diversas outras cidades);

- *deslocamentos para a periferia:* essa expressão é utilizada para representar situações de mobilidade sócio-econômica descendente obrigando as famílias a procurarem locais de moradia mais baratos ou gratuitos. Esse processo, em parte associado ao crescimento populacional das áreas de ocupação na região onde se desenvolveu a pesquisa, caracteriza geralmente deslocamentos geográficos em direção às periferias das grandes cidades brasileiras e tem, muitas vezes, articulação com as situações de migração descritas anteriormente. No caso 2, a paciente apresenta uma trajetória de mudança dentro da cidade de Campinas-SP que obedece a sequência: centro → bairro na região central → bairro periférico. Esse deslocamento foi motivado pela procura de um local com oferta de aluguel compatível com a renda progressivamente menor recebida pela família. No caso 9, um processo de deslocamento semelhante também foi evidenciado. No caso 3, a paciente apresenta uma trajetória geográfica que combina uma situação de migração para Rondônia, o retorno para um local de moradia dentro de uma área de ocupação em Campinas-SP e um deslocamento posterior para uma área de assentamento do Movimento Sem Terra (MST) na periferia de uma cidade próxima à Campinas-SP (Mogi-Mirim-SP).

b) **Trajetórias religiosas:** a idéia de trajetórias religiosas insere-se num contexto onde os indivíduos podem transitar entre sistemas religiosos com variáveis graus de proximidade ou antagonismo de maneira simultânea ou sucessiva. Admite-se que esse tipo de contexto tenha grande vigor nos grandes centros urbanos contemporâneos (sociedades complexas). Nesse processo de mudança, as instituições religiosas deixam, muitas vezes, de serem consideradas como portadoras de uma hegemonia de sentido. Afirma-se, então, o direito a crença individual e a formas singulares de se praticar essa crença. Essas formas podem constituir-se como um amálgama dentro da diversidade de sistemas simbólicos disponíveis em cada momento.

Os principais aspectos considerados em relação às trajetórias religiosas dos casos submetidos à entrevista de Formulação Cultural nessa pesquisa foram:

- transição entre diferentes igrejas evangélicas (casos 1 e 6);

- transições sucessivas entre a igreja católica e a igreja evangélica (casos 5 e 7);

- transição dentro do catolicismo (entrada no Movimento de Renovação Carismática Católico) (caso 2);

- afastamentos da igreja devido ao problema de saúde mental e retornos condicionados a melhora dos sintomas (casos 3 e 8);

- frequência simultânea entre as igrejas católica e evangélica durante um período de adaptação cultural (caso 4) ou durante a fase inicial do problema de saúde (caso 2);

- frequência simultânea entre igrejas evangélicas, centros de umbanda e um centro espírita kardecista após o início do problema de saúde mental (caso 9);

- frequência simultânea entre a igreja católica e um centro espírita kardecista associada a participação em diversas outras igrejas e atividades religiosas (caso 10);

- experiência de contato com benzedores (casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 e 10);

- atividades religiosas em centros espíritas kardecistas (casos 2, 3, 6, 9, 10) ou centros de umbanda (casos 5, 7, 9) ao longo das trajetórias.

c) **Trajetórias de trabalho:** essa expressão é utilizada visando expressar as mudanças relacionadas às condições de trabalho enfrentadas pelos pacientes ao longo da vida.

Os principais aspectos considerados sobre essas trajetórias foram:

- abandono definitivo do trabalho (aposentadoria devido a doença mental) (casos 5, 9);

- situação continuada de trabalho informal (caso 4);

- desistência de procurar trabalho remunerado (dona-de-casa) (caso 3);

- situação de trabalho informal mediada pela evolução do problema de saúde apresentado (casos 1, 2, 6, 7);

- afastamento temporário do trabalho devido a piora dos sintomas (situação de desemprego) (casos 8, 10).

d) Redes de suporte social: essa expressão é utilizada para designar o núcleo de familiares ou pessoas conhecidas que prestam algum apoio ao indivíduo em processos de interação com variáveis graus de reciprocidade. No caso específico dessa pesquisa, é salientada a participação das redes de suporte social nas situações relacionadas especificamente ao processo de adoecimento. Nesse sentido, o apoio social deve ser entendido numa perspectiva ampla onde as redes podem funcionar, elas próprias, como situações de ajuda ou ainda como articuladoras de outras situações de ajuda para o indivíduo (ajuda religiosa, benzedores, remédios caseiros, ajuda médica, simpatias, etc.). É importante destacar aqui que uma outra dimensão da trajetória individual pode ser considerada a partir da articulação de conjuntos de situações de ajuda procuradas a partir do início do problema. Esses conjuntos de situações de ajuda (incluindo as redes de suporte social) compõem "trajetórias de situações de ajuda" detalhadas mais adiante nessa discussão.

Os principais elementos constituintes das redes de suporte social presentes nos casos estudados foram:

- família nuclear (casos 6, 8, 9);

- situação de divisão da família (transição eventual entre dois núcleos familiares) (casos 1, 3, 10);

- "duplo-pertencimento" (essa expressão é utilizada aqui para definir situações de transição constante entre dois núcleos familiares) (casos 4, 5);

- situação de sobrevivência como morador de rua (caso 7);

- redes de apoio religioso (amigos, "irmãos da igreja") (casos 1, 2, 3, 8, 9).

e) **Grupos com padrões culturais específicos:** nesse item, o conceito de padrões culturais é utilizado para expressar o compartilhamento relativo de significados entre o indivíduo e determinado grupo de interação (Magnani, 1998). Conforme enfatizado anteriormente, esse conceito apresentaria uma maior flexibilidade que o conceito de subcultura podendo expressar de maneira mais dinâmica e sutil o *"processo contínuo de trocas"* que suporta a formação, continuidade e fragmentação de grupos culturais no contexto das grandes cidades. Esse processo de trocas poderia ser pensado - e aqui a idéia de *"fluxo cultural"* (Hannerz, 1992) também é pertinente - como situações simultâneas ou sucessivas de variável grau de compartilhamento de significados que definem o trânsito de indivíduos entre grupos culturais com fronteiras maleáveis. A idéia de padrões culturais parece mais adequada na abordagem de trajetórias individuais que se combinam e se misturam em grupos humanos através de arranjos mais ou menos temporários.

Exemplos de grupos com padrões culturais de variada especificidade em relação a um contexto cultural mais amplo e associados às trajetórias de alguns dos pacientes estudados nessa pesquisa são considerados a seguir:

- trabalhadores do garimpo (caso 1);
- instituições religiosas (igrejas evangélicas pentecostais, igreja católica incluindo o Movimento de Renovação Carismática Católica, centros espíritas) (casos 1 a 10);
- artistas de circo (caso 4);
- moradores de rua (caso 7);
- decasseguis (caso 10).

A composição em cada caso clínico das questões consideradas acima pode contribuir para o entendimento da Identidade Sócio-Cultural a partir das frequentes mudanças e transições ocorridas na história biográfica dos indivíduos. Essa abordagem é considerada importante num contexto urbano contemporâneo onde processos de mudanças são cada vez mais frequentes. Dentro desse panorama geral, verificou-se que os indivíduos estudados nesse trabalho frequentemente:

- deslocaram-se geograficamente entre cidades e estados;

- transitaram entre diferentes religiões de maneira simultânea ou sucessiva e apresentaram diferentes formas de práticas religiosas individuais que variam temporalmente;

- pertencem à famílias organizadas de várias maneiras (frequentemente com mais de um núcleo familiar entre os quais os indivíduos se deslocam);

- desenvolveram variadas estratégias associadas a possibilidade de trabalho;

- transitaram entre diferentes grupos com "padrões culturais" mais ou menos específicos;

- apresentaram variadas composições de redes de suporte social envolvendo principalmente familiares e amigos da igreja.

Um dos principais aspectos associados ao módulo Apresentação do Problema é a consideração de que as experiências e as concepções dos pacientes sobre seus problemas de saúde mental podem ser compreendidas apenas parcialmente através do processo de construção de diagnósticos psiquiátricos. O grau de compreensão dessas experiências na avaliação clínica em psiquiatria são variáveis em cada caso.

Uma primeira questão importante sobre esse tema diz respeito a distinção entre os conceitos de *"illness"* e de *"disease"*. Em certo sentido, modelos que propõem a incorporação de aspectos culturais na avaliação clínica representam uma valorização da análise da *"illness"* sobrepondo-se a processos centrados simplesmente na detecção e manejo de *"diseases"* na prática clínica.

Paula Monteiro (1985) descreve uma maior capacidade e disponibilidade dos curadores tradicionais abordarem os pacientes num contexto mais amplo e humano. Nesse sentido, o presente trabalho propõe que os profissionais de saúde mental não deveriam desvalorizar os aspectos sócio-culturais e as experiências particulares dos pacientes na procura de um suposto ideal de eficácia técnica mais "pura" ou "objetiva". Ao contrário, esses aspectos deveriam ser integrados às avaliações clínicas enriquecendo a compreensão e o manejo de cada caso.

Além disso, propõe-se que as categorias diagnósticas das classificações psiquiátricas (CID-10, 1993; DSM-IV, 1995) deveriam ser relativizadas como uma dimensão heurística para a compreensão de problemas complexos e não naturalizáveis. Esse aspecto é abordado por Sonenreich (1996) que problematiza a tendência de naturalização das entidades nosológicas presentes nas classificações psiquiátricas oficiais. Sonenreich (1996) argumenta que os quadros clínicos descritos como entidades delimitadas seriam melhor entendidos se pensados como síndromes ou sintomas. Nesse sentido, ele adverte para o risco de que os manuais de classificação diagnóstica possam progressivamente passar a embasar as atividades clínicas dos psiquiatras em detrimento de avaliações fenomenológicas mais acuradas. A idéia de uma dimensão heurística no diagnóstico de doenças é apresentada da seguinte maneira:

> *"As doenças são instrumentos com os quais organizamos nosso pensamento e nossas atividades de conhecimento, identificação, interpretação, tratamento."* (Sonenreich, 1996)

Ainda em relação a forma de apresentação do problema, é importante assinalar uma diferença básica de enfoque no contexto clínico, ou seja, o paciente irá vivenciar manifestações que podem ser reconhecidas como problemas de saúde enquanto o psiquiatra tentará estabelecer precisamente sintomas de transtornos mentais diagnosticáveis. Nesse processo, o paciente pode apresentar determinadas manifestações reconhecidas como problemas que não são valorizadas como critérios diagnósticos das classificações psiquiátricas. De modo inverso, determinados sintomas presentes nas descrições oficiais dos transtornos podem não ser reconhecidos como manifestações de problemas de saúde pelo paciente. Outro aspecto desse processo é que a principal manifestação reconhecida na constituição de um problema pode não corresponder a um sintoma central de determinado transtorno psiquiátrico. O paciente pode apresentar ainda conjuntos de manifestações que não correspondem a critérios diagnósticos constituintes de entidades nosológicas definidas nas classificações psiquiátricas. Em relação a esse último aspecto, o reconhecimento feito na CID-10 (1993) sobre a dificuldade em se enquadrar sintomas mistos ansiosos e depressivos num único transtorno mental delimitado é um exemplo ilustrativo desse tipo de disjunção.

A partir dessas considerações, é sugerido nessa pesquisa que:

- os pacientes podem apresentar dificuldades em expressar para o psiquiatra as manifestações e os problemas de saúde reconhecidos. De maneira geral, essa apresentação dos problemas é realizada com um grau variável de amplitude, organização e coerência interna;
- os pacientes podem apresentar dificuldades em condensar suas experiências num problema de saúde delimitado. No entanto, eles frequentemente caracterizam um ou mais problemas de saúde reunindo um conjunto de manifestações mais ou menos específicas;
- diferentes composições e arranjos de manifestações reconhecidas pelos pacientes podem ser continuamente estruturadas e descartadas ao longo de sua trajetória com um problema de saúde;
- em determinados períodos da trajetória, esse processo tenderia a ser mais denso, ou seja, no início do problema (quando manifestações começam a ser reconhecidas), nos períodos de piora ou em situações de mudança das manifestações do problema. Nesses períodos, o paciente pode articular mais intensamente propostas de entendimento e estruturação das experiências em sua subjetividade.

Esse processo de construção e estruturação de "problemas" realizado pelos pacientes é invariavelmente ignorado pelos clínicos. O que importa primordialmente na abordagem da psiquiatria biomédica é a construção de uma formulação diagnóstica e a imposição desse diagnóstico para o paciente.

Sobre essa questão, podemos dizer que os psiquiatras costumam adotar basicamente três formas de apresentação do diagnóstico psiquiátrico no encontro clínico: não expor o diagnóstico estabelecido para o paciente, procurar apresentar um diagnóstico através de termos ou expressões "supostamente" conhecidas ou inteligíveis pelos pacientes ou simplesmente impor o diagnóstico médico oficial acreditando que eles serão de alguma forma compreendidos.

Essa pesquisa propõe que nenhuma dessas alternativas é plenamente satisfatória. Apenas um processo que permita um canal de diálogo entre as duas construções (do paciente e do psiquiatra) pode embasar uma compreensão mais rica de cada caso clínico e diminuir conflitos na relação médico-paciente tornando-a mais humana e adequada.

A análise da forma como os pacientes estudados expressaram e estruturaram seus problemas nas entrevistas de Formulação Cultural é considerada a seguir. Na amostra estudada, os pacientes reconheceram dois problemas distintos (casos 3, 6, 7, 8 e 9), "partes" de um determinado problema com causas específicas (caso 2) ou apenas um problema de saúde de variável concordância com o transtorno mental diagnosticado (casos 1, 4 e 5). Dessa forma, verificou-se que as experiências dos pacientes podem ser ordenadas e organizadas dinamicamente de maneira paralela e muitas vezes não concordante com a redução diagnóstica das classificações psiquiátricas oficiais (CID-10, 1993; DSM-IV, 1995).

- **Caso 1:** Diagnóstico de **um transtorno mental** pelo psiquiatra (CID-10/DSM-IV) ↔ Reconhecimento pelo paciente de **um problema** com o mesmo nome usado na medicina ("alcoolismo"), apropriação de um termo utilizado em psiquiatria para designar uma manifestação do problema com o significado de ingestão excessiva de álcool ("delírio treme") **("Meu problema é o alcoolismo... O delírio treme é o excesso de bebida no cérebro, fraqueza mental...")**;

- **Caso 2:** Diagnóstico de **um transtorno mental** ↔ Reconhecimento de **um problema com duas "partes" distintas** ("doença dos nervos" e "crise espiritual"), uma das "partes" (crise espiritual) foi reconhecida como a principal, cada "parte" foi relacionada pela paciente a uma causa específica **("A minha é doença dos nervo mas eu tenho crise espiritual também, eu fico muito alterada... uma parte é, de principalmente de eu ficar agitada, agitação, nervoso... a parte do espírito é o medo, é as voz e a tristeza é mais pro lado espiritual...")**;

- **Caso 3:** Diagnóstico de **um transtorno mental** ↔ Reconhecimento de **dois problemas** distintos ("crise" e "tristeza"), apenas a "crise" foi considerada um problema de saúde, a "tristeza" foi considerada pela paciente como um "problema da vida" **("Quando eu passo nervoso eu fico assim parecendo que é leve, não páro em lugar nenhum... Aí é a crise... Na tristeza eu ficava quase dormindo, não tinha disposição prá fazer nada... Aí era não querer mais tomar banho, ficá sem comer, tudo pior.")**;

- **Caso 4:** Diagnóstico de **dois transtornos mentais (CID-10) ou três transtornos mentais (DSM-IV)** ↔ Reconhecimento de apenas **um problema** pelo paciente ("depressão" ou "problema de nervos"). O problema reconhecido corresponde parcialmente a um dos transtornos diagnosticados (Transtorno de Pânico) sendo apresentado com um outro termo psiquiátrico ("depressão"). Manifestações compatíveis com ataques de pânico são apresentadas como "crises com ataque de respiração". Transtornos mentais diagnosticados como abuso e dependência de substâncias não foram reconhecidos pelo paciente **("É problema de nervos, depressão... antigamente fazia essa, essa crise assim mas agora não, com o tratamento, não, tem as crises mas é a noite, já não mexe com a cabeça, não foi com ataque de respiração, entendeu?")**;

- **Caso 5: Diagnóstico de** um transtorno mental ↔ **Reconhecimento de** um problema **de saúde mental ("problema de nervoso"). Não há correlação exata entre as manifestações do problema reconhecido e os sintomas do transtorno mental diagnosticado. A principal manifestação reconhecida pelo paciente foi a "agonia" (explicada como uma sensação subjetiva de "sentir ruim")** ("É problema de nervo, o nome é isso, problema de nervo mesmo... Eu ficava deitado na cama, aí ficava suando, aquela agonia, aquela agonia, é a pior coisa... agonia é sentir ruim, eu ficava zonzo da cabeça, ficava lá assim mesmo... às vezes eu escutava uma voz nos ouvido da cabeça, ouvia gente falando assim comigo, gente querendo me pegar...");

- **Caso 6:** Diagnóstico de **três transtornos mentais (CID-10) ou dois transtornos mentais (DSM-IV)** ↔ Reconhecimento de **dois problemas** ("perturbação" e "reação") correlacionados apenas parcialmente com os transtornos diagnosticados. Um dos transtornos mentais diagnosticado nas classificações psiquiátricas (Dependência de Ansiolíticos) não foi considerado pela paciente na estruturação de seus problemas. A paciente apresentou ainda manifestações difusas não reconhecidas como sintomas **("Não sei, até já pensei assim, é perturbação, eu disse: será que eu vou terminar meus dias louca?... é espiritual se eu sentir reação, como aconteceu quando eu fui na igreja Universal e passei mal...")**;

- **Caso 7:** Diagnóstico de **um transtorno mental** ↔ Reconhecimento de **dois problemas** de saúde mental ("alcoolismo" e "hisdrofobia"). O conjunto das manifestações apresentadas nos dois problemas correspondem ao transtorno mental diagnosticado mas apenas a "hisdrofobia" foi considerada pelo paciente como uma doença **("Esse problema é viciado, né, alcoólatra, né... A pessoa com hisdrofobia fica vendo fantasma, se tá olhando prá lá assim tá vendo aranha, tá vendo morcego...")**;

- **Caso 8:** Diagnóstico de **dois transtornos mentais** ↔ Reconhecimento de **dois problemas** ("mente cansada" e "nervoso") que abrangem sintomas correspondentes a um dos transtornos mentais diagnosticados (Transtorno de Ansiedade Generalizada). O conceito de "nervoso" admite os seguintes registros: "nervoso" como sinônimo de "mente cansada", "nervoso" como um sintoma da "mente cansada" e "nervoso" como um outro problema reconhecido. O termo "agitamento" que corresponde a um conjunto difuso de sintomas ansiosos foi descrito como a principal manifestação da "mente cansada". O outro transtorno mental diagnosticado (Transtorno Depressivo) não foi reconhecido pela paciente **("... eu acho que é mente cansada, né, preocupação demais na mente, eu penso que é isso... agitamento é assim, nervoso assim... aí começa já me dá nervoso e dá aquela irritação, aquele nervoso, vontade de sair e andar, vontade de chorar, nervosa assim, vem uma zonzura na cabeça...")**;

- **Caso 9:** Diagnóstico de **três transtornos mentais** ↔ Reconhecimento de apenas **dois problemas** de saúde mental ("viciado" e "perturbação espiritual"). O primeiro problema corresponde diretamente a um dos transtornos diagnosticados (Abuso de Cocaína), o segundo problema apresenta apenas uma correlação parcial com um dos outros diagnósticos (Esquizofrenia Paranóide). O abuso de álcool não é reconhecido como um problema de saúde (**"É um desvio mental... os médico fala que é uma esquizofrenia, né... não era esquizofrenia, era uma perturbação espiritual, aí acabou fazendo isso penetrar na minha carne... eu era acostumado fumar três pedrinha de crack, eu já fui viciado no final do ano, sempre no final do ano eu fumo bastante, eu fico agitado..."**);
- **Caso 10:** Diagnóstico de **dois transtornos mentais** ↔ Reconhecimento de **três problemas** de saúde mental ("fobia social", "depressão" e "depressão do espírito"). Os dois primeiros problemas correspondem aos transtornos diagnosticados. O problema reconhecido como "depressão do espírito" foi associado a uma condição causal denominada "desequilíbrio da mediunidade" (**"... o psiquiatra falou que não era síndrome do pânico, que era fobia social... eu sinto quando é minha e quando deixa de ser minha, vem como uma saudade, me forma imagens, eu sinto quando é a depressão do espírito, eu sinto no corpo, é muito diferente..."**).

A discussão referente ao módulo Causas do Problema se estrutura a partir da constatação de que os pacientes estudados nesse trabalho apresentaram construções de modelos explicativos que admitiam a presença simultânea ou sucessiva de múltiplas causas para seus problemas de saúde mental.

Considerando-se a classificação de causas utilizada nessa pesquisa (causas psicossociais, causas mágico-religiosas e alterações físicas/doenças) verificou-se que todos os pacientes, à exceção do caso 5, apresentaram combinações de causas incluindo as três categorias utilizadas. Nessas combinações, devemos admitir a possibilidade de variação temporal das causas (causas sucessivas) ou a presença simultânea de múltiplas causas em momentos específicos da trajetória dos pacientes.

A verificação dessa multiplicidade de causas nos pacientes estudados foi entendida como uma das configurações possíveis desse aspecto dos modelos explanatórios. Dessa forma, devemos considerar que outros pacientes podem explicar seus problemas através de uma única causa ou de combinações mais simples de causas que as encontradas nessa pesquisa.

A perspectiva da possibilidade de múltiplas causas para os problemas reconhecidos pelos pacientes torna a avaliação dos modelos explanatórios mais complexa, por exemplo, na relação entre a forma de apresentação do problema e as causas explicativas apresentadas. Além disso, verificou-se nos pacientes estudados a possibilidade da presença de várias hipóteses causais dentro de cada uma das três categorias de causas utilizadas (por exemplo, no caso 4: sentimentos de medo, aspectos relacionados a imigração e dificuldades de relacionamento com a esposa dentro da categoria de causas psicossociais).

Outro aspecto a ser avaliado diz respeito a principal causa considerada pelos pacientes dentro de cada combinação: sete dos dez pacientes estudados (casos 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 10) consideraram algum tipo de fator psicossocial como a principal causa para o problema, dois pacientes (casos 2 e 9) consideraram uma causa mágico-religiosa e um paciente (caso 5) considerou uma alteração física em seu cérebro como principal causa.

A forma de combinação das categorias de causas explicativas nos casos estudados é apresentada a seguir:

- **casos 6, 7, 8 e 10:** combinação que incluía a presença das três categorias dentro do modelo atual com uma causa psicossocial sendo destacada como a principal;
- **casos 1, 3 e 4:** combinação de causas psicossociais e alterações físicas/doenças dentro do modelo explicativo atual com uma causa psicossocial sendo destacada como a principal. Nesse grupo, causas mágico-religiosas foram consideradas no passado sendo posteriormente descartadas pelos pacientes;
- **casos 2 e 9:** combinação que incluía a presença das três categorias dentro do modelo explicativo atual com uma causa mágico-religiosa sendo destacada como a principal;

- **caso 5:** combinação de causas psicossociais e alterações físicas/doenças dentro do modelo explicativo atual com uma alteração física sendo destacada como a principal. As causas mágico-religiosas não foram consideradas durante o processo de construção do modelo explicativo.

O quadro 7 apresenta um esquema dessas combinações de categorias de causas apresentadas pelos dez pacientes estudados. As categorias de causas destacadas em negrito compõem o modelo explicativo atual do paciente. As categorias de causa sublinhadas compõem a principal categoria considerada dentro de cada modelo explicativo.

Quadro 7: Combinação das categorias de causas explicativas apresentadas nos dez casos estudados

Casos / Causas explicativas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Causas psicossociais	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Causas mágico-religiosas	X	**X**	X	X	não	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Alterações físicas/doenças	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

Os casos 2, 5 e 9 nos remetem ao importante tópico relacionado a diferenciação entre sintomas psicóticos e componentes psíquicos normais dos indivíduos inseridos em cada cultura. Psiquiatras avaliando pacientes psicóticos devem levar em conta alguns aspectos culturais que incluem principalmente idéias e alterações senso-perceptivas associadas a experiências religiosas normais em determinados contextos.

Sem essa preocupação, aspectos relacionados a magia, espíritos ou demônios podem ser tomados equivocadamente como alterações patológicas que demandam tratamento. Algumas evidências indicam, nesse sentido, que os psiquiatras tendem a superdiagnosticar transtornos psicóticos em alguns grupos étnicos (DSM-IV, 1995).

No caso dos pacientes psicóticos estudados nesse trabalho (casos 2, 5 e 9), o conjunto de dados apreendidos na entrevista psiquiátrica parece justificar amplamente os diagnósticos de transtorno esquizoafetivo (caso 2) e esquizofrenia paranóide (casos 5 e 9).

No entanto, a partir da integração da história clínica com o processo de avaliação cultural, uma importante questão se impõe nessa análise: em que medida a construção do modelo explanatório é influenciado pelos sintomas psicóticos dos pacientes? Essa questão parece particularmente importante na discussão sobre as idéias dos pacientes relativas às causas do problema.

Um dos aspectos a ser considerado nessa discussão seria a intensidade dos sintomas no momento de aplicação da entrevista. Parece lógico supor que pacientes com alucinações auditivas intensas e francamente delirantes tenham pouca capacidade de crítica e julgamento reflexivo sobre seu próprio problema. Nessas situações, as causas explicativas e outros aspectos apresentados em seu modelo explanatório poderiam ser melhor considerados como elementos descritivos de sua psicopatologia.

Por outro lado, parece razoável admitir que pacientes psicóticos fora da fase aguda poderiam apresentar uma combinação em grau variado de fatores especificamente psicopatológicos e fatores culturais na construção de seu modelo explanatório. Nesse sentido, não haveria uma fronteiras clara demarcando a divisão entre cultura e psicopatologia. A questão aqui deixa de ser simplesmente se um fenômeno é cultural ou psicopatológico e passa a ser quanto de cultural ou psicopatológico existe em cada fenômeno e como esses aspectos se combinam.

Propõe-se em relação aos casos estudados nessa pesquisa que o caso 5 apresenta uma situação de interferência menor dos sintomas psicóticos na construção do modelo de causa explicativa do problema em relação aos outros dois pacientes psicóticos (caso 2 e 9).

No caso 2, por sua vez, parece haver um grau maior de compartilhamento de significados das crenças da paciente com pessoas de seu contexto cultural (amigas da igreja) em comparação com o caso 9.

O caso 9 parece indicar uma situação onde a atividade delirante do paciente influencia profundamente a construção de seu modelo de causa explicativa.

Em relação aos outros tópicos do modelo explanatório (Apresentação do Problema, Situações de Ajuda, Relacionamento Clínico) parece haver um comprometimento maior do paciente estudado no caso 5 quando comparado com os outros dois pacientes (caso 2 e 9) no período de aplicação da entrevista de formulação cultural.

Alguns outros aspectos relacionados ao processo de combinação específica de causas explicativas (Quadro 7) apresentadas pelos pacientes estudados são abordados a seguir:

- **caso 1:** consideração de uma causa mágico-religiosa no passado (**"Teve época que eu achava um pouco isso também [encosto], ficava muito abalado, via coisa, ia no macumbeiro."**). Valorização atual de causas psicossociais incluindo a principal causa considerada (**"É mais do tipo de vida."**) e de alterações físicas/doenças (**"Agora eu também acho que é doença, das grande."**). Causas mágico-religiosas e alterações físicas/doenças foram preferencialmente associadas a sintomas de abstinência alcoólica;

- **caso 2:** presença de sintomas psicóticos; descrição particularmente rica do processo de variação temporal de causas explicativas (**"No começo eu falei, não sei o que está acontendo comigo, eu queria saber realmente o que estava acontecendo comigo... daí eu fui mudando, primeiro de tudo eu achei que estava fraca, que eu precisava ir no clínico geral que talvez fosse isso... depois que eu fiz exame eu vi que não era nada disso... daí eu achei que alguém tinha feito algum feitiço prá mim... daí eu achei que não era feitiço, eu fiquei mais forte na igreja católica, comecei a achar que era alguma coisa mesmo, daí eu vim saber que era um espírito, coisa do demônio mesmo, vim tendo noção do que estava acontecendo comigo, que não melhorou nada no espiritismo, piorou, né, piorou mais..."**). Apesar do processo de variação temporal, a paciente manteve o reconhecimento de múltiplas causas incluindo a idéia de doença como explicação para uma "parte" do problema (**"Da doença é aquela outra parte."**) e a idéia principal de uma suposta influência nociva de demônios ou espíritos (**"Foi por causa de ter frequentado o espiritismo, se aproximar dos espíritos..."**). Esse caso

evidenciou ainda a possibilidade de transformação de uma situação de ajuda (centro espírita) procurada pela paciente visando resolver problemas familiares no passado em um fator de causa do problema. Nesse contexto, os problemas familiares foram considerados como fatores causais indiretos do problema de saúde mental da paciente **("O problema de família, que quando eu fui no espiritismo foi prá ela melhorar, que minha filha era muito nervosa e ele (marido) não falava comigo, não dava dinheiro, não tinha conversa da gente...")**;

- **caso 3:** apresentação de uma situação de indefinição inicial sobre as causas do problema **("Eu sempre achava que era um tipo de problema agora não pensava que problema, não sabia o que era.")**. Além desse aspecto, o discurso da paciente evidenciou algumas situações de influência de familiares e conhecidos na constituição do seu modelo de causa explicativa **("... ele [marido] falava que era infecção, que às vezes infecção sobe na cabeça; fui no médico tudo, ver se era... é, já falaram que era feitiço, espírito ruim, eu já acreditei que fosse isso...")**. Os dois problemas reconhecidos foram relacionados a diferentes combinações de causas: a "crise" foi entendida através da combinação de uma causa psicossocial com a idéia de doença **("Eu acho que causou, ajuntou medo, ajuntou muita responsabilidade na minhas costa, coisa que no tempo eu não soube lidar com isso, né... agora eu sei que é doença, fui vendo, não é normal, uma pessoa normal não é que nem eu...")**. Uma causa psicossocial foi considerada como a principal dentro desse modelo **("O modo como eles me criou, eu acho que isso foi o mais a ver.")**. A "tristeza" foi entendida como uma "coisa da vida" e associada a causas psicossociais (incluindo as internações psiquiátricas) **("Tristeza é coisa da vida, né, vem por algo que a gente conhece, algum problema, ou até mesmo por coisas desconhecidas, você tá triste, tá amargurado mas você não conhece a causa. Meu caso foi o problema, mais internação, né.")**;

- **caso 4:** além das causas explicativas, o paciente apresentou "fatores de piora" para o problema como, por exemplo, uma discussão com a esposa no passado (**"Tem outra coisa também que eu acho que influenciou... uma vez eu bati e depois eu me prometi nunca mais fazer isso, mas não bati assim, foi um tapa, sabe, e ela pegou minhas crianças e foi embora."**). Apresentação de situações onde o paciente ficou em dúvida sobre a consistência da incorporação de determinada causa no seu modelo explicativo (**"... Depois que eu comecei a pensar, não pode ser também o fato de ter deixado a cerveja, o cigarro e a droga da noite para o dia, será que é possível? Pode ter influenciado também, né."**). Assim como nos casos 1 e 3, as causas mágico-religosas tiveram uma importância apenas retrospectiva no seu modelo de causa. Dessa forma, o paciente chegou a acreditar nesse tipo de causa em determinado período de sua trajetória rejeitando-a posteriormente (**"... quando eu voltava prá casa um pouco tarde da noite, eu achava numa encruzilhada, a vela, aquela macumba, aquela coisa assim, aquela coisa, então eu passava por aí e chutava ela, eu não tava nem aí, sabe... então, não sei se isso de eu dar um chute tem alguma coisa a mais, eu não acredito nessas coisas... Não, não acredito nessas coisas, não acredito, completamente eu não acredito..."**). A combinação de causas psicossociais (incluindo a principal causa considerada) e alterações físicas/doenças constitui seu modelo explicativo atual (**"... eu acho que foi problema de medo que eu tive antigamente. Por exemplo, quando eu vi uma pessoa morta de overdose e como eu tinha, como teve uma época que eu mexi com droga também, então isso me fez tirar do passado aquela imagem, daquele morto... hoje eu penso se eu não tinha visto esse cara ali, acho que não tivesse acontecido nada... no começo eles achavam, né, por isso que eu fiz aquela, uma doença orgânica, por isso que eu fiz aquela bateria de exames..."**);

- **caso 5:** presença de sintomas psicóticos; apresentação de uma combinação de causas explicativas bastante particular incluindo várias hipóteses relacionadas a alterações físicas no cérebro. Dentre as alterações propostas, a idéia de que

um "banho quente" desencadeou o "problema de nervo" foi considerada como a principal (**"A água do banho, porque ela tava muito quente a água, o que ela fez esquentou, fiquei com a cabeça doente..."**). Esse paciente foi o único entre os casos estudados que não considerou causas mágico-religiosas dentro do seu modelo explicativo (**"Não, acho que é outros problema porque espírito mal não é..."**). Além das alterações físicas/doenças, causas psicossociais também foram apresentadas (**"O que causou o problema, que eu queria matar o cara lá que bateu ni mim, e minha mãe não deixou eu pegar arma prá atirar nele...por causa disso fui botando na cabeça, fui botando na cabeça, assim, fui assentando na cabeça problema porque não matei o cara, aí fiquei com esse problema de nervo..."**);

- **caso 6:** apresentação de uma combinação dos três tipos de causas dentro de seu modelo explicativo atual (**"Foi uma emoção, que eu tive uma emoção forte quando eu fui convidada pela primeira vez prá louvar o hino ao Senhor... depois disso, doutor, eu fiquei muito perturbada porque a gente se amava, a gente se gostava, foi o meu primeiro namorado, foi uma pessoa que eu amei muito e foi o único amor da minha vida... bom, pode ser até que seja a falta de fé mas eu tô procurando encontrar essa fá que me falta, aonde?, no Senhor Jesus..."**). Algumas das causas psicossociais foram consideradas como as principais. A paciente estabeleceu hipóteses bastante detalhadas envolvendo possíveis alterações físicas em seu cérebro (**"... como se fosse assim dado um choque, um curto-circuito ou um raiozinho... foi ali que os nervos desconjuntou e quebrou... os nervos subiram assim."**). Constatou-se ainda uma situação de rejeição de hipóteses causais apresentadas em seu contexto cultural (**"... agora muita gente diz, não, esse lado que você tem é coisa do diabo, só que eu falo, se é do diabo que ele vá pro inferno, o lugar dele é lá, não é perto de mim..."**);

- **caso 7:** reconhecimento de dois problemas de saúde mental associados a presença de duas combinações de causas explicativas. O alcoolismo foi entendido a partir de uma combinação das três categorias de causas utilizadas. Uma causa psicossocial foi selecionada como a principal no

momento (**"... a principal causa do camarada ir beber é aquele que gosta da bebida, certo, aquele que deixa tudo, deixa mulher, deixa filho, deixa tudo e vai beber... de tudo isso o que sobra é o vício mesmo."**). A "hisdrofobia" foi entendida como um problema decorrente de processos de alterações física/doença associados a interrupção da ingestão de álcool. Nesse sentido, o paciente apresenta a idéia de que um problema ("alcoolismo") pode desencadear uma doença ("hisdrofobia") a partir de determinado ponto da evolução dos sintomas (**"... aí quando pára de beber chama-se hisdrofobia, hisdrofobia é o cara que é hisdrófobo, é o cara que se ele num beber, aí ele fica delirando, aí dá o nome de hisdrofobia, o cara fica hisdrófobo... essa parte que fica sem beber que passa a ser doença mas enquanto cê tá bebendo cê não percebe que pode dar doença... É que eu fiquei doente, né, muito fraco, meu problema eu não comia, não dormia, eu ficava nervoso, então falei: sou obrigado a procurar a medicina."**);

- **caso 8:** a análise desse caso evidenciou de maneira particularmente ilustrativa a ampliação do reconhecimento de causas explicativas a partir do esquema de organização das questões da entrevista em questões abertas → questões estruturadas. Dessa forma, um modelo com um grande número de causas (o mais amplo entre os dez pacientes estudados) foi construído a partir da estruturação de questões específicas na entrevista. O modelo passou a incluir as três categorias de causas (nas questões abertas não haviam sido consideradas causas mágico-religiosas) que prevaleceram em conjunto no modelo atual. Uma das causas psicossociais foi destacada como a principal (**"O que causou mais acho que foi o sofrimento com a família, a gente ia aguentando quieto, não falava, só ia aguentando as coisa... o pior sofrimento foi com a sogra porque ela ficava criticando, né, criticando, criticando, aí eu ficava quieta, né, aí eu não fui aguentando, não fui aguentando comecei a responder..."**).

O quadro 8 esquematiza o processo de ampliação do reconhecimento de causas explicativas a partir da organização da entrevista de Formulação Cultural na forma de questões abertas → questões estruturadas. As causas consideradas em negrito foram apresentadas na questão aberta da entrevista. As demais causas foram referidas posteriormente a medida que as questões estruturadas eram realizadas. É importante assinalar que a principal causa considerada nesse modelo (dificuldades de relacionamento com a sogra) foi considerada apenas nas questões estruturadas. Processos semelhantes com um grau variável de ampliação do modelo de causas explicativas foram encontrados em todos os casos estudados.

Quadro 8: Esquema de ampliação do reconhecimento das causas explicativas para o problema a partir da organização da entrevista de Formulação Cultural na forma de questões abertas → questões estruturadas (caso 8)

Causas do problema	**Tipos específicos de causas**
Causas psicossociais	**Dificuldades financeiras** **Dificuldades de relacionamento conjugal** dificuldades de relacionamento com sua sogra "nervoso" e preocupação com a educação dos filhos falta de atividades de lazer migração para Rondônia e posteriormente mudança para zona rural
Causas mágico-religiosas	feitiço feito contra ela por suas cunhadas influência direta do demônio
Alterações físicas e doenças / Outras causas	**hereditariedade** alterações cerebrais doença associada a "dieta quebrada" traumatismos cranianos desenvolvimento mental prejudicado pela baixa escolaridade

- **caso 9:** presença de sintomas psicóticos; apresentação de uma situação de transformação de um "problema" (descrito como "perturbação espiritual") numa "doença" (**"Era perturbação espiritual aí virou doença de tanto insistir no mesmo assunto, insistir ali, insistir ali, insistir ali, batendo na mesma tecla, batendo na mesma tecla, acabou virando doença..."**). Apresentação de um arranjo onde a forma de articulação de algumas das situações de ajudas procuradas transformou-se posteriormente num fator de manutenção e piora do problema (**"... foi assim, doutor, eu fui num pai-de-santo, no começo, e esse pai-de-santo falou comigo, eu vou deixar com você doze guias, esses doze guias vão te ajudar, aí, de tanto por vela ali, aí realmente começou a minha verdadeira cabeça, a minha verdadeira pessoa tava voltando só que a minha mulher, ela falou, Marcos, vamô prá igreja, aí eu pensei bem e fui prá igreja, aí eu misturei os guia com a religião evangélica..."**). Apresentação de uma situação semelhante ao caso 2 onde causas psicossociais foram consideradas como fatores causais indiretos do problema de saúde mental. Essas causas (brigas familiares) foram relacionadas à sua "revolta" que, por sua vez, relacionou-se com o desencadeamento do problema (**"... revolta que é um outro problema que eu tinha quando eu era mais novo, eu era muito nervoso, muito revoltado por causa de brigaiada do meu pai e da minha mãe desde pequenininho..."**). Valorização de causas mágico-religiosas como as principais em seu modelo explicativo (**"O principal fato da macumba foi essa revolta, esse nervosismo porque a pessoa não podia me matar, queria me matar e não achava meio, queria me bater, queria fazer alguma coisa comigo de raiva, que faltava se morder a noite assim de ódio de mim, então pegou e fez a macumba prá mim..."**);
- **Caso 10:** dificuldade inicial de estruturação de um modelo de causa; construção posterior de causas explicativas associadas a idéia de doença a partir do modelo apresentado por uma familiar (**"De início eu não sabia, até então prá mim psiquiatria era coisa de louco, depois de muito tempo quando eu comecei o trabalho com psiquiatra eu vi que existem assim,**

doenças emocionais, é uma doença, né, tipo, eu passei a encarar assim de forma diferente, eu sei que eu tenho uma doença, eu acredito nisso... Eu comecei a pensar numa doença foi quando a minha irmã comentou comigo que ela teve a síndrome do pânico..."). Uma causa psicossocial (problemas familiares) associada a questões culturais foi destacada como o principal fator explicativo para o problema de Fobia Social **("... Essa parte da estrutura da família e cultural também, cultural é aquela coisa do filho mais velho ter tido muita coisa, né...")**. Construção de um modelo que incorporava causas mágico-religiosas a partir da procura de uma situação de ajuda específica (centro espírita) **("A depressão do espírito é, assim, é uma coisa muito diferente, né")**.

Esse último aspecto revela uma situação de influência recíproca entre a construção de modelos de causas explicativas para o problema e as situações de ajuda procuradas. Dessa forma, os pacientes podem procurar algumas situações de ajuda a partir de um determinado modelo de causa mas as situações de ajuda procuradas também podem repercutir em seu modelo explicativo inicial modificando-o num grau variado.

Esse processo é bastante nítido nos casos estudados e particularmente intenso nos casos de incorporação de conceitos médicos nos modelos explanatórios dos pacientes (casos 1, 7, 10). A maneira como ocorre essa influência parece ser mediada pelo momento de inserção do tratamento médico nas trajetórias de situações de ajuda (variável em cada caso) e pelas concepções apreendidas pelos pacientes nos encontros clínicos.

As influências entre as causas explicativas e as situações de ajuda ocorrem num contexto amplo e complexo de interações entre variáveis. Esse processo pode ser melhor compreendido através de um modelo que considere a interação dinâmica entre um conjunto de causas explicativas e um conjunto de situações de ajuda. A amplitude e variabilidade dos modelos de causa e das situações de ajuda procuradas definem uma composição delicada onde qualquer movimento pode repercutir em todas as variáveis do conjunto.

O quadro 9 esquematiza esse modelo de influência recíproca entre as causas do problema e as situações de ajuda procuradas pelos pacientes visando a melhora dos sintomas apresentados.

Quadro 9: Reciprocidade entre Causas do Problema e Situações de Ajuda

Causas do Problema ↔ Situações de Ajuda
(conjunto de causas explicativas ↔ conjunto de situações de ajuda)

Outra questão envolvendo as causas do problema diz respeito às interações existentes entre os modelos de causa explicativa construídos pelos pacientes e os modelos apresentados no seu grupo de apoio primário (amigos próximos e principalmente familiares).

A análise das causas explicativas apresentadas pelos familiares dos pacientes também revela uma situação onde muitas variáveis estão presentes, o que torna a tentativa de organizar as interações entre os diversos modelos de causa uma tarefa difícil e possível apenas numa dimensão aproximativa.

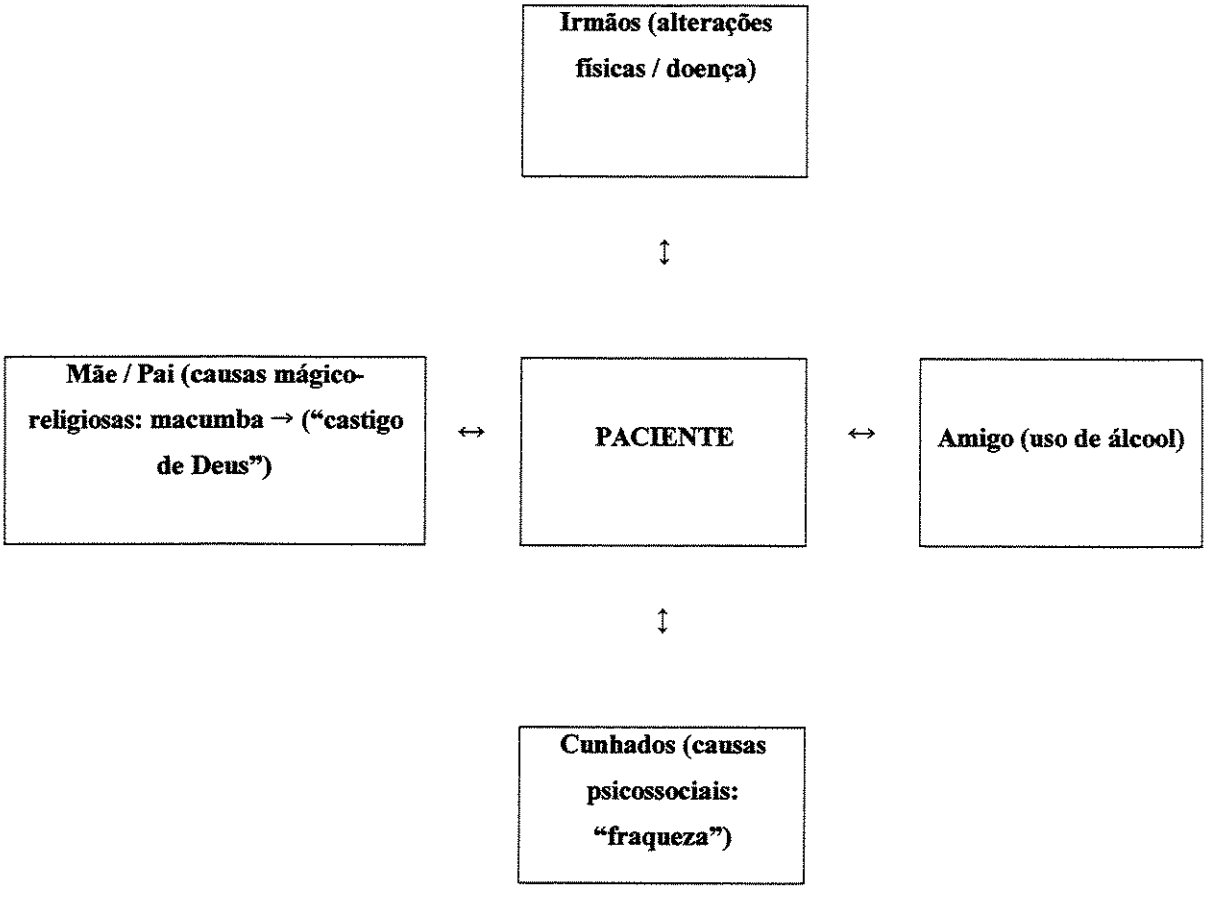
Inicialmente, devemos considerar que cada familiar dos pacientes pode desenvolver um modelo com múltiplos fatores de causa para o problema. Dessa forma, o padrão de causas do paciente interage com outros padrões de causas de variável concordância entre si e em relação ao modelo do paciente. Esse processo foi diretamente verificado no caso 5 onde uma das irmãs do paciente participou da entrevista e apresentou um modelo que englobava as três categorias causais utilizadas nesse trabalho (causas psicossociais, causas mágico-religiosas e alterações físicas/doenças).

Nos outros casos, as causas explicativas dos familiares são expressadas de maneira apenas indireta (é o paciente que relata a causa e não o próprio familiar) e aproximativa (de maneira geral, apenas uma causa do modelo de cada familiar é referida). Mesmo considerando essas limitações, algumas importantes questões podem ser destacadas sobre esses processos interativos:

- Os familiares dos pacientes podem se agrupar de várias maneiras em relação às causas explicativas para o problema apresentado. Dessa forma, muitas vezes a mãe, o pai, os irmãos e outros familiares combinam-se em variados arranjos ou subgrupos com modelos causais comuns que interagem com o modelo de causa do paciente. O caso 9 pode servir de exemplo desse processo: os pais acreditam em uma causa mágico-religiosa, os irmãos associam o problema à alterações físicas/doenças, os cunhados creditam o problema à causas psicossociais e um amigo adverte que o uso de álcool é o fator causal de seus sintomas.

O quadro 10 esquematiza a posição do paciente (caso 9) em relação aos diferentes modelos explicativos de causa apresentados por seus amigos e familiares.

Quadro 10: Interação entre o modelo de causa explicativa do paciente e os modelos atribuídos aos familiares e amigos (caso 9)



- os pacientes podem não conhecerem ou não desejarem apresentar os padrões de causa explicativa do seu grupo de apoio primário. O caso 7 exemplifica uma situação em que o paciente, num contexto de desqualificação das opiniões dos familiares, não apresenta informações relativas a esses padrões interativos. Por outro lado, alguns familiares podem, efetivamente, não apresentar suas opiniões sobre o problema ao longo da trajetória dos pacientes (exemplo: marido da paciente no caso 10);

- em alguns casos, é possível apreender alguns aspectos associados a variações temporais do modelo de causa explicativa dos familiares. O caso 9 ilustra modificações no modelo causal dos pais do paciente. O caso 10 ilustra modificações no modelo causal dos irmãos da paciente. A verificação dessas modificações se insere no contexto de interações entre os padrões de causas explicativas dos familiares e evidencia que apenas alguns fragmentos das variáveis envolvidas nesses processos puderam ser delimitados nessa pesquisa;

- na maior parte dos casos estudados, as três categorias de causas apresentadas estiveram presentes dentro das combinações dos padrões explicativos do grupo de apoio primário (casos 1, 2, 5, 6, 8, 9 e 10). Nos casos 3 e 4, os padrões explicativos dos familiares incluíram causas mágico-religiosas e alterações físicas/doenças. No caso 7, não foram apresentados padrões de causas explicativas;

- os pacientes são influenciados e estão em permanente interação com os modelos causais de cada familiar ou subgrupo familiar dentro de um determinado contexto. Esses modelos são muito dinâmicos, influenciam-se entre si e também interagem continuamente numa dimensão mais ampla (conhecidos mais distantes, instituições religiosas, sistema de saúde, outras instâncias produtoras de sentido). Apesar dessas influências sobre os pacientes, não há uma simples e direta incorporação de elementos constitutivos dos modelos familiares em seus próprios modelos. Nesse sentido, podemos verificar que muitas vezes as principais causas explicativas

apresentadas pelos pacientes não são concordantes com as causas predominantes nos modelos explicativos dos familiares (os casos 3 e 4 são particularmente ilustrativos dessa situação);

- o contexto de padrões de causas explicativas múltiplas e variáveis dentro de um grupo pode estar associado a um grau variável de conflitos entre os modelos dos familiares entre si e o modelo explicativo dos pacientes. Essa questão é particularmente importante pois determina situações de convergência em relação a procura de determinadas situações terapêuticas (incluindo a ajuda médica) e situações de divergência associadas a modelos contraditórios entre os familiares e os pacientes. A abordagem dos padrões de causas explicativas dos familiares pode proporcionar ao clínico melhores condições para a compreensão de processos relacionados a procura e engajamento dos pacientes em diferentes situações terapêuticas. Nesse sentido, a continuação ou o abandono de um tratamento psiquiátrico pode depender de processos subjacentes a essas interações. Além disso, conflitos associados a esses padrões podem repercutir diretamente nas condições psíquicas dos pacientes, principalmente em situações onde modelos de causas diferentes levam os familiares e os amigos a apresentarem orientações terapêuticas contraditórias para o paciente. O caso 2 exemplifica esse processo com particular nitidez (**"Eu fico pressionada, eu querendo ir na igreja e eles me cercando prá mim não ir, dizendo que vai fazer mal prá mim e as amiga da igreja do outro lado falando prá mim ir, que é por isso que eu tô assim."**).

Segue-se abaixo alguns trechos ilustrativos da forma como fragmentos dos modelos causais de familiares e amigos dos pacientes foram apresentados nas Entrevistas de Formulação Cultural:

- **"A opinião deles são diversa..."** (caso 1);
- **"Minha mãe acha que é coisa que já vem de época antes mesmo d'eu nascer. Que quando minha mãe tava oito meses grávida de mim, meu pai tentou matar ela, agrediu ela. Ele falava que era infecção, que às vezes**

infecção sobe na cabeça... ele [pai] nunca deu uma opinião assim, prá mim saber, nem meu irmão... já achei muitas pessoas prá falar que é feitiço, minhas irmã mesmo fala que é isso." (caso 3);

- **"Minha mãe acha que isso aí é espiritual... eu faço essas coisas quando eu vou prá lá, aqui não... Minha irmã acha que o meu problema é por causa disso, espírito ruim que entrou ni mim... ela fala que é problema de nervo também... Meu pai morreu, meus irmão não cuida mais de mim, eles trabalham, quem cuida é esse irmãozinho meu que eu tô na casa dele e minha irmã só."** (caso 5);

- **"... ele [irmão] é o único que me falava, Helena, larga disso, ele não achava, falava, imagina, vai prá igreja, pára com essas coisas, isso é coisa que papai, que mamãe bota na sua cabeça... essa minha prima, ela fala cuida da sua saúde, cuida porque isso aí é coisa de psiquiatra mesmo, não é que você vai ficar louca mas cuida..."** (caso 6);

- **"... as minhas filha já me falou de depressão, que depressão não é de Deus, que depressão é do inimigo... Lá em Rondônia eles falam, o povo lá fala que a minha mãe perdeu a mente então pode ser, o médico mesmo lá também fala... pode ser, né, por causa de esquecimento, eles falam de mente cansada, né, que eu sofri muito prá criar meus filho... A minha sogra falava assim que eu não tinha doença não, que eu tinha vontade de roupa nova e calçado novo, ela falava que hoje em dia, que as mulher de hoje em dia não valia nada, que isso não era doença não, era frescura... teve uma época que eu acho que meu marido acreditava, primeiro eu acho que ele acreditava, né, porque ele era bruto... O noivo da minha filha acha que é fraqueza no cérebro, acha que é do meu marido judiar..."** (caso 8);

- **"... ela [mãe] acreditava na macumba agora não acredita mais..."** (caso 9);

- **"... minha irmã achou que era uma doença, foi através dela que eu parti prá psicólogo, prá isso e prá aquilo, né... o Carlos [marido] nunca falou nada, a gente conversa muito pouco, né, ele nunca falou nada... eles**

[familiares do marido] achavam que eu tinha a cabeça ruim, cabeça ruim é assim, sabe assim pessoa burra, preguiçosa... a minha mãe achava que era mediunidade, que eu era quieta, ficava sozinha...” (caso 10).

A discussão referente às situações de ajuda procuradas pelos pacientes visando resolver seus problemas de saúde foi organizada levando-se em conta:

- os modelos de categorias terapêuticas propostos por Kleinman (1978) e Duarte (1986);

- a noção de “trajetória de situações de ajuda” e;

- a verificação de uma marcada pluralidade e dinamismo das situações de ajuda procuradas no contexto onde se desenvolveu esse trabalho.

O modelo proposto por Kleinman (1978) divide os recursos terapêuticos em: sistema “profissional” (medicina institucionalizada), sistema “folk” (curadores, benzedores) e sistema “popular” (amigos, vizinhos, familiares). O modelo utilizado por Duarte (1986) divide os recursos terapêuticos em três categorias: “tradicional-popular”, “religioso” e “médico-psiquiátrico”. O modelo de Duarte (1986) incorpora uma categoria de situações de ajuda envolvendo práticas associadas às instituições religiosas e reúne numa única categoria os sistemas “folk” e “popular” do modelo de Kleinman (1978).

A noção de trajetória de situações de ajuda é utilizada nessa pesquisa para descrever o processo longitudinal de incorporações e abandonos sucessivos de recursos terapêuticos procurados pelos pacientes a partir do reconhecimento de um determinado problema de saúde.

Uma das variáveis a ser analisada nesse processo diz respeito a primeira situação de ajuda procurada pelos pacientes nas trajetórias de situações de ajuda. A partir do reconhecimento de manifestações que podem constituir um problema de saúde, o paciente (muitas vezes numa situação inicial de dúvidas e perplexidade), começa a estruturar estratégias visando obter ajuda para a resolução de seu sofrimento. Nesse período, o paciente estabelece os princípios gerais de seu modelo explanatório que passa progressivamente a ser construído através de complexas influências entre sua subjetividade e o contexto cultural onde está inserido.

Nos casos apresentados nesse trabalho, sete dos dez pacientes (casos 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 9) referiram a procura inicial de familiares visando serem acolhidos e receberem algum tipo de ajuda para as manifestações reconhecidas como um problema de saúde. Dentre esses casos:

- um paciente referiu simplesmente ajuda de amigos **("Ajuda de amigo, que tava lá mesmo.")** (caso 1);
- dois pacientes (casos 2 e 6) foram levados pelos familiares para um centro espírita kardecista **("Procurei, a minha família no começo me ajudou de tirar eu da minha casa que eu estava ruim, levar prá casa da minha mãe então me levar na casa Mei-Mei [centro espírita] que minha irmã ia indo.")** (caso 2);
- dois pacientes (casos 5 e 9) foram levados pelos familiares para benzedores **("... eu falei prá minha mãe que tavam colocando coisa na minha cabeça... em primeiro lugar foi a dona Célia.")** (caso 9) e;
- dois pacientes (casos 3 e 4) foram levados para atendimento no sistema médico de saúde **("... meus pais me levaram no hospital logo de internação.")** (caso 3).

Dos três pacientes restantes, um deles (caso 7) utilizou a expressão "ajuda própria" para referir-se a uma situação onde procurou diminuir por conta própria o consumo abusivo de álcool **("O que eu procurei em primeiro lugar? O que eu procurei primeiro foi ajuda própria.")**. Outra paciente (caso 8) referiu a procura de farmacêuticos como primeira situação de ajuda **("O que eu procurei em primeiro lugar é farmácia, né, porque eu comprava maracujina, eu era muito nervosa, né...")**. A última paciente (caso 10) relatou o uso de "floral" como primeiro recurso terapêutico utilizado na tentativa de resolução do problema **("... o primeiro foi o floral.")**.

Uma segunda variável associada a essa discussão refere-se à amplitude do conjunto de situações de ajuda procuradas e à divisão desse conjunto em categorias terapêuticas (Duarte, 1986). Nesse contexto, é importante assinalarmos inicialmente que:

- a avaliação de situações de ajuda na entrevista de Formulação Cultural obedeceu a sequência questões abertas → questões estruturadas conforme detalhado no capítulo referente aos métodos do trabalho;

- as questões estruturadas foram apresentadas a partir de um cartão que incluía 20 situações de ajuda potencialmente disponíveis para os pacientes e distribuídas entre as três categorias apresentadas (tradicional-popular, religiosa e médico-psiquiátrica);

- a avaliação foi realizada a partir da posição de uma das situações de ajuda presentes no cartão apresentado (psiquiatria). Dessa forma, as considerações advindas dessas análises devem ser compreendidas no âmbito referencial dessa posição específica. Essa opção metodológica constitui uma das limitações dessa pesquisa por restringir a possibilidade de generalização de resultados para além de situações clínicas no campo da saúde mental.

Verificou-se nesse trabalho que os pacientes procuraram uma gama bastante extensa de situações de ajuda ao longo de suas trajetórias. Considerando os recursos terapêuticos apresentados no cartão da entrevista como uma referência ilustrativa dessa amplitude, o número de situações de ajuda procuradas variou de 10 (caso 7) a 16 situações (casos 9 e 10).

Além do aspecto quantitativo dos recursos procurados, verificou-se em todos os casos a procura de uma grande diversidade de situações de ajuda envolvendo as três categorias de recursos terapêuticos (Duarte, 1986). Nesse sentido, os pacientes parecem não fazer oposições entre essas categorias procurando, ao contrário, usufruir dos possíveis benefícios de cada uma delas de maneira complementar.

É importante considerar nessa questão que, de maneira semelhante ao ocorrido no módulo Causas do Problema, a estruturação das questões relativas às situações de ajuda no esquema questões abertas → questões estruturadas foi fundamental para a apreensão da multiplicidade e diversidade das situações consideradas. Dessa forma, a referência às situações de ajuda na questão aberta (O que você fez para tentar resolver seu problema?) variou entre apenas uma ou duas situações de ajuda apresentadas:

- seis pacientes (casos 2, 5, 7, 8, 9 e 10) referiram a procura de apenas uma situação de ajuda na questão aberta:

  → casos 2 e 5: familiares;

  → casos 7 e 8: ajuda médica;

  → caso 9: mãe-de-santo;

  → caso 10: amiga;

- três pacientes (1, 3 e 4) referiram a procura da combinação entre ajuda familiar (no caso 4, ajuda de amigos) e ajuda médica;

- uma paciente (caso 6) referiu a procura da combinação entre ajuda médica e um centro espírita.

A ampliação da possibilidade de se apreender o conjunto de recursos terapêuticos procurados a partir da estruturação de questões fechadas torna-se ainda mais relevante se considerarmos que na maioria dos casos estudados (casos 1, 2 e 10; de forma completa e casos 3, 5, 6, 8 e 9; de forma parcial); a principal situação de ajuda considerada no período da aplicação da entrevista foi referida somente através do questionamento direto sobre cada situação de ajuda. Apenas em dois casos (4 e 7) houve correspondência entre as situações de ajuda apresentadas na questão aberta e a principal situação de ajuda considerada no momento.

Outro aspecto interessante nessa análise é a verificação da possibilidade de articulações entre determinadas situações de ajuda. A expressão "articulação de situações de ajuda" é utilizada nessa pesquisa para referir-se a situações onde o paciente procura um determinado recurso terapêutico que por sua vez o encaminha para outro recurso. Esse encaminhamento pode ocorrer simplesmente como uma orientação mais ou menos incisiva ou através do acompanhamento direto do paciente na busca de uma situação de ajuda julgada importante naquele determinado momento.

Apesar da possibilidade de inúmeras formas de articulação e contatos ao longo da trajetória de cada paciente, foi possível estabelecer alguns circuitos básicos de interação relacionados a esse processo.

O processo de articulação de situações de ajuda foi encontrado em todos os casos estudados sendo verificado o predomínio de familiares (casos 1, 3, 4, 5, 6, 9 e 10) e de amigos (principalmente da igreja) (casos 2, 3, 5, 7 e 9) como agentes das articulações.

Outros agentes envolvidos em processos de "articulação de situações de ajuda" foram: pastor da Igreja Assembléia de Deus (caso 3), clínico geral (caso 4), patroa (caso 6), cooperador da Igreja Congregação Cristã do Brasil (caso 8), benzedor (caso 9) e psiquiatra (caso 9).

Trechos correspondentes a algumas das principais articulações de situações de ajuda verificadas nos casos estudados são apresentados a seguir:

- irmão → clínica evangélica de recuperação de alcoólatras: **"... da clínica eu não sei dizer muito que eu fiquei dois dias só lá, meus irmão que levou só que eu não gostei de ficar lá, era tratamento de louvor e trabalho."** (caso 1);

- vizinha (amiga) → igreja evangélica: **"Fui, uma vizinha, ela falou prá mim se eu fosse no pastor, se eu virasse crente, eu ia melhorar."** (caso 2);

- pastor evangélico → psiquiatra: **"Outro [pastor] sempre me orientava ir na igreja sim, confiar em Deus mas também procurar o tratamento porque Deus deixou a inteligência pro homem me curar..."** (caso 3);

- irmão → psiquiatra / tio → benzedor / clínico geral → psiquiatra: **"... com meu irmão, eu conversei bastante com ele, tão assim que ele me agendou para um psiquiatra particular que eu falei, ele me agendou, ele pagava consultas e tal.... meu tio é benzedor, lá no Peru, e outro tio me falou prá mim, já que você tem isso, fala pro seu tio fazer isso aí e ele fez um dia em mim... o médico geral me fez aquela bateria de exames, me falou que era psicológico, me mandou no psiquiatra..."** (caso 4);

- mãe → remédios caseiros: **"Já sim, já tomei... assim o chá, acredito que eu esqueci o nome; era um chá tão gostosinho, quem me dava é minha mãe..."** (caso 5);

- mãe → benzedor / patroa → homeopatia: **"... quando eu saí do hospital mamãe levou prá um benzedor lá, foi quando ele falou que o problema tinha sido aquela emoção forte no culto que os médico não sabia... fui numa clínica que tem de homeopatia que minha patroa ia..."** (caso 6);

- amigo → alcoólatras anônimos: **"Já fui e já saí... fui com um amigo... eu acho que é bom, é por sugestão, imagina, tem duas ou três pessoas ali, um pensa uma coisa, outra pensa outra, resumindo, um ajuda o outro e chega numa coisa só..."** (caso 7);

- amiga → igreja evangélica e tratamento médico / cooperador → tratamento médico: **"Conversava com as amiga minha, elas falavam assim prá mim, ora a Deus, ora a Deus, faz oração na igreja, procura um médico, não pode ficar assim, não pode ficar assim, tem que ir no médico, tem que cuidar, fazer consulta e pede oração também... eu falei prá ele [cooperador] o que eu sentia, né, ele falou assim: ó, irmã Sílvia, é bom a irmã ir se tratar, é bom ir se tratar porque esse negócio na cabeça da irmã aí, ó, pode ser verme na cabeça"** (caso 8);

- amigo → benzedor / benzedor → centro espírita / amigo, sobrinho → Testemunhas de Jeová / mãe e amiga → igreja Universal do Reino de Deus / psiquiatra → centro espírita: **"... na dona Célia foi um amigo de trabalho meu, eu tava trabalhando, ele falou, ô Mauro, eu falei, eu tô com um problema aí rapaz, não sei o que tá acontecendo comigo, sabe, eu tava encucando, sabe, aí ele falou, vai na dona Célia, deu o endereço prá mim, ela protege lá em casa, ela é uma ótima benzedeira, ela é uma ótima pessoa, aí eu peguei e fui... eu fui num tal de seu Ricardo, seu Ricardo falou assim, isso daí é um encosto e esse encosto mandaram prá você prá virar o seu sentido, vai nesse lugar aqui, aí eu fui na São Benedito... eu tô tendo estudo bíblico todo Domingo, um sobrinho meu e um amigo dele vão em casa, eles são da Testemunha de Jeová, eles querem que eu adquira o conhecimento da bíblia... na Universal eu já fui uma vez, fui eu, minha mãe e dona Nana... dona Nana é ... amiga da**

minha mãe... ela chamou minha mãe e minha mãe chamou eu... ele [psiquiatra] falou, toma esse remédio aqui e frequenta um centro espírita, ele era espírita e psiquiatra, por isso ele me falou prá mim frequentar o centro espírita, por isso que eu fui..." (caso 9);

- amiga → florais / irmã → psiquiatra: "**... eu fui nos florais por indicação de uma amiga minha... eu procurei através de uma pessoa da família, eu procurei um especialista no assunto... através de minha irmã eu fui no psiquiatra.**" (caso 10).

Um aspecto que também merece registro acerca das articulações de situações de ajuda foi a verificação de que os dois casos com maior número de articulações (casos 5 e 9) correspondem aos pacientes da amostra com diagnóstico de esquizofrenia paranóide (CID-10: F20.0; DSM-IV: 295.30). Essa verificação pode estar associada a situações de relativa perda de autonomia frequentemente encontradas em pacientes psicóticos.

Outra variável importante na compreensão das trajetórias de situações de ajuda envolve a consideração de quais recursos terapêuticos foram considerados como mais importantes pelos pacientes no período de aplicação da entrevista de Formulação Cultural. Em relação a esse aspecto, seis pacientes (casos 3, 5, 6, 8, 9 e 10) consideraram a conjunção de recursos do tipo religioso com recursos médico-psiquiátricos como as principais situações de ajuda.

- "**... igreja ajuda bem, acho que os dois é importante, porque se não tiver a parte de espírito também não adianta...**" (caso 3);
- "**Os médico mesmo... a oração também é bom, né.**" (caso 5);
- "**Primeiro lugar vem a oração, depois os medicamento que eu tomo... o que me ajuda mais é ouvir hinos, ir nos cultos...**" (caso 6);
- "**Ajuda que a gente quer todo mundo tem, não só eu mas todo mundo tem, é Deus, né, segundo os médico, Deus dá entendimento pros médico mas tudo é Deus, segundo é os médico.**" (caso 8);
- "**O tratamento e o espiritismo, eu voltei lá mas eu quero entrar prá linha esquerda, não quero ficar na linha direita, não...**" (caso 9);

- **"O que tem me ajudado é a psiquiatria, a psicóloga, tá e eu voltei a trabalhar no kardecismo."** (caso 10).

Outros três pacientes (casos 1, 2 e 7) consideraram exclusivamente recursos do tipo religioso como as principais situações de ajuda.

- **"Mais importante agora é ir na igreja, ficar com a vida certa, longe do álcool."** (caso 1);

- **"Mais importante é eu ir no grupo de oração de quarta-feira, sem ele eu tava ruim, porque esse daí é o mais forte prá mim..."** (caso 2);

- **"... tô tendo força de vontade, ajuda própria , né, agora a respeito da bíblia é o seguinte, cê pode beber, não resta dúvida, agora você tem que beber aquela cota que não afeta a saúde nem seus amigo nem sua família e nem seu apoio moral..."** (caso 7).

Apenas um paciente (caso 4) considerou exclusivamente recursos médico-psiquiátricos como principais situações de ajuda naquele momento.

- **"... eu acredito no remédio porque ele me faz passar as crises..."** (caso 4).

A irmã do paciente do estudo de caso 5 também priorizou a conjunção de recursos religiosos com recursos médico-psiquiátricos:

- **"... o que mais ajuda eu acho que é a oração e os remédio mesmo, a medicina..."** (caso 5, irmã do paciente).

A análise dessa variável permite concluir que os pacientes estudados:

- valorizaram muito situações de ajuda religiosa (todos os pacientes, à exceção do caso 4, destacaram esse tipo de ajuda);

- valorizaram situações de ajuda médico-psiquiátricas em associação com situações religiosas;

- desvalorizaram e frequentemente abandonaram situações de ajuda do tipo tradicional-popular.

Em relação a esse último aspecto, é importante considerar que as situações de ajuda do tipo tradicional-popular que se enquadraram nessa dinâmica (procura → abandono) foram o uso de remédios caseiros, a procura de benzedores ou atividades adivinhatórias (cartomantes, búzios, etc.) e a realização de simpatias. A ajuda familiar e de amigos tendeu a continuar constante ao longo das trajetórias. Essa divisão entre padrões longitudinais de ajuda estaria de acordo com a classificação de Kleinman (1978) diferenciando um "sistema folk" de um "sistema popular".

Ainda em relação a esse aspecto, verificou-se que todos os pacientes estudados procuraram e posteriormente abandonaram pelo menos uma das seguintes situações de ajuda: remédios caseiros (oito pacientes), benzedores (seis pacientes), simpatias (quatro pacientes) e atividades adivinhatórias (dois pacientes). Efetivamente, apenas três pacientes consideraram o uso atual dessas situações (benzedores e remédios caseiros: caso 5; remédios caseiros: caso 8 e benzedores: caso 9).

A forma de combinação das situações de ajuda do tipo tradicional-popular utilizadas e posteriormente abandonadas pelos pacientes foi:

- cinco pacientes (casos 3, 4, 5, 6 e 10) referiram ter utilizado remédios caseiros e procurado benzedores;
- dois pacientes (casos 2 e 9) referiram a procura de remédios caseiros, simpatias e atividades adivinhatórias;
- um paciente (caso 1) referiu a realização de simpatias e a procura de benzedores;
- um paciente (caso 7) relatou apenas a realização de uma simpatia;
- uma paciente (caso 8) relatou apenas a procura de remédios caseiros.

Devido ao contexto dessa pesquisa, a psiquiatria fazia parte do conjunto de situações de ajuda procuradas por todos os pacientes. Apesar desse fato, a ajuda médico-psiquiátrica foi destacada isoladamente por apenas um paciente (caso 4) sendo que outros seis pacientes (casos 3, 5, 6, 8, 9 e 10) consideraram esse tipo de ajuda em conjunto com recursos religiosos como os principais naquele momento. Dessa forma, a combinação de recursos religiosos e médicos foi predominante nas trajetórias de ajuda dos casos estudados.

Uma outra questão associada a dinâmica das trajetórias refere-se ao momento específico de inserção da ajuda psiquiátrica ao longo desse processo. Nos pacientes estudados nessa pesquisa, verificou-se que a ajuda psiquiátrica inseriu-se basicamente em três períodos principais:

- logo no início do problema em situações de sintomas psicóticos graves e internações psiquiátricas (casos 2, 3 e 5);
- após alguns meses do início do problema (casos 4 e 9). No caso 4, o paciente já havia tido um contato inicial com uma situação de ajuda médica (clínico geral);
- após vários anos do início do problema (casos 1, 6, 7, 8 e 10).

A avaliação do momento de inserção da ajuda psiquiátrica é considerada importante pois muitas vezes toda uma trajetória de situações de ajuda não-psiquiátrica já foi construída antes da primeira entrevista em saúde mental.

A inserção da ajuda psiquiátrica costuma promover profundas alterações no modelo explanatório do paciente. Essas modificações podem incluir novas concepções de causas explicativas, utilização de termos apreendidos nos encontros clínicos e composição de um novo conjunto de situações de ajuda procuradas. Advoga-se nessa pesquisa que esse processo deveria ser reconhecido e acompanhado pelos psiquiatras através da utilização de entrevistas culturalmente sensíveis.

A dinâmica das trajetórias de situação de ajuda apresentadas acima parece estar diretamente associada a escolha metodológica do contexto da entrevista (pacientes que estão procurando ajuda psiquiátrica num Centro Primário de Saúde). Dessa forma, é muito importante considerar que entrevistas realizadas em outros contextos podem revelar tendências de trajetórias bastante diferentes das verificadas nesse trabalho (por exemplo: situações de não-procura ou abandono de recursos terapêuticos médico-psiquiátricos e utilização isolada ou em conjunto de recursos tradicionais-populares e religiosos).

Outra consideração necessária refere-se a possibilidade dos pacientes não terem relatado a procura atual de recursos tradicionais-populares na entrevista. O relato detalhado de como eles utilizaram essas situações de ajuda no passado, a apresentação de avaliações

sobre a eficácia desses recursos e o relato predominante da utilização atual de situações de ajuda religiosa podem ser considerados como aspectos contrários a essa hipótese.

O quadro 11 apresenta a maneira como as situações de ajuda foram organizadas esquematicamente numa perspectiva de "trajetória" nas Formulações Culturais dos casos (capítulo IV).

A situação "A" representa a primeira situação de ajuda considerada pelos pacientes estudados.

A situação "B" representa uma segunda situação de ajuda procurada no decorrer da trajetória dos pacientes. As situações "A" e / ou "B" podem permanecer como parte do conjunto de situações de ajuda utilizadas pelo paciente por um período de tempo variável. Nesse sentido, elas podem continuar inseridas no conjunto atual de situações de ajuda do paciente ou serem abandonadas em algum momento da trajetória. Para maior clareza dos quadros esquemáticos e pela dificuldade dos pacientes em precisar corretamente períodos de abandono, a saída de um determinado recurso da trajetória dos pacientes não foi representada nos esquemas de situações de ajuda.

Em relação a essa questão, também é importante ressaltar que a idéia de substituições sucessivas de uma situação de ajuda por outra é muito simples para o entendimento dessas trajetórias. Esse processo parece ser melhor compreendido como uma sucessão de "conjuntos de situações de ajuda" que admitem abandonos ou incorporações de outras situações ao longo do tempo.

As situações "C" e "D" representam o processo de articulação de situações de ajuda onde um determinado recurso terapêutico é procurado a partir de um recurso terapêutico anterior.

A situação "E" representa a principal situação de ajuda considerada pelo paciente no período em que se aplicou a entrevista de Formulação Cultural.

Quadro 11: Diagrama esquemático das trajetórias de situações de ajuda

A (primeira situação de ajuda considerada)

B ↔ (abandono ou manutenção ao longo da trajetória)

C → **D** (articulação de situações de ajuda)

E (principal situação de ajuda considerada)

Outro aspecto a ser considerado nessa discussão refere-se a dinâmica temporal dos conjuntos de situações de ajuda procuradas ao longo das trajetórias dos pacientes.

Uma contribuição importante nesse sentido é o conceito de *"estratégias múltiplas"* (Duarte, 1986) empregado para definir a utilização simultânea ou sucessiva de vários recursos terapêuticos por parte de pacientes com problemas de saúde. Esse tipo de situação, como descrito anteriormente, foi verificada em todos os dez casos estudados.

A partir desse conceito e da análise das trajetórias de situações de ajuda estudadas, propõe-se nessa pesquisa um modelo onde o processo de *"estratégias múltiplas"* possa ser inserido numa dimensão temporal. O modelo proposto se organiza esquematicamente em duas posicões básicas.

A posição 1 representaria o período inicial do problema de saúde onde os modelos explanatórios dos pacientes começam a ser progressivamente estruturados e uma gama de situações de ajuda passa a ser experimentada (*"estratégias múltiplas"*). Esse processo é entendido como tendo duração variável sendo frequentemente extenso (meses ou anos). Nesse período, combinações de recursos terapêuticos com variáveis graus de proximidade e antagonismo seriam particularmente testados. Essa dinâmica pode ser ilustrada através de um fragmento da narrativa apresentada no caso 9 (**"... foi tudo no começo, eu procurei várias coisas, eu procurei várias opções, vários lugares..."**).

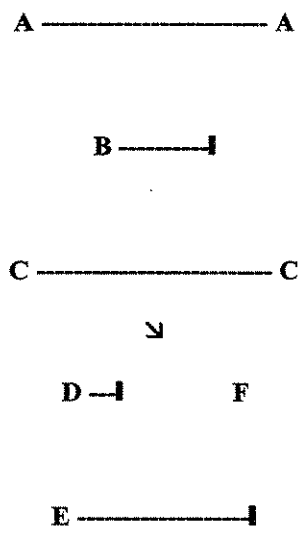
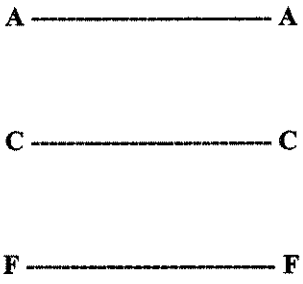
Nos casos estudados nessa pesquisa, as situações de ajuda do tipo tradicional-popular concentraram-se basicamente nesse período inicial da trajetória dos pacientes. Além desse aspecto, a grande amplitude dos conjuntos de situações de ajuda e um grande número de situações de conversão religiosa (aspecto denominado por Duarte (1986) como *"intensa conversão"*) também foram evidenciados nessa fase do problema.

A posição 2 desse modelo envolveria "períodos de estabilização" associados a melhora ou diminuição das manifestações do problema. Nessa posição, um conjunto de situações de ajuda (frequentemente menor em relação ao conjunto da posição 1) seria organizado mantendo-se num relativo equilíbrio (dinâmico e de duração variável) com os outros aspectos dos modelos explanatórios dos pacientes. Nesse período, determinadas situações de ajuda seriam mantidas temporariamente sendo que algumas delas poderiam ser destacadas como pilares fundamentais das estratégias construídas pelos pacientes. Nos casos estudados nessa pesquisa, esse período foi frequentemente preenchido pela combinação de recursos terapêuticos religiosos e médico-psiquiátricos.

A partir da análise das trajetórias de situações de ajuda é possível pensar que a posição 1 pode ser acionada novamente em períodos de piora ou mudança das manifestações reconhecidas como problemas de saúde pelo paciente. Nesses períodos, novos recursos terapêuticos podem ser incorporados à trajetória ou recursos anteriormente abandonados podem ser re-incorporados num outro contexto de combinação de situações de ajuda.

O quadro 12 esquematiza essa proposta de duas posições básicas ao longo das trajetórias de situações de ajuda e as características mais relevantes desse processo. As situações de ajuda "B", "D" e "E" representam situações abandonadas pelo paciente no decorrer do processo denominado "estratégias múltiplas". A situação "F" foi incorporada à trajetória nesse período. As situações "A", "C" e "F" mantiveram-se como as situações de ajuda procuradas após o período inicial do problema.

Quadro 12: Modelo de variação temporal dos conjuntos de situações de ajuda ao longo das trajetórias dos pacientes estudados

"Estratégias Múltiplas" (1)	↔	"Períodos de Estabilização" (2)
		
- combinação de uma gama de situações de ajuda com variável grau de proximidade ou antagonismo; - procura de benzedores e outros recursos do tipo tradicional-popular; - conversões religiosas frequentes; - acionamento no início do problema e em períodos de piora ou mudança das manifestações reconhecidas como problemas de saúde.		- manutenção durante determinado período de uma combinação de situações de ajuda frequentemente menos ampla e variável que na posição 1; - valorização de algumas situações de ajuda como as principais situações dentro do conjunto; - utilização frequente da combinação de conjuntos de situações de ajuda religiosas e médico-psiquiátricas.

A discussão referente ao módulo da entrevista de Formulação Cultural denominado Relacionamento Clínico se organiza a partir da análise em conjunto das narrativas apresentadas pelos pacientes sobre esse eixo temático.

De maneira geral, podemos afirmar que todos os pacientes estudados nessa pesquisa relataram diversas dificuldades associadas à situação de encontro clínico com médicos e especificamente com psiquiatras. Essas dificuldades foram estruturadas em três aspectos principais:

➔ aspectos referentes ao próprio paciente:

- preocupação em não conseguir expressar seu problema de saúde para o médico (caso 2);
- sentimento de medo durante situações clínicas associado a experiências de internações compulsórias anteriores (caso 3);
- dificuldade em relatar para o médico o consumo de drogas ilícitas (caso 4);
- situação onde simplesmente não desejava responder às questões formuladas na consulta médica (caso 5);
- dificuldade em expressar para o psiquiatra as manifestações de seu problema durante períodos de tristeza acentuada (caso 6);
- abandono do tratamento associado a um modelo de causa explicativa que não incluía a idéia de doença (caso 6);
- dificuldade em relatar para o psiquiatra a verdadeira quantidade de bebida alcoólica ingerida (caso 7);
- dificuldade em responder às perguntas formuladas nas consultas devido a preocupação de apresentar "respostas certas" (caso 8);
- sentimentos de preocupação e vergonha antes de procurar psiquiatras relacionados ao temor de perguntas muito pessoais ou embaraçosas durante as consultas (caso 8);
- sentimento de medo associado à idéia de que os psiquiatras poderiam utilizar algum "aparelho" para examinar a cabeça dos pacientes (caso 8);

- sentimento de vergonha em admitir para o psiquiatra determinadas vivências psicóticas de conteúdo homossexual (caso 9);

- sentimentos de preocupação e medo de que o psiquiatra não reconhecesse seu sofrimento como uma doença e que não propusesse o início de um tratamento médico específico (caso 9);

- sentimento de vergonha em procurar ajuda médica associado a presença de sintomas fóbicos (caso 10).

➔ **aspectos referentes às percepções do paciente sobre o médico:**

- relato de que a psiquiatra "era muito nova" justificando o abandono do tratamento (caso 1);

- dificuldade de comunicação com um psiquiatra que "não falava nada" (caso 1);

- percepção da falta de interesse dos médicos em investigar com profundidade os problemas de saúde (caso 2);

- avaliação de que o médico não deu explicações sobre o problema de saúde que motivou a consulta (casos 2, 3, 4 e 6);

- avaliação de que o psicoterapeuta desejava cobrar honorários julgados indevidos (caso 4);

- avaliação de que o psiquiatra não fornecia informações de forma clara durante as consultas (caso 5);

- avaliação de que as consultas psiquiátricas eram muito rápidas (casos 5 e 10) e baseadas apenas na prescrição de medicações (caso 5);

- situação de discussão com uma médica num pronto-socorro. Esse episódio revelou uma posição de ambiguidade no recebimento de conselhos ou críticas associadas ao consumo abusivo de álcool. O paciente concordou com o conteúdo das críticas mas não com a forma como elas foram apresentadas durante a consulta (caso 7);

- contrariedade associada a uma situação onde o psiquiatra relatava seus próprios problemas pessoais durante as consultas (caso 10).

→ outros aspectos:

- dificuldades associadas ao estigma da loucura (casos 1, 2 e 6) ou de submeter-se a um tratamento psiquiátrico (caso 9);

- dificuldades associadas a concepção de que as medicações psiquiátricas são ineficazes (casos 2 e 5) ou apresentam efeitos colaterais nocivos à saúde (casos 6 e 9);

- relato de situações de maus-tratos em hospitais psiquiátricos (contenção física desnecessária, agressões, etc.) (caso 3);

- relato de situações de automedicação (caso 6) ou autoregulação das doses de medicações prescritas (caso 9);

- falta de condições financeiras para realização de exames complementares solicitados pelo médico (caso 8);

- procura de um psiquiatra do mesmo grupo étnico da paciente. Essa escolha foi justificada pelo julgamento de que essa situação favoreceria o entendimento de conflitos numa família tradicional japonesa (caso 10);

- dificuldades de relacionamento com médicos no Japão (consulta inicial com especialistas, "frieza" no atendimento, dificuldades em expressar seu problema no idioma japonês) (caso 10);

- dificuldades de relacionamento com médicos no Peru (situação associada ao fato da família do paciente ser conhecida na região dificultando relato sobre consumo de drogas ilícitas) (caso 4).

Uma entrevista psiquiátrica culturalmente sensível poderia reconhecer dificuldades no relacionamento clínico e abrir espaço para discussão de problemas (atuais ou do passado) relacionados a esse tema. Esse processo poderia melhorar o relacionamento médico-paciente e contribuir na adesão do paciente ao tratamento psiquiátrico recomendado.

O último tópico a ser considerado nessa discussão refere-se a proposta de uma entrevista resumida de Formulação Cultural para uso rotineiro na prática clínica em psiquiatria (Quadro 13). Essa entrevista resumida (25 questões) procura incorporar os principais aspectos reconhecidos na análise das formulações culturais apresentadas nessa pesquisa.

Nessa proposta, questões iniciais referentes às trajetórias (geográfica, de trabalho e religiosa) são apresentadas. No tópico referente à Apresentação do Problema, é valorizada a avaliação da forma de expressão das manifestações reconhecidas pelo paciente além da possível estruturação dessas manifestações em um ou mais problemas de saúde. O esquema de questões abertas → questões estruturadas é utilizado para avaliação das Causas do Problema e das Situações de Ajuda procuradas. A principal causa explicativa do paciente e os modelos de causa dos familiares e amigos também são averiguados. A delimitação do conjunto de situações de ajuda procuradas tem como objetivo estabelecer simplificadamente dois momentos básicos da trajetória do paciente: um período inicial e o período relativo ao momento da aplicação da entrevista. Essa estratégia poderia agrupar conjuntos de situações de ajuda correspondentes aos períodos de "estratégias múltiplas" e "estabilização". Aspectos do Relacionamento Clínico e da concepção geral do paciente a respeito de problemas de saúde também são considerados.

Quadro 13: Entrevista Resumida de Formulação Cultural

1. Nome / Sexo / Idade / Raça / Escolaridade / Renda familiar / Moradia / Cotidiano
2. Trajetória geográfica
3. Trajetória de trabalho
4. Trajetória religiosa
5. Rede de suporte social
6. Grupos com padrões culturais específicos
7. Você poderia me dizer qual é o seu problema?
8. Você saberia dar um nome a esse problema?
9. Qual é a principal manifestação de seu problema?
10. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?
11. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema?
Entre as opções listadas no cartão 1:
12. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?
13. Qual delas você considera como a principal causa?
14. Qual é a opinião de seus familiares e conhecidos sobre as causas de seu problema? (mãe, pai, irmãos, companheiro (a), amigos)
15. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde?
Entre as opções listadas no cartão 2:
16. - Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema?
17. Quais delas você procurou no período inicial do problema?
18. Quais delas você considera como as principais situações de ajuda no momento?
19. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo?
20. Você teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)?
21. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com o médico (entender o médico ou ele entender você)?
22. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?
23. Qual a principal causa dos problemas de saúde em geral?
24. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e as outros problemas?
25. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação às questões formuladas?

Finalmente, considera-se nessa pesquisa que a proposta de uma entrevista resumida de Formulação Cultural está inserida numa avaliação mais ampla sobre a necessidade dos serviços de saúde mental considerarem a psiquiatria cultural enquanto campo de conhecimento aplicável em situações clínicas. De maneira geral, discussões relativas a estruturação dos serviços de atendimento em saúde mental não incorporam os avanços apresentados nessa área da psiquiatria. Nesse sentido, modificações relacionadas a composição de equipes, forma de atuação clínica, disponibilidade de tempo e organização de projetos terapêuticos poderiam ser pautadas incorporando a questão da cultura. A utilização do construto Formulação Cultural através de entrevistas culturalmente sensíveis pode ser uma contribuição fundamental nesse processo.

6. CONCLUSÃO

A partir da revisão bibliográfica realizada e da análise das Formulações Culturais dos casos estudados nessa pesquisa foi possível concluir que:

- O construto denominado Formulação Cultural pode ser utilizado na prática clínica em saúde mental através da aplicação de uma entrevista semi-estruturada;

- A aplicação de uma entrevista de Formulação Cultural pode contribuir para a sistematização e operacionalização de avaliações culturalmente sensíveis na prática clínica de psiquiatras e outros profissionais de saúde mental;

- O processo de Formulação Cultural pode possibilitar uma ampliação do modelo de entrevista psiquiátrica tradicionalmente utilizado. Nesse sentido, uma entrevista psiquiátrica culturalmente sensível pode ser viabilizada através da integração entre a entrevista psiquiátrica e a entrevista de Formulação Cultural do caso;

- A integração entre questões relativas à entrevista psiquiátrica e questões da entrevista de Formulação Cultural pode ser realizada através de um modelo de justaposição sucessiva (entrevista psiquiátrica → entrevista de Formulação Cultural) ou de interposição de questões relativas a cultura no decorrer da entrevista psiquiátrica tradicional. Esses modelos poderiam ser utilizados de forma complementar na prática clínica;

- As questões da entrevista de Formulação Cultural possibilitam que os psiquiatras realizem avaliações aprofundadas de fatores sócio-demográficos dos pacientes, da forma como os pacientes expressam seus problemas, das causas explicativas, do conjunto de situações de ajuda procuradas, dos fatores culturais associados ao relacionamento clínico e dos modelos de compreensão dos problemas de saúde em geral;

- A aproximação teórica com o campo da antropologia das sociedades complexas pode contribuir para o desenvolvimento de uma psiquiatria cultural que reconheça a vitalidade e complexidade da experiência urbana contemporânea em seus desenvolvimentos teóricos e clínicos. Alguns

conceitos utilizados nessa pesquisa são considerados como particularmente importantes nesse processo: cultura (Hannerz, 1992), sincretismo (Canevacci, 1994), trajetória individual (Velho, 1994) e padrões culturais (Magnani, 1998);

- A identidade sócio-cultural de pacientes vivendo em ambientes urbanos contemporâneos pode ser delineada através da avaliação de suas trajetórias (geográficas, religiosas e de trabalho), suas redes de suporte social e seus deslocamentos entre grupos com padrões culturais específicos. A idéia de mudanças e transições permeia os diferentes aspectos apresentados em cada uma dessas variáveis;
- Os pacientes estudados apresentaram seus problemas de saúde de várias formas durante os encontros clínicos. Diferentes arranjos de manifestações reconhecidas como um ou mais problemas de saúde foram apresentados. Essas composições foram realizadas com um grau variável de amplitude, coerência interna e concordância com as classificações psiquiátricas oficiais (CID-10, DSM-IV);
- Os pacientes estudados apresentaram modelos de causas explicativas múltiplas e heterogêneas incluindo simultaneamente causas psicossociais, causas mágico-religiosas e alterações físicas/doenças. Alguns aspectos de importância clínica relacionados às Causas do Problema foram:
  - → consideração de causas específicas para determinadas manifestações do problema;
  - → variação temporal do conjunto de causas;
  - → ampliação do modelo de causas explicativas a partir do esquema de organização das questões da entrevista de Formulação Cultural em questões abertas → questões estruturadas;
  - → dificuldade inicial em estruturar um modelo de causa para o problema;
  - → consideração de uma "causa principal";

→ apresentação de "fatores de piora";

→ transformação de situações de ajuda procuradas no passado em causas explicativas do problema;

→ situação de influência recíproca entre as causas explicativas do problema e as situações de ajuda procuradas;

→ diferenciação entre sintomas psicóticos e experiências religiosas normais num dado contexto cultural;

→ presença de interações múltiplas, dinâmicas e fragmentadas entre os modelos de causa explicativa construídos pelos pacientes e os modelos apresentados no seu grupo de apoio primário (amigos próximos e familiares). A presença de diferentes padrões de causas explicativas dentro do grupo familiar pode estar associado a um grau variável de conflitos com repercussões clínicas;

- Os pacientes estudados apresentaram um padrão de procura de situações de ajuda múltiplas e heterogêneas. O conceito de "trajetória de situações de ajuda" pode ajudar na compreensão das estratégias de ajuda utilizadas pelos indivíduos ao longo do tempo. Alguns aspectos de importância clínica associados a procura de Situações de Ajuda foram:

  → delimitação da primeira situação de ajuda procurada pelos pacientes (a maioria dos pacientes estudados referiu a procura inicial de familiares);

  → verificação de que os pacientes procuraram uma gama bastante extensa de situações de ajuda ao longo de suas trajetórias;

  → verificação de que os pacientes procuraram situações de ajuda bastante heterogêneas incluindo recursos tradicionais-populares, religiosos e médicos-psiquiátricos (Duarte, 1986);

→ ampliação do reconhecimento de um conjunto de situações de ajuda procuradas a partir do esquema de organização das questões da entrevista de Formulação Cultural em questões abertas → questões estruturadas. Na maioria dos casos estudados, a principal situação de ajuda foi referida apenas nas questões estruturadas;

→ verificação da possibilidade de articulação entre situações de ajuda. Esse processo foi encontrado em todos os casos estudados sendo verificado o predomínio de familiares e amigos como agentes das articulações;

→ predomínio da combinação de recursos religiosos e médico-psiquiátricos como principais situações de ajuda consideradas;

→ verificação de um padrão de abandono de situações de ajuda do tipo tradicional-popular (à exceção de amigos e familiares) ao longo da trajetória dos pacientes;

→ verificação do momento de inserção da ajuda psiquiátrica ao longo da trajetória dos pacientes (início do problema, após alguns meses ou alguns anos do início do problema);

→ proposta de organização da trajetória de situações de ajuda dos pacientes em duas posições básicas intercambiáveis ("estratégias múltiplas" (Duarte, 1986) e "períodos de estabilização");

- Os pacientes estudados referiram diversas dificuldades na situação de encontro clínico com médicos e especificamente com psiquiatras. O reconhecimento dessas dificuldades numa entrevista psiquiátrica culturalmente sensível pode contribuir para a melhora do relacionamento médico-paciente e da adesão ao tratamento;

- A proposta de uma entrevista resumida de Formulação Cultural pode facilitar a incorporação desse modelo de avaliação da cultura na prática clínica rotineira dos psiquiatras;

- O processo de estruturação de serviços na área de saúde mental poderia levar em conta conhecimentos advindos da psiquiatria cultural. Nesse sentido, o construto denominado Formulação Cultural apresenta-se como uma importante contribuição aplicável em situações clínicas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA (Associação Psiquiátrica Americana). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª edição) DSM-IV.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1995.

AUGÉ M. **Não-lugares: Introdução a uma Antropologia da Supermodernidade.** Campinas. Papirus Editora, 1994.

BECK U. **Risiko Gesellschaft - Auf dem Weg in Eine Andere Modernitat.** Frankfurt. Suhrkamp, 1986.

BECKER HS. **Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance.** Nova York. The Free Press, 1963.

BIBEAU G. **Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda.** Transcultural Psychiatry 1997, 34(1):9-41.

BÍBLIA SAGRADA (9ª edição). São Paulo. Edições Paulinas, 1957, p. 1186-7.

BOURDIEU P. **Distinction.** Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1984.

BOTEGA NJ; DALGALARRONDO P. **Avaliação do Paciente.** In: BOTEGA NJ (Org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência.** Porto Alegre. Artmed Editora, 2002, p. 145-66.

CARLOS AFA. **O lugar: mundialização e fragmentação.** In: SANTOS M et al. **Fim de Século e Globalização.** São Paulo. Editora Hucitec, 1997, p. 303-9.

CANEVACCI M. **Sincretismos: Uma Exploração das Hibridações Culturais.** São Paulo. Studio Nobel, 1996.

COHEN AM. **Delinquent Boys.** Glencoe IL. Free Press, 1955.

CORIN E. **Facts and Meaning in Psychiatry: an Antropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics.** Culture, Medicine and Psychiatry 1990, 14:153-88.

CROSSLEY D. **Religious Experience Within Mental Illness: Opening the Door on Research.** British Journal of Psychiatry 1995, 166:284-6.

DALGALARRONDO P. **Civilização e Loucura: Uma Introdução à História da Etnopsiquiatria.** São Paulo. Lemos, 1997.

DEVEREUX G. **Les Empêcheurs de Penser en Rond.** Paris. Synthélabo, 1996.

DHADPHALE M; COOPER G; CARTWRIGHT-TAYLOR L. **Prevalence and Presentation of Depressive Illness in a Primary Health Care Setting in Kenya**. American Journal of Psychiatry 1989, 146:659-61.

DRACTU L. **O Exame do Paciente Psiquiátrico**. In: DE ALMEIDA OP; DRACTU L; LARANJEIRA R. **Manual de Psiquiatria.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1996, p. 5-21.

DUARTE LF. **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor e CNPq, 1986.

FABREGA H. **Cultural Relativism and Psychiatric Illness**. The Journal of Nervous and Mental Disease 1989, 177(7):415-25.

FABREGA H. **A Plea for a Broader Ethnomedicine**. Culture, Medicine and Psychiatric 1990, 14: 129-32.

FERREIRA ABH. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2ª edição).** Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1986, p. 1138-9.

GARRISON V; PODELL J. **"Community Support Systems Assesstment" for Use in Clinical Interviews**. Schizophrenia Bulletin 7 (1):101-8.

GEERTZ C. **A Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1989.

GIDDENS A. **Modernity and Self-Identity – Self and Society in the Late Modern Age**. Cambridge. Poloity Press, 1991.

GOLDBERG D. **GHQ (General Health Questionnaire)**. Windsor. NEFR, 1978.

GOOD BJ. **Culture and DSM-IV: Diagnosis, Knowledge and Power**. Culture, Medicine and Psychiatric 1996, 20:127-32.

GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM. **Epilepsia: O Paciente Otimamente Controlado.** São Paulo. Lemos Editorial, 1999, p. 8-9.

GUTWIRTH J. **Igreja eletrônica e pentecostalismo autóctone**. In: **Brasil e França: Ensaios de Antropologia Social**. Porto Alegre. Editora da Universidade/UFRGS, 1992, p. 103-17.

HANNERZ, U. **Exploring the City**. New York. Columbia University Press, 1980.

HANNERZ, U. **Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning.** New York. Columbia University Press, 1992.

HOLLIFIELD M; KATON W; SPAIN D; PULE L. **Anxiety and Depression in a Village in Lesotho, Africa: a comparison with the United States**. British Journal of Psychiatry 1990, 156:343-50.

HUGHES EC. **Students' Culture and Perspectives**. Lawrence. University of Kansas School of Law, 1961.

HUGHES EC. **The Sociological Eye: Selected Papers on Institutions and Race**. Chicago. Aldine Athernon, 1971.

JASPERS K. **The Phenomenological Approach in Psychopathology**. British Journal of Psychiatry 1968, 114: 1313-23.

JORGE MR. **Diagnóstico e Classificação em Psiquiatria.** In: DE ALMEIDA OP, DRACTU L; LARANJEIRA R. **Manual de Psiquiatria.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1996, p. 22-31.

KLEINMAN A. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems**. Social Science and Medicine 1978, 12:85-93.

KLEINMAN A. **Patients and Healers in the Context of Culture.** Berkeley. University of California Press, 1980.

KLEINMAN A. **Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience.** New York. Free Press, 1988.

KRAEPELIN E. **Vergleichende Psychiatrie**. Centralblatt für Nervenheikunde und Psychiatrie 1904, XV:433-7.

LEFF JP; ISAACS AD. **Psychiatric Examination in Clinical Practice**. Oxford. Blackwell Scientific Publication (3ª edição), 1990.

LEWIS G; PELOSI AJ; ARAYA R; DUNN G. **Measuring Psychiatric Disorder in the Community: a Standardized Assessment for Use by Lay Interviewers.** Psychological Medicine 1992, 22(2):465-86.

LITTLEWOOD R. **From Categories to Contexts: A Decade of the New Cross-Cultural Psychiatry**. British Journal of Psychiatry 1990, 156: 308-27.

LLOYD K; JACOB KS; PATEL V; ST-LOUIS L; BHUGRA D; MANN AH. **The Development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders**. Psychological Medicine 1998, 28(5):1231-7.

MACKINNON RA; MICHELS R. **A Entrevista Psiquiátrica na Prática Diária**. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 1981.

MAGNANI JGC. **Transformações na Cultura Urbana das Grandes Metrópoles.** In: MOREIRA AS (Org.). **Sociedade Global: Cultura e Religião**. Petrópolis - RJ. Editora Vozes, 1998, p. 56-78.

MAUSS M. **Sociologie et Anthropologie**. PUF, 1966.

MEZZICH JE. **Cultural Formulation and Comprehensive Diagnosis: Clinical and Research Perspectives**. The Psychiatric Clinics of North America 1995, 18(3):649-57.

MINAYO MCS. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Hucitec-Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro, 1998.

MONTEIRO P. **Da Desordem à Doença: A Magia na Umbanda.** Rio de Janeiro. Graal, 1985.

MURDOCK GP; WILSON SF; FREDERICK V. **Cultural illness and health**. Anthropological Studies (9). Washington DC. American Anthropological Association, 1978a.

MURDOCK GP; WILSON SF; FREDERICK V. **World distribution of theories of illness**. Ethnology 1978b, 17:449-70.

NARROW WE; REGIER DA; RAE DS; MANDERSCHEID RW; LOCKE BZ. **Use Of Services by Persons With Mental and Addictive Disorders: Findings From the National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program**. Archives of General Psychiatry 1993 Feb, 50(2):95-107.

NATHAN T. **La Recherche Clinique en Ethnopsychiatrie - Quelques Perspectives.** Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1986, 5:17-48.

NATHAN T. **L'Influence Qui Guérit.** Paris. Éditions Odile Jacob, 1994.

NAVARRO F. **Assim Falava Lampião: 2500 palavras e expressões nordestinas.** São Paulo. Estação Liberdade, 1998, p. 262-3.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.

ORO AP. **Religiões populares e modernidade no Brasil.** In: TEIXEIRA SA; ORO AP (Orgs.). **Brasil e França: Ensaios de Antropologia Social.** Porto Alegre. Editora da Universidade/UFRGS, 1992, p. 95-102.

PAIM I. **Curso de Psicopatologia (10ª edição).** São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1991, p. 249.

PATEL V; MUSARA T; BUTAU T; MARAMBA P; FUYANE S. **Concepts of Mental Illness and Medical Pluralism in Harare.** Psychological Medicine 1995 May, 25(3):485-93.

PATEL V; SIMUNYU E; GWANZURA F. **Kufungisisa (Thinking Too Much): a Shona Idiom for Non-Psychotic Mental Illness.** Central African Journal of Medicine 1995 Jul, 41(7):209-15.

PATEL V; GWANZURA F; SIMUNYU E; LLOYD K; MANN A. **The phenomenology and explanatory models of common mental disorder: a study in prymary care in Harare, Zimbabwe.** Psychological Medicine 1995 Nov, 25(6):1191-9.

PEREIRA JM. **Será possível uma nova medicina?** Revista Crítica de Ciências Sociais 1987; 23:185-91.

PERRY S; COOPER AM; MICHELS R. **The Psychodynamic Formulation: Its Purpose, Structure, and Clinical Application.** American Journal of Psychiatry 1987 May, 144(5):543-50.

PESSOTI I. **A Loucura e as Épocas.** Rio de Janeiro. Editora 34, 1994.

REDFIELD R. **The Folk Culture of Yucatan**. Chicago. The University of Chicago Press, 1968.

ROSA JG. **Primeiras Estórias**. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1988, p. 33.

SÁ JÚNIOR LSM. **Fundamentos de Psicopatologia: Bases do Exame Psíquico**. Rio de Janeiro - São Paulo. Editora Atheneu, 1988.

SÁNCHEZ JE. **Metropolização e modernidade**. In: SANTOS M; SOUZA MA; SCARLATO FC; ARROYO M (Orgs.). **Fim de Século e Globalização**. São Paulo. Editora Hucitec, 1997, p. 293-302.

SARTORIUS N; JABLENSKY A; GULBINAT W; ERNBERG G. **WHO Collaborative Study: Assessment of Depressive Disorders**. Psychological Medicine 1980, 10(4):743-9.

SERRA e GURGEL JB. **Dicionário de Gíria: Modismo Linguístico, o Equipamento Falado do Brasileiro**. Brasília. J.B. Serra e Gurgel, 1999, p. 363.

SHARPE M. **Doctors' Diagnoses and Patients' Perceptions: Lessons from Chronic Fatigue Syndrome**. General Hospital Psychiatry 1998, 20:335-8.

SONENREICH C. **Introdução**. In: DE ALMEIDA OP; DRACTU L; LARANJEIRA R. **Manual de Psiquiatria.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1996, p. 1-4.

SULLIVAN HS. **A Entrevista Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editora Interciência, 1983.

THORNTON A; AXINN WG; HILL DH. **Reciprocal Effects of Religiosity, Cohabitation, and Marriage**. American Journal of Sociology 1992, 98(3):628-51.

TOURAINE A. **Poderemos Viver Juntos? Iguais e Diferentes**. Petrópolis - RJ. Editora Vozes, 1999.

VELHO G. **Projeto e Metamorfose: Antropologia das Sociedades Complexas.** Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 1994.

VELHO G; VIVEIROS DE CASTRO E. **O Conceito de Cultura nas Sociedades Complexas: Uma Perspectiva Antropológica**. Artefato 1978, (1).

VELHO O. **Globalização: Antropologia e Religião**. MANA 1997, 3(1):133-54.

WALDFOGEL S; MEADOWS S. **Religious Issues in the Capacity Evaluation.** General Hospital Psychiatry 1996, 18:173-82.

WEISS M. **Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness**. Transcultural Psychiatry 1997, 34(2):235-63.

WEISS M; DOONGAJI DR; SIDDHARTHA S; WYPIJ D; PATNARE S; BHATAWDEKAR M; BHAVE A; SHETH A; FERNANDES R. **The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health.** British Journal of Psychiatry 1992; 160:819-30.

YING Y. **Explanatory Models of Major Depression and Implications for Help-Seeking Among Immigrant Chinese-American Women**. Culture, Medicine and Psychiatry 1990, 14: 393-408.

8. ANEXOS

ANEXO I: Glossário

O texto referente ao anexo I relaciona verbetes recolhidos a partir do discurso de pacientes atendidos no Centro de Saúde Vila Padre Anchieta no período em que se desenvolveu esta pesquisa. Em algumas situações, os verbetes foram apresentados no contexto de aplicação da entrevista de Formulação Cultural nos dez pacientes estudados nesse trabalho. Outras vezes, esses fragmentos de discurso surgiram espontaneamente nas entrevistas clínicas de outros pacientes sem que houvesse sido feita qualquer pergunta específica sobre o tema em questão.

É de conhecimento geral entre os psiquiatras que durante entrevistas clínicas; termos populares, expressões, neologismos, gírias, ditos e frases muito peculiares são empregadas por pacientes de diversos back-grounds culturais para traduzir suas idéias e concepções acerca de questões relativas aos seus problemas em saúde mental. O glossário apresentado aqui é apenas um panorama geral desse aspecto, uma pequena coletânea aleatória de termos e expressões utilizadas no universo cultural onde se realizou esta pesquisa, a periferia de uma grande cidade no estado de São Paulo.

Não se configura, em nenhum momento, a pretensão de esgotar os termos utilizados pelos pacientes em questão para referir-se aos seus problemas, muito menos a pretensão de análise das questões linguísticas associadas ao uso de determinados verbetes no contexto geral dos discursos.

A língua portuguesa falada no Brasil é bastante rica, dinâmica e sujeita a transformações como unificações, desdobramentos e simplificações de significados. Como em outras áreas, na área de saúde mental essa riqueza linguística permite a utilização de interessantes termos e expressões continuamente criados e recriados nos ambientes culturais onde os pacientes vivem. Assim, estes termos são usados - e certamente, diferentemente usados - em situações como conversas familiares cotidianas, conversas em situações de trabalho, comentários em situações de práticas religiosas e outras.

De alguma maneira e como este anexo I busca apreender, estes termos vão aparecer também nos discursos dos pacientes em entrevistas clínicas, constituindo-se em traduções simples e ao mesmo tempo poderosas das concepções e dos modelos explicativos dos indivíduos.

Mais que a curiosidade e o simples desejo em se produzir essa coletânea de verbetes, o objetivo principal aqui foi considerar aspectos da linguagem usual falada como uma importante via de acesso à complexidade dos modelos explanatórios dos pacientes. Assim, além de revelarem peculiaridades da linguagem empregada pelos entrevistados, muitos termos e expressões contribuíram de alguma forma na elucidação de aspectos referentes ao eixo central da pesquisa, ou seja, a possibilidade de sistematizar um processo de análise cultural na prática clínica em psiquiatria.

Finalmente, é necessário assinalar que os termos e expressões referidos na citações podem estar associados a diferentes contextos e amplitude de uso. Dessa forma, os verbetes podem representar concepções individuais e idiossincráticas dos pacientes (exemplo: **ajuda própria**); concepções de um grupo específico como familiares, amigos ou membros de determinada igreja (exemplo: **enfrentamento, desequilíbrio da mediunidade**) ou ainda concepções populares mais amplas compartilhadas pela comunidade e associadas ao conhecimento de senso comum (exemplo: **recaída de dieta, foco na cabeça**).

A transcrição ortografica das citações procurou ser fiel a forma como elas foram apresentadas oralmente. O glossário foi organizado na seguinte sequência: verbetes em ordem alfabética, termo ou expressão utilizada pelo paciente em negrito no início da frase, significado atribuído ao termo, eventuais comentários com informações adicionais e referências, eventual alusão a algum outro verbete que tenha correlação com a citação, parágrafo com a citação literal contendo os termos e expressões relacionados em negrito e no final das frases, entre parêntesis; as iniciais do paciente (trocadas), o sexo, a idade e o diagnóstico pela CID-10 (OMS, 1993). Nas situações em que o verbete é proveniente dos casos submetidos a entrevista de Formulação Cultural apresentados nessa pesquisa, no final da frase constará apenas o número do caso correspondente destacado em negrito. Este esquema descrito acima é aqui exemplificado com o verbete **desmaio:**

* **desmaio** - o termo desmaio aparece com o significado de crise epiléptica com comprometimento da consciência (crise generalizada ou crise parcial complexa) (Guerreiro e Guerreiro, 1999). Ver **coisa de família**. Ver **nervoso**. "**Desmaio** não é doença, doutor, é **coisa de família**. Minha prima tem, minha tia tem até hoje. É que nem **nervoso**, pressão baixa... que nem bronquite, eu tinha bronquite, agora meu filho nasceu e o médico falou que ele também tem." (APC, F, 24a, G40).

* **ação clínica** – expressão utilizada para referir-se ao comportamento dos familiares em acompanhar o tratamento psiquiátrico do paciente levando-o a consultas, controlando suas medicações, etc. "Lá não é muito fácil porque a minha mãe, ela, eu já te falei que ela não tá tendo uma **ação clínica** prá ele, por isso que agora nós fizemos questão de mandar buscar ele..." **(Caso 5)**

* **agitamento** - termo associado a sintomas de uma síndrome ansiosa. Ver também **nervoso** e **desinquietação**. "O principal é o **nervoso**, o **agitamento**..." **(caso 8)**

* **agonia**[1] - um dos sintomas caracterizados pela paciente na definição de seu problema. De acordo com seu modelo explanatório, a **agonia** é considerada, inclusive, o principal sintoma da **"crise"** e parece indicar-nos uma situação de inquietação psicomotora associada a irritabilidade característica da forma do transtorno afetivo denominada mania irritada. Ver **crise**. "**Agonia** é uma coisa assim inexplicável. É pior que uma dor mas não é uma dor. É um desespero que dá na gente, não tem lugar bom, não tem comida boa, não tem nada que faça prá gente que é bom." **(Caso 3)**

* **agonia**[2]- uma das manifestações do problema reconhecido pelo paciente caracterizada principalmente por sensações difusas de mal-estar. Observar também a expressão **"zonzo da cabeça"** nesse contexto. "Eu ficava deitado na cama, aí ficava suando, aquela **agonia**, aquela **agonia**, é a pior coisa... **Agonia** é sentir ruim, eu ficava **zonzo da cabeça**, ficava lá assim mesmo." **(Caso 5)**

* **ajuda própria** - expressão utilizada para referir-se ao esforço necessário para interromper o consumo abusivo de álcool. "... aquela **ajuda própria**, né, eu não vou beber mas aí passava um tempo, ah, a coisa apertava." **(caso 7)**

* **alucinado** – louco, doido. Ver **doido**.

* **amarrar por precisão** - a paciente utiliza esse termo no sntido de "amarrar por necessidade". De acordo com ela, sua família a **"amarrava por precisão"**, ou seja, ela concordava que realmente precisava ser amarrada naquele momento devido aos seus sintomas. Ao contrário, nos hospitais psiquiátricos, muitas vezes ela era amarrada, no seu entender, sem necessidade ou de acordo com sua expressão "eles **amarrava sem precisão**". "Tinha hospital que eu sofria muito, apanhava, eles **amarrava sem precisão**... não era que nem em casa que **amarrava** assim, **por precisão**, mesmo." **(Caso 3)**

* **apresentação dos remédios** - forma específica de realizar orações no momento da tomada de medicamentos. Ver **rezo em cima**. "Aí eu tomo meus remédios, faço minhas orações, **apresento até os remédios** que eu vou tomar, digo: senhor, se há algum desses remédio aqui que vai fazer com que eu vou ficar boa que ele há de agir direto no local que eu tenho o problema, isso na hora de tomar..." **(caso 6)**

* **ataque** - crise epiléptica, tipicamente crises tônico-clônicas generalizadas. "Tem uma vizinha que tem **ataque**... de vez em quando ela cai no chão, se bate, às vezes fica quieta... mas na hora que ela levanta precisa ter cuidado, se você falar alguma coisa, tentar ajudar, ela fica brava, quer bater, fica com o olho arregalado... tem que ficar longe dela depois do **ataque**." (GSP, M, 65a, F40)

* **ataque de respiração** - expressão usada para designar alguns dos sintomas (falta de ar, sensação de asfixia) do Ataque de Pânico. Ver **crise**[3]. "Ele relaxa, né, antigamente fazia essa, essa **crise** assim mas agora não, com o tratamento, não, tem as crises mas é a noite, já não mexe com a cabeça, não foi com **ataque de respiração**, entendeu?" **(Caso 4)**

* **azuado** - termo empregado com o sentido de "alterado" em relação às suas funções psíquicas. "... meus amigo era tudo fichado também, da usina, quando via que eu tava **azuado**, querendo fazer besteira, chegava pessoa assim dizia, Chico, depois olhava, ninguém, aí ia chamar minha mãe no serviço, de bicicleta..." **(Caso 5)**

* **barista** - frequentador de bares, alcoólatra. "Naquela época eu era **barista**, doutor, não tinha tratamento prá mim." (JCR, M, 49a, F10)

* **barulhada** - alucinações auditivas. Observar a percepção do paciente de que suas alterações senso-perceptivas aumentam após a ingestão de bebidas alcoólicas. "... quando eu bebo eu acho que eu tô sem o efeito do remédio, começo a ficar meio esquisito, sabe, a **barulhada**, aí a noite eu tomo dois, aí no outro dia eu não bebo, eu passo vinte dias sem beber." **(caso 9)**

* **baseado** - cigarro de maconha. Observar a forma inserção do consumo dessa substância na modelo explicativo que o paciente apresenta para seu problema. Notar ainda o uso da expressão "tirou meu sentido". Ver **perder o sentido**. "... o outro pegou meu sentido, tirou meu sentido assim com **baseado** benzido em umbanda, eu fumei aquilo, aquilo foi prá minha mente, minha mente mudou e não voltou mais ao normal." **(caso 9)**

* **bicho de porco na cabeça** - neurocisticercose. "O doutor falou lá que era **bicho de porco na cabeça**, pediu prá fazer exame." (MLB, M, 41a, G40)

* **bobão** - termo usado em referência a pessoas com transtornos mentais graves incluindo transtornos psicóticos e retardo mental. "O **bobão** é a pessoa esquisita, meio mole, não faz as coisa certo, não entende direito...mas ele não é totalmente desgovernado, se ajudar ele consegue fazer as coisa, se der a mão pode ser até que ele vai prá frente... mas tem que ter muito esforço" (LDS, M, 40a, F41)

* **botar a fé a prova** - expressão utilizada para referir-se a justificativa apresentada por algumas pessoas da igreja da paciente para que ela abandone as medicações psiquiátricas e confie apenas na fé visando a resolução de seu problema. "... aí eu já não conto prá ninguém que eu tomo esses remédio, que eu passo com psiquiatra, é um tipo de uma crítica que não tá ao meu alcance de querer ouvir, cê não é crente, cê tá muito envolvida com esses remédio, cê não tá **botando sua fé a prova**..." **(caso 6)**

* **botar assunto na cabeça** - expressão usada no sentido de ficar preocupado ou ser aborrecido e incomodado por uma outra pessoa. Nesse caso específico, essa situação seria um dos fatores que poderim levar a pessoa a cometer suicídio. "Raiva, porque às vezes chega no serviço, tá agoniado já com os filho, aí a mulher vai **botando assunto na cabeça**, vai tendo raiva, pega um revólver escondido dela, atira, morre..." **(Caso 5)**

* **cabeça desvirada** - expressão associada a um modelo de apresentação de transtorno mental. "minha **cabeça ficou desvirada**... não adiantou mais os chá de acalmar". (JAF, M, 35a, F41)

* **cabeça ruim** - designação depreciativa apresentada para o problema de saúde da paciente pelos familiares de seu marido. "... eu sentia que era tratada diferente, eles riam, eles falavam em japonês que eu tinha a **cabeça ruim** e entender eu entendo, eu não falo mas eu pegava muita coisa, sabe..." **(caso 10)**

* **cabeça ruim / mente ruim** - sensação de mal-estar físico associada a sintomas de ansiedade ("... aí no outro dia acordo com a cabeça pesada, com a **cabeça ruim**, a **mente ruim**, cansada e esquecimento.") **(caso 8)**

* **cachola** - termo utilizado como sinônimo de cabeça. "O problema dela é a **cachola**, ela fica agressiva, pega tijolo, joga, não quer fazer comida prás crianças mais." (RLR, 36a, vizinha de FGS, 28a, F, F20)

* **canseira** - termo utilizado como padrão de apresentação do problema. "Eu acho que tenho **canseira**... às vezes eu fico pensando que eu nunca parei, nunca tirei férias, fiquei com isso de tanto trabalhar." (KAM, F, 49a, F32)

* **catimbozeiro** - curandeiro. Observar o uso do termo **"infestado"** para definir uma situação onde o curandeiro supostamente estava agindo sob influência de espíritos. "... **catimbozeiro** é pessoa que faz xangô, quando chegou lá o rapaz pegou e passou uns banhos prá mim... ele ficou **infestado** lá, acendeu uma vela preta, uma vela vermelha, uma azul, branca, de toda cor lá." **(Caso 5)**

* **cérebro descontrolado** - expressão associada a um modelo de apresentação de transtorno mental. "O **cérebro tá descontrolado**, fica misturando as coisa, às vezes fica parado... eu não sei o que é" (NLC, F, 33a, F31)

* **cérebro dividido** - expressão referida pelo paciente para designar seu problema mental a partir da leitura de um livro sobre psicologia. "Li psicologia, psicologia eu li e procurei a parte de cérebro e lá tava escrito assim, algumas pessoas podem nascer com cérebro um pouco, **cérebro dividido**, eu até chorei..." **(caso 9)**

* **cérebro solto da cabeça** - expressão associada a um modelo explicativo de causa para transtorno mental. "... quando eu tinha cinco anos eu andava de carrinho de papelão na grama e balançou muito a cabeça... o **cérebro ficou solto da cabeça**" (PB, M, 34a, F40)

* **chutar** - termo utilizado para referir-se à ingestão de bebidas alcoólicas. "O primo dele falou que ele tava **chutando** lá no bar ontem." (WF, M, 48a, F10)

* **cicatriz** - termo usado para referir-se à sequela física que permanece no cérebro após um acidente vascular cerebral e associado pela paciente como causa de alguns sintomas descritos nesse trecho. O termo **derrame** é comumente utilizado para designar acidente vascular cerebral. "No meu caso, o **derrame** deixou uma **cicatriz** no cérebro, que isso aí me deixa nervosa, eu tenho medo, sabe quando falta ar, sente zonza, é assim." (TMS, 58a, F, F06 / AVCi há 2 anos)

* **cirurgia sem corte** - cirurgia espiritual. "... há dentro do kardecismo como há dentro da igreja católica, assim, médicos espíritas, já ouviu falar, mas não é assim, médicos que recebem espíritos de médicos, faz aquele tipo assim, **cirurgia sem corte**, né, de cabeça, eu fiz naquela época..." **(caso 10)**

* **coisa de família** - expressão associada a problemas hereditários, neste caso, não considerados pela paciente como uma doença. Ver **desmaio**. Ver **nervoso**.

* **congestão cerebral**[1] - modelo de problema mental reconhecido pelo paciente e supostamente associado a determinadas condições de digestão dos alimentos."... se eu não vomito ia dá ou epilepsia ou **congestão cerebral**, a congestão cerebral se der o cara tá doido e ninguém cura." **(caso 7)**

* **congestão cerebral**[2] - modelo de causa para o problema que acometeu o pai da paciente semelhante ao apresentado em **congestão cerebral**[1] . Ver também **epiléptico de bebida** e **perder a mente**. "... diz as pessoa lá que foi porque ele acabou de comer e carregou um cocho de porco, pegou fez muita força, aí deu **congestão cerebral**, aí ele perdeu a mente...". **(caso 8)**

* **consciência própria** - expressão associada a um processo bastante particular de transformação psicológica associada a privações físicas desenvolvido pelo paciente no passado. Observar também o uso idiossincrático dos termos auto-consciência e hospitalar. "... eu queria passar isso, eu queria sentir o que significava ter fome, o que significava ter frio, entendeu, para sentir em carne própria o que o outro, o vizinho passava, entendeu, e

UNICAMP

isso faz criar uma **consciência própria**, uma **auto-consciência**, uma consciência para ajudar, para ser mais **hospitalar**." **(Caso 4)**

* **crise**[1] - o termo crise é usado aqui para caracterizar o episódio maníaco. É interessante observar que o termo crise é utilizado em psiquiatria para referir-se a sintomas de surgimento e término abruptos e duração bastante breve, usualmente apenas alguns minutos. Assim fala-se em crise epiléptica, crise de ansiedade e crise de pânico. Na linguagem popular o termo crise é empregado de maneira mais ampla, muitas vezes referindo-se aos surtos esquizofrênicos e fases depressivas e maníacas. "Não sei, acho que na **crise** é grave, é muito grave só que depois ninguém diz que a gente é assim, então não é grave, não." **(Caso 3)**

* **crise**[2] - surto psicótico. "...de vez em quando dá **crise**, ele fica alterado, parece que desconhece as pessoa, fala alto, não entende conselho. Quando a gente fala por bem, acha que é por mal, uma vez pegou pedaço de pau e começou a jogar nos outro." (ORS, 70a, avó de JRS, M, 30a, F20.0)

* **crise**[3] - Ataque de Pânico. O manual DSM-IV apresenta a seguinte definição para Ataque de Pânico: período distinto onde há um início súbito de intensa apreensão, temor ou terror, frequentemente associados com sentimentos de catástrofe iminente. Durante esses ataques estão presentes ao menos quatro dos seguintes sintomas: palpitações ou taquicardia, sudorese, tremores, sensação de falta de ar, sensação de asfixia, desconforto torácico, náusea, sensação de tontura, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, parestesias, calafrios ou ondas de calor. Ver **ataque de respiração**. **(Caso 4)**

* **crise de nervo** - sintomas de ansiedade de caráter mais intenso e agudo. De acordo com Duarte (1986), a expressão **"crise de nervo"** pode ser entendida em determinado contexto como a forma mais branda da sequência: crise de nervo → nervoso→ loucura. Ver **nervoso**. "A loucura acho que é do **nervoso**, né, eu acho que sim porque já me deu um problema lá, **crise de nervo** e me dá vontade de pegar meu marido e enforcar, nervoso que me dá..." **(caso 8)**

* **crise de nervoso** - um dos problemas de saúde considerados pela paciente como sendo causados pelo demônio. "Acho que o demônio pode ir deixando a pessoa doente assim, sem saber, e a pessoa pode ir no médico que não vai constar no exame. Várias coisas, que nem dizer quando tem **crise de nervoso**, problema do coração e não dá no exame, é do demônio." **(Caso 2)**

* **crise espiritual** - aspecto do problema de saúde mental da paciente relacionado principalmente a alterações de comportamento. Ver **doença dos nervos**. "A minha é **doença dos nervo** mas eu tenho **crise espiritual** também, eu fico muito alterada." **(Caso 2)**

* **débil mental** - designação de pessoas acometidas de loucura. "Agora tem o **débil mental**, pessoas que faz coisa como, tinha um rapaz que tirava a roupa no meio da rua, prá mim era louco." **(Caso 1)**

* **debilóide** - uma das categorias de loucura reconhecida pelo paciente. Observar também o termo **mongolóide** utilizado nesse sentido. "... tem louco que é agressor, tem louco já que eles falam que é **mongolóide** ou então **debilóide**, ele não é agressivo, é aquele cara que de todo jeito prá ele tá bom..." **(caso 7)**

* **deixa eu de mal aqui** - expressão utilizada com o sentido de "não me perturbe" ou "deixe-me em paz". "Não, entendia não, porque às vezes então eu não chegava a falar com ele, eu falava assim, olhe doutor, se vê, **deixe eu de mal aqui**." **(Caso 5)**

* **delirando** - termo empregado para referir-se a alterações senso-perceptivas no contexto da abstinência alcoólica. "Bom, quando o cara tá **delirando** eu acho que o cérebro dele não tá funcionando normalmente, né, porque isso aqui é uma bolsa, o cara que tá delirando olha aqui e vê uma bicicleta..." **(caso 7)**

* **delírio treme** - A expressão Delirium Tremens é utilizada na psiquiatria para definir um estado confusional breve mas com risco de vida em consequência de uma abstinência absoluta ou relativa de álcool em usuários gravemente dependentes (CID-10). O paciente utiliza essa expressão com o sentido de uma intoxicação grave diretamente causada pela ingestão de álcool. O empréstimo da expressão psiquiátrica decorre dos contatos apresentados pelo paciente ao longo de sua trajetória com serviços médicos de saúde mental. "O **delírio treme** é o excesso de bebida no cérebro, fraqueza mental. Porque prá Ter delírio treme tem que beber muito mesmo." **(Caso 1)**

* **depressão do espírito** - expressão usada para designar uma categoria de problema de saúde mental associada a hipótese explicativa de um desiquilíbrio na mediunidade. Ver **desequilíbrio da mediunidade**. "... eu sinto quando é a **depressão do espírito**, eu sinto no corpo, é muito diferente, agora quando é minha eu sinto tristeza ..." **(caso 10)**

* **depressão por perdas** - expressão utilizada para caracterizar o problema de saúde mental apresentado levando-se em conta a associação do problema com eventos negativos. "Eu tenho **depressão por perdas**, eu sempre que eu perdo uma coisa eu fico assim, eu já perdi namorado, perdi emprego, quando morreu minha mãe, eu fico sempre assim." (SG, F, 45na, F33)

* **desalienado** - expressão utilizada pelo paciente para designar manifestações do problema associadas ao sintoma conhecido em psicopatologia como "vivência de influência". "Eu sinto grogue, parece que trocaram de sentido comigo e eu fiquei **desalienado**, fiquei sem orientação nenhuma, fiquei desorientado, eu sou um cara no ar..." **(caso 9)**

* **desequilíbrio da mediunidade** - expressão usada para descrever situações onde determinado indivíduo não desenvolve sua mediunidade através de estudos e práticas em centros espíritas kardecistas. A paciente admite que essas situações aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos a problemas de saúde. "... eu acho assim, que às vezes, a pessoa tá numa fase de **desequilíbrio da mediunidade**, falta de conhecimento, falta de estudo, ela tem isso e ela precisa estudar prá saber doutrinar essa parte aí, né, de repente ela vê que ela tá, ela não tá normal." **(caso 10)**

* **desinquietação** - termo associado a sintomas de uma síndrome ansiosa incluindo inquietação psicomotora. Observar a descrição de uma sensação de alteração física no cérebro associada a idéia de que o "cérebro cresce". Ver também **agitamento**. "... tem hora que eu penso que meu cérebro cresce, porque se eu ficar nervosa aperta, aí dá dor aqui, dá **desinquietação**, aí dá crise de choro e aquelas fincada aqui, aquela dor assim..." **(caso 8)**

* **desmaio** - O termo **desmaio** aparece com o significado de crise epiléptica com comprometimento da consciência (crise generalizada ou crise parcial complexa) (2). Ver **coisa de família**. Ver **nervoso**. "**Desmaio** não é doença, doutor, é **coisa de família**. Minha prima tem, minha tia tem até hoje. É que nem **nervoso**, pressão baixa... que nem bronquite, eu tinha bronquite, agora meu filho nasceu e o médico falou que ele também tem." (APC, F, 24a, G40)

* **destrambelhada** - termo que engloba a idéia de sintomas difusos incluindo irritação e **"agonia na cabeça"**. Ver **agonia**. "Doutor, a gente fica **destrambelhada**, assim, de repente a gente fica com aquela agonia na cabeça, assim, de repente, a gente não sabe explicar, é uma coisa esquisita que a gente fica **destrambelhada**, sabe aquela coisa assim, em vez de falar cê grita." (MAS, F, 41a, F41)

* **dieta quebrada** - modelo de causa para o problema de saúde associado ao não cumprimento de determinadas restrições durante ao período puerperal. "Eu acho que é uma doença, eu acho que é uma doença, é assim, é tipo que nem da minha mãe, é uma **dieta quebrada**, que nem a dieta foi quebrada também, que eu não tive dieta quando eu ganhava criança..." **(caso 8)**

* **ditando a cabeça** - expressão relativa a dor de cabeça, cefaléia. "... eu tava suando, aí eu com sede, tomava aquela água quente, aí depois tomava banho, chegava em casa **ditando a cabeça**, ô, me acuda, minha mãe..." **(Caso 5)**

* **doença de dor** - a paciente utiliza essa expressão para sintetizar todas as doenças do corpo que causam sensação dolorosa nas pessoas. Ela caracteriza esse tipo de doença como de grande severidade juntamente com as doenças mentais. "Eu acho que duas doença que é terrível, é as **doença de dor** e doença mental." **(Caso 3)**

* **doença do ano 2000** - Transtorno de pânico. "... ele me falou, aqui ó, o problema que você tem, tem muita gente, porque tem muita gente que vai lá, pede um conselho nele, da paróquia dele, que passa pelo mesmo problema, que diz que é uma **doença do ano 2000**, o pânico..." **(Caso 4)**

* **doença do demônio** - epilepsia. "Já me falaram na igreja que esse problema que eu tenho é a **doença do demônio** mas isso eu acho que é pessoa ignorante que fala." (JA, M, 19a, G40)

* **doença do tipo de vida** - expressão associada a doenças causadas por falta de higiene ou descuido com a limpeza em oposição a expressão **"doença mesmo"** referindo-se a doenças com causas intrínsecas ao organismo. "É **doença do tipo de vida**, falta de higiene, quando

não deixa as coisa limpa, pode pegar sinusite. E **doença mesmo**, que causa câncer." **(Caso 2)**

* **doença dos caroçozinho** - sarampo. O paciente associa a cura dessa doença a uma simpatia específica realizada com grãos de milho. "Sarampo é aquela **doença dos caroçozinho**... aí vai, compra o milho, come o milho, aí põe um bocado embaixo da cama e então não dá mais sarampo." **(Caso 5)**

* **doença tipo mongolóide** - um dos tipos de problema de saúde mental apresentado na classificação construída pela paciente. Os outros dois problemas seriam: **"loucura mesmo"** ou **"perturbação mental"** e **"doença dos nervos"**. "Tem a **loucura mesmo, perturbação mental**, tem a **doença dos nervos**, pessoa nervosa, aborrecida com alguma coisa e **doença tipo mongolóide**, a pessoa não sabe o que tá fazendo." **(caso 2)**

* **doença dos nervos**[1] - ver **doença tipo mongolóide**.

* **doença dos nervos**[2] - transtorno mental. Ver **doideira**. "...falar **doença dos nervos** é igual que falar doença da mente, **doideira**." (EIA, F, 39a, F41)

* **doenças normais** - doenças atendidas pelo clínico geral em oposição às doenças atendidas pelos psiquiatras. Observar o uso de termos como **paranóia** e **piração** como exemplos de transtornos mentais. "... o clínico geral já é mais da parte de **doenças normais**, o psiquiatra é **paranóia, piração**, falta de equilíbrio..." **(caso 9)**

* **doido** - louco. O "Dicionário de Gíria: Modismo Linguístico, o Equipamento falado do Brasileiro" (Serra e Gurgel, 1999) apresenta basicamente os seguintes sinônimos para o termo louco: doido, pirado, maluco e alucinado. "... tanto é que ele ficou lá uns trinta dias tratando nessa clínica, nesse hospital, internado mesmo, aí dizendo meu irmão que via dois, que era **doido** mesmo..." **(caso 7)**

* **doido de estudo** - designação de um tipo de loucura decorrente do excesso de atividades intelectuais. "Loucura é o cabra pensar, Ter muita leitura e então botar tudo na cabeça, não vai dar, né... que nem um leitor lá que botou tudo na cabeça, ficou **doido de estudo**." **(Caso 5)**

* **doideira** - transtorno mental. Ver **doença dos nervos**[2]. Esse termo também aparece num conto de João Guimarães Rosa (Rosa, 1988): "Nosso pai não voltou. Ele não tinha ido a nenhuma parte. Só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar, não sair mais. A estranheza dessa verdade deu para estarrecer de todo a gente. Aquilo que não havia, acontecia. Os parentes, vizinhos e conhecidos nossos, se reuniram, tomaram juntamente conselho. Nossa mãe, vergonhosa, se portou com muita cordura; por isso, todos pensaram de nosso pai a razão em que não queriam falar: **doideira**"

* **dormideira** - sonolência. "O problema dos remédio é essa **dormideira** que faz a gente ficar deitado o dia inteiro." (SAL, F, 41a, F33)

* **elétrico da cabeça** - eletroencefalograma. "Ah, tem dia que eu acho que isso é um problema grave porque já, né, os médico lá já pediram **elétrico da cabeça** e eu não pude fazer..." **(caso 8)**

* **eletrograma** - termo referente ao exame eletroencefalograma. "Tem hora que eu acho que é grave mas tem hora que eu penso, que eu fiz **eletrograma**, endoscopia, tudo normal, então não é tão grave." **(Caso 1)**

* **encolhendo** - termo utilizado pela paciente para qualificar uma vivência de sintomas correspondentes a depressão. "Acho que é uma tristeza forte, a pessoa vai **encolhendo**, **encolhendo**, quer se matar." **(Caso 3)**

* **enfrentamento**[1] - termo usado para descrever períodos de perturbação atribuídos a uma situação de enfrentamento espiritual com o demônio. Os termos **combate e provação** também são usados como sinônimos de **enfrentamento** neste sentido. "Nós crente é assim, nós passa os **enfrentamento**... **enfrentamento** espiritual... a gente vê as coisa, combate o adversário, passa perturbação... pode demorar dias isso." (CAR, M, 30a, F23)

* **enfrentamento**[2] - termo usado para descrever um comportamento específico de realização de orações associado a períodos de perturbação atribuídos ao demônio. "**Enfrentamento** é quando eu começo a rezar, mais ou menos duas horas quase, fico falando com Deus e com Nossa Senhora prá tirar a perturbação... não tem uma hora certa prá **fazer enfrentamento**, mais é a noite... eu sinto aquela coisa ruim na cabeça, essa hora que eu começo." **(Caso 2)**

* **enlouquecimento** - surto psicótico. Observar o uso da expressão **esquizofrenia controlada** denotando a incorporação de expressões da psiquiatria no modelo explicativo do paciente. "... no **enlouquecimento** a gente já vai direto no hospital, quer matar, quer bater, tem que segurar, tem que amarrar, né e a **esquizofrenia controlada** não, a gente já vai com calma, sabe explicar o problema, sabe se comunicar..." **(caso 9)**

* **epiléptico de bebida** - expressão utilizada para definir uma categoria de problema de saúde mental causada pela **"congestão da bebida"**. "Pode, o excesso de álcool no estômago pode... quase todo cara que bebe muita cachaça é epiléptico, dá uma **congestão da bebida**, eu conheço mil e um aqui em Campinas que é **epiléptico de bebida**..." **(caso 7)**

* **especial** - indivíduo com retardo mental. "A minha irmã, ela é **especial**, ela é mais bonita que as outra só que ela não entende os estudo." (DFP, F, 34a, F32)

* **espírito bebedor** - causa mágico-religiosa apresentada pelo paciente para explicar o alcoolismo. Ver também "espírito ruim da cachaça". "... eu acho que é **espírito bebedor**, por que o cara chega, às vezes já tá bebendo nem sabe, cai, se corta, eu acho que é o espírito, né, que tá bebendo, tá forçando ele beber." **(Caso 5)**

* **espírito ruim da cachaça** - uma das causas mágico-religiosas para o alcoolismo presente no modelo explicativo do paciente. Ver também "espírito bebedor". "... tem um espírito que chama Martim Pescador, é um tal de Martim Pescador que é um **espírito ruim da cachaça**,

é o beberrão, certo, é um espírito que quando ele desce na macumba tem cara que vira calote de cinco litro na boca e bebe tudo e sai andando normal, então quem tá bebendo não é ele, é o espírito." **(caso 7)**

* **esquentação da cabeça** - expressão utilizada para apresentar uma manifestação do problema de saúde mental e associada a uma causa ambiental (aumento de temperatura) como explicação para o problema. "Meu problema é o nervo, **esquentação da cabeça**." **(Caso 5)**

* **estar olhado** - estar sob efeito de um feitiço. "... ela fazia bastante isso ni mim, quando eu **tô olhado**, ela cura com raminho de mato, folhazinha de pinhão roxo, ela corta quatro folhazinha e cura assim benzendo." **(Caso 5)**

* **falar aprumado / falar embolado** - expressões usadas de forma a estabelecer uma oposição em relação às características do discurso de um paciente psicótico de acordo com a intensidade dos sintomas em cada momento. "Agora ele tá **falando mais aprumado**, comendo melhor mas tem hora que ele **fala mais embolado** ainda." (MJS, 49a, pai de MJS, M, 20 a, F20)

* **farinha** - cocaína usada de forma inalável. Ver **pedra**.

* **firmar a mente** – expressão associada aos efeitos curativos das medicações psiquiátricas. "No remédio, né, na parte psicológica, na parte mental, ajudando assim a gente **firmar a mente** de uma forma diferente, de cura, tranquilizar mais a gente por, assim, a respeito da doença." **(caso 9)**

* **foco na cabeça** - expressão associada a um modelo explicativo causal para a epilepsia. "Ela desmaiava muito... a primeira vez que ela fez isso ia fazer um ano... mas até os catorze ela desmaiva ainda... diz que é **foco na cabeça**..." (MLBS, 41a, mãe de MFS, F, 20a, G40)

* **fogueamento** - termo utilizado pela paciente para designar uma sensação de que a cabeça está "queimando". "A cabeça tá **fogueando** demais, fica aquele fogo, dá aquele fogueamento lá dentro, fica queimando mesmo." (TAS, F, 47a, F10)

* **fraca da cabeça** - expressão designadora de transtornos mentais graves, descritos por essa paciente como **loucura forte.** Ver **loucura forte**. "...não chegou a ser uma **loucura** assim, **forte**. Mas eu ia ficar louca, se não procurasse ajuda eu ia ficar louca... A loucura é quando a gente fica **fraca da cabeça**, faz coisa sem pensá, sai prá rua, essas coisa. Mas eu não cheguei a ficar **fraca da cabeça**..." (CAF, F, 41a, F32.1)

* **fraqueza no cérebro** - expressão usada para descrever a maneira como um de seus familiares entende o seu problema. O modelo explicativo de causa associado a esse suposto problema também é apresentado. "O noivo da minha filha acha que é **fraqueza no cérebro**, acha que é do meu marido judiar, meu marido que não me entende, ele fala: é, irmã, só a senhora prá guentar ele..." **(caso 8)**

* **hisdrofobia** - termo empregado para designar situações de abstinência do álcool. O termo **hisdrófobo** caracterizaria o indivíduo acometido por esse problema. "... aí quando pára de beber chama-se **hisdrofobia**, hisdrofobia é o cara que é **hisdrófobo**, é o cara que se ele num beber, aí ele fica delirando, aí dá o nome de hisdrofobia, o cara fica hisdrófobo..." **(caso 7)**

* **impregnar** - termo associado a descrição de efeitos adversos neurológicos (principalmente parkinsonianos) das medicações antipsicóticas. "... a cerveja ela ajuda atacar os meus olhos **impregnar**, tira o efeito do remédio também e eu acabo se ferrando, às vezes quer atacar a síndrome da esquizofrenia ni mim, aí eu pego saio avoado..." **(caso 9)**

* **infecção que sobe na cabeça** - modelo de causa apresentado por um familiar para explicar seu problema de saúde mental da paciente. "Ele falava que era infecção, que às vezes **infecção sobe na cabeça**, fui no médico tudo, ver se era." **(Caso 3)**

* **internamento** - internação hospitalar; nesse caso específico, em hospitais psiquiátricos. "... ele tem muito **internamento**, já." **(Caso 5)**

* **lançar** - vomitar. "Porque eu quando cheguei doente em casa fui logo **lançando**, a comida que eu fui almoçar não me servia que eu fui logo **lançando**, que a botei toda prá fora..." **(Caso 5)**

* **lerdeza** - retardo mental. Ver **pegar doença / pegar saúde**. "Quando a pessoa nasce com problema é que ela é lerda. Pessoa com **lerdeza** é meio mongolóide, não é mongolóide mas lembra um pouco. Tem gente que **pega doença** numa certa idade, mas essas pessoa já nasce com isso, e não tem cura prá elas" (TS, F, 39a, F20.0)

* **levar um traço** - ferimento cortante. "Bom, depende, às vezes o cara **leva um traço**, um canto que tá sangrando o que tudo, eu tenho condição de aplicar injeção, eu tenho condição de fazer curativo e tudo mais nele." **(caso 7)**

* **leve** - termo utilizado pela paciente para qualificar as fases maníacas através de sentimentos de leveza. "Quando eu passo nervoso eu fico assim parecendo que é **leve**, não páro em lugar nenhum." **(Caso 3)**

* **louco alucinado** - O paciente utiliza essa expressão como sinônimo de "louco impressionado". Ver "louco impressionado". "... o **louco alucinado** é aquele que sempre pensa em ganhar na loto e não pensa de outra coisa..." **(caso 7)**

* **louco agressor** - indivíduo acometido de loucura que apresenta agressividade. "... tem **louco que é agressor**..." **(caso 7)**

* **louco impressionado** - expressão utilizada para definir uma das principais categorias de loucura reconhecida pelo paciente. Observar o uso do termo **"impressão"** para descrever situações desencadeadoras desse tipo de loucura (por exemplo: **"impressão de riqueza"** e **"impressão de transtorno"**). Ver também "louco alucinado". "Loucura é o cara que não

tem cura, principalmente os **impressionados, impressionado** é a pessoa que, qualquer coisa faz o cara que tá fraco ficar **impressionado**, por exemplo, meu pai morre, eu fico com aquilo na cabeça, aquilo chama **impressão**, médico nenhum cura, uns ficam com **impressão** da loteria esportiva, Sílvio Santos tem **impressão de riqueza** e tem **impressão de transtorno**, a mulher ganha um menino no hospital e ele aí morre, a mulher fica **impressionada** e médico nenhum cura..." **(caso 7)**

* **louco varrido** - indivíduo com transtorno mental grave. A expressão **louco varrido** é uma das expressões que especificam a palavra louco no "Dicionário de Gíria: Modismo Linguístico, o Equipamento Falado do Brasileiro" (Serra e Gurgel, 1999). Outras expressões presentes neste dicionário são **louco de amarrar o poste, louco de pedra** e **louco virado**. "... tem o **louco varrido**, que é o louco que não tem noção de nada, quebra as coisa, fica gritando, não deixa nada no lugar." (CA, F, 50a, F25)

* **louco de comida** - categoria de loucura associada ao desencadeamento da epilepsia (**"louco epiléptico"**) e causada por problemas na digestão dos alimentos. A expressão louco da mente esquecida também é usada nesse sentido. "... **louco de comida** é o **louco epiléptico**, é o **louco da mente esquecida**, lógico, quase todo cara que tem problema de epilepsia o senhor dá uma caneta e fala: guarda aqui, passado minutos depois o senhor manda ele buscar aquela caneta e ele vai procurar em outro lugar, a comida afetou a mente, as que causam mais são as gordurosas..." **(caso 7)**

* **louco verdadeiro / desequilíbrio mental** - indivíduo com transtorno mental grave / expressão associada a um tipo de transtorno mental supostamente menos grave que o do **louco verdadeiro**. "A pessoa quando é **louco verdadeiro** rasga o dinheiro, não quer ir no médico... quando tem desilusão na vida ela não é louca mas pode ficar com **desequilíbrio mental**". (DMS, F, 39a, F32)

* **loucura de desastre** - expressão utilizada para definir uma categoria de loucura construída pelo paciente desencadeada por traumatismos crâneo-encefálicos. "... agora tem outros tipos de loucura, né, **loucura de desastre**, né, a pessoa toma um baque na cabeça e fica assim..." **(caso 7)**

* **loucura forte** - trantorno mental grave. Ver **fraca da cabeça**.

* **macumbaria** - termo designador de procedimentos de macumba. De acordo com a paciente, a **"macumbaria"** levaria a loucura mediada por um **"problema espiritual"**. Observar ainda a expressão **"visão espiritual"** referindo-se a capacidade de algumas pessoas reconhecerem a loucura associada a um **"problema espiritual"**. "... quando ela é por obra de **macumbaria** é **problema espiritual**, né, porque tem muitas pessoas loucas por **macumbaria**, o louco por **macumbaria** fica louco de repente mas não tem diferença, né, só de olhar não tem diferença, só quem tem **visão espiritual** pode saber." **(Caso 3)**

* **mal de parto** - expressão associada a uma causa explicativa relacionada a presença de complicações durante o parto. "O problema dele é **mal de parto**, doutor, ele sempre foi assim." (AMF, 57a, tia de JAJ, M, 23a, F71)

* **maluco** - louco, doido. Ver **doido**.

* **mancha no cérebro** - hipótese de causa para o problema associada a um trauma crâneo-encefálico."... eu acho que pode ser assim um tipo um problema no cérebro, né, assim, alguma **mancha no cérebro** porque uma vez quando eu tava passando roupa, eu era criança, caiu um pau na minha cabeça, meu pai mexia muito na casa, caiu um caibro na minha cabeça, eu sei que doeu bastante, eu chorei bastante..." **(caso 8)**

* **medaiada** - neologismo empregado por um paciente psicótico para referir-se ao conjunto do sentimento de medo fazendo parte do padrão de apresentação de seu problema. "... é muita coisa, as vozes, essa **medaiada** toda, mas o pior são as vozes." (OMP, M , 40a, F20.0)

* **médico de consulta** - médico que atende em ambulatórios. Expressão utilizada para designar uma oposição com os "médicos de internação". "**Médico de internação** foi mais. Eles não falavam muito, nunca explicavam nada, nunca deu solução... se bem que até hoje só um médico falou prá mim da minha doença. Um lá em Porto Velho, **médico de consulta**." **(Caso 3)**

* **médico de internação** - médicos que trabalham em hospitais psiquiátricos e que têm como uma de suas atribuições, a internação de pacientes. "De médico psiquiatra foi muito, mais de **médico de internação**, que sem eles eu também não tava aqui hoje." **(Caso 1)**

* **médico de louco** - psiquiatra. "... eu falo prás meninas assim, eu acho que eu tenho que passar por um **médico de louco** porque problema de mente, problema de cabeça, né..." **(caso 8)**

* **médico de tiróide** - médico endocrinologista. "O **médico da tiróide** só falou assim, tem que fazer exame de sangue, é o exame de sangue que consta se a pessoa tem tiróide ou se não tem." **(Caso 2)**

* **menino-fanta** - expressão pejorativa utilizada por alcoolistas em referência aos indivíduos que abandonam o consumo de bebidas alcoólicas. "Eles falam, **menino-fanta**, virou crente, é só a gente passar perto do bar que eles falam isso." (AP, M, 44a, F10)

* **mente cansada** - expressão utilizada para expressar um conjunto bastante abrangente de manifestações reconhecidas como problemas de saúde incluindo principalmente sintomas de ansiedade. Ver também **perder a mente** e **vista cansada.** "... não sei, eu acho que é **mente cansada**, né, preocupação demais na mente, eu penso que é isso." **(caso 8)**

* **mente fraca** - ver **tã-tã da cabeça**.

* **mente virando / mente girando** - alteração mental supostamente desencadeada pela situação definida como "dieta quebrada". Ver **dieta quebrada**. "... dizem que o povo antigo fala que **dieta quebrada** ela, a pessoa fica com a cabeça, com a **mente virando, girando**..." **(caso 8)**

* **mente se soltando** - expressão referente a uma possível explicação etiológica para fenômenos mentais experimentados durante o estado de coma. "Eu passei três dias em coma, não vi nada. Mas via um monte de criança tudo pequena, não sei se era a **mente que tava se soltando**." **(Caso 1)**

* **mescladinho** - termo que designa o uso simultâneo de maconha e crack de forma inalável. O termo **baseado** refere-se ao cigarro de maconha. Ver **pedra**. "**Mescladinho** é a maconha misturada com **pedra**. Cê pega a **pedra**, desmancha ela, desfarela junto com a maconha e enrola como **baseado**. Depois fuma normal. É melhor o **mescladinho** que você fuma um, dois e fica tranquilo... A **pedra** quanto mais tem, mais cê fuma." (AFS, M, 30a, F19)

* **miolo** - cérebro. O "Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa" contém a expressão **de miolo mole** para referir-se ao "indivíduo amalucado" (Ferreira, 1986). Ver **parafuso frouxo / parafuso solto**. "Deve ser alguma coisa que **desparafusa**. Eu penso que o **miolo** deve ficar fixo e alguma coisa que **desparafusa** faz afrouxar ele... o **miolo** fica balançando, sai fora do lugar... o remédio prende ele de novo, **parafusa**..." (JS, M, 43a, F31)

* **missa de cura** - missas estruturadas de forma a enfatizar a obtenção de cura ou melhora para problemas de saúde dos fiéis. "Não, só prá ir na **missa de cura**." **(Caso 2)**

* **mistura de ego** - hipótese explicativa bastante peculiar para seu problema associada a vivências de que "egos de outras pessoas" foram colocados e misturados através de algum mecanismo espiritual na sua mente. De acordo com esse paciente, o ego seria o conjunto de "vontades" dos indivíduos. Ver também **pirado**. "Acho que tem, o que tá diferente é que o meu cérebro tem, deve ter uma **mistura de ego**, um pouco de ego de uma pessoa misturado com ego de outras pessoa, isso me deixa **pirado**..." **(caso 9)**

* **modo clínico** - expressão utilizada para referir-se às características da atuação do médico no contexto clínico "... já o clínico não, quando chega já vai logo com aquele aparelho que nem eu tenho pavor daquilo lá, medir pressão, então ele tem a diferença nesse **modo clínico**..." **(caso 6)**

* **mongolóide** - um dos problemas mentais referido pela irmã do paciente. "... eu já vi pessoas que tem problema mental assim que fica assim, pessoas que é **mongolóide**, não tem uma mente normal quanto nós, né..." **(Caso 5)**

* **nervo abalado** - expressão associada a um modelo de causa explicativa para transtornos mentais, principalmente transtornos de ansiedade. "**Nervo abalado** é quando a pessoa toma um susto, fica com medo, tremendo do susto... aí daí uns dia começa a abalar os nervo" (RMF, M, 35a, F41)

* **nervo repuxar/contrair** - expressões associadas ao modelo explicativo de alterações físicas ocorridas no sistema nervoso em situações de abstinência do álcool. O paciente apresenta a expressão **"segura os nervo"** para designar a melhora dessas alterações em vigência da ingestão de álcool. Ele usa ainda o termo **"analgésico"** para caracterizar esse efeito de melhora. "Os **nervo repuxa**, fica travado as perna e os braço mas também tem a

falta de alimentação, o álcool em si próprio, ele **segura os nervo** no lugar, é **analgésico**, quando você pára, aí ataca tudo, os **nervo se contrai** até você perder o sentido." **(Caso 1)**

* **nervo sacudindo** - expressão associada a presença de sintomas ansiosos e somáticos incluindo períodos em que manifesta tremores de extremidades que são explicados numa associação direta com os "nervos sacudindo". **"...**eu peguei ela me traindo, aí ficou aquele rebuliço e me atacou os nervos, fiquei com os **nervos sacudindo**, porque antes de eu pegar ela eu era normal, não sentia nada, comecei desse dia prá frente o rebuliço na carne e no nervo." (FJS, M, 43a, F41)

* **nervo solto** - expressão associada a um modelo de causa explicativa para a epilepsia. "**Nervo solto** é tipo de dois fio, quando junta dois fio dá um choque e aí vem a convulsão. No meu caso foi problema de parto, se não tomar os remédio os nervo solta de novo." (MCT, M, 28a, G40)

* **nervoso**[1] - um dos termos utilizados na expressão do problema pela paciente ("... eu sinto assim um **nervoso**, tem vez que de manhã quando eu levanto eu já sinto nervosa assim, aí parece que dá palpitação no coração, parece que sobe um negócio na cabeça assim, aí começa já me dá **nervoso** e dá aquela irritação, aquele **nervoso**, vontade de sair e andar, vontade de chorar, nervosa assim...") e na composição do modelo de causa explicativa do problema reconhecido ("Eu acho que preocupação causou, o próprio **nervoso** foi causando, e eu lutando, lutando prá criar meus filho, né...") **(caso 8)**

* **nervoso**[2] – medo. "...o **nervoso** era tipo de um medo, eu ficava pensando quando meu genro ia chegar em casa, brigar com minha filha, ficava pensando, agora ele tá chegando, vai brigar com ela, as criança vão chorar, e ia me dando aquele nervoso, aquele medo." (ZO, F, 67a, F33)

* **nervoso**[2] - termo associado a uma categoria de transtorno mental. Ver **desmaio**. Ver **coisa de família**.

* **nóia** - indivíduo dependente de crack. "...lá eles fala que é **nóia**, aqueles cara que puxa fumo, fica no crack o dia inteiro." (SLF, M, 27a, F41)

* **obsessão**[1] - pensamento delirante. " ...ele foi pensando tanto nisso que ficou doente... uma idéia fixa na cabeça que os outro consegue as coisa e não deixa ele conseguir, que os outro fica prejudicando ele... uma **obsessão**, né doutor, a pessoa não pensa em mais nada, acaba doente desse jeito" (SMAN, 34a, irmã de GAN, M, 36a, F20.0)

* **obsessão**[2] - alucinações auditivas. "**Obsessão** é essas voiz, parece uma endemoniação, que as coisa que fala é só coisa ruim" (JCS, M, 21a, F20)

* **olho estrebuchar** - crise oculógira. "...sinto o **olho estrebuchar**, a pelota do olho repuxa e fica uma luzinha tremendo, querendo virar o olho prá cima" **(caso 9)**

* **palestras** - termo usado para resumir as conversas e orientações oferecidas pelos médicos psiquiatras durante as consultas. "Psiquiatra ajuda em **palestras**, uma palavra amiga, uma palavra de vitória, de firmeza. Dizer, olha, você consegue." **(Caso 1)**

* **parafuso frouxo / parafuso solto** - expressões associadas a um modelo explicativo de causa para transtornos mentais. Neste modelo, a gravidade do transtorno é diretamente relacionada com a progressão afrouxamento-soltura de "parafusos na cabeça" . "As pessoa de minha família tá tudo com os **parafuso frouxo**, sabe a cabeça assim, meio mexida... dá um nervoso, um apavoramento, afrouxa tudo na cabeça... mas isso não é doença de loucura, não... quando a pessoa é louca os **parafuso já soltaram**... Que nem minha tia, primeiro os parafuso foram ficando frouxo, depois quando soltou tudo ela foi internada na Tamarineira, um hospital de louco que tinha lá em Recife." (MAS, F, 40a, F41)

* **paranóia**[1] **/ piração** - termos usados como exemplos de transtornos mentais. Ver **doenças normais. (caso 9)**

* **paranóia**[2] - termo utilizado com um significado diverso do comumente encontrado na psiquiatria. Aqui ele se aproxima da idéia de uma preocupação excessiva ou um pensamento fixo e repetitivo sobre determinado assunto. Notar a separação do termo valorizando o verbo "parar" de acordo com o significado construído. "**Paranóia** é quando as pessoas ficam parada naquele assunto, naquele problema, pára, né, páranóia." (AFC, M, 39a, F25)

* **pedra** - designa a cocaína na forma de crack. A cocaína inalável é chamada de **farinha**, **bright** ou de forma bastante particular no bairro onde se conduziu a pesquisa, **Renata**. O mesmo paciente relatou ainda que a **pedra** de qualidade ruim é chamada na região de **borracha**. Ver **farinha**. "O pessoal do bairro antigamente falava: tem uma **Renata**, aí. Hoje é **farinha, bright**... mas o que mais tem é **pedra**, senhor não faz idéia quanto" (MGC, M, 24a, F19)

* **pegar doença / pegar saúde** - adoecer / melhorar de determinada doença. Ver **lerdeza**. Ver **recaída de dieta**.

* **perder a mente**[1] - expressão associada a uma suposta alteração no funcionamento da mente em decorrência da abstinência alcoólica. Observar que o paciente diferencia essa condição da loucura. "... quando o cara se torna hisdrófobo, ele **perde um pouco da mente**, diminui o funcionamento da mente, o que acontece é que a pessoa fica falando coisa com coisa o que não tá acontecendo mas ele não é louco..." **(caso 7)**

* **perder a mente**[2] - condição heterogênea de alterações mentais associadas a evolução desfavorável do problema reconhecido como mente cansada. Ver **mente cansada**. "... tem hora que eu penso que não vou melhorar, vou piorar porque na minha família já é quatro que aconteceu isso, né, foi cada vez pior, foi pior, **perdeu a mente**..." **(caso 8)**

* **perder o sentido** - alteração associada ao sintoma conhecido em psicopatologia como "roubo do pensamento". Ver **desalienado**. "O que mais incomodou eu foi **perder o sentido**, se não acontecesse isso comigo acho que eu tava trabalhando..." **(caso 9)**

* **perder o sentimento** - vivência de incapacidade em sentir emoções, alteração psicopatológica definida como sentimento de falta de sentimento (Paim, 1991). Ver **problema no oco da cabeça**.

* **perreiamento** - irritação. "De família foi o **perreiamento**. Eles perreiam porque eles bebem, não me deixam conseguir dormir, lá num tava melhor, por isso que eu vim prá'qui..." **(Caso 5)**

* **perturbação na cabeça** - transtorno mental menos grave numa comparação com a "loucura". "...tem loucura de todo jeito, doutor, nossa, como tem. Tem gente que provoca loucura, usa droga, tem gente que finge que é louco, outros nasce louco... Ele é perturbado, não é louco porque toma remédio e fica calmo, mas tem **perturbação na cabeça**" (ORS, 70a, avó de JRS, M, 30a, F20.0)

* **pessoa endemoniada** - expressão associada a um modelo de causa explicativa para transtorno mental. O Evangelho de Mateus relata curas de "pessoas endemoniadas" em 8:16-17 e 8:28-34. (Bíblia Sagrada, 1957) "...porque tem **pessoa endemoniada** que parece louco, tá na Bíblia isso... a pessoa não ficava no meio de gente, corrente não segurava, ninguém segurava ela... de tanto fazer arruaça acabou no meio do deserto... depois ela foi libertada." (GSP, M, 65a, F40)

* **pinguço** - referente ao inivíduo embriagado. "A pessoa fica **pinguço**, faz uma coisa não vê, xinga o senhor, no outro dia não sabe, dessa maneira a pessoa fica louco, certo, fica um cara são assim fisicamente mas a cuca não funciona." **(caso 7)**

* **pirado** - louco. O "Dicionário de Gíria: Modismo Linguístico, o Equipamento falado do Brasileiro" (Serra e Gurgel, 1999) apresenta basicamente os seguintes sinônimos para o termo louco: doido, pirado, maluco e alucinado. "Depressão é um cara que fica aí, pensa uma coisa, pensa outra, pensa outra, porque eu ouvi que nossa mente pensa mais de seis milhões de coisas por dia, se pensa muito mais que já é tanto costuma dar depressão, se pensa mais e mais ainda costuma ficar **pirado**, ficar louco." **(caso 7)**

* **pirado da cabeça** - transtorno mental grave. Ver **tã-tã**.

* **pirar** - termo usado no sentido de enlouquecer. Ver **problema psicológico**. "... o problema psicológico depende da pessoa ele pode chegar longe, pode chegar a **pirar**, né, depende do grau do problema psicológico a pessoa pode chegar a **pirar**." **(Caso 4)**

* **possessão demoníaca** - expressão associada a um modelo de causa explicativa para transtornos mentais, neste caso atribuída ao paciente por um pastor evangélico. Uma discussão sobre aspectos históricos da associação entre loucura e possessão demoníaca pode ser encontrada no livro "A Loucura e as Épocas" (Pessoti, 1994). "... pros médico é doença mental, pro pastor é **possessão demoníaca**... agora eu não sei, acho que é doença... quando é o demônio a pessoa cai no chão, dá risada, quer bater no pastor... mas ela nunca fez isso não." (JAC, 52a, mãe de PAC, F, 30a, F20)

* **problema de bebedeira** - alcoolismo. Essa expressão é referida como um dos problemas gerais de saúde causados por fatores mágicos referidos pelo paciente. Ver **"problema de não obrar" (Caso 5)**

* **problema de nascência** - expressão associada a transtornos mentais de etiologia genética. "... pessoa que fala sozinha, fica falando besteira, é **problema de nascência**, o cérebro que nasceu fraco..." (JSB, M 47a, F41)

* **problema de não obrar** - um dos problemas gerais de saúde (referente a constipação instestinal) causados por fatores mágicos referidos pelo paciente. Observar também **"problema de bebedeira"**. "... **problema de bebedeira, problema de não obrar**, pessoa bota vela, cigarro, até cachaça eles botam na encruzilhada, aí pronto, espírito mal, quem passar por lá pega, né..." **(Caso 5)**

* **problema de nervo**[1] - expressão utilizada pelo paciente para denominar seu problema de saúde mental. O diagnóstico psiquiátrico correspondente aos sintomas apresentados nesse caso foi Esquizofrenia Paranóide (CID-10, 1993). "É **problema de nervo**, o nome é isso, **problema de nervo" (Caso 5)**

* **problema de nervo**[2] - expressão utilizada para definir uma condição de nervoso e nesse caso específico, apresentada por clínicos para explicar seus sintomas. Ver **nervoso**. "Não sei, eu acho que é **problema de nervo**, né, possivelmente, que os médico lá falaram, que problema assim, dois médico que eu fiz consulta lá falaram que era **problema de nervo** que tava prejudicando a mente..." **(caso 8)**

* **problema de nervos** - expressão usada pelo paciente para apresentar seu problema de saúde mental. Observar também o uso da palavra depressão nesse sentido. O problema reconhecido pelo paciente corresponde ao diagnóstico psiquiátrico de Transtorno de pânico (CID-10, 1993). "É **problema de nervos**, depressão, porque eu não acredito que é bebida, não, isso foi superado..." **(Caso 4)**

* **problema espiritual**[1] - expressão utilizada pela paciente para apresentar um conjunto de manifestações de causa mágico-religiosa percebidas como um problema de saúde. "É **problema espiritual**, que às vezes vem pensamento ruim, muito medo, parece que as pessoas falam de mim, tenho medo de ficar em casa." **(Caso 2)**

* **problema espiritual**[2] - modelo de causa mágico-religiosa apresentado pelos familiares do paciente e associado a influência de um "espírito ruim" no indivíduo acometido. "Minha mãe acha que ele tem problema de espírito ruim mesmo, **problema espiritual**, só que ele não era assim de pequeno, ele era um menino normal..." **(Caso 5)**

* **problema espiritual / problema material** - Expressões associadas a modelos de causa explicativa para transtornos mentais. "Eu acho que muita doença, muita loucura, convulsão, principalmente quando baba é **problema espiritual**, não é **problema material**... prá saber que tipo é tem que ir na igreja... se cair, ficar repuxando, entortar o corpo lá... é espiritual" (FADS, M, 35a, F10)

* **problemas espirituais** - problemas associados a situação descrita como desiquilíbrio de mediunidade. Ver **desequilíbrio de mediunidade**. "... eu acredito um pouco em **problemas espirituais**, é uma coisa assim, sabe, a gente aprende assim que, ai, é uma frase que eu uso tanto, que nem todo desequilibrado emocionalmente é um médium, né, mas todo médium assim que não estuda a doutrina, assim, tipo, de aprender a manejar com a mediunidade dele é um desequilibrado..." **(caso 10)**

* **problema psicológico** - expressão utilizada pelo paciente para apresentar seu problema de saúde mental. Observar também o uso das palavras depressão e ansiedade nesse sentido. O diagnóstico psiquiátrico correspondente a seus sintomas é Transtorno de pânico (CID-10, 1993). "... é **problema psicológico**, né, depressão, ansiedade." **(Caso 4)**

* **problema de vista** - expressão usada para definir uma situação de diminuição de acuidade visual reconhecida como um problema. "Tenho sim, tenho **problema de vista**, né, enxergo muito pouco, acho que por causa de solupan demais que nós usa, né..." **(caso 7)**

* **problema no oco da cabeça** - expressão associada aos transtornos mentais, nesse caso, sem outras especificações. Ver **perder o sentimento**. "É esse **problema no oco da cabeça**, faz eu **perder o sentimento**, ficá assim meio esquecido, não aprendo nada, mas trabalhá eu trabalho." (JNB, M, 25a, F20)

* **problema no cérebro** - alteração cerebral associada aos transtornos mentais. "...quando a gente fala louco é que alguma coisa não funciona na cabeça, tem algum **problema no cérebro**, a pessoa não consegue raciocinar, não faz as coisa direito... Se você dá um cesto de jacá e pede prá pessoa ir buscar água, se for louco ele vai, se não for ele não vai, dá risada d'ocê, pode ser uma peneira também." (SIO, M, 42a, G40)

* **puxar na mente** - expressão associada a um aspecto do modelo explicativo causal da mãe do paciente segundo o qual o fato de um indivíduo epiléptico recordar-se de episódios convulsivos poderia fazer com que ele voltasse a ter convulsões. "Ela sempre fala: não fica lembrando que faz voltar esse negócio aí, **puxa na mente**, né." (FPJ, M, 25a, G40)

* **queda de nervo** - expressão empregada de forma bastante particular pelo paciente para definir uma situação clínica associada a sintomas de ansiedade decorrentes da preocupação com o retorno da doença. O fato de ter medicações em sua casa preveniria o desnvolvimento desse quadro. "Que eu posso ter **queda de nervo**, que é a pessoa quando tá sozinha, falta medicação prá ela, ela fica pensando, e se a doença voltar, fica pensando tanto que começa ficar nervosa, a cabeça toda dói." **(Caso 1)**

* **quentura na cabeça** - fator associado à ansiedade e inquietação psicomotora. Ver **miolo**. "**Quentura na cabeça** é quando esquenta tudo na cabeça, parece que o **miolo** vai sair prá fora...dá vontade de gritar, lugar nenhum tá bom, não dá prá ficar sentado, deitado...dá vontade de sair de casa, ficá só andando...por isso que eu andava muito prá rua" (TS, F, 39a, F20.0)

* **recaída de dieta** - expressão associada a transtorno mental no período do puerpério. Ver **pegar doença / pegar saúde**. "Fiquei ruim porque tomei chuva, andei descalça, comi coisa

assim, carne de porco, gelado, essas coisa que não pode comer. Meu marido disse que foi **recaída de dieta...** tinha sessenta dia de nascido meu filho. Depois, graças a Deus eu **peguei saúde.**" (LCS, F, 54a, F33.1)

* **regeneração** - termo utilizado pelo paciente para designar um processo de mudança de comportamento que inclui a abstinência de substâncias químicas como maconha e cocaína. "... a **regeneração** é, é que eu era, eu era malandro mesmo, fumava maconha, cheirava cocaína, andava armado, andava prá zona, prá tudo quanto é lugar, a **regeneração** era, qual a palavra, é o arrependimento das maldade..." **(caso 9)**

* **remedeira** - grande quantidade de remédios. "Essa semana que eu comecei com essa **remedeira** toda, diazepam a noite e os outro tudo que eu tomo também." (OLL, F, 57a, F41)

* **remédio acostuma / organismo acostuma** - expressões associadas a idéia de que o remédio tem sua eficácia diminuída com o passar do tempo. "... só que às vezes o **remédio acostuma** também no organismo e quando ele fica doente, ele mesmo percebe e ele fala que não tá bem, ele fala, ah, parece que esse remédio não tá servindo mais... às vezes eu acho que mesmo tomando os remédio o **organismo** dele **acostuma**, eu não sei se o remédio fica fraco porque às vezes vai tomando os mesmo remédio e depois precisa internar..." **(Caso 5)**

* **remédio de faixa preta** - medicações psiquiátricas (benzodiazepínicos) controladas com receituário especial para sua compra nas farmácias. "Lá, o diazepam, esse tipo de **remédio de faixa preta** são vendidos sem receita, não tem problema, entendeu..." **(Caso 4)**

* **rezo em cima** - referência a realização de rezas no momento de ingerir medicações visando a atuação do demônio sobre os remédios. Ver **apresentação dos remédios**. "Eu acho que talvez a tentação queria influir no remédio, eu **rezo em cima** para não complicar o remédio." **(Caso 2)**

* **sentimento ilhado** - expressão utilizada por um paciente psicótico para referir-se a uma situação onde ele não conseguiria externalizar seus sentimentos. "Eu tô com **sentimento ilhado**... é quando fica preso assim, o sentimento não sai do peito." (BMP, M, 48a, F20)

* **separar os nervos** - uma das possíveis alterações físicas cerebrais decorrentes de seu problema de saúde. Nesse caso, a idéia de **"separação dos nervos"** é utilizada para explicar a atuação dos remédios e principalmente o poder de sua fé. "... se a minha fé tiver agindo em cada momento ela faz mais que os remédio, ela sozinha **separa os nervos**, do contrário é só remédio mesmo..." **(caso 6)**

* **simpatia de cortar** - expressão descritiva de uma forma de simpatia utilizada para um problema de saúde da filha da paciente. "... é a **simpatia de cortar**, ela tava com uma íngua e fazer um risco assim no pé no chão depois ficar cortando e falando umas palavra que eu nem lembro mais como que era..." **(caso 6)**

* **sistema nervoso** - expressão utilizada com certa frequência como equivalente ao sintoma de ansiedade. Em alguns casos, é também possível uma interpretação de que a pessoa

passaria a ter uma alteração física no seu corpo correspondente a "formação do sistema nervoso" no período de início dos sintomas. "O problema é que eu tenho **sistema nervoso**, doutor, que eu não tinha, depois meus filho foi ficando adolescente, ficava dando trabalho, não queria estudar mais, o marido que arrumou outra mulher, foi embora de casa, agora graças a Deus tem uma filha que está casada, o senhor sabe que os problema vem de contenda em casa, essas coisa." (MBL, F, 49a, F41)

* **sonharia** - termo utilizado como substantivo para descrever uma situação onde a pessoa tem muitos sonhos, especificamente no caso desse paciente uma situação onde esses sonhos têm conteúdos ruins e se repetem várias vezes ao longo da noite. Notar também a expressão "brigueiro danado" referindo-se ao conteúdo dos sonhos. "Uma **sonharia** terrível, um brigueiro danado, a gente assusta, perde o sono, aí torna a sonhar e assusta de novo." (AS, M, 60a, F20)

* **stress nervoso** - expressão utilizada por médicos que atenderam a paciente para explicar a natureza de seu problema de saúde mental. Observar a hesitação da paciente em relação aos diversos termos supostamente apresentados. "Bom, os médico lá diz que é stress, é nervoso, é **stress nervoso** e depressão..." **(caso 8)**

* **subiu prá cabeça** - expressão associada a uma das causas explicativas do problema apresentada pelo paciente "Alterou o juízo, esquentou, e com banho, com pimenta velha, essas coisa **subiu prá cabeça**, tudo isso ofendeu, né." **(Caso 5)**

* **sugestão** - termo usado para caracterizar o método de ajuda entre os participantes do grupo "Alcoólicos Anônimos. "... eu acho que é bom, é por **sugestão**, imagina, tem duas ou três pessoas ali, um pensa uma coisa, outra pensa outra, resumindo, um ajuda o outro e chega numa coisa só..." **(caso 7)**

* **suspensão do sangue** - fator associado a piora de sintomas psicóticos. "...foi quando tive **suspensão do sangue**, fiquei tão nervoso que o sangue subiu prá cabeça, tudo d'uma vez, parecia que tava fervendo. Aí veio coisa ruim, vulto, alucinação, precisou muito remédio prá fazer o sangue descer" (CAM, M, 29a, F20.0)

* **susto nervoso** - expressão utilizada por médicos para explicar à paciente a causa do problema de sua mãe. "... diz os médicos lá que é porque é **susto nervoso**, meu pai judiava muito dela e nunca foi tratar..." **(caso 8)**

* **tã-tã** - designa o indivíduo acometido por loucura. Ver **pirado da cabeça**. "Fica melhor falar **tã-tã** do que louco... porque falar louco é muito triste, é a palavra mais triste do mundo. A pessoa sem raciocínio, o dia inteiro falando abrobrinha, sem juízo, sem nada. Mas é tudo a mesma coisa doutor, **tã-tã**, louco, **pirado da cabeça**, é tudo muito triste." (DCS, 46a, mãe de ECS, M, 31a, F20)

* **tã-tã da cabeça** - expressão associada por esse paciente a uma situação de retardo mental. Observar que a expressão **mente fraca** também é utilizada nesse sentido. Ver **tã-tã**. "... o meu tio tinha **mente fraca**, desde quando eu conheço o meu tio ele já era assim meio **tã-tã da cabeça** que nem casou..." **(caso 8)**

* **tomar choque** - expressão utilizada para referir-se ao tratamento denominado eletroconvulsoterapia (ECT). De acordo com a irmã do paciente, esse tipo de tratamento tinha a função de **"relaxar o nervo"** afetado pelo problema de saúde mental. "Afetou o nervo porque algumas vezes que ele foi internado ele precisava **tomar aquele choque**, né, e dava prá **relaxar o nervo**, ele precisou **tomar aquele choque** lá..." (Caso 5)

* **travessura** - termo usado em referência a episódios de mania. "Já tive as duas coisa, caí na tristeza e na **travessura**... Na **travessura** a pessoa acha tudo fácil, tudo é alegria, fica dançando, falando alto, sai andando sem rumo... eu já cheguei a subir em árvore que nem macaco, pular em piscina de freguês..." (JS, M, 43a, F31)

* **tremeção** - termo usado por este paciente para referir-se aos efeitos extrapiramidais das drogas antipsicóticas. "O problema do remédio é essa **tremeção** que não passa" (LSR, M, 40a, F25)

* **tristeza** - o termo tristeza é usado pela paciente para designar um período sintomático onde ela apresentava-se com evidentes sintomas de uma síndrome depressiva. Dessa forma, o termo que em psiquiatria designa um dos principais sintomas da síndrome depressiva é ampliado e passa a ter o significado da própria síndrome. Assim, a paciente não "sente" ou não "tem" a tristeza mas "na tristeza" ela apresenta alguns sintomas como desânimo, lentificação psicomotora e hipersonia. Notar em relação a esse último sintoma a expressão "eu ficava quase dormindo" que transmite a idéia de uma situação de prolongamento do sono além de fadiga e cansaço crônico. " Na **tristeza** eu ficava quase dormindo, não tinha disposição prá fazer nada. Às vezes devia serviço mas não tinha coragem de fazer, ficava só sentindo peso no corpo. Aí era não querer mais tomar banho, ficá sem comer, tudo pior." **(Caso 3)**

* **vacilar** - termo empregado para referir-se a uma diminuição da fé ou um afastamento da igreja. Esse fator é associado a uma maior vulnerabilidade para problemas mentais. "... pode ser de uma enfermidade, conforme eu falei pro senhor aquela parte da pessoa **vacilar**, né." **(caso 8)**

* **valente** - agressivo. "... depois de três dias não tinha condição de ficar com ele em casa, ele era **valente**, brigava com os outro, quebrava as coisa, saía prá rua, xingava quem ele encontrava na rua..." **(Caso 5)**

* **veia entupida** - explicação para os sintomas relacionada a uma alteração física no cérebro. Observar ainda a expressão **"queimou uma parte do cérebro"** como uma possível alteração adicional nesse sentido e a expressão **"sangue preso"** como a consequência dessa situação de obstrução da veia. Ver também **veia muchando / veia secando**. "Alterou alguma coisa, alguma **veia entupida**, acho que **queimou uma parte do cérebro**, o pensamento sai prá fora... Acho que ele vai na **veia entupida** e solta o **sangue preso**, faz mente lembrar as coisa, eu me sinto bem mas depois volta tudo." **(Caso 2)**

* **veia muchando / veia secando** - hipóteses de alterações anatômicas cerebrais propostas pela paciente como fatores causais de seu problema. Observar a idéia de um efeito dessas

alterações sobre a circulação sanguínea semelhante ao apresentado em **veia entupida**. "Olha, a minha idéia, eu acho, tem hora que eu penso que é uma **veia que tá secando**, que é de família, né, **muchando** assim, é, **muchando**, que o sangue não tá circulando..." **(caso 8)**

* **verme na cabeça / lombriga de porco** - expressões usadas para referir-se à neurocisticercose humana. Essa doença infecciosa é aventada como hipótese causal para o problema por pessoas conhecidas da paciente incluindo um pastor de sua igreja. "... já me falaram que pode ser **verme na cabeça** que eu tenho mas, **lombriga de porco**, né, mas eu não sei não." **(caso 8)**

* **vida certa** - expressão utilizada pelo paciente para referir-se às mudanças necessárias em seu comportamento para que ele permaneça abstinente do álcool. "Mais importante agora é ir na igreja, ficar com a **vida certa**, longe do álcool" **(Caso 1)**

* **vista cansada** - expressão utilizada para explicar um suposto problema oftalmológico. Observar a relação da expressão com o problema reconhecido como **mente cansada**. Ver **mente cansada**. "Não, eu não guento ler porque as minha vista dói demais, tem **vista cansada**, né, que nem a mente, né, eu não sei se tem a ver a vista com a mente..." **(caso 8)**

* **zonzo da cabeça** - ver **agonia**[2] **(Caso 5)**

* **zonzura na cabeça** - sensação de mal estar associada a sintomas ansiosos e lugares movimentados. Observar ainda nesse contexto a expressão **"cabeça ruim"**. "... vem uma **zonzura na cabeça**, zonzura que eu fico com a **cabeça ruim**, não guento ficar nesses lugar assim, muito movimento." **(caso 8)**

* **zoró** - termo usado para referir-se ao indivíduo com transtorno mental grave, neste caso associado a um padrão axplicativo para a causa do problema. No livro "Assim Falava Lampião: 2500 palavras e expressões nordestinas" (Navarro, 1998) podemos encontrar a palavra zoró e vários outros termos e expressões utilizadas na região nordeste do Brasil com o sentido de "doido" (alvoroçado, desmanivado, lascado, lili, liliu, perder a bola, pirulitar, tereré do juízo, tereré do quengo, **zoró**, zoropitó, zuruó). "... é doença, doutor, ele cheirou tanta droga que ficou **zoró**, não trabalha, não faz mais nada." (JCS, 29a, irmão de PCS, M, 25a, F20.0 / F14.1)

* **zuada** - barulho, agitação. A paciente descreve uma situação de piora dos sintomas ansiosos associada a reuniões de seus familiares. "... lá em casa, quando eu vivia lá em casa, eu ficava lá com aquele monte de gente lá assim, sabe, aí eu ficava nervosa, eu ficava tanto até que eu saía, entendeu, aí juntava as menina casada, genro, aí ficava aquela **zuada**, fazia almoço, aquele barulhão, eu ficava agitada tudo por dentro..." **(caso 8)**

Anexo II: Transcrição das Entrevistas de Formulação Cultural dos Casos (Casos 1 a 10)

ENTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL (Caso 1)

I- Identidade Sócio-Cultural

João, sexo masculino, mulato, 35 anos, natural de Marabá-PA, morou na infância e até os 15 anos de idade na cidade de Imperatriz-MA tendo então se mudado para a região do garimpo de Serra Pelada onde trabalhou até os 22 anos. Com esta idade morou durante alguns meses na cidade de Belém-PA, vindo depois para São Paulo-SP e desde os 29 anos está morando em Campinas-SP. É solteiro, viveu dos 17 aos 21 anos com uma companheira na época em que vivia no garimpo. Esta sua companheira era uma prostituta que passou a morar com ele numa habitação muito simples na vila de Curionópolis, próxima ao garimpo; tiveram um filho que faleceu com cinco meses. Seus pais são separados há 11 anos, a mãe mora em Curionópolis com um padrasto. Tem 5 irmãos vivos, dos quais 3 moram em São Paulo-SP. Mora numa casa de quatro cômodos localizada na Vila Francisca (ocupação) com o pai, um irmão e uma irmã. A casa tem estrutura básica completa porém o local ainda não tem asfalto. Ele e a irmã dormem na sala enquanto o pai e o irmão dormem no quarto. Um banheiro e a cozinha completam a moradia. Cursou até a sétima série do primeiro grau antes de mudar-se para o garimpo. Sua situação de trabalho nos últimos anos é realizar pequenos "bicos" ocasionais como pedreiro e "cafezeiro" (trabalho como ambulante vendendo café na entrada de indústrias da região). Depois dos sete anos em que trabalhou no garimpo chegou a trabalhar como segurança e depois como soldador na cidade de São Paulo-SP. Apresenta renda familiar de cerca de 350 reais considerando-se a aposentadoria do pai e o trabalho da irmã, cotidiano (M-serviço de casa, T-procura trabalho, N-igreja), há um ano freqüenta a igreja pentecostal Chama Divina, vai ao culto ao menos quatro vezes por semana, tem o hábito de ler a bíblia diariamente no período da noite, anteriormente fez parte de outras igrejas evangélicas, até os 22 anos freqüentou na região do garimpo a igreja Ministério de Jesus, depois que veio para São Paulo freqüentou a igreja Assembléia de Deus onde durante um período exerceu a função de obreiro. Situação específica de moradia na região do garimpo dos 15 aos 22 anos.

II- Apresentação do Problema

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema?
"Meu problema é o alcoolismo... o que me afeta é dor de cabeça, falta de apetite, depois vem briga, falta de higiene, um pouco, e sentir mal quando pára de beber."

18. Você saberia dar um nome a esse problema?
"Alcoolismo."

19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema?
"Quando eu páro de beber, eu começo a cair, passar mal, desmaio, preciso ir no hospital ser medicado."

20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento?
"Não sei."

21. Como você avalia a gravidade de seu problema?
"Tem hora que eu acho que é grave, mas tem hora que eu penso, que eu fiz eletrograma, endoscopia, tudo normal, então não é tão grave. A hora que é grave é quando eu páro de beber."

22. Como você acha que seu problema vai evoluir?
"Depende de opinião, de como seguir na vida prá saber como vai ser; fazer tratamento, parar mesmo de uma vez, isso vai me trazer resultado. Em Belém eu passei 6 meses sem beber, pesava 68 quilos, forte, só tomava um diazepam à noite, era bom demais."

23. Como esse problema atrapalha sua vida?

"Atrapalha minha vida no trabalho, eu já levei vida boa, trabalhando certinho, mesmo depois que eu saí do garimpo; como soldador também me atrapalhou, fui expulso, depois segurança, fui expulso também, isso em São Paulo. Familiar também atrapalhou, atrapalhou muito, andei envolvido em briga, cheguei a levar facada, tava bêbado."

24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema?
"Eu me sinto diferente, na saúde, o cara corre, trabalha, faz tudo, eu não vejo nada nos outro; em mim eu vejo uma pessoa fraca, não consigo fazer as coisa. Por outro lado, espiritualmente eu melhorei muito. Eu só vivia brigando, briguei até com policial, depois apanhei algemado."

25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Porquê?
"Principalmente a família, muitas vezes eu dormi fora, eles falavam: hoje você não entra; fui dormir na represa de Guarapiranga... Por falta de confiança, quando eu parava de beber, voltava de novo na religião, meus irmão pegaram confiança, meu cunhado, meu pai, até a mãe telefonou, perguntou se eu tô bem."

26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?
"Tenho gastrite."

III- Causas do Problema

27. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema?
"O problema do meu alcoolismo foi as briga no garimpo, a cachaça é que me apaziguava, fazia esquecer, porque tinha muita briga, tinha que apaziguar, depois divertir."

Entre as opções listadas no cartão 1:
28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?
"Uns bebe por prazer, porque quer, outros por desgosto, problema familiar, no meu caso o mais foi briga, vida ruim. Agora eu também acho que é doença, das grande. Quando eu páro de beber dá alteração, começa a formigar os nervo até eu desmaiar. Os nervo repuxa, fica travado as perna e os braço mas também tem a falta de alimentação, o álcool em si próprio, ele segura os nervo no lugar, é analgésico, quando você pára, aí ataca tudo, os nervo se contrai até depois você perder o sentido."

29. Qual delas você considera como a principal causa?
"É mais do tipo de vida."

30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema?
"Eu acho que foi a mudança de cidade, praticamente eu fugi de casa. Meu pai trabalhava no garimpo e eu tive vontade de ir lá, trabalhar, ganhar dinheiro. Aí depois foi também influência dos companheiro, fazia churrasco, bebia, fumava, tudo. Naquela época não tinha outra diversão, não tinha mulher, nem bebida. A gente começou a tomar álcool feito caipirinha, um litro de álcool para 13 litro de água. Pegava álcool no posto médico, açúcar, limão e desce. Tomava biotônico também, e fica bêbado mesmo."

31. Qual é a opinião de sua família e de seus conhecidos sobre as causas de seu problema?
"A opinião deles são diversa, minha mãe tem uma opinião, acha que é encosto, que eu ficava conversando sozinho, via imagem, aí ela começou a pagar a Dona Raimunda. Teve época que eu achava um pouco isso também, ficava muito abalado, via coisa, ia no macumbeiro. Meus irmão fala: você bebe porque é sem vergonha, que isso é sem-vergonhice. Minha irmã fala assim que eu sou doente, falou pro pai: ele é doente, não é porque ele quer beber. Minha mãe também, mas os outro irmão acha o contrário, que eu bebo porque eu quero."

32. Você acha que há alguma causa relacionada com a piora de seu problema?
"Ficar no bar, ter vida ruim, não tomar os remédio."

33. Você acha que há alguma alteração em seu cérebro?
"Não sei, acho que é aquilo do nervo."

IV- Situações de Ajuda

34. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde?
"Quando eu não tô bom eu costumo procurar minha irmã, meu pai, eu falo sempre com eles primeiro... eles trazem no médico."

Entre as opções listadas no cartão 2:
*** 35. Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema?**
- **familiares:** "Eu já procurei família, que é quem dá atenção prá mim, procura comprar alguma coisa, Anador, remédio prá dor de barriga, gripe. Quando eu tô muito ruim de bebida eles trazem no posto prá tomar soro. Minha irmã também faz macarrão, ferve um ovo, fica dando comida até me recuperar... Lá em Belém foi meu tio, me ajudou muito."
- **amigos, conhecidos:** "Às vezes procuro conselho, mas antes era mais, que eu não tenho muito amigo aqui."
- **remédios caseiros (chás, ervas, etc.):** "Não."
- **livros de auto-ajuda:** "Também não."
- **simpatias:** "De simpatia era tomar remédio dia de sexta-feira tal hora, deixa no sereno a noite toda, bebia às seis horas da manhã, tomava em jejum, só lá prás oito é que podia tomar café... quem fazia era minha mãe e quem ensinava prá ela era benzedor, mas nunca resolveu."
- **atividades adivinhatórias (cartomantes, búzios, etc.):** "Não."
- **orações:** "Oração de pastor, pessoas evangélicas. Prá mim, biblicamente, só tem uma, o pai-nosso. É uma confiança que ajuda a melhorar o alcoolismo."
- **promessas:** "Eu já fiz várias promessa, se eu parar de beber vou voltar prá igreja, isso, aquilo, mas eu não cumpri, que quando eu fazia eu tava no abismo e não conseguia cumprir.
- **benzedor, rezadeira:** "No começo, eu passei muito nisso aí, Dona Raimunda, Seu Joaquim, Seu Joaquim era macumbeiro, pai-de-santo mesmo, só falava no nome do diabo, eu ficava sentado, era um monte de santo e vela de todo tipo, falava: pelo chifre de belzebú, pelo chifre de Lúcifer, por todo tipo de demônio que leve esse encosto. No último dia do benzimento era de noite, fui com um medo, que coisa ruim existe mesmo. A Dona Raimunda era mais de banho, dava banho com flor, três banho por dia, era uma lata com flor com perfuminho que cheirava muito, fiquei vinte dia com ela mas não resolveu também, que eu tive coisa ruim e depois ainda bebi mais que antes.
- **procissões, romarias:** "Não."
- **bíblia:** "A Bíblia é a única coisa que me conforta ainda quando eu tô bastante mal. Ou então eu começo a cantar, louvar, tiro o pensamento mal, começo a crer que vou ser curado, mostro que Cristo me mudou. O que mais eu leio é o Salmo 46."
- **padre, pastor, pai-de-santo:** "O pastor que mais me ajudou foi no Pará, eu tinha 22 anos, no garimpo mesmo, mas até de padre eu peguei ajuda."
- **atividades em igrejas:** "Eu era obreiro da Assembléia de Deus, mas deu problema lá, que eu bebia e não podia ir no culto. Agora eu tô freqüentando a Chama Divina no São Judas, é menos gente mas tem mais culto de cura."
- **centro espírita:** "Não."
- **farmacêutico:** "Não fui, não."
- **terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.):** "Nem sei o que é isso."
- **grupos de auto-ajuda (alcoólatras, psicóticos anônimos, etc.):** "Não."
- **psicoterapias (psicanálise, comportamental, etc.):** "Também não."
- **médicos clínicos gerais, especialistas não psiquiatras:** "Fui no pronto-socorro."
- **médicos psiquiatras:** "De psiquiatra foi muito, mais de médico de internação, que sem eles eu também não tava aqui hoje."
- **outros:** "Da clínica eu não sei dizer muito que eu fiquei dois dias só lá, meus irmão que levou só que eu não gostei de ficar lá, era tratamento de louvor e trabalho."

*** 36. Qual delas você procurou em primeiro lugar?**
"Ajuda de amigo, que tava lá mesmo."

*** 37. Qual delas você considera como a principal forma de ajuda no momento? Por quê?**
"Mais importante agora é ir na igreja, ficar com a vida certa, longe do álcool."

*** 38. Você já tinha procurado alguma dessas situações de ajuda antes do aparecimento de seu problema?**
"Não."

V- Relacionamento Clínico

39. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo?
"Psiquiatra ajuda em palestras, uma palavra amiga, uma palavra de vitória, de firmeza. Dizer, olha, você consegue. Eu vejo nisso uma força espiritual, uma força positiva, porque muitas vezes a gente vai fazer uma coisa e a pessoa diz, não vai dar certo, e a gente já fica em dúvida se vai dar certo mesmo. Medicação também, porque a medicação é tipo de um apoio. Que eu posso ter queda de nervo, que é a pessoa quando tá sozinha, falta medicação prá ela, ela fica pensando, e se a doença voltar, fica pensando tanto que começa ficar nervosa, a cabeça toda dói. Prá mim, eu tando com a medicação em casa eu já me sinto aliviado. Eu ando com diazepam no bolso, é um tipo de ajuda, é como se eu fosse prá guerra sem arma, eu vou fazer o que? Agora eu tando com arma vou combater a queda de nervo."

40. Na sua opinião, qual é a diferença entre o trabalho de um psiquiatra e o de um clínico geral?
"Prá mim é o seguinte, o neurologista olha quando a pessoa tem cisto, faz raio-X. A pessoa que é psiquiatra estuda mais a mente da pessoa, o modo dela agir, o modo dela pensar. O clínico geral é quando a gente tem uma dor aqui, uma dor ali, ele manda fazer exame e pelo resultado do exame ele vai ver o remédio certo. O psiquiatra vai mais pela conversa, o clínico vai pelo exame."

41. Você sabe o que quer dizer psicoterapia?
"Não, vixe Maria, não sei o que é isso, não."

42. Você teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)?
"A pessoa quando tá nervosa fica discutindo com todo mundo, alguém fala prá ela procurar um psiquiatra. Em certa parte eu não recebi bem isso. Porque eu não sou louco, dizia comigo, eu sei muito bem o que eu faço, só que tava com o copo de pinga na mão. Depois eu vi que o psiquiatra não é só de louco, cuida de droga, álcool, mas alcoolismo também dá um pouco loucura, que a pessoa faz coisa que não sabe."

43. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com o médico (entender o médico ou ele entender você)?
"Já, foi um que não falava nada e eu também não falei nada."

44. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?
"Lá em São Paulo eu deixei tratamento, eu tomava quatro comprimido de manhã, um de tarde e quatro de noite porque ela era muito novinha e psiquiatra e eu não confiei."

VI- Problemas Gerais de Saúde

45. Na sua opinião, o que é um problema de saúde? Quais os problemas de saúde que você conhece?
"Quando é doença a pessoa tem febre, tem dor de cabeça, várias coisa, malária, pneumonia. Quando a pessoa não tá passando bem, então tá doente, agora encosto, essas coisa também tem, mas não é alcoolismo."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 46. Quais delas você acredita que são causas de problemas de saúde?**
"Talvez vem por família, dependendo do problema vem de geração em geração. Em outros caso é do ambiente que a pessoa vive, falta de higiene, a pessoa pega doença. Alimentação precária também, a pessoa não se alimenta bem, não toma vitamina. Acho que falta de cuidado mesmo, fazer coisa errada, começar a beber, como aconteceu comigo. Relacionamento sem prevenção, procurar muito parceiro, usar droga com a mesma seringa, tem muita AIDS aí."

*** 47. Qual delas é a principal causa de problemas de saúde?**
"Eu acho, na classe pobre, falta de higiene e alimentação, mau-trato, o estado em que a pessoa vive, não vive em ambiente saudável, faz casa em cima de esgoto, tem diarréia."

48. Quais os problemas de saúde mental que você conhece?
"Epilepsia é um, alcoolismo, delírio treme é outro. Insônia, nervosismo, falta de memória. Tem o cisto, tem câncer no cérebro, loucura mental também. O cisto é quando faz raio-x que aparece, é um calo de sangue que fica preto o cérebro. O delírio treme é o excesso de bebida no cérebro, fraqueza mental. Porque prá ter delírio treme tem que beber muito mesmo, eu bebia duas garrafas por dia, mais um litro de 51 à noite, aí dava delírio treme. O pessoal vinha me dizer que era encosto mas depois eu tratei, era excesso de bebida, fica lá dando delírio mesmo... delírio é quando fica assim falando besteira."

49. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e os outros problemas?
"Eu acho que a mental, vamos supor, doente da mente pode fazer besteira que nem mesmo sabe. A doença mental tem a cura mais lenta. Às vezes nem tem cura. As outra doença tem mais cura, a pessoa às vezes consegue curar rápido, até câncer tem cura agora, eu vi na televisão, dependendo do local."

50. Na sua opinião, existe alguma relação entre os problemas de saúde mental e os outros problemas de saúde que você apresenta? (questão 26)
"Acho que a gastrite se formou de tanta bebida que eu tomei."

51. Na sua opinião, como um remédio age em você?
"O diazepam acalma, faz o cérebro ficar mais parado, segura os nervo. A fenitoína é que eu não sei mesmo."

52. Qual é sua opinião sobre a loucura? O que é a loucura para você?
"Loucura é fraqueza na mente. Não porque seja totalmente doente, às vezes numa discussão a pessoa faz coisa que não vê, eu já fiz loucura, é na hora da raiva, coisa de momento. Agora tem o débil mental, pessoas que faz coisa como, tinha um rapaz que tirava a roupa no meio da rua, prá mim era louco."

53. Você tem a capacidade de realizar algum tipo de cura? Como você utiliza essa capacidade?
"Não."

54. Qual é sua opinião sobre a causa do (sarampo / diabetes / tuberculose / lepra (hanseníase) / AIDS / suicídio / depressão / alcoolismo)?
- **sarampo:** "Não sei."
- **diabetes:** "Sei que é do açúcar."
- **tuberculose:** "Não sei, não."
- **lepra:** "Pior."
- **AIDS:** "O que causa eu não sei, agora como se pega é através de seringa, usando a mesma agulha, relação sexual."
- **suicídio:** "Uma pessoa que está desesperada, devendo muito, outro se suicida por causa de mulher. O meu caso eu comecei a pensar, eu não posso trabalhar, eu só dou trabalho, não podia parar a bebida, ficava tomando medicamento direto. Mesmo conhecendo as escritura eu tentei me enforcar. Eu creio que eu tenho uma missão ainda, que a mãe ouviu barulho e foi lá cortar a corda. Eu passei três dias em coma, não vi nada. Mas eu via um monte de criança tudo pequena, não sei se era a mente que tava se soltando."
- **depressão:** "Não sei."
- **alcoolismo:** "Prá dizer poucas palavra, diversão, depois fica doença."

VII- Comentários

55. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação as questões formuladas?
"Não, acho que não."

ENTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL (Caso 2)

I- Identidade Sócio-Cultural

Maria, sexo feminino, branca, 47 anos, natural de Campinas, cidade onde sempre morou. Tem os pais vivos, três irmãs, é casada desde os 31 anos tendo uma filha de treze anos. Inicialmente morava num bairro na região central de Campinas, após se casar mudou-se para o bairro Parque Santa Bárbara e há cerca de três anos passou a morar com o marido e a filha numa casa no bairro Vila Padre Anchieta. Sua moradia atual é de alvenaria, tem estrutura básica completa e tem cinco cômodos (dois quartos, uma sala, cozinha e banheiro). Cursou até a oitava série do primeiro grau. Trabalhou como operária numa indústria de tecidos até se casar. Abandonou então este serviço permanecendo como dona-de-casa até o momento. Realiza ainda um trabalho eventual (uma vez por semana) como manicure no bairro. Seu marido trabalha como operário numa indústria de eletrodomésticos e a renda da família é de cerca de 500 reais. Cotidiano (M- atividades religiosas, serviço de casa e caminhadas; T- atividades religiosas, visita às amigas e trabalho como manicure; N- atividades religiosas, assistir televisão). É católica desde a infância, há três anos pertence ao Movimento de Renovação Carismática. Dos 39 aos 42 anos frequentou semanalmente uma casa de umbanda acompanhada de uma vizinha. Há cerca de cinco anos e durante dois anos compareceu esporadicamente a alguns cultos da igreja Evangélica Divina diminuindo progressivamente esse tipo de atividade. Há cerca de 5 anos, compareceu em algumas ocasiões a atividades num centro espírita kardecista. Há cerca de dois anos participa de múltiplas atividades religiosas relacionadas ao Movimento de Renovação Carismática. Faz orações e "enfrentamentos" diariamente. Não se enquadra em nenhuma situação considerada específica.

II- Apresentação do Problema

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema?
"É problema espiritual, que às vezes vem pensamento ruim, muito medo, parece que as pessoas falam de mim, tenho medo de ficar em casa. Às vezes parece também que minha cabeça está vazia, eu não lembro das coisa, vem as vozes. Mas também tem vez que eu fico nervosa, impaciente."
"No começo eu achei que era doença, mas foi começar frequentar o grupo de oração, a missa tudo e conversando com as outra pessoa, e eu lendo livro, então eu fui vendo que talvez não seje tanto uma doença... uma parte é, de principalmente de eu ficar agitada, agitação, nervoso, de eu ficar nervosa, não conseguir dormir, de eu não conseguir me controlar, qualquer coisinha eu me exalto, sabe, me exalto assim e começo a falar alto, sabe, começo a ser agressiva com as pessoas... a parte do espírito é o medo, é as voz e a tristeza é mais pro lado espiritual, que eu começo a pensar coisas que passaram, sabe, então eu começo repassar tudo que passou, já, daí veio a tristeza por causa disso."

18. Você saberia dar um nome a esse problema?
"Um nome eu não sei... eu sei que é mais espiritual, assim, coisa ruim, mas eu não sei o nome."

19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema?
"É mais o medo. E eu ficar meio alterada, falar coisas que não tem nada a ver."

20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento?
"Foi depois do espiritismo, que depois veio as vozes, tudo... o demônio escolheu a época de Natal que é a época mais marcante prá ele."

21. Como você avalia a gravidade de seu problema?
"É grave, porque mexe com meu pensamento, não consigo nem falar direito quando eu fico ruim."

22. Como você acha que seu problema vai evoluir?
"Acho que vai melhorar, que não está mais dando crise forte em mim, eu estou mais nos grupo de oração, estou rezando mais."

23. Como esse problema atrapalha sua vida?
"Atrapalha de tirar minha liberdade, ficar dependente dos outro."

24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema?
"Eu sentia, às vezes eu sinto, eu sentia que parece que as pessoa estava falando de mim, me rejeitando... Agora, na igreja eu não sinto isso."

25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Porquê?
"Parece que as pessoas não me vê como me via antes, me olham, me acham diferente, meu marido mais... quando eu tenho crise as pessoa me olham como se eu tivesse mesmo doente, muito doente, sabe, que se fosse assim quase uma doença que fosse contagiosa, qualquer coisa assim, sabe."

26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?
"Eu tenho colesterol e triglicéris. E tenho tiróide."

III- Causas do Problema

27. Qual é sua opinião sobre as causas do problema?
"Foi por causa de ter frequentado o espiritismo, se aproximar dos espíritos. Os espíritos ficou lá na casa que eu morava, quando mudei de casa melhorou um tempo. Meu marido que não é religioso ajudou também... quando tem pessoa que não é da igreja é mais fácil pro espírito chegar na casa."
"No começo eu falei, não sei o que está acontendo comigo, eu queria saber realmente o que estava acontecendo comigo... daí eu fui mudando, primeiro de tudo eu achei que estava fraca, que eu precisava ir no clínico geral que talvez fosse isso, depois que eu fiz exame eu vi que não era nada disso... daí eu achei que alguém tinha feito algum feitiço prá mim... daí eu achei que não era feitiço, eu fiquei mais forte na igreja católica, comecei a achar que era alguma coisa mesmo, daí eu vim saber que era um espírito, coisa do demônio mesmo, vim tendo noção do que estava acontecendo comigo, que não melhorou nada no espiritismo, piorou, né, piorou mais."
"O espírito fica mais no quarto, lugar que fica mais atacado fica no banheiro, no meu quarto e às vezes no fogão quando eu tô cozinhando e na geladeira... são bastante, viu, porque eu sinto que começa me agarrar, tudo demônio, quando eu vou limpar a casa que começo a rezar eu tenho sensação disso, aí eu faço enfrentamento."

Entre as opções listadas no cartão 1:
28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?
"O problema de família, que quando eu fui no espiritismo foi prá ela melhorar, que minha filha era muito nervosa e ele (marido) não falava comigo, não dava dinheiro, não tinha conversa da gente... o problema espiritual que ficou grave, eu comecei a ouvir as vozes, as outra pessoa mexia também com a minha cabeça... do demônio mesmo, espírito do demônio, ele grita, me xinga."
"Da doença é aquela outra parte."

29. Qual delas você considera como a principal causa?
"Eu acho até hoje isso, que foi por causa de ter ido no espiritismo, se eu não tivesse ido no espiritismo talvez não tivesse acontecido o que aconteceu comigo."

30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema?
"Mais problema de religião... eu fui no espiritismo e começou tudo essas coisa."

31. Qual é a opinião de sua família e de seus conhecidos sobre as causas de seu problema?
"Minha irmã acha que eu tenho que tomar remédio, que eu tenho que por a cabeça no lugar, pensar mais em trabalhar, arrumar um serviço, que falta de ocupação faz eu ficar assim... eu queria trabalhar, ser independente dele, porque daí eu não preciso toda hora estar falando com ele, por esse lado eu vou ficar melhor. Agora eu fico desprotegida no outro lado, da igreja. Eu penso muito nisso, de arrumar um serviço que não atrapalhe ir na igreja, no grupo de oração. Tenho medo de não dar tempo também de fazer os enfrentamento."
"Tem uma outra irmã que é que nem meu marido, não fala comigo, só fala prá não ir na igreja, que ficá indo assim na igreja é ruim prá mim."
"A outra irmã ainda é espírita, também não ajuda."

"Minha mãe achava do espírito, que era espírito também, até mandou passar veneno em casa, depois ajudou falar pro meu marido que era bom mudar de casa. Agora não fala nada, que também continuou um pouco na outra casa."
"Tem pessoa que fala que é doença, problema de doença na cabeça mesmo (vizinha)."
"As amiga da igreja acham que é do espírito mesmo, que eu tenho que rezar mais, ir mais nos grupo, que eu vou vencer isso... elas acham que ir na igreja e usar essa cruz é uma proteção prá mim."
"Elas (mãe e irmãs) falam que eu fico assim, que a igreja que causou eu ficar assim, que a comunidade em vez de me ajudar, ela me atrapalhou, me fez ficar assim."
"Uma época meu marido falava que eu indo no grupo de oração que eu ia melhorar mais, a única coisa que ele não queria era ir no grupo de Quarta-feira, que lá ia me atrapalhar, era só esse que ele achava ruim."
"Eu fico pressionada, eu querendo ir na igreja e eles me cercando prá mim não ir, dizendo que vai fazer mal prá mim e as amiga da igreja do outro lado falando prá mim ir, que é por isso que eu tô assim."

32. Você acha que há alguma causa relacionada com a piora de seu problema?
"Quando falta enfrentamento, eu não posso deixar, tenho que ir sempre no grupo (de oração). Quando meu marido também não fala comigo, fica xingando, isso influencia."

33. Você acha que há alguma alteração no seu cérebro?
"Alterou alguma coisa, alguma veia entupida, acho que queimou uma parte do cérebro, o pensamento sai prá fora."

IV- Situações de Ajuda

34. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde?
"Procurei ajuda, falei prá minha mãe o que tava acontecendo."

Entre as opções listadas no cartão 2:
*** 35. Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema?**

- **familiares:** "Procurei, a minha família no começo me ajudou de tirar eu da minha casa que eu estava ruim, levar prá casa da minha mãe então me levar na casa Mei-Mei que minha irmã ia indo."
- **amigos, conhecidos:** (amiga / antes do problema psiquiátrico) "Ela falava prá mim que eu tinha Nossa Senhora, eu tenho três Nossa Senhora comigo que me acompanha, e ela falou assim prá mim que eu, é como se fosse canal no grupo de oração, ela falou que eu era média, que recebia espírito comigo... do lado ruim era Exu e pomba-gira, e eu tinha também do lado bom também que era caboclo, né, que ela falava."
(amigas da igreja / pentecostal) "Só depois é que eu chamei prá fazer oração, que eu parei de ir daí eu voltei prá igreja e pedi prá turma da igreja fazer oração na minha casa... quando eu tinha a crise elas fazia oração por telefone..." (amigas da igreja / RCC) "... ajuda até hoje."
- **remédios caseiros (chás, ervas, etc.):** "Olha, eu tomei, eu tomei erva-cidreira, eu tomei, como fala erva doce, camomila, prá ver... não, não, eu tomava no começo porque eu não conseguia dormir, eu me sentia muito nervosa e não conseguia dormir, agora eu não tomo porque eu tô tomando remédio então eu me sinto melhor."
- **livros de auto-ajuda:** "Isso, eu li quando eu era espírita eu lia o livro de espiritismo mesmo, eu lia, rezando tudo prá ver se melhorava, era não sei o que lá espírita, tá, estava escrito, então eu lia ali."
- **simpatias:** (antes do problema psiquiátrico) "Já, eu fazia simpatia assim, a mulher mandava fazer sete dias em seguido rezar pro anjo da guarda do meu marido, pro meu anjo da guarda, rezava, acendia vela, acendia uma vela rezando, pedindo, eu sempre tive em oração, mesmo que eu era espírita eu tava sempre em oração."
- **atividades adivinhatórias (cartomantes, búzios, etc.):** (antes do problema psiquiátrico) "Essa uma também fazia isso daí, isso daí que eu falei prá minha mãe que aconteceu, que ela leu, ela jogou o búzio assim prá mim na mesa e não falou que ia acontecer o que aconteceu comigo, d'eu ficar nesse estado...e eu fiquei com raiva por causa disso, e eu vim saber de tudo isso através de voltar na igreja, de confessar com o padre tudo, de voltar na igreja prá eles me informarem o que tinha acontecido comigo, que foi um espírito que me pegou dentro de casa, lá, e eu via que passava de um lado pro outro e eu não conseguia dormir."
- **orações:** "Ajuda, através da bíblia e através agora de um outro livro que eu comprei da igreja, é, "Orações de Poder". Eu rezo também pai-nosso, ave-maria... terço eu rezo três, três comum e mais dois de libertação... é a mesma coisa só que as palavras é que são diferentes do terço normal, primeiro faz o credo, o pai-nosso,

ave-maria. depois reza. Jesus me liberta. quero que Jesus me liberta do que tá acontecendo em casa. depois eu ponho Jesus tende piedade de mim que tá aqui na casa. se Jesus me libertar eu serei salva e ponho o nome das pessoas. tudo no terço. ponho prá minha filha. rezo prá mim. rezo prá minha família. rezo prá turma da comunidade da igreja... O enfrentamento é um tipo de oração. acho que dura umas três. quatro horas. tá. mas pode ser alguns minutos... depende assim quando meu marido fica em casa. às vezes eu ouço alguma voz. daí eu faço. quando eu tô muito nervosa... eu vou lá e faço. que geralmente é sempre no quarto. faço às vezes enjoelhada. às vezes de pé mesmo... se meu marido tiver lá eu faço escondido... As vezes faço jejum também. vou comer só de noite... Na hora de tomar o remédio eu pego o comprimido. ponho na palma da mão. faço o sinal da cruz e faço uma oração antes de tomar o remédio. Eu rezo um pai-nosso e uma ave-maria e faço oração com minhas palavras mesmo. Eu acho que talvez a tentação queria influir no remédio. eu rezo em cima para não complicar o remédio."

- **promessas:** "Já. já fiz prá Nossa Senhora da Conceição na igreja da Catedral. prá Santo Antônio que é casamenteiro. né. e eu rezava prá ele melhorar o meu casamento e prá ver se o meu casamento tinha jeito... A promessa da Nossa Senhora era prá melhorar da saúde. se eu melhorasse eu ia levar um buquê de flor prá ela na Catedral."
- **benzedor, rezadeira:** (antes do problema psiquiátrico) "Fui uma vez prá levar minha filha. faz acho que. ai. faz acho que uns dez anos... porque a minha filha. é. como fala. ela ficava muito ruim. eu ia no médico. levava. o médico não achava. ela ficava com febre alta. vomitava tudo e não conseguia achar...não. prá mim não."
- **procissões, romarias:** "Não. só pra ir na missa de cura."
- **bíblia:** "A bíblia ajuda. eu rezar todos os dias todos os salmos e todas as partes da bíblia."
- **padre, pastor, pai-de-santo:** (padre) "No começo eu fui..." (pastor) "Fui. uma vizinha. ela falou prá mim se eu fosse no pastor. se eu virasse crente. eu ia melhorar. Daí eu fui mais no começo. depois eu não gostei. era Igreja Evangélica Divina. uma coisa assim. Então ela falou prá mim não deixar. mas eu voltei prá católica mesmo. falei. lá é o meu lugar."
- **atividades em igrejas:** "Eu vou na Santa Bárbara que é católica."

Segunda: ("Eu vou num grupo de oração ali perto da Telesp... lá eu só participo assim de participar em orações... tem umas 10 pessoas que são servas. né. que fazem orações e depois tem umas cadeiras prás pessoas sentarem e fazerem oração. O outro é lá na igreja de Santa Bárbara. e é lá que eu. lá que eu sou serva.")

Terça: ("Eu faço mais orações na terça: quando chega a tarde eu ligo a televisão aonde tem a Rede Vida: eu assisto e acompanho na televisão também as orações que passa lá... é a explicação da palavra (Liturgia) que vai. quem é que vai fazer a palavra no domingo. na missa de domingo. é uma preparação da missa de Domingo.")

Quarta: ("Olha. ali é só da Rainha da Paz. é num barracão que faz. é carismático também mas só que não pertence de outra igreja. é só um grupo como se fosse particular. tá. e ali é de exorcismo... Porque ela canta uma música de exorcismo. ela pega a cruz e fala. se tiver alguma coisa assim. Satanás. se tiver aqui neste meio de nós. que saia em nome de Jesus. saia agora. Então ela fala isso. e às vezes tem pessoas que fica passando mal e lá eu também sou serva.")

Quinta: ("O grupo de rua é as pessoa também que escolhe uma casa. uma pessoa fala assim que quer receber oração. então fala assim. olha. eu queria fazer um terço. fazer uma oração. então vai acho que umas dez pessoas. acho que são umas dez pessoas que são. e vão tudo lá naquela casa. fazer a oração do terço. depois tem a palavra da bíblia. daí é explicado tudo que foi lido da bíblia...tem muitas pessoa doente... lá não tem serva. não. tudo mundo é igual.")

Sexta: ("Intercessão é preparação pro grupo de oração de segunda-feira . Então a gente vai lá no Santíssimo. reza. faz o terço da libertação. terço normal e depois a gente lê parte da Bíblia... é só servo que vai.")

Sábado: ("Toda vez vai algumas conhecidas minha. umas colegas minha... às vezes são quatro. cinco pessoas só. eu e mais uma e outra que é serva do grupo de oração da quarta-feira... Minha amiga falou assim. a gente sente mais força na sua casa. eu falei assim. isso daí é verdade. que eu sei o que tá acontecendo aqui nessa casa. eu falei prá ela. Lá é feito uma missa. eles fazem uma missa e durante essa missa. é uma missa de libertação. uma missa de cura. e o padre lá. ele faz o exorcismo também. faz oração tipo de um exorcismo que a gente se sente assim. aliviada.")

Domingo: ("Eu vou na missa...é uma missa normal. que vai todo mundo do bairro.")

- **centro espírita:** "Do centro mesmo foi o Mei-Mei... a outra mulher era uma casa só."
- **farmacêuticos:** "Não. isso não. isso aí eu não pensei em fazer."
- **terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.):** "Também não."

- **grupos de auto-ajuda (alcoólatras, psicóticos anônimos, etc.):** "Não."
- **psicoterapias (psicanálise, comportamental, etc.):** "Fiz, eu fiz, como é que é, ocupacional, e eu gostei, eu fiz quase dois anos... eu gostei bastante porque era um grupo de pessoas lá, tinha acho que umas quatro, cinco pessoas e então cada um falava uma coisa e então foi indo, foi indo eu fui melhorando... me ajudou que fui aprender a fazer o crochê, a fazer bonequinha, sabe, e isso daí me acalmava."
- **médicos clínicos gerais, especialistas não psiquiatras:** "Fui, fui, ele falou prá mim que ele não achou nada ni mim, sabe, ele falou prá mim que tava tudo bem que ele não achou a minha doença, só que fui depois prá ver, se eu tinha colesterol e triglicéris, eu tenho colesterol, triglicéris... E fui no médico que vê a tiróide."
- **médicos psiquiatras:** "Psiquiatra de posto de saúde e psiquiatra do hospital... foi bom prá dar os remédio."
- **outros (clínicas de recuperação, internet, CVV, etc.):** "Não."

*** 36. Qual delas você procurou em primeiro lugar?**
"Não sei, não sei falar isso."

*** 37. Qual delas você considera como a principal forma de ajuda no momento? Por quê?**
"Mais importante é eu ir no grupo de oração de Quarta-feira, sem ele eu tava ruim, porque esse daí é o mais forte prá mim, que esse daí combate mais a parte do lado do espiritismo, que é aonde eu fui."

38. Você já tinha procurado alguma dessas situações de ajuda antes do aparecimento de seu problema?
"Já tinha procurado padre, ajuda da igreja católica mesmo."

V- Relacionamento Clínico

39. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo?
"Dar o medicamento e conversar, querer saber o que tem dentro da gente, as lembrança, ajudar na proteção prá gente poder lembrar as coisa e fazer as oração."

40. Na sua opinião, qual a diferença entre o trabalho de um psiquiatra e o de um clínico geral?
"O clínico geral examina tudo, a pressão, o pulmão, coração, como chama, articulação. O psiquiatra é só da mente da gente, da cabeça. O clínico geral pede mais exame também, exame de sangue, de urina. Ele disse que eu tinha triglicéris, colesterol e tiróide. Ele não explicou mais nada, não, mas pediu exame e deu remédio certo porque eu melhorei."

41. Você sabe o que quer dizer psicoterapia?
"Não sei, eu gostaria de saber o que é."

42. Você já teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)?
"Fiquei com um pouco de medo, que eu não ia conseguir contar direito as coisas. Fiquei com medo também que eu achei que estava louca e eles iam me internar numa clínica de louco... o hospital é tipo de uma casa muito triste, que as pessoa tem crise, fica gritando, fazendo coisa que não é normal."

43. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com seu médico?
"Eu já tive, principalmente depois que eu fiquei ruim, eu não conseguia contar o que tinha acontecido comigo, um pouco por medo que ele me achasse louca. E nos postinho os médico não queria saber o que se passava comigo, só passava receita e pronto. O médico da tiróide só falou assim, tem que fazer exame de sangue, é o exame de sangue que consta se a pessoa tem tiróide ou se não tem. Os médico falam pouco e eu acabo não entendendo as coisa. O clínico geral fala menos que o psiquiatra, passa a receita e termina a consulta."

44. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?
"Já abandonei, antes de ficar ruim. Que eu emagreci demais e ele falou que eu tinha que fazer exame de sangue prá ver se tinha anemia... eu não gostei dele não explicar, ele mandou eu tomar remédio e eu não tomei. Eu também não queria tomar remédio prá cabeça, não tomava nessa época, que eu achava que não precisava, não ia adiantar nada. Eu ficava nervosa, tomava chá, achava que ia resolver."
"Anemia é quando os glóbulo branco toma conta do sangue."

VI- Problemas gerais de saúde

45. Na sua opinião, o que é um problema de saúde?
"É quando a pessoa fica indisposta. desanimada. sem vontade de fazer as coisa. O problema começa assim. depois vai definindo o que é. tem febre. ânsia de vômito. dor de barriga. dá dor no peito. no ouvido."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 46. Quais delas você acredita que são causas de problemas de saúde?**
"Eu acho que às vezes. que nem nesse caso que eu fiquei com anemia. eu mexia muito com produto de limpeza. limpava a casa com multi-uso. usava veneno prá pernilongo. Foi isso que me intoxicou e me deu anemia. eu fiquei com moleza no corpo. Quando faz muito esforço. fica andando muito. pode ter problema de coração. carregando muito peso. fazendo força e também alimentação que não é de acordo. pode dar gordura no coração. Desse cartão tem também problema do tipo de vida da pessoa ou hereditária. Nervoso. preocupação pode dar doença também. isso acontece comigo. a pessoa fica doente dos nervos quando passa alguma contrariedade. quando a gente não espera que uma pessoa faça coisas com a gente. isso dá doença dos nervos. No meu caso. foi problema com o marido. Acho que o demônio pode ir deixando a pessoa doente assim. sem saber. e a pessoa pode ir no médico que não vai constar no exame. Várias coisas. que nem dizer quando tem crise de nervoso. problema do coração e não dá no exame. é do demônio. Quando a pessoa fica assim muito nervosa. muito irritada. não tem porque. uma dor no pé. na barriga. uma dor assim sem mais nem menos. Agora quando a gente come alguma coisa que faz mal não é o demônio. é alguma coisa mesmo que provocou no organismo. que nem meu problema. é mais do demônio. de espírito ruim que vem do demônio. Agora a tiróide. o colesterol que aparece no exame também não é demônio. que o demônio não deixa marca. faz só doença espiritual... depende de exame. depende como vem no corpo. se a pessoa fez coisa errada. depende se melhora na oração. se a pessoa tem inimigo. se alguém fez feitiço."
(colesterol) "Faz engordar. ficar cansada. adormece a mão."
(tireóide) "Irritação. vontade de comer as coisa."

*** 47. Qual delas é a principal causa de problemas de saúde?**
"É doença do tipo de vida. falta de higiene. quando não deixa as coisa limpa. pode pegar sinusite. E doença mesmo. que causa câncer."

48. Quais os problemas de saúde mental que você conhece?
"Tem a loucura mesmo. perturbação mental. tem a doença dos nervos. pessoa nervosa. aborrecida com alguma coisa e doença tipo mongolóide. a pessoa não sabe o que tá fazendo... a minha é doença dos nervo mas eu tenho crise espiritual também. eu fico muito alterada... o mongolóide às vezes tem crise também. que é loucura; tem outros que são calmo mas não entende as coisa. fica pondo o dedo na boca."

49. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e os outros problemas?
"A doença mental é do pensamento. deixa a gente nervosa. irritada... as outra é quando tem dor."

50. Na sua opinião, existe alguma relação entre os problemas que você apresenta? (Questão 26)
"Acho que não tem relação porque é só a crise que é espiritual. as outra são doença material... prás outra doença eu tomo os remédio. prá crise eu tomo os remédio também mas tem que rezar. tem que fazer enfrentamento senão não adianta."

51. Na sua opinião, como um remédio age em você?
"Ajuda na agitação. faz dormir. tira o nervoso... acho que ele vai na veia entupida e solta o sangue preso. faz a mente lembrar as coisa. eu me sinto bem mas depois volta tudo."

52. Qual é sua opinião sobre a loucura? O que é a loucura prá você?
"É quando dá crise. a pessoa fica fora de si. quebra tudo. não sabe o que tá fazendo. Tem o louco que não é mongolóide que é o mais agressivo... Pode ter espiritual e material só que tem mais espiritual."

53. Você tem a capacidade de realizar algum tipo de cura? Como você utiliza essa capacidade?
"Assim. de ajudar na oração. A gente vai nas casa que tem demônio e ajuda as pessoas."

54. Qual é sua opinião sobre a causa do (sarampo / diabetes / tuberculose / lepra (hanseníase) / AIDS / suicídio / depressão / alcoolismo)?
- **sarampo:** "Não sei, mas tem vacina, é mais difícil ter sarampo agora."
- **diabetes:** "É muito açúcar no sangue."
- **tuberculose:** "É de resfriado mal curado, pessoa que fuma muito e dá catarro no pulmão."
- **lepra:** "Não sei."
- **AIDS:** "É uma doença que um tem no corpo e se contamina de ter relação com outra pessoa ou de usar droga."
- **suicídio:** "É a pessoa ficar muito nervosa, aí é mais espiritual."
- **depressão:** "É um tipo de doença de nervoso, a pessoa só quer ficar quieta e chorar."
- **alcoolismo:** "Problema em casa, quando não vai bem com a família quer beber prá ver se passa os problema."

VII- Comentários

55. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação as questões formuladas?
"Eu queria ser freira, queria estar só com Deus... Eu gostaria de ficar num lugar, como se fosse uma igreja, num lugar só de oração, só de fazer os louvores; por isso eu acho que tenho uma missão prá cumprir, eu não devia ter me casado nem ter tido minha filha... Eu só não fui porque eu penso muito nela, tenho muito amor por ela, se eu for assim, prá um convento, prá trabalhar num lugar assim ela não vai poder ir... Aí eu acho que eu taria livre, acho que poderia até parar com os remédio, eu ia ter paz, não ia ter problema prá dormir."
"Eu gostaria de levar um padre na minha casa, de levar prá ele fazer uma oração dentro de casa; porque apesar de rezar, fazer minhas orações, eu sinto que precisava de uma pessoa mais forte fazer orações dentro de casa... o padre tem um dom mais elevado, ele combate o demônio com mais força... o pastor pode ter seus poderes, pode expulsar, mas acho que não é tanto como o padre, ele tem um tipo de exorcismo diferente."
"Quando queima uma lâmpada, alguma coisa quebra, é o sinal da presença do demônio, porque nem cedo eu levantei, hoje não fiz caminhada, eu levantei, fiz o café e voltei deitar outra vez; daí eu dormi e acabei perdendo hora, me deu um sono, e eu costumo sempre ficar acordada e não durmo mais, aí me deu uma sonolência, uma coisa assim, de repente, eu querendo ficar com os olhos abertos e não conseguia ficar com os olhos abertos, eu acho que foi alguma coisa que me atacou assim do espírito ruim... da mangueira do fogão, eu limpava ela e ela sempre ficava cheirando gás e parecendo que tava sempre suja, eu achei que isso daí era sinal de alguma coisa, eu mandei trocar."
"Ele tem época especial prá atacar como no Natal, na Páscoa, que eu venho na casa de minha mãe, ele pode querer atacar... ele sabe, o espírito sabe que é a ressurreição de Jesus, porque prá ele, ele sabe que nessa data especial é que pode acontecer uma tragédia, sabe, alguma coisa assim, dominar todo mundo, passar na frente, tomar o poder de Deus."

ENTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL (Caso 3)

I- Identidade Sócio-Cultural

Ana, F, 33 anos, negra, natural de Primeiro de Maio-PR onde morou apenas até os 3 anos de idade. Dos 3 aos 7 anos morou em São Paulo-SP mudando-se então para Campinas-SP. Permaneceu em Campinas até os 17 anos quando sua família migrou para Rondônia onde morou na cidade de Ariquemes até os 26 anos. Com essa idade voltou para Campinas (residiu na ocupação Renascença) sendo que com 31 anos mudou-se para a cidade de Mogi-Mirim onde mora atualmente. É solteira, esteve amasiada em dois períodos, o primeiro companheiro dos 18 aos 21 anos e o segundo dos 23 aos 25 anos. Não tem filhos. Apresentou dois abortos espontâneos. Tem os pais vivos e separados há 9 anos. A mãe continuou morando em Ariquemes-RO e há alguns anos tem um novo companheiro. Tem 2 irmãs que também moram em Rondônia e um irmão que mora com ela e o pai em Mogi-Mirim. Sua moradia tem cinco cômodos, dois quartos, uma sala, banheiro e cozinha; dorme num dos quartos enquanto seu pai e o irmão dormem no outro. Sua casa está localizada num assentamento do movimento sem-terra (MST) tendo estrutura de saneamento básico e energia elétrica porém sem asfalto e sem centro de atendimento médico no assentamento. Estudou até a quarta série primária. Trabalha como dona-de-casa e ajudante do irmão na "roça", tendo trabalhado como doméstica durante o período dos 26 aos 31 anos na cidade de Campinas. Ela, o irmão e o pai sobrevivem com uma renda mensal de cerca de 400 reais proveniente da aposentadoria do pai e da venda de verduras e frutas plantadas no terreno da família e vendidas por seu irmão. Não tem nenhuma atividade que considera como atividade de lazer. Cotidiano (M- ajuda o irmão na "roça"; T- cuida da casa; N- igreja). É evangélica, diz que vem de "um lar evangélico" pelo fato de seus pais sempre terem pertencido à igreja Assembléia de Deus, passou vários períodos afastada da igreja dos 20 aos 26 anos e principalmente entre os 26 aos 28 anos em que diz ter ficado "sem igreja", desde os 29 anos voltou a frequentar a igreja Assembléia de Deus, atualmente indo a igreja pelo menos quatro vezes por semana. Não se enquadra em nenhuma situação específica.

II- Apresentação do Problema

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema?
"Quando eu passo nervoso eu fico assim parecendo que é leve, não páro em lugar nenhum. Aí já começa a faltar o sono e quando eu fico mais ou menos vinte dias sem dormir eu já não tô sabendo discernir uma coisa da outra. Aí é a crise."
" Na tristeza eu ficava quase dormindo, não tinha disposição prá fazer nada. Às vezes devia serviço mas não tinha coragem de fazer, ficava só sentindo peso no corpo. Aí era não querer mais tomar banho, ficá sem comer, tudo pior."

18. Você saberia dar um nome a esse problema?
"Eu não tenho um nome e nem compreendo ele bem até hoje. Eu não sei que momento eu tô doente e que momento eu tô sadia. Às vezes eu faço coisa penso que eu tô doente e não tô e às vezes eu faço coisa pensando que eu tô sadia e tô doente."

19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema?
"O pior prá mim é a agonia... agonia é uma coisa assim inexplicável. É pior que uma dor mas não é uma dor. É um desespero que dá na gente, não tem lugar bom, não tem comida boa, não tem nada que faça prá gente que é bom."

20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento?
"Eu não sei isso, doutor."

21. Como você avalia a gravidade de seu problema?
"Não sei, acho que na crise é grave, é muito grave só que depois ninguém diz que a gente é assim, então não é grave, não."

22. Como você acha que seu problema vai evoluir?
"Até eu não fazer tratamento eu não tinha esperança mas agora eu creio que se Deus me der força eu vou conseguir superar isso."

23. Como esse problema atrapalha sua vida?
"Ah, assim, eu tando doente atrapalha em tudo por tudo. Atrapalha na vida cristã, atrapalha na vida material, atrapalha minha vida física, de todo jeito atrapalha."

24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema?
"Sinto diferente na crise, depois sinto normal, como os outro."

25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Porquê?
"A gente é muito discriminada. Todo mundo aceita a doença, por pior que seja, pode ser a AIDS, todo mundo aceita mas se for loucura ninguém aceita. É uma doença que na cabeça dos outros não existe... Quando a pessoa vê uma pessoa assim ela fala: ó uma pessoa louca, ó o louco, o doido."

26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?
"Tenho fraqueza nas pernas. Às vezes fico andando difícil, minha perna começa a fraquejar, não guenta com o peso do corpo."

III- Causas do Problema

27. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema?
"Eu sempre achava que era um tipo de problema agora não pensava que problema, não sabia o que era."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?**
"Eu acho que causou, ajuntou medo, ajuntou muita responsabilidade na minhas costa, coisa que no tempo eu não soube lidar com isso, né... o problema é que quando eu fiquei doente eu tinha meus três irmão prá olhar, tinha que estudar, inda tinha quatro tio mais novo que eu e dois primo. Eu tinha que cuidar dessa criançada toda, tinha que fazer tudo; então era muita coisa prá mim fazer e eu era muito nova prá assumir aquela responsabilidade... ele (segundo companheiro) falava que era infecção, que às vezes infecção sobe na cabeça; fui no médico tudo, ver se era... é, já falaram que era feitiço, espírito ruim, eu já acreditei que fosse isso mas hoje eu não acredito mais porque eu sou uma pessoa que eu busco a presença de Deus, sinto Deus na minha vida e acho que o mal não tem força naquele que serve a Deus... agora eu sei que é doença, fui vendo, não é normal, uma pessoa normal não é que nem eu... o médico disse que era psicose maniaco-depressiva mas eu não entendo bem esse nome."
"Tristeza é coisa da vida, né, vem por algo que a gente conhece, algum problema, ou até mesmo por coisas desconhecidas, você tá triste, tá amargurado mas você não conhece a causa. Meu caso foi o problema, mais internação, né."

*** 29. Qual delas você considera como a principal causa?**
"O modo como eles me criou, eu acho que isso foi o mais a ver."

30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema?
- **migração:** "Não, porque quando eu fiquei doente, eu morava aqui já mais de dez anos."
- **situação econômica:** "Não, eu sempre levei uma vida de pobre mas eu sempre fui conformada com meu modo de vida. Eu acho que as pessoa sofre muito quando ela leva uma vida que ela não é conformada com aquela vida."
- **família:** "Não, minha família teve muita briga mas quando eles tiveram briga já tinha muitos anos que eu tinha essa doença. Mas, o modo como eles me criou eu acho que isso foi o mais a ver."
- **escola:** "Não."
- **trabalho:** "Não, o problema é que quando eu fiquei doente eu tinha meus três irmão prá olhar, tinha que estudar, inda tinha quatro tio mais novo que eu e dois primo."
- **lazer:** "Não."
- **religião:** "Teve época que isso mexeu na minha cabeça mas hoje não."

31. Qual é a opinião de sua família e de seus conhecidos sobre as causas de seu problema?

"Minha mãe acha que é coisa que já vem de época antes mesmo d'eu nascer. Que quando minha mãe tava oito meses grávida de mim, meu pai tentou matar ela, agrediu ela. Aí ela falou que desde o dia que ele agrediu ela eu não mexi mais."
"Ele (segundo companheiro) falava que era infecção, que às vezes infecção sobe na cabeça; fui no médico tudo, ver se era."
"Ele (pai) nunca deu uma opinião assim, prá mim saber, nem meu irmão."
"Já achei muitas pessoas prá falar que é feitiço, minhas irmã mesmo fala que é isso."

32. Você acha que há alguma causa relacionada com a piora de seu problema?
"Não sei."

33. Você acha que há alguma alteração em seu cérebro?
"Não sei dizer porque se eu tivesse alguma alteração seria direto, né; porque as pessoa que tem alteração nunca sara, olha prá elas se já vê que ela tem problema, mas eu tando boa eu posso ficar no meio de quem eu quiser que ninguém vai perceber que eu tenho problema, que eu sou doente."

IV- Situações de Ajuda

34. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde?
"Procurar os médico... meus pais me levaram no hospital logo de internação."

Entre as opções listadas no cartão 2:
*** 35. Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema?**
- **familiares:** "Mãe, pai, eles me levou no médico."
- **amigos, conhecidos:** "Mais amiga de igreja, de outra época, que onde eu tô agora ninguém viu a crise."
- **remédios caseiros (chás, ervas, etc.):** "Tomei, tomei durante quase um tempo resolveu. Tomava banho caseiro, banho quente, tomava remédio quente. Minha mãe que fazia o remédio. Era ervas, né, casca de plantas, tudo que ensinava ela fazia."
- **livros de auto-ajuda:** "Não."
- **simpatias:** "Nunca fiz."
- **atividades adivinhatórias (cartomantes, búzios, etc.):** "Não."
- **orações:** "Fazia, fiz muita oração. Eu pedia sempre coisas de dentro de mim mesmo... pessoa conhecida ia orar lá em casa... pessoa da Assembléia."
- **promessas:** "Não."
- **benzedor, rezadeira:** "Meu pai levava, de passar plantinha na cabeça, mas não valeu nada."
- **procissões, romarias:** "Não."
- **bíblia:** "Leio, sempre li, até hoje acho ajuda; só que quando eu tava em crise eu não conseguia ler, depois quando eu voltava a ficar boa eu procurava a bíblia."
- **padre, pastor, pai-de-santo:** "Já, pastor. Tinha um que falava muito de demônio, coisa ruim, essas coisa. Outro sempre me orientava ir na igreja sim, confiar em Deus mas também procurar o tratamento porque Deus deixou a inteligência pro homem me curar... Eu fui por três vezes no benzedor, dava banho de um monte de erva, sabonete de guia, não lembro mais como que é nome daquele sabonete, era camdomblé mesmo, isso tem uns 10, 12 anos, foi em Rondônia."
- **atividades em igrejas:** "De ir no culto, mas teve época que eu não tinha paradeiro. Foi nessas andança minha que eu arrumei marido, não parava em nenhum lugar, não tinha como ir na igreja."
- **centro espírita:** "Uma vez eu fui num centro espírita. Meu pai me obrigou eu ir. Aí eu fui lá mas depois eu vi que não era aquilo que eu queria, eu não acreditava naquelas coisa. Não era assim, não condizia com a minha fé, sabe, meu tipo de fé. Aí quando foi um dia meu pai me levou, eu saí com dívida de lá, nunca mais voltei."
- **farmacêuticos:** "Não, porque os remédio que a gente toma é tudo controlado, né; então não adianta ir na farmácia."
- **terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.):** "Não."
- **grupos de auto-ajuda (alcoólatras, psicóticos anônimos, etc.):** "Não."
- **psicoterapias (psicanálise, comportamental, etc.):** "Aqui não, só lá em Rondônia. Eu tive duas psicólogas. Uma, não me dei bem com ela. A gente conversava um assunto com ela, ela pegava e fazia outra estória em

cima daquela estória que a gente tinha falado. Tirava a conclusão dela e não tinha quem tirava da cabeça dela. Agora a outra eu gostava de conversar com ela."
- **médicos clínicos gerais, especialistas não psiquiatras:** "Já, quando eu fiquei doente no começo, que um pouco meu pai foi prá Rondônia também por causa do meu tratamento, que o médico falou que se eu tivesse muito contato com a natureza ia ser bom prá mim. Aí como de fato, eu cheguei lá e consegui me tratar muitas vezes em casa, sem ir no médico, só tomando banho no rio, andando no meio do mato, comendo fruta, eu conseguia me curar das crises. Tive várias crises assim que resolveu sem remédio. Demorava até meses mas conseguia... depois via muito médico também em Porto Velho, que eu machucava muito no mato, tinha muita ferida."
- **médicos psiquiatras:** "Médico de internação foi mais. Eles não falavam muito, nunca explicava nada, nunca deu solução... foi muita internação, a primeira vez que deu crise já fiquei internada. Tinha hospital que eu sofria muito, apanhava, eles amarrava sem precisão. Às vezes ficava só na mão de enfermeiro, de noite e de dia. E eles queria sossego então amarrava todo mundo e ficava sossegado lá conversando. Não era que nem em casa que amarrava assim, por precisão, mesmo. Médico de consulta resolveu mais. Depois que eu comecei o tratamento no Centro de Saúde que tive mais consulta, podia conversar mais com médico. Se bem que até hoje só um médico falou prá mim da minha doença. Um lá em Porto Velho mesmo, médico de consulta. Ele explicou, foi ele que falou psicose maníaco-depressiva. Eu não entendi bem quando ele falou mas depois fui vendo que é doença."
- **outros:** "Isso (Terapia Ocupacional) me ajudou muito, fazia crochê, jardinagem, cozinhava, fazia de tudo um pouco lá."

*** 36. Qual delas você procurou em primeiro lugar?**
"Foi meus pais que procurou, né, o médico mesmo, que eu fiquei muito ruim, aí conforme eu fui eu fiquei internada, quando eu vim me dar por si eu já tinha ficado todo tempo no hospital, eu não lembro da internação, várias vezes eu fui no hospital depois não lembrava como cheguei... eu voltei prá minha casa, só que minha mãe não tava preparada, eles pensavam que eu tava sarada mas depois ficou dando mais crise... nessa época foi que um médico falou pro meu pai que era bom que eu fosse prá um lugar que tivesse mais contato com a natureza, e foi bom que eu já consegui sair de crise só tomando banho no rio, andando no mato, já saí de crise assim... a gente consegue distrair, esquecer os problemas que a gente tá passando, brincar com criança também me fazia muito bem, quando as criança não tinham medo de mim, relaxa, né."

*** 37. Qual delas você considera como a principal forma de ajuda no momento? Por quê?**
"A principal ajuda nessa doença foi o tratamento com carbolitium, né, porque tudo que foi tentado antes não deu bom resultado que nem esse... ir na igreja ajuda bem, acho que os dois é importante, porque se não tiver a parte de espírito também não adianta... o tratamento eu levava ele relaxadamente mas também não resolvia, eu tomava o remédio, né, quando chegava a época que ia dar crise, a crise vinha, o remédio não servia nada, não cercava nada... eu acho que Deus entra em todo problema, se ele ressuscita uma pessoa ele não pode curar uma enfermidade?"

*** 38. Você já tinha procurado alguma dessas situações de ajuda antes do aparecimento de seu problema?**
"Eu nasci num lar cristão, né, mesmo que eu já tive rompido com a religião várias vezes, eu já era batizada na Assembléia de Deus."

V- Relacionamento Clínico

39. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo?
"Eu acho que o melhor jeito de ajudar é falar sempre a verdade. Por mais difícil que seja a doença, que seja o problema da pessoa, mas nunca ficar enganando, ponhando pano quente em cima. Eu acho que tem que falar a verdade... o remédio também é importante, né."

40. Na sua opinião, qual é a diferença entre o trabalho de um psiquiatra e o de um clínico geral?
"O psiquiatra, ele é mais prá'quele assunto, né. Prá esses problema de nervo mesmo, ele já é mais, ele só trata daquilo. O clínico não, tudo quanto é doença que vai lá ele atende, né. O psiquiatra, ele tem mais jeito prá'quilo, né, que ele tá acostumado a lidar só com aquilo."

41. Você sabe o que quer dizer psicoterapia?
"Não. eu não tenho idéia... análise é quando a pessoa vai no analista. fica falando a vida prá ele. ele dá um conselho."

42. Você teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)?
"Geralmente quando eu tô em crise eu não gosto nem de médico nem de polícia nem de tomar injeção que eu já sofri muito na mão de médico e de polícia. Já tive muito medo de ir no psiquiatra."

43. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com o médico (entender o médico ou ele entender você)?
"Muitas vezes porque geralmente o médico não fala o que que tá acontecendo. a gente conta tudo a vida da gente prá ele. ele passa o remédio. fala as coisa que tem que fazer. mas ele não explica o que é aquilo. como evitar. né. não explica nada. a gente sai sem saber de nada... isso aí parece que é a característica dos médico."

44. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?
"Tinha vez que eu não voltava na consulta. quando eu não gostava eu não voltava."

VI- Problemas Gerais de Saúde

45. Na sua opinião, o que é um problema de saúde?
"Qualquer coisa que tira a normalidade do ser humano é um problema de saúde. Ó. a gente tem o corpo inteiro. se doer a unha do dedo minguim já é um problema de saúde. aquilo ali cê já não tá normal... hoje em dia esse problema de loucura tem muito. AIDS. né. É. derrame. câncer. diabetes. é as doença que mais tem hoje."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 46. Quais delas você acredita que são causas de problemas de saúde?**
"Às vezes. a gente próprio tem culpa. né. A gente às vezes por não ter uma orientação. a gente faz coisa que prejudica a saúde da gente. outras vezes é uma coisa que a gente não procura. né. mas isso se acarreta sobre a gente... Problema de família causa. feitiço causa muito. porque o feitiço é pior que a inveja e a inveja já mata. né. A gente pega um invejoso aí. a gente não vai prá frente. que dirá o feitiço... ah. doutor. tem várias causa. cigarro também."

*** 47. Qual delas é a principal causa de problemas de saúde?**
"A principal causa de problema de saúde é o pecado porque Deus fez o homem prá ser eterno. aí o homem pecou. desobedeceu a Deus e começou os problemas de saúde... a principal causa é esse castigo. a punição. né. por exemplo. cê fala pro seu filho. cê não faz isso senão seu pai vai te punir com isso. aí o filho vai lá e faz aquilo que você falou que não era prá fazer. aí cê cumpre com sua palavra também... quando Adão pecou toda humanidade pecou junto com ele. nós já nasce no pecado."

48. Quais os problemas de saúde mental que você conhece?
"Ah. tem epilepsia. tem doenças mentais que a pessoa fica quieta. mesmo ela doente outra pessoa consegue dirigir ela. consegue obedecer. Tem outras não. que nem eu quando eu ficava. antes eu ficava rebelde. ficava desobediente."

49. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e os outros problemas?
"Eu penso assim. a cabeça dirige o corpo inteiro. agora se tiver alguma parte do corpo da gente que tiver doente mas a cabeça tiver boa a gente consegue ainda. agora se a cabeça tiver ruim o corpo inteiro padece... Eu acho que duas doença que é terrível. é as doença de dor e doença mental. Porque as doença que você sente muita dor você não tem sossego. né."

50. Na sua opinião, existe alguma relação entre os problemas de saúde mental e os outros problemas de saúde? (questão 26)

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

"Olha, eu não sei se o remédio possa ter isso ou se o lugar que eu moro, que eu moro num lugar muito cheio de subida, de morro, né, talvez possa ser isso que prejudicou as minhas pernas."

51. Na sua opinião, como um remédio age em você?
"A única coisa que eu sinto no carbolitium quando eu tomo ele, quando eu comecei a tomar ele, que eu sinto fraqueza, mas eu não consigo entender o que que ele faz... Agora o outro a gente sente sono, sente sono, se tomar muito dá indisposição."

52. Qual é sua opinião sobre a loucura? O que é a loucura para você?
"A loucura é um enigma, né, por mais que eu pense eu nunca cheguei a uma conclusão da loucura, eu acho que é a pior das doenças, porque as outras doenças os outro respeita, né, as pessoa não fica falando abrobrinha, fica com dó, vai visitar agora quando a pessoa vê um louco, a maioria fazem mal, fica com medo e não ajuda, uns fala que é sem-vergonhice, uns falam que é isso, já cheguei a achar até pessoa que falou prá mim que era falta de homem, e eu acho um desrespeito isso daí... quando ela é por obra de macumbaria é problema espiritual, né, porque tem muitas pessoas loucas por macumbaria, o louco por macumbaria fica louco de repente mas não tem diferença, né, só de olhar não tem diferença, só quem tem visão espiritual pode saber."

53. Você tem a capacidade de realizar algum tipo de cura? Como você utiliza essa capacidade?
"Não, eu faço oração mas se ajuda é Deus."

54. Qual é sua opinião sobre a causa do (sarampo / diabetes / tuberculose / lepra (hanseníase) / AIDS / suicídio / depressão / alcoolismo)?
- **sarampo:** "Não sei, doutor."
- **diabetes:** "É o açúcar, né, a gente comer muito açúcar, muita massa."
- **tuberculose:** "É nos pulmões, né. Acho que é inflamação... Ah, acho que começa da pneumonia, né, aí vai piorando, piorando, enfraquece os pulmão, cria água, vai ficando cada vez pior."
- **lepra:** "Meu pai tem... Eu não sei."
- **AIDS:** "AIDS é pessoa ficar andando com um e com outro, é, sem preservativo, e, é, tomando drogas com a mesma seringa, né."
- **suicídio:** "Acho que é uma tristeza forte, a pessoa vai encolhendo, encolhendo, quer se matar."
- **depressão:** "Não sei."
- **alcoolismo:** "Ah, eu acho que todo vício começa pela curiosidade, a pessoa acha bonito, começa beber uma dose hoje, outra amanhã, quando você achar que não, é um dependente. É vício, mas depois que tá viciado mesmo vira uma doença, né, uma doença ruim."

VII- Comentários

55. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação as questões formuladas?
"Não."

ENTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL (Caso 4)

I- Identidade Sócio-Cultural

Júlio, sexo masculino, 34 anos, branco, natural de Lima (Peru), morou em Lima até os 26 anos de idade tendo mudado-se então para Campinas-SP onde mora há cerca de oito anos. Nesse período, volta anualmente para visitar seus familiares no Peru ficando cerca de dois a três meses por ano em Lima. Veio para o Brasil inicialmente para visitar um irmão que é padre e já morava aqui há alguns anos, diz a respeito dessa mudança que "queria conhecer o Brasil e acabou ficando". É amasiado há seis anos, tem uma filha de cinco anos e um filho de quatro anos, sua companheira é natural de Recife-PE tendo vindo para Campinas há cerca de 10 anos. Mora numa casa própria de seis cômodos com estrutura básica completa na Vila Padre Anchieta (bairro), mora nesta casa com a família nuclear mais dois sobrinhos que estudam no Brasil (filhos de um irmão e uma irmã que estão no Peru). Tem oito irmãos, seis moram no Peru, um mora no Brasil (o padre) e um mora na Venezuela onde trabalha numa indústria petrolífera. Seus pais são vivos e também moram em Lima. Escolaridade: completou o segundo grau no Peru. Trabalha atualmente como autônomo ("faço de tudo um pouco, eletricidade, encanamento, carpintaria, faixas, pintura de casas e uma pequena mercearia em casa"), começou a trabalhar com nove anos, inicialmente como vendedor de sorvetes e frutas nas ruas passando depois durante um período a trabalhar numa indústria de calçados. A partir dos 12 anos começou a trabalhar como palhaço num circo e posteriormente também em festas infantis mantendo esse serviço até vir para o Brasil há oito anos. Durante um período ainda, trabalhou também como músico no Peru. Relata que suas principais atividades de lazer são ir ao teatro e passear com os filhos. Cotidiano (M- trabalha na mercearia, T- faz bicos, "pequenos trabalhos", N- cuida das crianças enquanto sua companheira estuda). É católico frequentando a missa uma vez por semana; há cerca de 7 anos, alguns meses após ter chegado ao Brasil, frequentou em algumas ocasiões cultos de uma igreja evangélica que não se recorda o nome mantendo sempre, porém, atividades religiosas na igreja católica. Situação específica: imigração há oito anos.

II- Apresentação do Problema

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema?
"Segundo o médico disse que eu tenho síndrome de pânico... antes eu não tinha idéia do que era porque nunca passei por isso, não é, teve uma época, há muitos anos atrás, eu acho que eu bebia muito, que quando eu comia parece que não conseguia engolir, parece que ficava meio afogado, alguma coisa assim mas não que eu bebia muito também, eu não era alcoólatra, só que como eu também trabalhava num grupo de música e dava serenata, então rola muita bebida, né."
"É problema de nervos, depressão, porque eu não acredito que é bebida, não, isso foi superado, foi superado, inclusive quando eu fazia teatro em São Paulo eu via as modelos fumando maconha, essas coisas e não me chamou atenção, pelo contrário, eu trato de aconselhar, entendeu."
"Eu acho que é depressão porque eu nunca escutei falar em síndrome de pânico, entendeu, mas escutei falar depressão, então eu me encaixei, então, tô achando que agora estou encaixado nisso porque eu nunca escutei falar síndrome de pânico, entendeu."

18. Você saberia dar um nome a esse problema?
"Eu fui num médico geral, fiz bateria de exames, ele falou que eu não tinha nada organicamente, tudo era psicológico... é problema psicológico, né, depressão, ansiedade."

19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema?
"Ansiedade, ansiedade, falta de ar, né."

20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento?
"Eu acredito que vai fazer uns quatro anos... na minha opinião, eu acho que foi problema de medo que eu tive antigamente. Por exemplo, quando eu vi uma pessoa morta de overdose e como eu tinha, como teve uma época que eu mexi com droga também, então isso me fez tirar do passado aquela imagem, daquele morto... era um desconhecido, só que eu via alguém porque meu irmão tinha encomendado o corpo de um amigo meu que tinha falecido de câncer do pulmão, aqui no Brasil, aqui na Saudade, e quando eu vi o outro lá, aí ficou parecendo esse, não passou quinze, vinte minutos que eu comecei com aquela ansiedade."

21. Como você avalia a gravidade de seu problema?
"Como assim? Eu acredito que não é grave, não, é questão de, de mim mesmo. Tem vezes que eu preciso, forma aquela ansiedade, eu falo não, eu vou me controlar, sim, eu consigo sair, vê se saio do comprimido."

22. Como você acha que seu problema vai evoluir?
"Às vezes eu penso que vai continuar, às vezes eu penso que não. Depois que eu comecei com esse problema que eu procurei livros e revistas que tenham a ver com a depressão, aquela coisa para tentar informar-me sobre sintomas, sobre, possivelmente, sequelas ou alguma coisa assim, né. Eu acredito que não vai ter maiores problemas."

23. Como esse problema atrapalha sua vida?
"Não, por exemplo, às vezes eu tô fazendo algum trabalho de madeira, tô concentrando naquilo... no começo era difícil concentrar-me nisso, ficava nisso e no pensamento, né, nisso e no pensamento, nisso e no pensamento, entendeu, trabalhando e pensando naquilo mas depois foi que eu comecei o tratamento foi mudando, entendeu, mesmo que eu pense, eu jogo fora aquela ansiedade, consigo controlar."

24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema?
"Não, por igual, porque tenho por exemplo, às vezes eu vou prá festa com meus filhos, com meus sobrinhos, de noite, de domingo, alguma coisa, eles bebem e eu como parei de beber, eu não me sinto excluído, pelo contrário, eu tô indo, eu vou, pego uma lata de refrigerante, entendeu, não é que o fato de eu deixar de beber que vai me deixar diferente dos outros, né, só que eu fico, é, como se fala, eu fico revoltado quando às vezes uma pessoa bebe sendo que não tem para comer, ou sendo que os filhos ficam com fome e ele não tá nem aí, tá bebendo, aí que eu fico revoltado, agora, beber, bebe porque quer, né."

25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Porquê?
"Quando eu fui lá no Peru me trataram diferente porque até antes de começar o tratamento eu bebia, né, e quando eu chegava lá no Peru era bebedeira, não, bebedeira direto, né, mas com os colegas e tal mas depois nesses dois últimos anos, eu chegava lá, ô, vamos tomar uma cerveja, não, não posso, parei de beber e tal, aí todo mundo, ê-ê, saiu do seu país, não quer beber cerveja com a gente, não sei o que, não sei o que, inclusive um que trabalhou comigo, que eu tirei da garra da delinquência porque ele se encontrava quando ele tinha onze anos, se ele queria trabalhar e eu falei, eu chamei ele porque os irmãos dele são delinquentes, são, mexem com droga e tudo, eu tirei ele da família prá ele trabalhar comigo de palhaço, e ele ficou no meu lugar lá quando eu vim para aqui, deixei fantoche, deixei boneco, deixei fantasia, deixei tudo para ele, do que eu tinha, então ele praticamente era meu braço direito, quando eu cheguei lá, as duas últimas vezes, ele me excluiu de uma maneira que eu não sei se é metido, orgulhoso, só porque tá lá ou alguma coisa assim; e achei tão pouco porque era eu com ele, quando estava lá no Peru, era prá cima e prá baixo, sabe."
"Uma vez me chamaram de terrorista mas eu não tô nem aí, não, não ligo não... porque quando eu cheguei aqui, cheguei de barba e justo eu cheguei em novembro, no ano de 92, e em setembro no ano de 92 o terrorismo no Peru é, o chefe dos terroristas no Peru foi pego, então a maioria foi pego fora, né, os terroristas... Sendero Luminoso e Movimento Revolucionário dos Tupakamaro. Tupakamaro foi um precursor da independência do Peru, um índio."
"Eu gostaria de morar no Peru. Eu discriminava um pouco os serranos, não que eu discriminava mas a própria sociedade faz a gente ficar com um pé atrás. Porque automaticamente se os serranos não conseguiam serviço, eles viravam ladrões, então por esse lado sempre teve aquela discriminação. E eu era reconhecido, eu sinto essa falta aqui, de passar pelas ruas e falarem: oi, tudo bem, aí, ô, palhaço, eu era muito conhecido por ter trabalhado em circo como palhaço. Os menininhos, as mães que eu animava as festas me conheciam, pegava a criança no colo, cumprimentava. Eu sou um desconhecido aqui. O fato de ser estrangeiro tem uma diferença, você vê, como ser humano eu não queria ser discriminado porque no final todos somos iguais, mesmo que a pessoa tenha dinheiro, de qualquer lugar, classe social, tem que ser tratado de forma igual. Quando eu cheguei aqui foi mais difícil, as pessoas perguntavam sobre o terrorismo, sobre cocaína, depois que eu conheço a pessoa, a pessoa fala que desconfiava antes, de ser traficante, de ser terrorista. E não foi mais porque aqui também eu sou conhecido um pouco por meu irmão que é padre, eu sou um pouco conhecido como o irmão do padre."

26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?
"Não."

III- Causas do Problema

27. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema?
"Aquele fato de ver aquela pessoa, né. Depois que eu comecei a pensar, não pode ser também o fato de ter deixado a cerveja, o cigarro e a droga da noite para o dia, será que é possível? Pode ter influenciado também, né. Alguma falta disso, como uma falta disso, alguma coisa assim, porque o organismo se acostuma, né."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?**
(causas psicossociais) "O fato de ter morado aqui, eu acredito que sim porque eu era muito ligado com meus sobrinhos, entendeu, até com meus irmãos lá porque eu brigava muito, sabe, com meus irmãos lá, com meus sobrinhos não, era muito ligado com meus sobrinhos, eu sinto falta deles, inclusive quando eu estava lá antes de vir para aqui a minha cunhada teve nenê e eu fiquei seis meses com a menininha tomando conta dela porque ela estudava, entendeu, e quando eu tava no aeroporto eu comecei a chorar por ela, queria trazer minha sobrinha para aqui, entendeu, uma coisa que é impossível."
(causas mágico-religiosas) "Não, não acredito nessas coisas, não acredito, completamente eu não acredito, então eu digo assim, então eu digo, na época ainda que eu namorava, eu, eu, quando eu voltava prá casa um pouco tarde da noite, eu achava numa encruzilhada, a vela, aquela macumba, aquela coisa assim, aquela coisa, então eu passava por aí e chutava ela, eu não tava nem aí, sabe, então, não sei se isso de eu dar um chute tem alguma coisa a mais, eu não acredito nessas coisas."
(causas médicas) "Uma doença assim de família, digamos, não, acho que foi uma coisa que apareceu, não uma doença, não, uma coisa que apareceu só, por isso que eu fico meio assim, o que que é isso?"

*** 29. Qual delas você considera como a principal causa?**
"Aquele cara que eu vi, hoje eu penso se eu não tinha visto esse cara ali, acho que não tivesse acontecido nada, não, porque já fui a muitos velórios, inclusive na minha casa morava um, uma pessoa que ele estava estudando para padre, um peruano, e ele não era nada da minha família, né, era simplesmente um amigo, e ele morreu de asma, ele sofria de asma, e ele por um pouco morre em casa, se eu, se meu irmão não percebe que ele tava passando mal, nós trouxemos aqui no pronto-socorro, ele morreu aqui no pronto-socorro, quatro horas da madrugada, mais ou menos, e isso não abalou em mim, entendeu, eu vi ele morrer e tal."

30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema?
- migração: "No começo, não, no começo não porque era novidade, né, mas alguns anos, é, tô sentindo sim essa mudança, enquanto a educação, a cultura e a lazer também... é, a música por exemplo, a música é diferente, a cultura das pessoas que é diferente, a educação das pessoas que é diferente, eu fico muito revoltado quando eu vejo uma pessoa andando pela pista e não pela calçada. E ainda de carrinho de bebê com bebê dentro, entendeu, coisa que já não se vê no meu país, eu já falei, falei, dona, se eu tô bêbado com um carro e eu passo por cima da senhora, quem vai ser a culpa, eu que passei por cima ou você que tava na pista... eu fico irritado com as coisas que não são, com aquilo que não tá certo, entendeu, como eu falei, tipo assim, andar na pista ou ficar conversando na calçada, como acontece, e eu vou ter que, tô com meu filho no colo, vou ter que descer da calçada, andar pela pista porque o filho da mãe não se mexe da calçada porque está na calçada; eu falo: ô, meu, você quer conversar, vai lá num restaurante, lanchonete, senta numa mesa e conversa, eu só queria ter a calçada para andar, eu corro o risco de sair para a pista e um carro me pegar e eu tô com minha criança no colo, isso que eu falo, né, eu sou muito irritado nessas coisas, quando eu tenho razão... lá no Peru essas coisas não acontecem, entendeu, tem a ver com a cultura e a educação... eu tô, eu tô, da porta para dentro de minha casa eu tô adaptado mas da porta para fora não."
- família: "Contribui, às vezes pela briga e às vezes assim por aquela ansiedade... Não, eu conheci ela aqui... Sim, ela é muito ciumenta, certo, não gosta que eu beba, às vezes chegava por exemplo cinco, seis amigos do Peru que estudavam em diferentes faculdades do Brasil, chegava aqui na minha casa, eu dava alojamento prá eles, os meus sobrinhos traziam de lá bebida, assim e eu bebia com eles em casa, escutava música peruana e ela não gostava, né, lógico, tudo bem, aí, até que eu mais na frente fui entender-me que um dos problemas também da bebida para evitar problemas em casa, prefiro deixar de beber, uma pela minha depressão, outra para não trazer problemas em casa, também para não criar problemas em casa com a minha mulher e outra para dar um bom exemplo pros meus filhos."

"Tem outra coisa também que eu acho que influenciou, uma época minha mulher, eu nunca bati nela e uma vez eu bati e depois eu me prometi nunca mais fazer isso, mas não bati assim, foi um tapa, sabe, e ela pegou minhas crianças e foi embora, ficou uma semana fora de casa na casa da mãe dela, aí eu tomava, tomava, tomava mas depois eu pensei: tomando eu não vou conseguir nada, isso foi o que, foi quatro, cinco anos atrás quando meus pais estiveram aqui... naquela época, teve uma época que ela me chantageava muito com os filhos, como eu sou muito apegado a eles, ela dizia, eu vou embora, não sei o que, segundo a lei aqui os filhos passam prá mãe, e eu falei prá ela, para mim não custa nada falsificar documentos e levar meus filhos pro Peru, você tá trabalhando agora, você quando volta não vai ter ninguém... eu falo para ela, por exemplo, ela vê mais a parte superficial, não gosta de ler, gosta de novela, entendeu, gasta o dinheiro, apesar que ela é de uma família pobre, não tanto, não tanto, pela educação que meus pais me passaram porque na época que eu estudava, por exemplo todo mundo na escola tinha televisão a cores e nós tínhamos uma televisão velha preto e branco, mas tínhamos uma boa coleção de livros, entendeu, nós tínhamos uma boa coleção de livros de história, geografia, aqueles livros grossos, uma boa biblioteca, entendeu, esse que é o problema; agora aqui no Brasil tem mais consumismo, por exemplo, nesse caso, tem gente que mora num barraco mas com um tênis de 110 reais, com uma calça de 80 reais, entendeu, ele quer aparentar o que não é, no Peru não é tanto assim mas lá tem também."

- **situação econômica:** "Não, às vezes me preocupa mas é difícil, porque eu sei sair, sabe, não sou de me preocupar."

- **trabalho:** "Também, por que eu fico, por exemplo, cada vez que eu viajo para o Peru, eu procuro um circo prá trabalhar, mesmo nesse pouco tempo, entendeu... eles aceitam, eles aceitam, eu trabalho lá, mesmo, sou muito, muito conhecido lá, fui muito bem conceituado e na minha cidade fui um dos melhores palhaços, então assim, por mim às vezes mudavam a data da festa porque assim, para mim animar a festa, por exemplo, se eu tinha um contrato, um compromisso sábado e vinham me contratar para esse sábado, eu falava assim, olha, eu tenho um compromisso sábado, e domingo você tem? Não, não tenho, então faço domingo porque eu quero que você esteja na festinha da minha filha."

"Sim, sim, no Peru quando eu estou com ela, sim... lá ela deixa eu trabalhar, ela deixa mas só quando o circo tá na minha cidade... Eu seria mais feliz se eu trabalhasse em circo, eu sou feliz com minha mulher mas eu até sonho com meus amigos do circo, eu sonho com o circo mas vai ser difícil, eu não gostaria de deixar minha família e para levar minha família para o circo, meus filhos vão continuar o que eu sou, vão ser trapezistas, palhaços, não vão poder estudar muito e minha mulher não ia concordar com isso."

"Eu fiz uma festa aqui e não me dei bem porque a cultura de vocês é diferente da nossa, então o que acontece, lá no Peru a festa infantil começa cinco horas da tarde, acaba oito horas da noite, então, festa infantil é festa infantil, não festa de adulto, então o que acontece, eu trabalho com a criançada três horas, depois das oito horas da noite, aí os adultos podem comer churrasco, beber, dançar, o que eles querem, mas enquanto eu estou trabalhando, só os adultos são, estão participando como é, platéia, coisa que não acontece aqui, eu estava trabalhando na criançada e os adultos entravam no meio, rá-rá-rá, conversavam, não prestavam atenção, entendeu, então isso me desanimou... tem outras coisas, não sei, cultura é cultura, também o fato de a festa, contratação no Peru, aqui é muito desorganizada, não quer dizer que mais organizado o Peru é tudo melhor, né, mas por exemplo, esse que nem o sábado eu fui para uma festa de quinze anos de uma enteada de minha cunhada e a menina tava chamando para dançar os parabéns para ela, e a metade tava cantando os parabéns e a outra metade tava com videokê e não sei o que, falei assim, ah, entendeu? No Peru as festas são mais organizadas, inclusive essa mesma noite da festa que tive eu falei, ô, dá prá você tirar esse negócio, aí, tá cantando os parabéns lá e você tá com o videokê, então tá bem, eu falei assim prá eles, porque eu sinto pena dele quando é uma coisa que não tá certo, é uma falta de respeito, eu acho."

- **religião:** "Não, justamente quando eu, eu estudei num colégio de padre, católico, deixei de estudar e me dediquei ao trabalho, trabalho, trabalho, trabalho, aí deixei de frequentar a igreja, quando eu vinha para aqui, também frequentava, digamos assim por uma obrigação por ser o irmão do padre, entendeu, mas não porque eu queria, mas quando eu parei de beber e fumar cigarro, porque eu já tinha deixado a droga... quando eu parei de beber cerveja comecei a frequentar a igreja, falei assim, ah, eu não preciso de conselho para parar de beber e parar de fumar e parar de usar droga, eu não preciso de conselho, então, tudo foi pessoal, falei, hoje eu vou parar e parei."

31. Qual é a opinião de sua família e de seus conhecidos sobre as causas de seu problema?

"Por exemplo, sexta-feira falei com minha mãe pelo telefone, ela tinha sonhado comigo, minha irmã tinha sonhado comigo e tava preocupada achando que eu tava mal, alguma coisa assim, ela me ligou urgente, porque queria falar comigo urgente, tudo bem, aí eu falei com ela, ela me perguntou se eu tava bem eu falei,

eu tô bem, e ela me dava apoio, ela falava, isso que você tem é passageiro, você tem que superar, você tem dois filhos, uma família, entendeu, minha mãe falou, né... no começo eles achavam, né, por isso que eu fiz aquela, uma doença orgânica, por isso que eu fiz aquela bateria de exames, mas depois disso já passei a acreditar que não era uma doença, não uma doença, um fenômeno psicológico, entendeu, a consequência daquele morto, eu acredito que se não tivesse visto aquele morto não acontecia nada."

32. Você acha que há alguma causa relacionada com a piora de seu problema?
"Acho que não, fazendo o tratamento eu acho que não."

33. Você acha que há alguma alteração em seu cérebro?
"Não, quando começava com essas crises, então parecia que os neurônios aqui começavam pular, sabe."

IV- Situações de Ajuda

34. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde?
"O primeiro dia que aconteceu isso, foi lá no cemitério, eu tava com minha mulher esperando o enterro daquele amigo lá, aconteceu, eu falei prá ela, e eu meio que brincava com ela, me fazia de morto, fazia, me pintava de alguma coisa e pronto, ela disse, verdade, eles não acreditavam, entendeu, pensavam que eu tava brincando, eu falei, não que, vamos lá, porque lá no cemitério tinha um argentino ali, aí ele falou, achou que era pressão alta, alguma coisa mas não era, eu continuava com aquela coisa, tal, aí ela chamou o filho do falecido que, era uma família que acolheu muito a gente, entendeu, então o filho do falecido chamou outra pessoa e me levaram para o hospital."

Entre as opções listadas no cartão 2:
*** 35. Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema?**
- **familiares:** "Eu conversei com meus irmãos, eu conversei, simplesmente, ô, aconteceu isso, aquele dia e tal, só, mas eu achei que não ia acontecer mais, porque eu tive aquela reação de ver aquele cara morto, porque cada vez que eu escutava alguma desgraça relacionada com a droga, entrava em crise."
- **amigos, conhecidos:** "Não, procurar ajuda era só de momento, eu achei que era só uma crise de momento, depois voltou, é lógico, né... depois conversei muito, no Peru, conversei com meus amigos."
- **remédios caseiros (chás, ervas, etc.):** "Tomei, tomei, chá de melissa, alguma coisa assim, elissa, melissa."
- **livros de auto-ajuda:** "É, tipo de ajuda espiritual, é, mental, psicológica... não tô lembrado agora, tenho dois, meu irmão que me deu, que comprou os livros... depois que eu tive esse problema que eu passei a ler mais também, esse problema, da depressão, do pânico, sintomas, essas coisas da revista."
"Eu não sei, por exemplo, aquele problema do Ronaldinho que ele teve no final da copa, quando ele teve aquele desmaio, não sei o que, saiu na Veja uma reportagem, nessa época eu tava no Peru e meu irmão tava aqui, e ele me mandou a Veja para lá, aliás me mandou umas cinco ou seis daquelas que eu não tinha lido porque eu leio muito isso aí e aí que eu vi, se você não pode dar conta de pressão, de isso, isso e aquilo, isso aí é os sintomas de depressão, sintomas daquele problema que teve Ronaldinho e então vejo se me encaixo nos sintomas... eu tive alguma coisa assim, entendeu, preocupação, de repente, eu vim a saber que era síndrome do pânico porque o doutor falou prá mim."
- **simpatias:** "Ah, não acredito nisso."
- **atividades adivinhatórias (cartomantes, búzios, etc.):** "Não, não acredito nesses ladrões, não."
- **orações:** "Orações católicas, eu peço, peço... Às vezes, por exemplo quando eu estou para dormir, parece que vai dar aquela coisa, eu faço uma oração, tenho o costume de rezar o Pai-Nosso, Ave-Maria."
- **promessas:** "Olha, as promessas que eu faço, sim, eu fiz, que se eu melhorar vou ser mais espiritual com meus filhos, vou dar, vou ser mais espiritual com minha família."
- **benzedor, rezadeira:** "Agora que eu lembro, tem um tio que aquelas coisas ali que fazem, não sei o que, mas não é macumba essas coisa, não, é besteira... meu tio é benzedor, lá no Peru, e outro tio me falou prá mim, já que você tem isso, fala pro seu tio fazer isso aí e ele fez um dia em mim, agora que eu lembro mas acho que não resolveu, não, inclusive eu fiquei assim, ele falou, fica de pé, eu fiquei assim e ele falou não cruza os braços porque senão é do contra, eu fiquei assim e ele fez uma coisa, que o mal saía de mim, que eu tô bem, mas não foi uma coisa assim, digamos, macumba ou satânica, foi uma coisa mais leve, então assim que falam que aquele que não acredita não é curado, entendeu, então como eu não acredito nessas coisas, eu simplesmente tive aí porque o meu tio falou, o outro tio, então acho que não fez efeito em mim a proeza,

entendeu, senão não existissem os médicos, né... isso foi na última viagem, a última que eu fiz agora em dezembro para lá, na virada do ano."
- **procissões, romarias:** "Ah, eu fui, inclusive agora em outubro eu fui convidado para ir prá Aparecida do Norte, todos anos eu vou prá Aparecida do Norte... eu vou mais por uma questão de fé, da minha fé católica e para encaminhar meus filhos também por esse caminho."
- **bíblia:** "Não, é difícil eu ler a bíblia."
- **padre, pastor, pai-de-santo:** "Não, só com meu irmão, só com meu irmão, eu conversei bastante com ele, tão assim que ele me agendou para um psiquiatra particular que eu falei, ele me agendou, ele pagava consultas e tal... não, não, ele não falou nada, ele me falou, aqui ó, o problema que você tem, tem muita gente, porque tem muita gente que vai lá, pede um conselho nele, da paróquia dele, que passa pelo mesmo problema, que diz que é uma doença do ano 2000, o pânico, não sei até que ponto será verdade, eu cheguei a conversar e comento com os amigos, porque, todo mundo fica surpreso comigo, fala ó, você já não bebe mais, por quê? Porque eu continuo sendo o mesmo, bebendo ou não bebendo eu continuo sendo o mesmo, entendeu, só que quando eu tava é, chapado, como fala, eu contava piada, fazia imitações e tal, em grupo, todo mundo dava risadas, sabe... justamente, pelo tratamento, porque eu não posso beber com esse comprimido que eu estou tomando, não é, é, pelo problema com, para não ter problema com a minha mulher porque ela não gosta que eu beba e para dar bom exemplo para os meus filhos, por isso que eu deixei de fumar também, então assim quando a menininha tava pequenininha eu fumava assim na época e depois de fumar lavava a mão e a boca para pegar ela."
- **atividades em igrejas:** "Vou aos domingos, quando dá prá ir mas geralmente todo domingo... com a família... não sei, eu acho que interferiu para eu frequentar a igreja, sim, entendeu, porque sempre que eu vou para a missa, às vezes eu não tô acompanhando a missa mas tô pensando, tô pedindo que Deus me dê força, me dê saúde, eu aproveito mais para isso... não, quando eu vou, quando eu morava lá, quando eu deixei de estudar, me dediquei muito ao trabalho, então deixei de frequentar igreja pelo menos por uns três anos... foi uma época que eu tava usando mas são três anos que eu acredito que não fui viciado, uma coisa pequena fez uma coisa grande, né, porque eu bebia, usava droga mas não fui viciado, não, não precisei roubar, não fazia escândalo, entendeu, então eu acho que depois de três anos que eu usava meus pais se inteiraram e não por mim, senão por um amigo que falaram para o meu pai, entendeu, porque se era por mim ninguém ficava sabendo porque eu usava e fazia o máximo para ninguém ficar sabendo que eu usei, entendeu, chegava lá em casa e fazia de bêbado para entrar e dormir, quando a minha mãe me via à porta eu fazia que tava bêbado prá entrar ela nem percebia e tal, entendeu... tão assim que viram tanta diferença, viram tanta mudança que eu tive pessoalmente que todo mundo me convida para ser padrinho do filho dele, para isso, para aquilo, entendeu, e dessa última vez que eu fui lá teve um batizado de um sobrinho meu anteriormente também teve o batizado da menina e também eu fui padrinho dela e essa última vez nós fomos também com meu irmão, casaram dois irmãos, aliás, um irmão e um sobrinho, porque quando viajamos com o irmão que é padre aproveitamos já prá batizar, prá casamento, essas coisas."
- **centro espírita:** "Não, não fui e não vou."
- **farmacêuticos:** "Lá, o diazepam, esse tipo de remédio de faixa preta são vendidos sem receita, não tem problema, entendeu... é, mas tinha muito medo de ficar viciado nesse tipo de comprimido, então quando eu tinha crise, dor de cabeça, alguma coisa assim, eu não recorria a esses comprimidos... ah, sim, quando tava doente, com gripe, não para esse problema, não, não, esse problema depressão uma coisa eu sei, eu tinha que procurar uma pessoa indicada."
- **terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.):** "Não."
- **grupos de auto-ajuda (alcoólatras, neuróticos anônimos, etc.):** "Não, já vi, cartazes, conversas desse grupo, entendeu, só que não cheguei a ir."
- **psicoterapias (psicanálise, comportamental, etc.):** "Fui num psiquiatra que era terapia, tipo de terapia, né, agora foi duas ou três vezes só, daí eu parei de ir."
- **médicos clínicos gerais, especialistas não psiquiatras:** "No começo fui no médico geral, né, agora, os exames foram todos normais."
- **médicos psiquiatras:** "Quatro meses depois eu fui no psiquiatra lá no Peru, eu tive a mesma coisa, eu tive aquela crise em março, daí para julho eu tinha que viajar lá para o Peru porque os meus pais faziam cinquenta anos de casado, então a gente, todos meus irmãos que estavam fora do país viajaram para lá prá fazer uma festa surpresa para eles, então assim que nós contratamos orquestra, aquela coisa toda e, e naquela cidade lá, as amizades se encontravam, ô lembra do fulano, tal e tal, aí eles falaram de um amigo meu que eu conheci, que estudou com meu sobrinho no mesmo colégio, que ele foi morto por viciados, foi achado debaixo da ponte com a cara toda destroçada, e aí deu outra crise... eu fui no hospital, fui lá, aí me colocaram diazepam

na veia também, aí voltei prá casa tranquilo. fui lá dormir, aí o problema ficou mais consecutivo, aí que eu fiquei preocupado, aí procurei um médico, o médico geral me fez aquela bateria de exames, me falou que era psicológico, me mandou no psiquiatra e o psiquiatra tava me agendando pro psicólogo mas nesse meio tempo eu já tinha que viajar para aqui porque a minha passagem já tava vencida pela, porque é de avião, né então eu viajei para aqui, mas lá cheguei a usar uns quinze dias mais ou menos de comprimido, calmante, né... daí, bom, quando eu cheguei para aqui eu falei, não vou fazer nada mas todo dia a noite eu ficava com aquela, não conseguia respirar direito, daí eu fiquei preocupado outra vez, depois de um tempinho, não foi logo, logo que eu vim para aqui."
"Porque meu irmão trabalha com crianças de rua e eu ajudo lá, de vez em quando eu vou mas faço manutenção geral da casa, mais prá frente eu vou dar aula de artesanato lá, artesanato em madeira, inclusive eu já dei aula de artesanato numa outra instituição também; e esse psiquiatra ajuda meu irmão, então foi por meu irmão que eu cheguei nesse psiquiatra."
- **outros:** "Não."

*** 36. Qual delas você procurou em primeiro lugar?**
"Quando eu tive a primeira crise? Fui no hospital, no médico do pronto-socorro."

*** 37. Qual delas você considera como a principal forma de ajuda no momento? Por quê?**
"Ah, o diálogo... eu acho que é 50% de uma e de outra coisa mas para isso depende de ajuda... eu acredito no remédio porque ele me faz passar as crises, entendeu, mas eu não quero chegar a ficar viciado, eu tenho medo."

*** 38. Você já tinha procurado alguma dessas situações de ajuda antes do aparecimento de seu problema?**
"Por exemplo, de ir no médico, na igreja."

V- Relacionamento Clínico

39. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo?
"Ah, é um processo, né, num primeiro momento os comprimidos e depois as conversas."

40. Na sua opinião, qual é a diferença entre o trabalho de um psiquiatra e o de um clínico geral?
"Que o psiquiatra é mais, assim, é a pessoa indicada para essa doença, né."

41. Você sabe o que quer dizer psicoterapia?
"É, psico, é mente, né, psiques e terapia é um tipo de exercício, alguma coisa assim, mental."

42. Você teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)?
"Vergonha, de, de falar, de que eu usei droga... mas eu superei."

43. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com o médico (entender o médico ou ele entender você)?
"Não, quando eu não entendia, quando eu não entendia, eu perguntava prá ele o que que significava às vezes alguma palavra que, ou eu associava a palavra com o resto da frase e tirava a conclusão, né."

44. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?
"Não, quando eu comecei tratamento com psiquiatra particular eu deixei de ir numa consulta porque, não sei o que aconteceu, eu acho que eu esqueci que eu tinha consulta, eu sei que na semana seguinte eu fui e ele me cobrou a consulta que eu não fui, entendeu, daí eu fui mais uma, aí ele me propôs aquele contrato, aí eu achei que não tava certo aquela coisa ali porque se eu faltava numa consulta eu tinha que pagar de qualquer jeito, então era mais uma preocupação prá mim, uma preocupação para minha cabeça, entendeu... ele explicou que o contrato era de três meses, que tinha que ir uma vez por semana, num dia fixo, a uma hora fixa e se eu não ia lá, eu tinha que pagar a consulta, entendeu, então eu falei, ou ele tá me querendo tirar dinheiro ou então porque me propõe essas coisas, né, e aí não falei nada com ele, eu vou pensar doutor mas eu te dou a resposta

em um mês, ele falou assim, tudo bem, aí pensei mas não dei resposta lá até agora... eu gostava dele porque eu conversava muito, mas ele nunca me falou o que que eu tinha e eu queria saber o que que eu tinha, entendeu, então ele conversava disso e aquilo, disso e aquilo, disso e aquilo mas tudo bem mas eu queria saber o que que eu tinha, o que que eu tenho."
"Lá no Peru foi pouco, foi pouco, frequentei pouco hospital, sabe... acho que pro médico de lá é mais difícil falar dos problemas, pelo fato de ser conhecido lá, pela droga, entendeu, porque a minha família é muito bem-vista, né, e mais ainda que na família tem um que é padre, e todos meus irmãos são professores, psicólogos, enfim, tem uma irmã que é assistente social e ser uma ovelha negra é uma coisa assim, eu sou ovelha negra entre aspas, né... bom, o mesmo daqui, mas com certo, com certa coisa, né, porque o posto fica quase do lado de minha casa, então todo mundo conhecia eu lá e tal, acho que é a mesma coisa, mas acho que lá enfiaram na minha cabeça que era um tipo de depressão, lá no Peru e pelo que eu li também, né, eu acho que é isso, não sei."

VI- Problemas Gerais de Saúde

45. Na sua opinião, o que é um problema de saúde? Quais os problemas de saúde que você conhece?
"O que que é um problema de saúde? Aí depende, né, tem dois tipos de problemas de saúde, né, orgânico e psicológico... dependendo do grau o psicológico chega a ser uma doença, o outro sempre é uma doença, o psicológico dependendo do grau, no meu caso não, eu acho que não é assim como uma doença, não, não vejo como uma doença, não."
"Os piores problemas de saúde que tem, os incuráveis, né, os problemas incuráveis, por exemplo a Aids, dependendo a época porque algum tempo atrás a tuberculose era fatal, agora não é."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 46. Quais delas você acredita que são causas de problemas de saúde?**
"Acho que esses aí, problema de família, educação errada, tem doença também, né."

*** 47. Qual delas é a principal causa de problemas de saúde?**
"Educação, por exemplo, se eu tenho um filho, certo, e se eu educo para ele não entrar na zona, automaticamente ele não vai pegar Aids, então o problema de saúde é um problema de educação, para mim."

48. Quais os problemas de saúde mental que você conhece?
"Esquizofrênico, né, mas não sei saber a diferença de uma pra outra... loucura é um problema psicológico que não tratado a tempo foi além da doença, foi além do problema psicológico... o problema psicológico pode virar uma doença e essa doença é o que se chama de loucura, né... dependendo do grau, por exemplo, tem pessoas que estão como eu assim, não esse cara tá louco, enfia num sanatório e aí ficava louco mesmo... eu pensava nisso, eu poderia ter desenvolvido uma doença e virado loucura, eu fiquei com medo disso, medo de ser internado, medo de ficar louco."

49. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e os outros problemas?
"O problema psicológico e o problema orgânico é que o problema orgânico com um tratamento de medicina pode ser erradicado, o problema psicológico depende da pessoa ele pode chegar longe, pode chegar a pirar, né, depende do grau do problema psicológico a pessoa pode chegar a pirar."

50. Na sua opinião, existe alguma relação entre os problemas de saúde mental e os outros problemas de saúde que você apresenta? (questão 26)
Observação: O paciente referiu não ter outro problema de saúde na questão 26.

51. Na sua opinião, como um remédio age em você?
"Ele relaxa, né, antigamente fazia essa, essa crise assim mas agora não, com o tratamento, não, tem as crises mas é a noite, já não mexe com a cabeça, não foi com ataque de respiração, entendeu?"

52. Qual é sua opinião sobre a loucura? O que é a loucura para você?
"Loucura é andar pelado na rua, fazer coisas que não são próprias de uma pessoa normal, entendeu, mas por exemplo, dormir na praça não era loucura, isso era aventura, entendeu... é lógico, eu tava consciente, eu queria passar isso, eu queria sentir o que significava ter fome, o que significava ter frio, entendeu, para sentir

em carne própria o que o outro, o vizinho passava, entendeu, e isso faz criar uma consciência própria, uma auto-consciência, uma consciência para ajudar, para ser mais hospitalar."

53. Você tem a capacidade de realizar algum tipo de cura? Como você utiliza essa capacidade?
"Tenho capacidade de me concentrar, usar minha auto-consciência em pensamentos e em orações."

54. Qual é sua opinião sobre a causa do (sarampo / diabetes / tuberculose / lepra (hanseníase) / AIDS / suicídio / depressão / alcoolismo)?
- **sarampo:** "Do sarampo? Ah, não sei."
- **diabetes:** "É um problema de glândula, né, problema de glândula, aliás, minha mãe tá com diabetes."
- **tuberculose:** "É, dos pulmões, né, é, falta de alimentação, contágio, pode ser contágio também... não sei."
- **lepra:** "Lepra? Lepra é aquele negócio que cai a pele, né... ah, não sei, é uma das primeiras doenças que teve no mundo."
- **AIDS:** "O Aids é um vírus que ataca a parte mais fraca do corpo, o sangue, né."
- **suicídio:** "Não encontrar solução para os problemas, pode ser uma pessoa doente ou pode ser uma pessoa que teve um momento de fraqueza."
- **depressão:** "Depressão? Tem muitos tipos de depressão, tem umas que a pessoa chora, chora, chora, tem o meu tipo, de ansiedade... O que causa a depressão? A falta de alguma coisa, por exemplo, a mudança de alguma coisa... no meu caso, a mudança e aquele bicho feio que eu vi... é problema psicológico."
- **alcoolismo:** "É, é problema, pode ser problema financeiro, pode ser problema familiar, a perda de algum ser querido; é uma doença, passa a ser doença, passa a ser."

VII- Comentários

55. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação as questões formuladas?
"Tem muita festa religiosa lá, tipo aqui, por exemplo, São Pedro e São Paulo. Nós temos uma, como posso falar, tipo Nossa Senhora Aparecida, o Nosso Senhor dos Milagres que é festejado todo mês de outubro. Vem acompanhado de comidas típicas, torrone, só nessa data é que se encontra torrone no mercado, como panetone no Natal, em outubro é torrone. O torrone, na verdade, tem uma história na Lima antiga, que nem por exemplo o churrasco no sul, tem uma história, porque antigamente como não tinha essas grandes lojas, essas grandes docerias, havia pessoas que saíam na rua como os pipoqueiros, com carrinhos, que saíam para vender torrone. Um outro prato é a massamonra, uma espécie de mingau que é feito de farinha. E para dar uma cor roxa nós colocamos um milho roxo, que tem vários tipos de milho lá. Então essas comidas são vendidas nas feiras, grandes feiras que ocorrem nos festejos. Pode ser feito em casa, em qualquer época do ano mas você só vai encontrar na rua durante esses festejos."
"Eu participava da festa de Nosso Senhor dos Milagres porque justo no dia de meu aniversário sai a procissão, (21 de outubro) ela percorre várias ruas da capital, tem muita gente que vai atrás da procissão. E eu ia, que o meu presente de aniversário era justamente esse aí, quando eu era pequeno. Porque a gente morava uma hora da capital, era como daqui a São Paulo, e meus pais me levavam sempre passear na capital no dia de meu aniversário e coincidia com a procissão. A gente andava com as pessoas, as pessoas que podiam, que pertenciam a irmandade, levavam uma roupa roxa, um hábito de freira e durante todo o mês de outubro andavam com essa roupa roxa."
"Essa é a festa mais importante, aquela de São Pedro e São Paulo é feita em bairros onde tem uma gruta, uma capela, no caso, por exemplo, São Pedro e São Paulo é festejado 28 e 29 de junho, tem outra, por exemplo, Santa Rosa de Lima, que é chamada a Santa das Américas, é festejado em 28 de agosto. Agora, Nosso Senhor dos Milagres é diferente porque é uma festa nacional, como quando vai todo mundo para Aparecida do Norte, as pessoas de fora da capital vão para a capital para os festejos. É uma espécie de rituais que se fazem todo o mês, vai percorrendo de igreja em igreja, dorme na prefeitura de Lima, mas o dia central é dia 21. Essa festa sempre foi muito importante, a religião toda, eu fui educado num colégio de padres espanhóis, meus pais eram praticantes."
"Tinha uma brincadeira que era o "avito o cordon de tente" que era feita em outubro, só nesse mês que a gente podia ver aquela roupa roxa. E no mês de agosto as pessoas colocavam a roupa de Santa Rosa de Lima, um vestido bege em cima de um avental preto que as mulheres colocavam. Também tinha "avito o cordon de tente" nessa época."
"O carnaval lá é diferente que aqui. Os meninos, os moleques pegam graxa preta de sapato e passam no rosto das pessoas, molham os carros com água também. Tem muitas bricadeiras mas às vezes chamavam a polícia,

tinha amigos que iam na delegacia levar bronca, o carnaval lá é muito dessas brincadeiras. Uma outra brincadeira, eles tiram um tronco de árvore e colocam no meio da rua, colocam fruta, penduram sapato, confete, serpentina, roupa. E aí que acontece, são casais que querem participar e vão dançando ao redor da árvore com um machado na mão. Ali, eles, por exemplo, tem um padrinho que é aquele que colocou a árvore pela primeira vez e ele fica com uma caixa de cerveja cheia e um copo na mão. Esse casal fica oferecendo o copo de cerveja para cada um dos casais que está dançando. Quando o casal está com o copo ele pode dar algumas machadadas na árvore mas depois o copo é dado para outro casal. Chega uma hora que um casal derruba a árvore e todo mundo vai correndo para pegar as coisas. E aquele casal que derrubou a árvore é obrigado no próximo ano a colocar uma árvore com enfeites, brinquedos, roupas, frutas no mesmo lugar. Essa brincadeira se chama "yunsa", uma palavra eu acho que deve ser quechua, a língua nossa e não o castelhano, a língua dos incas, né... Tem também o dialeto aymara, mais na região com a Bolívia, na fronteira do Peru com a Bolívia."

"Se existe alguma diferença, em geral assim? Eu acho que sim, aqui tem mais problemas, aqui tem mais problemas, e lá tem mais problema pessoal também, porque aqui o remédio é de graça e lá é tudo vendido, e apesar de não ter prá comprar então... é parecido Lima também, tem muito comércio, industrial, aquela coisa toda, tem aquele calçadão, eu acho que a droga lá é mais forte, nós chamamos assim, que nós mandamos assim, lá no Peru se produz a droga, entendeu, é um dos países que produz, Peru, Bolívia e Colômbia, e nós falamos que mandamos para o estrangeiro a porcaria, entendeu, tipo assim por exemplo, a maconha vem misturada com bosta de vaca, a cocaína é misturada com cal, com gesso, isso acontece... não em Lima, na selva peruana, eu cheguei a morar lá um mês, por aventura, eu viajava prá aqui, para lá e tal, eu gostava de conhecer, de experimentar, entendeu, eu dormi na praça, eu passei fome, eu acordava com a chuva na cara, entendeu, eu passei fome, eu tinha que trabalhar na praça contando piada prá passar o boné e conseguia passagem prá viajar, não prá voltar mas prá chegar mais longe ainda... Eu tinha dezessete anos, tinha muitas namoradas mas foi por aventura, não foi tanto por sacanagem, entendeu, não foi por sacanagem, foi aventura... lá é muita cocaína e um parecido com o crack, pasta base, eles fumam também, e tem outro, a marihuana, que é uma folha e que fazia maconha."

ENTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL (Caso 5)

I- Identidade Sócio-Cultural

Francisco, sexo masculino, 37 anos, mulato, natural de Palmares-PE, solteiro, sem filhos, viveu em Palmares até os 28 anos. Veio para Campinas-SP pela primeira vez com essa idade, ficou dois anos voltando então para Palmares. Ficou mais quatro anos em sua cidade natal depois retornou novamente para Campinas ficando aqui mais dois anos. No ano passado chegou a ficar novamente seis meses em Palmares e nos últimos seis meses está em Campinas pretendendo viajar de novo no final deste ano. Tem o pai falecido há sete anos e a mãe viva. A mãe e dois irmãos moram em Palmares. Quatro irmãos moram em Campinas, uma irmã mora em São Paulo-SP e um outro irmão mora em Belém-PA. Em Palmares ele divide uma casa de alvenaria de sete cômodos com a mãe e dois irmãos solteiros. Ele dorme num quarto com um irmão, a mãe e o outro irmão têm cada um o seu quarto; a casa tem estrutura básica completa, a mãe é aposentada recebendo uma pensão correspondente a um salário mínimo. O irmão com quem divide o quarto trabalha numa usina de cana de acúcar (ganha também o correspondente a um salário mínimo) e o outro irmão é doente mental (psicótico) e não trabalha. Aqui em Campinas ele mora numa casa de seis cômodos no Jardim Rosália (ocuação). A casa é de alvenaria, não tem esgoto nem asfalto. Mora nessa casa com um irmão, a cunhada e um sobrinho. Dorme num quarto com o sobrinho de 16 anos. Este irmão está desempregado e passa o dia fora de casa procurando serviço. Francisco fica a maior parte do dia na casa de duas irmãs que moram na mesma rua (uma delas veio para Campinas em 1991, é casada, é a dona da casa, a outra veio em 1997 para tentar também arrumar emprego e ajudar a cuidar do sobrinho. Escolaridade: primeiro grau incompleto. Antes de apresentar seu problema de saúde mental, trabalhava como lavrador numa usina de cana-de-açúcar, desde então não trabalha e está aposentado por motivo de doença. Cotidiano (M- limpa o quintal da casa em que mora e da casa da irmã, T- dorme, N- assiste televisão, vai à igreja, dorme cedo). É católico não-praticante, quando está em Palmares participa apenas esporadicamente de atividades religiosas católicas e da igreja Assembléia de Deus, diz que a mãe é católica (durante um tempo em que a mãe veio visitar os filhos em 1996 os irmãos que já estavam aqui tentaram convertê-la à igreja evangélica, ela frequentou os cultos durante cerca de um ano mas depois saiu dizendo que queria morrer na religião que nasceu e que queria ficar na religião dos seus pais). Os irmãos que ficaram em Palmares também são católicos. Aqui em Campinas, dos quatro irmãos, dois são evangélicos da igreja Assembléia de Deus (o irmão dono da casa em que mora e a irmã que é a dona da casa onde ele passa parte do dia, essa irmã, inclusive, é quem traz Francisco para as consultas. Ele acompanha esses irmãos nos cultos da igreja Assembléia de Deus três ou quatro vezes por semana. A outra irmã também frequenta os cultos porém de maneira mais esporádica (uma vez por semana). Situação específica de migração recente.

II- Apresentação do Problema

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema?

"Meu problema é o nervo, esquentação da cabeça... às vezes eu escutava uma voz nos ouvido da cabeça, ouvia gente falando assim comigo, gente querendo me pegar, outros querendo me matar, chamava lá fora, eu ia atender quando chegava lá, não via ninguém, ficava com medo... ficar sem dormir, tudo isso."

"É, o problema dele eu acho que é, assim, é da cabeça mesmo, né, problema dele é mental porque da primeira vez que ele ficou doente, ele chegou a ser internado, a primeira vez que ele ficou doente ele sumiu de casa, né, depois de uns dias que a gente conseguiu achar ele no mato, aí os meus irmãos catou, daí não tinha quem segurava, ele era muito nervoso, aí catou lá, minha mãe chamou a policia e mesmo assim teve que amarrar de corda porque ele avançava em cima da turma que pegava e quando ele fica doente ele fica sem paciência, né, aí não tem condição de ficar em casa."

18. Você saberia dar um nome a esse problema?

"É problema de nervo, o nome é isso, problema de nervo mesmo."

"Eu não sei o nome da doença, sei que ele tem esse problema, agora sobre esse problema eu não sei o nome."

19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema?

"Aí é que eu não sei, quem sabe é minha mãe e minha irmã. Eu ficava deitado na cama, aí ficava suando, aquela agonia, aquela agonia, é a pior coisa... Agonia é sentir ruim, eu ficava zonzo da cabeça, ficava lá assim mesmo."

20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento?
"Quando apareceu esse problema eu trabalhava na usina, lá, uma usina que tinha lá, eu não sei o nome da usina... eu tinha 21 anos, ficava bravo dentro de casa, querendo correr... porque às vezes eu largava do serviço, ia tomar banho nos poço mesmo, eu acho que por causa da água, né, ofendia... eu tava suando, aí eu com sede, tomava aquela água quente, aí depois tomava banho, chegava em casa ditando a cabeça, ô, me acuda, minha mãe, ela perguntava: o que foi? Dizia, água que eu tomei; ela dizia que eu não tomasse mais, deixasse prá tomar em casa, minha mãe dizia, quer almoçar em casa; quero não, minha mãe, que eu tô com o corpo muito quente... Foi isso, me esquentando, me esquentando e foi dando esse problema, só no Recife eu fui internado nove vezes."

21. Como você avalia a gravidade de seu problema?
"É grave... porque eu acho que é. Agora, depois que eu cheguei aqui, o senhor passou remédio, aí me deito lá no quarto, o meu irmão, a mulher do meu irmão, quando eu tô necessitado de fome vai lá me dá comida... eu acho que é grave porque que sempre toda vida eu tô tendo esse problema, não tá sarando."
"*Ah, esse caso dele não é muito fácil, né, não é muito fácil o problema dele porque todos esses anos que ele toma remédio e o problema continua sempre com medicamento mesmo.* "

22. Como você acha que seu problema vai evoluir?
"Eu acho que vai melhorar porque os remédio que eu tô tomando, tá me servindo o remédio... e eu vou prá igreja orar, eu contando nove horas tomo o remédio antes de ir prá igreja, tomo banho, troco de roupa e vou prá igreja; chego lá, oro, faço oração em pé, fico de joelho, faço oração, aí fica me dando aquele sono, eu encosto a cabeça na parede, no recanto da cadeira, me dá sono, lá por lá mesmo eu durmo; o que acontece depois meu irmão, aí, terminou o culto, vamo-se embora, o pastor dá uma fala também comigo, pergunta como é que eu tô, conversa com minha mãe, tudo isso o pastor faz lá."

23. Como esse problema atrapalha sua vida?
"Com o fato do remédio, aí pronto, eu fico sem remédio já começo ir piorando... O que atrapalhava, minha mãe dizia, agora tá rindo, atrapalhou porque minha mãe foi lá, falou com o dono da usina, que era velhinho, o dono dessa usina, lá. Eu dizia: minha mãe, eu quero ir no serviço; mas meu filho, cê tá com problema, não pode ir; chamava a ambulância e me internava. Passava um mês, quinze dias, chegava dois mês, três mês, eu passava lá no hospital tratando... atrapalha que eu fiquei parado, só tratando em hospital e tomando remédio."

24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema?
"Não, senhor, família é tudo uma coisa só. Não penso mais nessas coisa, isso aí eu já pensei. Antes eu pensava porque às vezes quando eu era novo, eu pensava muita coisa, às vezes eu pensava de arrumar uma moça, namorada, prá casar, aí eu ia conversar lá, a menina ficava com medo de mim e corria; as pessoa ia lá, conversava com minha mãe, ela falava: ah, deixa ele, ele é um menino novo ainda, é doente, ela pedia desculpa."

25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Porquê?
"Meus amigos me xingavam, falavam assim, não me deixava em paz, falava cadê sua mãe? Não tá aí? Porque que você tá aí só? Eles xingavam porque eu tava com problema, agitado, ia chamar minha mãe, ficava perreando, querendo brigar; eu falava: não quero brigar, rapaz, deixa eu no meu lugarzinho, vocês vão prás suas casa, a palavra que eles falavam, cê não trabalha, mexe com os outro, cê não anda com a gente, não arruma namorada."

26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?
"Não senhor, tem não."

III- Causas do Problema

27. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema?
"O que causou doutor, foi porque esse problema meu, eu tô tomando bastante comprimido e tô me sentindo bem, tô dormindo bem, tô comendo bem, tô tomando banho e então não tô sentindo mais nada... foi do vento, né, do vento porque enquanto eu trabalhava nos campo e então quando eu cheguei em casa cheguei doente, aí

minha mãe disse: o que é que você tem, meu filho? Mãe, eu tô com muito problema, tô sentindo mal, ela foi me levou, me internou no hospital, eu passei ao menos de quinze dias, depois me botaram no ônibus eu cheguei em casa, de Caruaru... foi quando eu trabalhava na usina, no trabalho, trabalhei quatro meses e em que depois quando eu cheguei em casa, eu tomei um banho, que nem eu falei pro senhor tomei uma água quente lá a gente bebia água, pois cheguei em casa, cheguei em casa doente, aí minha mãe disse: o que é que você tem, eu digo: dor de cabeça e febre, ela foi, comprou um remedinho numa vendinha lá, me deu, fiquei bom... as vozes eu ouvia, ouvia... que causou foi isso mais."

Entre as opções listadas no cartão 1:

*** 28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?**

"O que causou o problema, que eu queria matar o cara lá que bateu ni mim, e minha mãe não deixou eu pegar arma prá atirar nele, uma espingarda e uma pistola que tinha, eu ia saindo, minha mãe falou, cê vai aonde meu filho com essa arma de fogo, ela chamou meus irmão, meus irmão me agarrou, por causa disso fui botando na cabeça, fui botando na cabeça, assim, fui assentando na cabeça problema porque não matei o cara, aí fiquei com esse problema de nervo... o problema do banho eu acho também, tava lá cortando cana, acabei de terminar o serviço, tomei o banho, quando eu entrei embaixo da biquinha fiquei uma hora prá tirar o pó da cana, das pernas e dos braços, eu tava muito sujo, o corpo todo, né, tava assim, verão mesmo, a água tava quente e o problema que eu cheguei suado, andando no sol, acho que foi por causa disso também, e teve mais da conta, eu bebi um canequinho da água e a água tava quente, com sede, né."

"Da primeira vez que ele ficou doente ele tava trabalhando, aí ele teve uma briga, ele brigou lá com um moço, e o moço bateu nele e ele queria matar o moço, então na cabeça dele ele tinha que matar aquele homem porque o homem bateu nele e daí minha mãe não deixou, minha mãe falou, não, o homem tem filho e outra, na nossa família nunca ninguém fez isso e daí ele ficou com isso na cabeça, que ele tinha que matar esse homem, tinha que matar esse homem, aonde ele sumiu de casa, ficou uns três dias no mato... isso daí que afetou o nervo dele."

"Eu acho que é de doença, só que teve uma vez que ele agrediu o outro meu irmão, né, ele avançou em cima, daí foi uns três vizinho lá prá segurar, prá tirar ele, né, porque ele queria, e depois que ele melhorou, que ficou contente, ele falou que viu uma sombra, isso foi uma vez só, que ele falou assim que ele viu como se fosse uma sombra nele e ele não viu mais nada... é, depois disso aí que ele falou, pode ser espiritual, né."

"O que eu entendo hoje que esse exame do pezinho é importante hoje, doença que já tá prevista acontecer com a criança no futuro, através dos exame, da medicina já dá remédio, já começa a combater, ajuda essa parte... no caso dele, minha mãe nunca tomou as vacina da gestação, nunca fez prè-natal, vê o nenê todo mês, é tanto que minha mãe teve vinte filhos e criou só nove, não tinha nenhuma prevenção, sarampo, catapora, coqueluche, né, aquela tosse forte, morreram tudo dessas coisa... no exame do pezinho com certeza ia dar que ele tinha esse problema da cabeça, né... eu acho que vem da gestação porque na gestação, se minha mãe não tem cuidados com a alimentação, não toma remédios, toma sulfato ferroso, toma vitamina, então tudo pode acontecer com uma criança que nasce assim."

29. Qual delas você considera como a principal causa?

"A água do banho, porque ela tava muito quente a água, o que ela fez esquentou, fiquei com a cabeça doente, fiquei com febre, aí minha mãe foi, me levou pro hospital assim, aí me internou, deu um problema lá porque uma vez eu tomei o remédio, aí eu tomei uma cerveja e adoeci, ela, ó, eu falo que cê não pode beber e eu tomei uma só cerveja só e adoeci, aí eu fiquei nervoso dentro de casa, adoeci."

30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema?

- **migração:** "É pior lá do que aqui. O que acontece lá porque o doutor lá, o enfermeiro, era, o enfermeiro é quem me dá os remédio, ele falou dá os quatro remédio, aí minha mãe foi deu dois remédio, aí eu piorei."
- **situação econômica:** "Dinheiro não."
- **família:** "De família foi o perreiamento... Eles perreiam porque eles bebem, não me deixam conseguir dormir lá num tava melhor por isso que eu vim prá qui, vim prá casa da minha irmã, vim prá casa dos meu irmão, do meu irmão aí, tô contente... eles quer bater ni mim, tem um som desse tamanho assim que minha irmã comprou, eles ligam bem alto, às vezes eu tô deitado na cama eu digo, abaixa mais isso, menino, eles não abaixam, às vezes eles pegam o remédio da minha mãe também, que meu irmão mais velho tem o mesmo problema, toma remédio controlado."

- **depressão:** "Não sei o que é isso, o que eu sei mesmo é a pressão baixa, o que faz bota o parelhozinho assim, vai apertando a borrachinha, vai tratando, aí tira já tá bom."
- **alcoolismo:** "Vício, prá quem tem vício começa a beber e fumar, desde pequeno, né, eu acho que é espírito bebedor, por que o cara chega, às vezes já tá bebendo nem sabe, cai, se corta, eu acho que é o espírito, né, que tá bebendo, tá forçando ele beber."

VII- Comentários

55. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação as questões formuladas?

"Eu acho que o problema dele é problema dos nervos que atacam, né, então na minha cabeça eu acho que é isso que ele fica, ataca o nervo dele, dá crise, aonde ele fica ruim... afetou o nervo porque algumas vezes que ele foi internado ele precisava tomar aquele choque, né, e dava prá relaxar o nervo, ele precisou tomar aquele choque lá... e também quando ele toma, não sei, acho que eles erraram no remédio, quando ele chegava do hospital daí uma semana ele não andava direito, ele ficava duro assim, ó, os dente dele fica entrevado, o nervo, aí daí tem que levar no hospital prá tomar injeção prá voltar ao normal o nervo dele, então eu acho que o problema é do nervo."

ENTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL (Caso 6)

I- Identidade Sócio-Cultural

Helena, 45a, natural de São Gonçalo, morou durante um ano em Rússia-CE, com 3 anos de idade sua família estabeleceu-se em Curemas-PB onde passou toda sua infância e adolescência , casou-se com 18 anos, depois do casamento veio para São Paulo onde ficou 3 meses e separou-se de seu marido voltando para Curemas-PB, casou-se novamente após três anos tendo novamente vindo para Campinas-SP com o marido que é pintor, chegou a voltar novamente com o segundo marido passando um período de cinco anos na Paraíba, um irmão da paciente já morava aqui em Campinas-SP, são em 14 irmãos (a paciente, 1 irmão em Belém e os outros na Paraíba), o irmão que morava aqui já voltou para a Paraíba, pais são vivos, moram com o filho da paciente numa casa em Curemas-PB, porém os irmãos se revezam para ficar com os pais na casa, os irmãos são casados e moram em suas casas. A paciente tem quatro filhos (um do primeiro casamento – 24a; mais três do atual marido – 16, 14, 13a), mora na Vila Padre Anchieta (bairro) num apartamento de 5 cômodos, ela e o marido dormem num quarto, os três filhos dormem no outro, estudou até a sétima série, é dona-de-casa, depois do segundo casamento trabalhou como babá e doméstica, antes do primeiro casamento, durante alguns meses trabalhou como funcionária pública em Curemas-PB como entregadora de cestas básicas, o atual marido é pintor de automóveis (autônomo), renda variável de 200 a 1000 reais por mês, lazer: ouvir música, passear em parques públicos, cotidiano (M- limpeza, almoço, T- lavar e passar roupa, ler livros evangélicos e a bíblia, N- assistir novelas), frequenta a Igreja Universal do Reino de Deus há 4 anos, anteriormente frequentava a igreja Assembléia de Deus da Missão por 5 anos, anteriormente frequentou a igreja Congregação Cristã Universal Indepedente na Paraíba. Até os 25 anos, antes de tornar-se evangélica a paciente refere que era católica. Diz que antes de deixar a igreja católica começou progressivamente a frequentar a igreja Congregação Cristã Universal Independente acompanhada de uma irmã ("Aí foi um convite de minha irmã.") além de também frequentar um centro espírita, diz a respeito dessa situação que "então misturou as religiões, né, foi uma mistura que aí eu passei a não acreditar mais em nada, eu tinha pavor dos espíritos lá que falava as coisa que, eu sentia, eu desmaiava, muitas vezes eu acordava e não sabia onde eu tava, ia prá igreja e não me sentia bem que eu tinha medo do padre que quando eu lembrava que o padre no final do ano, ele ia procurar o sangue e o sangue não tivesse lá e o mundo ia acabar, então aquilo foi, né." Diz que foi levada a esse centro espírita pelos seus pais que tinham amigos que já haviam ido e que "a mãe-de-santo disse que eu tinha que me desenvolver", disse ainda sobre esse centro espírita que "eles falavam mesa-branca, agora eu não, nessa parte eu não sei nem dizer se era kardec, se era umbanda, quibanda, eu não sei que banda era lá, eu sei que eles falavam mesa-branca, aí houve uma mistura na minha cabeça." Refere ter 7 irmãs das quais 5 são evangélicas (as outras duas "já foram mas estão afastadas"), entre os irmãos são 2 evangélicos e 4 católicos, os pais são evangélicos da Congregação Cristã Universal Independente, diz que seus pais percorreram como ela a mesma trajetória religiosa incluindo frequências simultâneas. Não se enquadra em nenhuma situação específica.

II- Apresentação do Problema

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema?

"Ai, doutor, eu sou uma pessoa que eu acho que eu não sei controlar meus pensamentos, sabe, eu sou uma pessoa assim olha, eu tô boa, tem hora que eu tô boazinha, aí de repente vem aquelas imagem na minha frente como se eu tivesse vendo alguém e depois some e aí fica aqueles pensamento, se eu fizer uma coisa errada aquilo me acusa o tempo todo eu fico desesperada, se eu tiver passando necessidade de alguma coisa eu não sei controlar e esperar que aquilo ali vai resolver amanhã, se eu tiver devendo a alguém eu tenho que cumprir amanhã, aí eu já fico pensando, ai meu Deus, e se eu não cumprir amanhã, então eu não sei controlar a minha mente, esses dias eu desejei morrer, falei pro meu marido, se for prá mim viver a vida desse jeito, eu chorando em casa, eu prefiro que Deus me tire, não quero ficar nessa vida... sinto muita tristeza, demais, eu me revoltei com a minha família, doutor, agora eu tô revoltada, tô revoltada de tanto que o meu marido falou, Helena, depois que eu terminar de montar a oficina nós vamos voltar prá Paraíba... ele quer montar a oficina dele lá porque ele tem freguesia lá, né e meus irmãos sempre chamam porque meus irmãos, tem carro também, eles querem que ele vá fazer o trabalho lá... eu gosto daqui, agora principalmente eu tô gostando daqui, porquê daqui? Porque eu tô longe dos problemas, doutor, porque eu sou daquelas pessoas que, parece que tem gente que junta todos os outros problemas e quer jogar em cima das pessoas como se eu fosse uma pessoa que eu solucionasse os problemas dos outros e como eu não sei solucionar... tem muita influência da família, demais, sabe."

18. Você saberia dar um nome a esse problema?
"Não sei, até já pensei assim, é perturbação, eu disse: será que eu vou terminar meus dias louca? Porque não é possível, eu tomo remédio, eu tô tomando todos aqueles remédios que os médico mandou que eu tomasse, eu não tô podendo ficar, se eu ficar sem o remédio um dia eu fico como se eu, é um peixe fora d'água, sabe."

19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema?
"Que me perturba, eu morrer, assim dar, de repente apertar o coração e se eu sentir uma dor aqui, eu já acho que é aqui... é o medo."

20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento?
"Não sei, ai, doutor, eu não posso nem explicar pro senhor isso porque eu fico imaginando, às vezes eu fico procurando, tem coisas que eu quero lembrar e não sei, não vem, sabe."

21. Como você avalia a gravidade de seu problema?
"Eu acho, tem hora que eu acho que eu não tenho nada, tem hora que eu digo: não tenho nada mas no mesmo instante doutor, quando eu olho pr'aquela quantidade de remédio eu digo mas e esses remédio, se eu não tomo eles, eu não tenho nada mas e se eu não tomo, ô meu Deus digo assim dentro de mim, eu fico dizendo prá mim mesma que eu não tenho nada mas quando eu tenho, que eu pego os quatro remédio de manhã e quatro à noite também, eu tenho que tá engolindo aqueles remédio durante o dia, eu falo mas como meu Deus do céu, eu falo eu tenho muito problema sim, só que eu não sei, doutor, contar, porque uma hora eu tô tão bem, eu tô conversando, eu tô rindo, outra hora eu tô chorando, outra hora eu tô assim, sabe aquela pessoa que não quer que ninguém fale ou então eu tô explodindo."

22. Como você acha que seu problema vai evoluir?
"Não sei, doutor, vai ficar isso sem uma resposta porque eu não sei... tenho medo sim porque, é tanto que eu tô pensando em voltar ao trabalho, de voltar a trabalhar mas eu imagino já se for num apartamento, aí eu já imagino o tanto de andar, aí eu fico imaginando se o teto cair como aconteceu lá em Israel, aquele teto que desabou, nossa, tem hora que eu vejo aquilo, eu nunca tinha visto aquilo como já muito tempo atrás eu já me via caindo dentro, igualzinho aquele povo caiu, cê acredita nisso? E muitas vezes eu tava num apartamento ao ponto de eu abrir, pedir socorro, às vezes chamar alguém, bater... pode ser que eu piore, pode ser que eu melhore, eu acho que tudo que um dia começa, um dia termina também, não sei o que vai ser ainda em vida ou se em morte, isso eu não sei, uma coisa eu digo, doutor, dentro de mim, é tanto que eu pedir pro senhor uma coisa, o que que eu faço, porque essa idéia de que eu vou ter que um dia, o senhor sabe que tem hora que quando eu começo a sentir um aperto aqui, o meu pensamento já vem logo, que eu vou morrer de uma parada cardíaca, então aquilo tá gravado aqui dentro, sabe, que a minha morte vai ser assim, parada cardíaca."

23. Como esse problema atrapalha sua vida?
"Atrapalha em tudo, atrapalha porque eu fico com medo... em tudo que eu digo é até na minha vida com meu marido, sabe, ele fala prá mim assim, ô filha, cê tá tão bem, tem hora que cê tá tão bem mas tem outra hora que cê tá tão revoltada, o que que aconteceu, Helena, assim, cê não é desse jeito... acho que atrapalha em tudo, eu olho prá minhas filhas, eu falo prá elas assim, olha, não se apega muito comigo não, procura vocês também ficar um pouquinho, não muito apegada a mim porque eu não sei, eu posso estar hoje, amanhã eu posso não estar, sabe, então, quer dizer, eu fico pondo também coisas na cabeça das minhas filhas."

24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema?
"Eu sinto, às vezes eu sinto inveja, porque inveja, porque eu sei que a inveja, eu não deveria, a bíblia diz que isso é pecado, né, mas eu sinto assim, às vezes eu olho prás pessoas e eu acho que todo mundo é saudável, só eu que tenho, e ninguém sabe e eu não conto prá todo mundo também, porque eles criticam, é mas você não é evangélica, e porque você que você tá passando por isso, e cadê o Deus que você segue que não te curou, Ele não, na bíblia não tá escrito que Ele morreu na cruz do calvário, levou todas as dores, todas as enfermidades, meu marido já chegou a falar prá mim: Helena, joga esses remédio fora, se você acha que isso aí não tá adiantando joga fora, confia em Deus, eu falei: eu vou jogar fora, mas de jeito nenhum meu filho, enquanto eu não sentir aqui dentro, não vou jogar fora, eu não quero tomar mas também não vou jogar fora, mas tomo, tomo porque o médico falou que eu tenho que tomar, então fica aquela confusão, doutor, dentro da minha cabeça, que às vezes me dá dor de cabeça, me dá uma fadiga assim, tipo, eu não sei, mistura."

"Eu me sinto uma pessoa normal mas ao mesmo tempo me estressa saber que tomo esses remédio. isso é que. eu me acho normal. mas pelo fato de tomar remédios que eu também não sei porque que eu não posso ficar sem. então eu não entendo."

25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Porquê?
"Umas sim. principalmente se eu for lá prá terra de minha família. a minha família então vai me tratar como se eu fosse uma doente. ah. porque. ah. não pode contar. se acontece alguma coisa lá. é lógico que eu não gosto de saber notícia mas eu sou a última a saber. doutor. isso me revolta... eu sou muito emocionada. muito nervosa. que eu possa vir a morrer com as notícia. meu filho foi atropelado que eu contei pro senhor uma vez que meu irmão inventaram uma mentira. que meu irmão e meu filho foi atropelado. quando eu vim saber foi quando meu filho veio que ele foi falar de cicatriz. e eu fui perguntar o que que é isso. ele falou. ah. mãe. foi um acidente. daí foi quando ele foi contar mas até então. doutor. esconderam de mim. meu irmão."

26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?
"A pressão alta. né. que no meu corpo mesmo assim eu não sinto dor a não ser os dente que isso daí. mais é pressão alta. graças a Deus eu faço todos os exame assim de mama. de por dentro de mim também. tudo. ovário. útero. tudo perfeito. tudo normal."

III- Causas do Problema

27. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema?
"Ah. o cérebro. com certeza. esse meu cérebro parece que é louco. maluco ou falta alguma coisa dentro dele ou então tem alguma coisa a mais porque se os pensamento é através do cérebro. então é ele o causador."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?**
"Foi uma emoção. que eu tive uma emoção forte quando eu fui convidada pela primeira vez prá louvar o hino ao Senhor e quando eu peguei no microfone foi como se eu tivesse pegado num fio de alta extensão. veio aquele choque bem forte assim mas da emoção e aí me deu uma dor de cabeça forte e eu não vi mais nada... não. o culto foi na casa de minha mãe. da Congregação... isso aí foi coisa de dias. foi logo quando eu entrei por convite de amiga. eu levantei a mão mas nem sabia porque que eu tinha levantado."
"Doutor. o casamento. o primeiro casamento. eu me casei com o. meu primeiro casamento foi o seguinte. foi um casamento. foi prá mostrar que eu era uma moça. que muita gente falava que eu já tinha sido entregue para o meu primeiro namorado. era um homem que eu amava muito mas que que minha mãe fez?. minha mãe me tirou prá uma outra cidade e ficou fazendo mentira prá ele. dizia que eu tava num canto. noutro canto e depois disso. doutor. eu fiquei muito perturbada porque a gente se amava. a gente se gostava. foi o meu primeiro namorado. foi uma pessoa que eu amei muito e foi o único amor da minha vida porque eu sou casada com meu marido. eu gosto do meu marido. eu amo mas dizer assim. aquele amor que até hoje não apagou. eu tenho desejo. doutor. eu falo prás minhas filha. eu falei pro meu marido. falei Sílvio. queria tanto encontrar com Pedro. ele disse. por quê?. eu falei. que eu queria ver. nós nunca chegamos prá conversar. prá poder terminar o namoro. prá mim dizer o que aconteceu e ele saber porque que a minha mãe fez aquilo. minha mãe me prendeu dentro de casa. mandou chamar meu pai porque falaram que o Pedro tinha me desonrado. quando não era verdade. doutor. eu nunca fui de ninguém. eu fui no casamento... eu sofri muito viu. doutor. nesse negócio dessa separação mas só que. eu não tive assim. eu nunca tive vontade. até hoje doutor. mesmo eu tendo sido. eu fui separada mas eu nunca tive a vontade de sair com homem. de dizer assim. olha. vamos transar. não essa parte eu nunca fiz."
"Eu não acredito. eu não acredito. bom. eu creio que existe demônio. eu creio que existe tudo mas eu acho que é comigo mesmo porque os demônio eu não acredito que tá na minha vida. eu não tenho medo do demônio... não. não. não acredito nessas coisas. sabe porque doutor. eu fui uma pessoa que fiz aquilo lá. que me ensinaram a fazer aquilo lá mas eu não dava crédito porque eu achava que aquilo ali era uma porcaria. eu sei que existe o demônio. como existe Deus existe o demônio só que eu nunca dei crédito a essas coisas e eu não acredito que o que tá acontecendo comigo seja feitiço. seja uma macumbaria. seja. não. não acredito... bom. pode ser até que seja a falta de fé mas eu tô procurando encontrar essa fé que me falta. aonde?. no Senhor Jesus. é. como é que eu vejo Jesus?. eu vejo quando Jesus passa na televisão num filme que a gente assiste... eu acho que isso aqui deve ser mesmo da minha cabeça... é espiritual se eu sentir reação. como aconteceu quando eu fui na igreja Universal e passei mal. aquele momento sim. eu sabia que era espiritual

porque eu sentava e me levantava... naquela época tinha essa perturbação. hoje em dia não. hoje em dia eu sei que é daqui. entende. hoje em dia eu sei que é daqui. agora muita gente diz. não. esse lado que você tem é coisa do diabo. só que eu falo. se é do diabo que ele vá pro inferno. o lugar dele é lá. não é perto de mim. eu não tô fazendo nada prá ele. porque que ele tem que fazer logo prá mim. aí muita gente fala assim mas ele não procura. ele não escolhe. eu falei mas tem que escolher a mim?. então se eu fizer alguma coisa eu sei que não foi o diabo que tocou prá fazer. eu fiz porque eu tava sentindo aquela vontade de fazer."
"Eu acho assim. doutor. tem alguma coisa errada aqui dentro porque se os médico não diagnosticaram e foi uma pessoa espírita que falou prá minha mãe que o meu problema era um caso de. foi uma emoção. só que eu sabia depois. eu lembrei. no dia que me deu o microfone prá louvar. eu senti. doutor. a emoção foi tão forte que eu tomei um choque... eu tava na frente de todo mundo. e o senhor pensar. fazer uma coisa bonita e a emoção foi tanta que deu aquele negócio assim. ó. puc. empurrou. foi como se um negócio tinha me empurrado... eu não sei doutor. deve ter feito alguma coisa. não foi pancada. não foi nada mas esse choque. o senhor já fio juntar dois fio e faz. assim os dois faz. pam. né. pois prá mim aconteceu isso. deu um curto circuito e alguma coisa depois queimou lá dentro. é a única explicação prá isso."

*** 29. Qual delas você considera como a principal causa?**
"Ah. todos dois ao mesmo tempo porque eu queria me esconder. olha. por causa desse casamento que eu não me casei com ele. mamãe ter feito isso. eu quis me casar. queria por uma aliança no meu dedo e mostrar pras pessoas que eu era uma vítima porque o marido ia saber. eu não ia chegar lá no médico e mandar o médico fazer um exame quando na verdade eu sabia que homem nenhum tinha me possuído. então eu falei: vou me casar e eu me casei. só que eu casei com uma pessoa que eu não gostava."

30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema?
- **migração:** "Não. não. isso aí não é. aonde eu tiver vai estar sempre assim. doutor. porque se fosse o fato de. eu não taria também lá no Norte tratando com psiquiatra... lá eu tratava. eu tomei muito tempo diazepam depois mudou prá o lexotam."
- **situação econômica:** "Ah. isso me perturba. nossa doutor. tem a ver sim. tem a ver sabe por quê?. assim. eu não sei precisar porque mas me afeta. me afeta porque eu fui criada tendo tudo. né. e hoje quando o dinheiro tá mingrando eu não sou daquelas que. se eu receber 50 reais eu não tenho pena de dar prá minha filha. toma. vamô gastar tudo. e aí que gasta no que. vamos supor. nem que seja em duas peças de uma roupa. é tanto. tá. eu não tenho pena. meu negócio não é negócio de juntar. eu não tenho bem assim. amor de juntar... mas quando falta sinto. sinto. doutor. ao ponto de eu ficar perturbada."
- **família:** "A nossa família. nós irmãos. nós. a gente se dava muito. sabe. só o que acontecia é as cunhada porque entre irmão e irmã. a gente era amiga. sabe. nunca tivemos nada de conflito mas sobre cunhada. essas. cunhado. então sempre tem aquele que invejava. quando eu me separei dois cunhado meu. eles. eles se lançaram assim. prá me convidar prá sair com eles e eu contei prá minha irmã. ela não acreditou. foi antes do meu casamento com Sílvio. eu contei. ela não acreditou. eu falei. então. tá bom. só que essas duas irmãs. hoje elas tão separadas mas eu nunca desejei mal. então quer dizer. aí. se caísse essa ficha delas. elas ia ver que eu não tava errada... no começo isso perturbou mas eu deixei depois prá lá porque eu não falava com eles."
- **escola:** "Ai. não voltei mais. doutor... perturbou também. eu queria mas não tinha condições de. sabe doutor. de entrar dentro de uma sala de aula. ver aquele povo gritando... não. não. a escola não causou mal. era somente a aglomeração de pessoas."
- **trabalho:** "Não. não.... Eu gosto de trabalhar mas eu tenho medo de estar sozinha."
- **lazer:** "Não. não sei."
- **religião:** "Doutor. a emoção foi ver aquela multidão de gente. olha. a multidão e outra. a minha mãe. eu passei dia todo trabalhando. nós fizemo muito bolo. fizemos. que lá não se dá bebida alcoólica. né. cerveja. essas coisa. é refrigerante. é suco. então foi feito. nós fizemos muita coisa. veio oito igreja e todos os componente. então o senhor imagina. foi feito. montado um palco em frente a casa da minha mãe e tomou toda aquela parte... é que o pastor era muito amigo do meu pai e como naquela época que eu aceitei o Senhor Jesus. a minha casa inteira. todo mundo. então passou todo mundo. então foi uma. prá eles que são evangélicos foi uma salvação inteira numa casa inteira onde muitos membros. muitas pessoas se renderam ao Senhor Jesus que é como eles falam. então foi uma coisa assim... foi um dia especial assim. a comemoração da salvação da família inteira. porque ia haver uma festa na igreja. como a igreja era pequena e houve essa chance da minha família ter se rendido lá. meu pai aceitou porque na minha casa a gente tinha condições. podia oferecer jantar. comida. sabe. era amigo do pastor. amigo da congregação lá. então eles fizeram que

todas as congregações da mesma igreja de outros lugares vieram, então houve aquela reunião prá gente se conhecer... tinha os vizinhos também, veio muita gente, doutor, tinha mais de mil pessoas nesse dia, tinha mais de mil pessoas, foi fechada a avenida, a rua assim da minha casa... não, até hoje minha família lá é bem conhecida sim, doutor, sabe, lá é advogado, médico, papai é, mais os meus irmão eles são conhecido... meu pai ele é aposentado mas ele era, ele era fiscal, então ele fazia mas como é uma cidade pequena, é bem assim, quer dizer, bom, todo mundo é conhecido e como a minha família é uma família que os meus irmão foi crescendo, depois foi cada um, foi trabalhando, juntando e o senhor sabe que as pessoas dão valor a quem tem, que se é, todo mundo, quase ninguém olha pro pobre, o senhor já viu uma pessoa, uma pessoa que tem alguma coisa passar por um pobre e cumprimentar, dar a mão, abraçar, não vai, eles vão pelo que tem, como eles via que meu pai tinha condições, meus irmão também foram adquirindo, hoje meu irmão tem fábrica, eu tenho um irmão que tem fábrica de doce, eu tenho um irmão que tem, faz, é, tem comércio grande de roupa assim de, sabe."

31. Qual é a opinião de sua família e de seus conhecidos sobre as causas de seu problema?

"Ah, eles acham que eu, eu tenho muito, antes era parte espiritual... todo mundo da minha família, só tinha um irmão, que é esse irmão que o comércio dele é de roupa, né, então ele, ele é o único que me falava, Helena, larga disso, ele não achava, falava, imagina, vai prá igreja, pára com essas coisas, isso é coisa que papai que mamãe bota na sua cabeça... eu aceitei porque quando eu cheguei lá eu adormeci e disse que eu fiz um monte de coisa, só que não foi bom porque eu me revoltei... um dia eu tive uma raiva do meu irmão e eu acendi uma vela, eu contando isso prás pessoas as pessoas não acredita, mas eu acendi uma vela, a vela, vela branca, sabe assim aquelas vela pequena, e eu invoquei um demônio chamado Vira-Mundo que na, ele, eu não sei o nome dele, eu sei que eles falavam Vira-Mundo, e eu invoquei esse demônio, se ele tava mesmo, se ele existia, então que ele viesse até a mim, só que quando a minha mãe chegou eu tava toda aleijada, doutor, como aleijada?, minhas mãos toda torta e eu quase sem fala e foi aí que eu falei nunca mais eu quero essa coisa, eu tenho medo."

"Ah, não sei, não conversei ainda com nenhum (pastor), até hoje doutor, eu não conversei porque eles manda fazer campanha, eles falam assim, faz campanha, faz campanha mas não é só campanha, Deus quer operar ele opera em qualquer lugar, ele não só opera não porque eu vejo tanta coisa que Deus faz, não é só pros crente, não, doutor."

"Ele (marido) agora ele é assim, outrora ele achava que era porque eu ficava muito envolvida com minha família, já hoje em dia, doutor, ele fala, ah, Helena, vai fazer sim as campanha, ele acha que é espiritual, só que eu não sei se é isso, espiritual... ele achava que era envolvimento da minha família, que a minha família ficava mimando demais, é, não deixava eu viver, então eles ficavam querendo procurar ajeitar, e isso aí causava até desunião nossa porque ele falava, olha, Helena, você tá no meio da sua família, a sua família quer tratar você como um bebezinho, quem tem que tratar você sou eu, a sua família agora, sou eu."

"Essa minha prima, ela fala cuida da sua saúde, cuida porque isso aí é coisa de psiquiatra mesmo, não é que você vai ficar louca mas cuida, essa que veio prá cá, agora tá certo, se você confia em Deus, se você confia em Deus que você vai ficar um dia boa, é tanto que eu leio uma parte lá na bíblia que diz que um cego, até que fala do cego de Jericó, que ele tava sentado a beira do caminho, ele só ouviu falar que Jesus ia passar, na época de Jesus, na bíblia tá escrito e aí ele falou: Jesus, filho de Davi, tem misericórdia de mim e o povo começou a mandar o cego se calar, não parava de gritar, cada vez a bíblia diz que ele gritava mais forte, Jesus, filho de Davi, tem misericórdia de mim, daí o Senhor Jesus na bíblia fala que ele se aproximou do cego e disse: o que queres que eu te faça, ele disse: que eu enxergue, aí ele falou: vê, simplesmente ele falou: vê, e o cego passou a enxergar, então quer dizer, eu falo: um dia eu consigo ficar curada se isso for a parte espiritual que não é assim coisa de demônio, eu não vejo isso como coisa de demônio, eu vejo isso uma coisa assim espiritual não coisa de demônio, como espiritual?, porque a bíblia diz que o Senhor Jesus, ele é espírito, né, porque como, doutor, o senhor já viu Jesus, pessoalmente assim o senhor já teve, já conversou com ele, tá dentro do seu coração, o senhor já viu Deus, o senhor sabe que tamanho é Deus?"

32. Você acha que há alguma causa relacionada com a piora de seu problema?

"O problema de eu não poder tá num canto assim, eu quero trabalhar, eu gosto de trabalhar, eu toda a vida trabalhei assim, trabalhei... piora de não poder, eu quero trabalhar e não tenho, eu já falei assim pro meu marido, só se for assim, eu vou trabalhar mas se uma pessoa ali tá, tá não prá me observar que eu não quero ninguém me observando mas assim, dizer assim, eu não tô sozinha."

33. Você acha que há alguma alteração em seu cérebro?

"Ah, tem, tem, não sei como... eu não sei, é alguma parte lá, eu acho que é alguma parte do meu cérebro deve ter alguma coisa afetada, foi afetada na época passada que até hoje eu não sei, se eu falar pro senhor que eu entendo o porquê, não, não sei... eu não sei, destruiu alguma coisa ou sei lá, tem algum bronqueio, alguma coisa que bronqueia assim, de eu ser uma pessoa, sabe, totalmente, eu acho que alguma coisa tem diferente dentro da minha cabeça... ah, doutor, é difícil e ao mesmo tanto é assim, é como se fosse um choque, sabe, eu tenho até medo, muitas vezes eu tenho, essa semana mesmo me deu um choque forte na minha cabeça que até eu falei assim, ai, não vou, eu não vou no médico, não, apertou o coração, tudo que eu fico com medo, né, e aí eu fechei os olhos, eu pensei que não ia passar aquilo lá, demorou um pouquinho mas é como se fosse assim dado um choque, um curto-circuito ou um raiozinho, alguma coisa, entende, até chega me dar fadiga, então eu não posso afirmar bem assim prá diagnosticar aquilo direitinho, dizer eu sei como é que é, não, não sei, eu só sei que é tipo de um choque, eu fecho os olhos, tampo o ouvido prá não ouvir barulho, prá não ouvir nada."

IV- Situações de Ajuda

34. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde?
"Ah, eu tomo os remédio, tomo meus remédio... não fui eu que fiz, foi minha mãe que levou no médico... ah, não sei doutor, fiquei fazendo tratamento e depois eles queriam me internar num hospital psiquiátrico, foi quando eu falei, falaram que não devia internar lá porque eu ia ficar pior... depois, depois que eu vi que os médico não, que eu continuava assim, nós fomos, passamos a ir a culto espírita, né, só que prá mim não resolveu nada, eu fiquei na mesma até hoje... depois disso eu num, eu vim prá aqui prá São Paulo achando que eu num ia sentir esse problema mas o problema continua, parece que onde eu vou ele vai tá sempre ali, tem dia que até me dá dor de cabeça forte, eu num sei de onde parte a dor de cabeça, eu procuro, se é da nuca, se é do cérebro, se é lá de dentro."

Entre as opções listadas no cartão 2:
*** 35. Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema?**
- **familiares:** "A minha mãe e meu pai, era como se fosse um pronto-socorro prá mim... quando eu tava pior eles ficavam comigo, minha mãe pegava na minha mão e eu não deixava ela soltar minha mão, prá me fazer dormir ela tinha que ficar ali junto comigo, quando ela saía era meu pai, eu me tornei, eu voltei a ser como um bebê, sabe, eu não me sentia segura prá nada, então era só eles, eu confiava neles, eu não queria saber de ninguém, era só meu pai e minha mãe... eu sinto muita falta deles, até choro."
- **amigos, conhecidos:** "Eu tinha muitas amigas, gostava de sair com elas, conversar com as pessoas, de brincar, nós saia prá fazer farra de jovem, tinha um lugar, era uma palhoça que eles até já sabiam o que eu gostava, era salada de tomate e peixe, peixe era peixe frito, peixe assado, prá mim era muito bom, doutor, depois que casei acabou isso, o Sílvio, ele não aceita, vamos supor chegar, arrumar uma amiga e sair, ele não aceita, negócio dele é ficar em casa, chegar do serviço, assistir televisão, às vezes eu pergunto, minha vida não vai mudar?, e minhas filha também, elas não sai, nunca foram em baile, as amiga fiam longe, não tem aquelas amiga como eu tive, não tem a liberdade como eu tive... sim, eu procurei, elas me ajudavam muito, né, quando mamãe sentia que eu não tava melhorando, ela chamava, ela ligava, mandava recado, chamava um amigo... depois de muito tempo eu descobri que ele gostava de mim, só que eu não, não gostava dele assim, como amigo, né... eu já tava com vinte anos, foi depois do primeiro casamento, entre um e outro, foi antes de casar com o Sílvio... ah, doutor, da igreja, eu só conto com meu esposo, com meus filhos, assim tenho amigas, tenho amigos também mas eu não conto com eles, não, só que às vezes tem essa que falou de um serviço, ela vai muito lá em casa, foi a única que depois que eu mudei de igreja, foi a única que não desprezou mas os demais, por isso eu não considero como amigo, eu acho que eles são umas pessoas, são assim, conheço, oi, mas não são amigos... ah, perdi bastante porque as doutrina são demais e eles, pelo fato deles ser muito santo, eles acham que são santo, então acham que nós não, nós somos da porta larga como eles costumam muito dizer, então porque usa calça comprida, pinta a unha, corta cabelo, né, nós temos nosso direito no final de semana se nós temos condições de podermos ir num resturante, numa praia, eles não... eles chamam porta larga porque é aquela que não vai ter salvação, é então, eu não me considero pessoa assim da porta larga... eles acham que são da porta assim bem estreitinha."
- **remédios caseiros (chás, ervas, etc.):** "Tomei mas não me ajudou, não, eu tomei muito chá, o suco do maracujá, chá da folha de maracujá, chá de folha de chuchu prá poder abaixar a pressão, né, faço muita salada de chuchu também que até hoje eu como, mas só que, mas tomo remédio, tô bebendo, não me ajudou em nada... chá da folha de chuchu com aquele olhinho do pé de cana, né, que diz que é ótimo também prá abaixar pressão, só que prá mim mesmo, eu não confiei nele, então pelo fato de não confiar, eu achava que aquilo era

mesma coisa de água, eu tomo os remédios... ah, doutor, prá mim não, eu acho que é a mesma coisa de tomar suco de laranja... minhas amigas falavam, né, então às vezes me passa, olha, toma assim, hoje em dia não, hoje em dia eu não vou muito pelas pessoas, eu vou, eu tô indo, se eu procurei o médico, eu vou pelo médico... nem tomo chá agora."

- **livros de auto-ajuda:** "Eu leio, eu tô lendo, doutor, até hoje tem até um aqui na minha bolsa, "O Mistério da Fé", é esse aqui, é sobre a fé sobrenatural, né, como a gente adquirir, aonde os artigo da bíblia, né, o qual tá citando prá gente ler... não é só pelo fato de eu congregar na igreja lá porque eu não congrego só lá, quer dizer, eu sou membro da igreja Universal mas eu falei pro pastor aqui da Quadrangular, que ele trabalha também assim de uma maneira evoluísta, não são aquelas maneira que exige da gente as coisa, exige como, a doutrina lá ser, de eu não poder vestir as minhas roupas que eu gosto, meu negócio é mais é as vestes, nesse ponto a Quadrangular trabalha como a Universal."
- **simpatias:** "Não, eu fiz, o que foi meu Deus, prá que, prá minha filha mas num, foi prá minha filha mas eu não acredito não... é a simpatia de cortar, ela tava com uma íngua e fazer um risco assim no pé no chão depois ficar cortando e falando umas palavra que eu nem lembro mais como que era, um, dois, três, acho que era assim e queimando, ou queimando ou era cortando, só que isso aí não adiantou nada, né... não, nunca fiz, prá mim nunca fiz."
- **atividades adivinhatórias (cartomantes, búzios, etc.):** "Não, nem muito menos deixar ler minha mão, eles falam um monte de coisa, em mil que eles falam uma coisa só dá certo e eles falam, então é verdade mas na vida da gente passa muito mais coisa."
- **orações:** "Eu faço, eu oro e peço prá Deus porque se não fosse as orações e crer que Deus existe eu não tava da maneira que eu tô hoje, eu posso sair sozinha, não tô acompanhada de ninguém... ah, eu falo assim, as minhas orações, doutor, é uma oração que eu primeiro eu peço perdão dos meus pecados porque todos nós somos pecador, eu reconheço que sou, como?, no pensamento, em palavras, em ação e eu peço prá Deus perdoar, a minha oração chegar até ele através de Jesus, eu não peço interceder assim a santa ou coisa assim porque eu acho que eu tenho que pedir a Jesus porque é filho... eu peço prá ajudar na doença, em tudo, né, em tudo."
- **promessas:** "Promessa, doutor, eu era a mulher da promessa, como?, vivia pedindo, até cheguei, chegava a pagar, aí eu acreditava mesmo... quando eu era jovem, eu queria nos estudo, aí eu, se eu passar esse ano quando eu receber os resultados vou subir a capelinha, lá onde eu morava tem uma capelinha que tem uns degrau, de joelho, ai, aquilo ali era um horror mas eu pagava... na saúde, não, nunca fiz."
- **benzedor, rezadeira:** "Eu fui mas também não resolveu nada... não sei, só benzia mesmo, não tem negócio de evangélico lá, eles não são evangélico, são benzedor... com galhinho, o outro ele mandava eu fechar os olhos, não sei o que que ele fazia, não dava prá ver que eu tava com o olho fechado... eu fui aqui em Campinas, lá na Paraíba eu fui em Campina Grande quando eu saí do hospital mamãe levou prá um benzedor lá, foi quando ele falou que o meu problema tinha sido aquela emoção forte no culto que os médico não sabia... eu acredito doutor pelo simples fato de que foi mesmo, foi no culto na minha casa que eu senti como se eu tivesse pegado um choque num fio de alta tensão e depois daquilo ali eu não tive mais saúde... foi ali que os nervos desconjuntou e quebrou, é uma dessas duas."
- **procissões, romarias:** "Ah, quando eu era católica, eu tinha quinze anos... eu achava bom porque ali a gente tava andando, fazendo caminhada, eu acreditava muito, hoje em dia não, hoje em dia eu sei que aquilo ali tudo é, bom, ao meu ver, né, não critico também não, é só dentro de mim não acredito, sabe, eu acho, é a mesma coisa assim, enterro, só que o enterro prá mim é pavoroso, se alguém um dia chegar, é tanto que as minhas colega sabem, morreu alguém, não me convida pro enterro porque eu não vou no cemitério, não gosto de cemitério... ia na Virgem da Conceição, essas procissão assim de, de, ia muita gente que o padre fazia, na época da semana santa também, eu ia assistir em casa, nas casas onde eles colocavam prá fazer as orações, rezar os terços, o pai-nosso, né, que é uma parte que tem na Bíblia... antes de eu ficar doente, depois não, aí não fui mais... eu fui prá Aparecida do Norte eu tinha 21, 22 anos, eu já tinha tido... eu fui evangélica naquela época mas eu não conheci direito, foi uma coisa assim passageira, foi seis meses, foi quando eu fiquei doente, depois eu fiquei com pavor, não aguentava ouvir falar, não me aprofundei na Bíblia, não procurei ler Bíblia, então estava sem igreja... foi uma visita mesmo, sabe, as meninas, as colega minha e outras lá fizeram uma excursão e eu fui junto, é tanto que não era pro meu namorado ir mas ele foi e aí eu falei que não queria que ele fosse porque a gente queria se, ficar sem namorado que namorado pega muito no pé mas ele no fim acabou atrapalhando a gente de, tinha canto que a gente queria ir, ele não ia e era aquela coisa, num podia tá perto dos amigo, das menina que ele tinha ciúme e até que quando eu voltei de Aparecida já voltei terminado o namoro porque eu falei: não, não quero ninguém que fique pegando no meu pé, é prova é que eu sou casada até hoje e meu marido ele me dá a liberdade que ele sabe a mulher que tem, né... eu fui também prá ver se

firmava na igreja católica. se ia acreditar. voltava a minha. como que eu posso dizer. como antes. né. de crer mas eu vi que aquilo ali tudo era fantasia. doutor. porque o que eu pedia pr'aquele santo. eu pedia. eu fazia tudo. eu beijava. sabe. eu tinha o maior. eu tinha o maior carinho. era um carinho tão grande assim. eu tinha cuidado. eu tinha até medo de beijar a imagem que eu achava que podia até machucar. eu chegava naquela maior delicadeza ali de num. sabe. eu tinha medo de fazer alguma coisa que não agradasse a Deus. eu. é como o Sílvio tava falando ontem. Helena. você falou do cigarro. quando eu deixei o cigarro eu era católica. ele falou assim. você lembra quando você deixou de fumar?. falei: lembro. ele falou assim. você sentiu vontade. eu falei: não. ele disse: por quê?. eu disse: quando eu pensava no pensamento porque o meu foi um voto que eu até falei assim. se eu fumasse a minha alma não era de Deus e sim do Diabo. então como eu sei que existe Deus e existe o Diabo eu pensei: eu não quero ir pro Diabo. eu quero ir prá Deus. né."

- **bíblia:** "Procuro sim. eu procuro muito a ler e a meditar assim nas palavra e ver as pessoas que. eu fico pensando que naquele tempo não tinha tanto médico. não tinha remédio que tem hoje. então aquelas pessoa não sofria dessas coisa tanto quanto hoje em dia. então eu procuro analisar assim. eu procuro buscar lá naquelas pessoas. é como se eu fosse entrando naquela história. vou vivendo naquelas pessoas. naqueles personagens e vendo aquelas mulher daquele tempo tinha os problema mas elas não tomava um remédio. só que eu tomo. revoltada mas tomo. né. então eu fico esperando. eu digo: um dia eu vou ficar liberta disso. um dia eu vou ser livre. um dia eu não vou precisar tomar nada desses remédio. agora quando e nem. não sei... porque fala daquelas pessoas que duravam até 90 anos. 100 anos. 120. 200. nossa. tem pessoas que durou muitos anos. Sara teve um filho. a Bíblia diz que ela veio ter um filho com 90 anos. uma mulher já que não tinha mais costume. já tinha perdido todos os costumes dela. né. e ela teve o filho Isaac. e foi um parto. um parto normal. ela teve um menino. o menino cresceu. quer dizer ela como mãe ela amamentou a criança tudo. velha. e não mostra. na Bíblia não fala que eles tiveram aquelas. aquelas doença. andavam doente. que tivessem algum problema. nenhum... veja o exemplo da Ana que era estéria e ela ao passo depois de muita oração. ela teve. Deus deu a ela. a. o desejo. cumpriu o desejo na vida dela dela ter um filho. né. dela ser uma pessoa fértil e ter filho. né. que era o meu caso que eu achava que eu não ia poder ter nunca ter um filho e graças a Deus aí tá a prova que meus filho são umas bênção e são tudo saudável... eu tento ver como era a vida das pessoas no passado. procuro vim prá mim. prá ver se dessa maneira eu vou me ajudando. né. porque de qual é outra maneira. doutor. se eu converso com uma pessoa. ai. cê vai com médico. com psiquiatra?. aí eu nem falo mais. eu não falo prá ninguém com que médico que eu vou. prá onde eu vou... tem muitos exemplo bonito que eu acho. aquele povo. né. que era tipo assim. na minha impressão era como se fosse uns índio mas não era bem índio. que eles era pessoa que até hoje tem. no Egito tem descendência de Abraão tá lá. de Jacó. de Isaac. tá lá. esse povo ainda existe assim de parente. né. de muito longe mas até hoje tem. então a gente vê como aquele povo. o jeito deles andar. o jeito de fazer as coisa. a gente não vê as pessoas lá correndo atrás de médico como nós aqui no Brasil corremos. eu acho que aqui no Brasil parece que foi o local que. bom. apesar que nos Estados Unidos lá tem naquela parte lá mas eu falo assim. na minha parte. eu vejo aquelas pessoas. fico olhando. até tem muitas vezes. eu tenho inveja no mesmo tempo eu falo: não. não posso ter inveja. eu tenho que procurar ver dentro de mim o que que tá acontecendo. o porque disso. será que um dia eu vou ficar louca. só que não tem caso na minha família de alguém que um dia ficou louco. né. tem parecido assim com os mesmo problema que eu. como minha irmã que ficou viúva. só que ela ainda é pior porque o dela ela desmaia. eu não. eu quando eu começo a sentir uma agonia. eu grito. eu saio correndo. eu fico assim como uma pessoa. uma pessoa desesperada."

- **padre, pastor, pai-de-santo:** "Olha. doutor. quanto a conversar eu conversei várias vezes mas é assim. eu chego. entro na igreja. eu sento na minha cadeira. no meu cantinho e fico. se tão louvando eu fico em pé. bato palma. canto junto com toda turma. faço que tô louvando. no final que eu converso com ele... no meu ver sim. né. a esposa dele também é uma pessoa que me atendeu super legal. ele também. falou que eu podia. que eu era bem vinda... doutor. eu conversei com vários pastor e eles falaram que eu tenho que fazer como daí mesmo. eles falaram que meu negócio era falta de fé. que eu tinha que orar mais. fazer campanha. só que na minha tristeza mesmo eu vi que o pastor não ajuda muito. então agora eu vou pro culto. vou prá igreja não é pelo fato do pastor ser bom ou o irmão é bom porque fulano me convidou não. eu vou porque eu sinto uma necessidade de uma crença. de povo. de ter uma religião. qual é minha religião?. eu sou evangélica. eu acredito nas coisas. na força divina."

- **atividades em igrejas:** "Eu vou. doutor... depende quando. agora mesmo eu vou três. né. às vezes até chego ir quatro vezes... quando eu tô doente eu não vou porque eu não me sinto. eu acho. eu penso que é melhor fazer oração em casa... muito também não porque daí minha cabeça vai ficar como? Aí eu tomo meus remédios. faço minhas orações. apresento até os remédios que eu vou tomar. digo: senhor. se há algum desses remédio aqui que vai fazer com que eu vou ficar boa que ele há de agir direto no local que eu tenho o

problema. isso na hora de tomar... outras hora que eu tô. eu oro. às vezes eu deito. eu mentalizo que eu não tenho isso. que o Senhor não me fez uma pessoa ruim. o Senhor me fez uma pessoa saudável... ultimamente eu tô fazendo oração não tão grande e com pouca frequência. por quê? Porque quanto mais você fica pedindo muito parece que não tá chegando. então vamô esperar também. é a mesma coisa eu pedir. doutor. passa um comprimido prá mim. passa um remédio. aí o senhor vai. eu vou esperar o senhor passar. né. então o senhor vai me dar. senhor vai dizer. volta em tal tempo. então eu vou ter que esperar. então eu tenho que esperar também vir o efeito daquilo que eu pedi."

- **centro espírita:** "Quando eu tinha vinte anos. vinte e um. pode ter ajudado os outros. a mim não. depois eu vi que eu tinha pavor daquilo. eu ficava dentro de mim cansada. não entendia o que eu fazia. eu não via o que eu fazia. então prá mim aquilo não me ajudou em nada... eu fui prá tentar resolver o problema porque eles falavam que eu tinha que desenvolver. agora se o senhor perguntar o que é desenvolver. eu não sei o que é desenvolver. eu não via nada... Fui seis meses. um ano. foi meu pai mais minha mãe procurando assim. um modo de me ajudar. meu irmão também incentivava depois mas eles não frequentavam muito e depois que eu saí eles também saíram... não só nesse canto lá mas também eu fui numa cidade vizinha. que disse que um homem lá. ele adivinhava. era tipo adivinhão. minha família pensou. se ele pode adivinhar eu vou ficar boa... ele passou um monte de banho com ervas. sal grosso. mamãe fez. tinha o dia certo de tomar... não adiantou nada. pelo contrário. eu comecei a ficar até pior... ele cobrou um absurdo. na época era 600 cruzeiro. dava prá fazer quase duas compra do mês."
- **farmacêuticos:** "Fui uma vez que eu tava passando lá na. eu tava vindo do centro e eu passei. eu passei mal... não. prá esse problema não. eu tenho medo. eu fui só prá medir a pressão."
- **terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.):** "Fui. não confiei. não gostei. é muito lento... fui numa clínica que tem de homeopatia que minha patroa ia... bom. primeiro que passa duas hora. ela consulta duas hora sentada lá. é quase como a psicóloga. né. ela conversa. vai conversando. procurando até acho que do começo quando eu fui gerada. né. se houve rejeição por parte do pai. da minha mãe. então aquela coisa toda. depois quando vai passar os remédio. água e aqueles remédio prá mim é a mesma coisa. aquelas bolinha. aquelas coisinha. eu não confiei em nada daquilo... (acupuntura) Não. eu não sei o que é isso. não."
- **grupos de auto-ajuda (alcoólatras, neuróticos anônimos, etc.):** "Não. de alcoólatra não que eu não tinha essa parte de bebida. no meu caso não foi afetado. meu marido também não aceitou. né."
- **psicoterapias (psicanálise, comportamental, etc.):** "Foi. foi mas assim. às vezes eu tava com preguiça. outras vezes eu tava trabalhando. eu não podia... Eu só fui umas quatro. umas cinco vezes com ela depois eu parei. eu achei que era muito fraco. e era difícil. às vezes eu faltava pelo fato da mulher que eu tava trabalhando não me permitir. isso aí me dificultava vim."
- **médicos clínicos gerais, especialistas não psiquiatras:** "Prá mente não porque só encaminhou. me ajudou aí. encaminhando pro psiquiatra... lá ele passava só remédios. ele é formado em clínico geral. psiquiatra e cirurgião. ele que fez o meu cesário mas ele não conversava muito não... uma vez ele falou pro meu marido. cê tem revólver?. então compra. se ela ficar muito nervosa dá um tiro prá assustar ela."
- **médicos psiquiatras:** "Até hoje está ajudando... quando eu tava ruim o médico falou prá minha mãe: olha. o caso de sua filha é psiquiatra mesmo. que tanto foi feito eletro na minha cabeça e não deu assim. não apresentou sintoma... mamãe falou que tinha até um encaminhamento pro hospital de psiquiatra em Campina Grande mas ela não concordou com o médico. ela falou assim. ela falou que devido as pessoas que tinham conversado com ela. falou que não me deixasse lá. que eles iam me dá remédio e muitas vezes o remédio não era pr`aquele problema. que em vez de eu sair boa eu ia sair pior do que tava entrando... nós tinha conhecido as pessoas internada quando fomos lá fazer o eletro que só fazia lá."

*** 36. Qual delas você procurou em primeiro lugar?**

"A primeira coisa foi o tratamento espiritual. foi o caso do centro espírita... nessa época toda a família foi também. parecia que se eu ia num lugar todo mundo ia junto."

*** 37. Qual delas você considera como a principal forma de ajuda no momento? Por quê?**

"Primeiro lugar vem a oração. depois os medicamento que eu tomo... se a minha fé tiver agindo em cada momento ela faz mais que os remédio. ela sozinha separa os nervos. do contrário é só remédio mesmo... O que me ajuda mais é ouvir hinos. ir nos cultos. ouvir uma outra música. né. doutor. não é muito aconselhável mas é bom também. meu marido que me atrapalha um nessa parte que ele é nervoso. ele não gosta que eu misture os hinos com outras músicas."

*** 38. Você já tinha procurado alguma dessas situações de ajuda antes do aparecimento de seu problema?**
"Ai, já, assim, igreja, amiga, várias coisa, benzedor mesmo."

V- Relacionamento Clínico

39. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo?
"Nos remédio, né, é, conversando também um pouco, como no meu caso eu achava que se ia ficar louca e depois vi que não, que não é o fato de ter medo das coisas não quer dizer que eu vou ficar louca, que eu sou louca, então através das conversa e com os remédio... ele, como que eu posso dizer, meu Deus, a paciência também que tem com o paciente, não tratar o paciente como um doente, tratar como uma pessoa normal, isso ajuda a gente."

40. Na sua opinião, qual é a diferença entre o trabalho de um psiquiatra e o de um clínico geral?
"Ai, não sei... É nos remédio, por exemplo no meu caso, ansiedade, eu não acho que o clínico vai me ajudar em ansiedade, naqueles problema de insônia também não vai ajudar porque ele trata de um outro, embora também ajuda mas não é tanto como o psiquiatra... o psiquiatra ele trabalha mais na parte, eu acho, a mim, com a minha cabeça, já o clínico é do meu corpo e quanto a cabeça não, e o psiquiatra o principal é problema de cabeça, certo... ah, tem as diferença como eu falei, é, ele vai, o psiquiatra não vai logo direto medir pressão, coração, é, já o clínico não, quando chega já vai logo com aquele aparelho que nem eu tenho pavor daquilo lá, medir pressão, então ele tem a diferença nesse modo clínico... o psiquiatra é mais conversar e vê como que a gente tá, procura conversar, saber, observa nossas ações, o clínico, ele também procura mas é mais a parte do corpo, de dor, né."

41. Você sabe o que quer dizer psicoterapia?
"Não... deve ser um trabalho assim diferente, como que eu posso dizer, psicoterapia, uma coisa, ah, eu não sei, uma coisa que eu não sei... a psicóloga, ela ouve, procura vê, manda a gente relaxar, procura saber, dá uma aparência com o psiquiatra, conversar direitinho, ela começa também perguntar, ouve toda nossa vida como o psiquiatra também, né, ouve as nossas história, o ponto ao qual acha que tá nos atingindo, aí depois, ela tava fazendo também, tipo de, como um ginástica, um modo da gente poder saber separar os problema."

42. Você teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)?
"Sim, o medo de ele falar que eu tava louca, certo, que eu não era normal, que eu tinha alguma doença, né, e até hoje... não, não tenho, vergonha eu não tenho, eu sou aberta assim, eu gosto de, de, só quando eu tô muito deprimida que aí eu fico, porque não me sai muita palavra, só sai choro."

43. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com o médico (entender o médico ou ele entender você)?
"Ai, eu já sim, logo no começo que aconteceu os caso assim do qual eu tive necessidade de procurar o psiquiatra, eu tinha, ele perguntava as coisa prá mim e eu não sabia responder, não entendia porque que eu tinha que procurar ele, então eu não aceitava porque todo mundo, prá todo mundo, o psiquiatra é prá louco e eu ficava com esse medo, o medo, era o medo de ser tratada como louca, então como hoje eu vejo que não é isso, o fato de eu procurar não quer dizer isso... o psiquiatra não falava o que que ele achava, às vezes eu ficava olhando, ele não falava, muitas vezes não falava o que eu tinha e o fato dele ficar calado assim, eu acho, é capaz dele estar achando alguma coisa e não quer me dizer, então eu tinha medo sim... do clínico é quando ele pede um, como agora eu tenho prá fazer um eletrocardiograma, é medo de ter algum problema que eu quero saber e no mesmo tempo eu quero me esconder da realidade, então há essa dificuldade que tá dentro de mim, então eu não entendo, eu quero saber e no mesmo tempo eu não entendo porque eu tenho medo de querer saber a realidade."

44. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?
"Abandonei, abandonei, cheguei a abandonar dois anos, né, aqui mesmo tanto lá no norte, eu tomava os remédio, comprava os remédio, pedia a ele mas eu não queria conversar com ele, ele falava mas porque você não fala, eu falava não, eu não quero, eu quero que o senhor passe o remédio e depois eu me revoltei, eu tinha

medo de tomar o remédio, o remédio fazer efeito contrário, eu não entendia porque eu não gosto de ler a bula de medicamento prá não saber quais são as reações pelo fato de eu ter sofrido muito, né, então eu não gosto de saber as reações de remédio nenhum, aí tanto que eu tomo eu quero saber mas no mesmo tanto eu falo não, deixa; então foi isso que eu fiquei até dois anos sem vim, só tomando, que às vezes meu marido comprava o diazepam que é um remédio que eu tomo e o lexotam também eu tomei lexotam... não, não é pelo fato dele não falar nada, é o medo que eu tinha de tomar os remédio e me fazer mal em alguma outra parte, só que eu necessitava dos remédio mas tinha medo, então falava, não vou mais no médico, como foi o caso de eu ficar muitas vezes sem vim, né, aí muita gente falava, você vai? Você não é louca! Então eu falava, eu não sou louca então não preciso, mas só que no meu medo eu tinha necessidade ao ponto eu de que quando eu vim, eu vim numa crise que não tinha como eu me controlar... as pessoas que me conheciam, né, lá na igreja, vizinho mesmo, até nesse caso meu marido mesmo ele falava: Helena, você não tem nada, você põe na cabeça que você fez as coisa, então você é uma pessoa normal, você procura tirar mas não tinha, doutor, não tinha como eu tirar, é como eu falo até hoje, os pensamento eles vêm assim, tem hora que não cessa, eu quero me ocupar, eu procuro me ocupar em alguma coisa mas fica ali como se tivesse uma, um computador, um gravador que só falasse aquilo mesmo, só uma coisa só."

VI- Problemas Gerais de Saúde

45. Na sua opinião, o que é um problema de saúde? Quais os problemas de saúde que você conhece?
"É a pessoa não sentir nada, prá mim é isso, a pessoa não sente dor, não toma remédio, então ela tá saudável, a partir do momento que ela toma qualquer comprimido, ela tem algum problema, não é saudável, que quando a gente tá saudável a gente não toma nada... É uma dor, é essas queixa que atacam de vez em quando minha cabeça, não consigo controlar, às vezes eu sei, às vezes eu não sei, né, é eu tá num canto, ter medo de sentir uma dor, quando na verdade às vezes eu nem tenho dor e só em eu pensar, a dor aparece... Não que eu tenha, que as pessoas? Ai, como, problema de coração, é pressão alta que eu, esse problema que eu tenho e tô procurando tomar uns remédio prá ver se eu fico boa mas o médico disse que isso aí não tem cura, é, e esses outros doutor como, mas eu não tenho medo porque eu tenho certeza que eu nunca vou ter, como por exemplo, eu acho que eu nunca vou ter câncer porque eu me examino, só se aparecer um dia porque eu não sei mas na minha mente eu acho que não vou ter isso, a AIDS também, tenho certeza porque eu procuro, quando vou fazer exame eu procuro olhar se as coisa é bem preparada, é agora qual que é o outro que eu possa falar, os de acidente isso aí pode qualquer momento ter um problema de acidente e ficar doente, ficar aleijada, né, problema de ossos também, isso aí eu tenho medo, conheço quem tem aquela osteoporose sei lá e outros mais, mas o mais são esses."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 46. Quais delas você acredita que são causas de problemas de saúde?**
"A pessoa ficar nervosa, o nervosismo ele causa tanta coisa doutor porque eu tiro por mim, quando eu fico nervosa me dá dor de cabeça, pressão sobe, um monte de coisa... se a gente interver na família, a gente procurar pegar aquele problema e trazer prá gente como eu faço... o problema da minha família, então me influi muito na minha saúde porque eu me preocupo também com o bem-estar de todos eles, né, e quando alguém acontece de adoecer como a minha mãe, meu irmão, eu sofri muito também com meu irmão quando ele foi, ele tratava, o médico diz que tratava ele de bronquite e no fim era coração, né... antigamente eu achava que não porque eu fumava, eu achava que não, era saudável beber, era uma coisa assim, não muito mas, achava que não mas como hoje mostra na televisão e muitos médico, os médico também fala tudo que foi descoberto de a bebida dar câncer, o fumo dar câncer e além do mais a bebida também não só dá o câncer como dá também o, aquele, aquela doença lá que, ai, cirrose, né... Perturbação espiritual, né, existe, é eu acredito assim doutor que a pessoa perturbada, porque quando os médico procura de toda forma e não encontra doença e se vai num determinado local a pessoa fala isso é coisa de demônio, lógico que, eu como leio a bíblia e vejo que a palavra demônio tá na bíblia, existe, como Deus existe, existe o demônio e ele é um dos que causam muita enfermidade que os médico não diagnosticam mesmo, não faz, não há um meio de encontrar e a pessoa tá morrendo e não sabe porque... na minha mente eu acho que a AIDS é uma delas, é, bom, perturbação espiritual, eu acho que quando a pessoa perde todo o equilíbrio que nem com remédio eu acho que foi por demoníaco, sei lá, é isso que eu penso... porque eu acho? Ué, como que ela surge assim, só o fato de uma pessoa, ah, eu não sei, aquilo que atinge o sangue, eu acho que o sangue prá nós é a nossa alma, eu não acredito que o nosso sangue seja o nosso espírito, não, eu acredito que o nosso sangue é a alma do nosso corpo, é a vida, e se atinge o sangue é do demônio, no meu ver, agora não sei pros médico eu não sei,

prá mim. não sei se é paranóica minha ou se. prá mim só pode ser... Ah. não acredito nessa parte não. muitas. eu já ouvi falar de muitas pessoas. de caso. comigo. porque eu sou uma pessoa. eu fui espírita e eu não acredito porque quando. é como se você fosse uma pessoa que tava anestesiada e todo mundo quando ali eu voltava pro meu normal. as pessoa tavam feliz e eu não. então quer dizer. afetava assim. eu ficava revoltada. então eu não acredito que faz alguma coisa de bem prá gente. sabe. prá mim nunca fez; ah. ataca a cabeça. bom não sei. porque eu nunca. eu já ouvi falar de fato acontecido nas pessoa. pessoa falar que fulano fez um feitiço. ou trabalhou. fez uma oferenda e a pessoa a qual foi determinada foi atingida mas só que prá mim eu não acredito nisso... ah. sim. doutor. a fé. sem fé é impossível tudo... a pessoa adoece. né. porque no momento que a gente não. porque eu tenho por mim. se a minha fé não fosse suficiente. se eu não tivesse um pouquinho. eu acho que eu já. eu tinha acreditado que eu tava com problema de angina porque foi diagnosticado que eu tava. eu fiz um exame aqui e deu. só que eu falei depois que eu saí. eu senti vontade de voltar na sala. voltei pro médico. era na época um doutor baxinho e eu falei prá ele. doutor. eu quero saber o que que significa a angina porque que eu saiba é uma doença que mata e ele falou. é dona Helena. o coração cresce. não pode passar medo. não pode passar nervoso. né. é uma coisa que tem que tratar. a senhora tem que tomar esses remédio por muito tempo e eu fui no oculista aí e falei. doutor. não vou tomar esses remédios. ele disse por que? Eu falei porque eu não tenho essa doença e eu fui trabalhar no outro dia era prá mim fazer outro. outro eletrocardiograma mas eu não fiz porque eu esqueci e no ônibus eu fiquei pensando. comecei a pedir a Deus que se ele existia. que ele aumentasse a minha fé e tirasse e a partir daquele dia. as dores que eu sentia. o cansaço sumiu. então quer dizer. a fé existe sim... cura. porque sem fé a gente não alcança nada. eu acredito nisso aí. eu acredito nessa hipótese porque eu já vi tanta gente. tem uma pessoa que eu conheço muito o caso dele e da esposa dele que tinha AIDS e eles não tomam. eles têm todos. todas as fotos de quando eles tinham o problema. quando a doença manifestou. a rachadura que tinha nas pernas e hoje eles tão curados. sem remédio. curou a AIDS com a fé. por isso que eu acredito na fé. eu creio que um dia também eu vou me libertar desses remédio. eu creio. só não sei quando... aí. doutor. depende dos problemas. prá mim. entende. aí varia. né. tem uns que. esses que eu falei pro senhor que não diagnosticaram. esses eu acho que é espiritual. pessoa que dor no peito mas vai ver não tem nada no coração. pessoa que tem dor na cabeça. vai fazer não tem tumor. não tem nada. pessoa que tem uma dor numa perna. às vezes manca da perna. não consegue. os médico faz todos exames também não aparece nada. nem raio-X nem nada. nem sangue nem nada. então eu acho isso aí que é problema espiritual. eu acredito sim... não. nem todos. o meu não acho que seja espírito. o meu eu acho que é de mim mesmo. é a minha mente. é alguma coisa como eu falei pro senhor. como se alguma coisa estourou dentro de mim só que eu não sei como. foi. é como se um fio desligou ou ele ligou de uma vez... não. não aparece no exame. só na minha cabeça mesmo que eu acho que aparece... acho que é fraqueza minha também. como fraqueza? Eu que determino ou sei lá. eu acho que. é como eu falei pro senhor. eu tenho certeza de um dia. se eu não morrer até lá. né. eu vou ser curada através da minha fé. eu peço prá Deus. Deus. aumenta minha fé. eu não sei como eu vou adquirir mas eu busco a Deus que ele vem e me dá essa fé."

*** 47. Qual delas é a principal causa de problemas de saúde?**

"Ah. doutor. tem tantos mas o principal eu falo que é. como é que eu posso falar. afeta a nossa saúde. a falta de amor de uma pessoa com outra assim. a desunião. afeta a saúde da gente também. a falta de segurança da pessoa mesmo. às vezes se for uma pessoa insegura. por que? Porque eu não confio ficar. vamos supor. eu acho. assim. eu não me sinto capacitada de ficar num lugar sozinha... a criminalidade. porque afeta todo mundo. o sistema nervoso das pessoas. eu acho que a criminalidade é o que mais afeta as pessoas ultimamente. né. cê liga o rádio. é fulano que tomou um tiro de morte. fulano matou outro. chacina. é. cê vai passando na rua como eu vinha da igreja a semana trasada. um acidente aí. quatro morto. eu fiquei muito nervosa. muito agitada. né. e pedi prá minha filha me esperar um pouquinho prá me acalmar porque os nervos subiram assim."

48. Quais os problemas de saúde mental que você conhece?

"Ai. tem um rapaz que eu não sei se ele já chegou a vim aqui. ele usou muita droga. pois ele tem alucinação e ele fala. ele vê. ele diz que vê os bichinho lá. eu não sei que bichinho que é esse mas ele vê. ele sente na pele dele aqueles bicho costurando. outra hora rasgando... eu acho que problema de emoção muito forte porque comigo aconteceu de eu ficar com problema assim e quase que eu ia sendo internada no hospital... o meu é o medo. causa também esse problema. ser nervosa. no meu. e nas pessoas. ai doutor. não sei. as pessoas são as drogas. são as bebida. a falta de dinheiro também que deixa as pessoas muito estressado ao mesmo tempo nervoso porque às vezes quer fazer alguma coisa e não pode. então é assim."

49. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e os outros problemas?
"Porque na mente a gente não vai controlar e no corpo a gente sabe o local que tá doendo e a cabeça o senhor não sabe. como o senhor vai agir com aquilo, no meu ver, vamos supor. no caso se eu tiver uma dor no osso. dentro do meu osso eu vou fazer um exame. vai detectar que eu tô com aquilo e o médico vai passar o remédio. só que na cabeça. eu tomo o remédio. tomo. tomo. tomo e até hoje ainda continua assim... na mente é mais difícil. mais difícil de curar do que no corpo. eu acho que a mente é até mais difícil do que a AIDS. do que outras coisa assim. o mental é mais difícil mesmo."

50. Na sua opinião, existe alguma relação entre os problemas de saúde mental e os outros problemas de saúde? (questão 26)
"Eu acho que os dois andam junto de mão dada. eu acho isso aí. porque se a pressão tá alta é por causa da cabeça porque se eu tô com pressão alta e se alguém disser assim. fica aqui dentro deitada e põe numa mesa aqui. e eu fico olhando lá no teto, ah. eu num fico bem. ela aumenta mais... o problema da cabeça que causou a pressão alta porque eu num tinha isso antes. eu num tinha... não sei como causou. doutor. isso aí o senhor pergunta mas eu num sei explicar."

51. Na sua opinião, como um remédio age em você?
"O diazepam ele me deixa assim mais calma. ele me deixa. me dá mais atividade assim. me dá mais coragem prá fazer as coisa. eu num fico como uma pessoa que tá ali inútil. né. ele age no meu corpo não prá dormir. não é prá dormir. eu não tomo ele prá dormir. ah. às vezes tô com insônia. não. antes era mas depois ele mudou totalmente. ele virou e me ajuda. hoje mesmo antes de sair eu tomei já prá poder obter uma tranquilidade. eu num ficar assim conversando feito uma. né. e poder ir pros canto. eu me sinto assim como se o. como que ele age. ele age me tranquilizando... já o promamolol. ele me age na pressão. tira também a inchação das minhas pernas... ele me dá sono. no outro dia eu me sinto mais relaxada também com a ajuda do remédio amarelo junto com o diazepam. ele me deixa com mais bastante sono assim que eu posso relaxar. a noite eu durmo bastante. tranquila. não fico com esses pensamento... eu não sei dizer ao senhor. eu sei que alguma coisa ele ajuda. alguma coisa ele age dentro de mim. eu acho que ele. vamos supor no caso aí. ele deixa. ele. é como se ele fosse uma fita isolante. isolava aquilo lá. sabe. então aí eu passo a ver as coisa. é como o lexotam que ajudava na minha mente a controlar. então ele separa aquelas coisa que eu sentia antes. então já deixa tudo como se fosse uma pasta que eu organizasse as coisa. o senhor vai colocando tudo organizadinha. então ele age dessa maneira em mim. sabe... ele começa a por no lugar as coisas. ele não. eu acho que alguma substância que tem dentro dele que age dessa maneira. eu não sei o que mas tem alguma coisa que ajuda. que vai lá no local. separa e fica lá. até o outro vir que eu vou tomar o outro e o próximo."

52. Qual é sua opinião sobre a loucura? O que é a loucura para você?
"Ai meu Deus do céu mas aí é difícil falar. loucura. são aquelas pessoas que não tem noção de nada. faz coisa. eu já vi pessoa. que a pessoa diz. é louco. tá lá no manicônio. né. e fica falando muitas coisa que ele mesmo não entende nem a gente entende. eu não sei dizer o que o senhor quer da loucura. eu tenho medo de ficar um dia assim... eu acho que a pessoa perde a noção de si. acho que alguma coisa apaga dentro da mente que a pessoa. é como se a pessoa tivesse aquela parte de esquecimento. né... ah. aí eu acho que já misturou tudo. avançou e aquilo ali tá tudo misturado. é como se o senhor batesse tudo no liquidificador e quisesse separar e não tem como. não tem condições de separar. os nervos deram nó e não tem como desatar. só uma bênção mesmo. assim como é. um milagre. né. só se for um milagre... ah. não sei. ajunta sim. tem sim. tem parte espiritual. tem parte material. as duas também faz parte... doutor. olha essa parte do demônio tem a ver. por isso que. eu falo. nunca. não é que eu acredite mas porque eu leio. como eu falei mais de uma vez. eu leio a bíblia e eu vejo. eu acredito muito no que tá ali. no que foi escrito embora que muita gente fala. ah. mas é um livro escrito por mão de homem mas houve um passado. houve. tem um criador que criou o céu. então eu acho que existe sim a parte do demônio pelo fato dele fazer as coisa errada... eu já vi tanta pessoa que. um rapaz um tempo atrás. eu nunca mais eu vi esse rapaz. ele andava com um monte de corrente no pescoço. corrente mesmo daquelas grossa. ele andava sujo. fedido e aquele monte de saco velho e um caso desse eu li na bíblia. a causa. a coisa do demônio. que aí já não é mais um agindo. são legiões. que é legiões. é milhões de demônios que age em torno daquilo. então eu acho que aquilo ali. a maior fraqueza da mente. eu acho. não sei se ele usou alguma droga. alguma coisa ou ele teve alguma. alguma decepção na vida. algum choque emocional porque doutor. tudo tem a ver com coisa emocional... pelo fato. eu tiro a minha hipótese. a minha. eu acho sempre ele tá procurando poder. né. porque tem pessoas que a gente vê com problema que se trata.

hoje é uma pessoa normal, né, e quando não cura porque aí é uma falta de fé, é a falta de uma pessoa também procurar um meio... doutor, eu vou contar um caso que aconteceu comigo quando eu era espírita, eu acho, eu não sei, eu tive uma raiva do meu irmão e eu fiz uma vela, uma vela branca, por debaixo do pé de manga eu sozinha, como aquela época eu já frequentava o espiritismo e a raiva foi grande ao ponto de que eu peguei, acendi aquela vela, eu vi porque foi comigo, e invoquei o Vira-Mundo que era um demônio que no livro de Allan Kardec, de Allan Kardec não, num livro que eu li, que se acendesse a vela e chamasse o nome dele três vezes ele vinha, e quando eu fiz isso eu vi a vela fazer subir aquela labareda, tava a vela, a luz pequenininha mas ela subiu fazendo assim, e naquilo eu pude sentir aquele negócio subindo assim, foi adormecendo meus pés, quando eu comecei a sentir falta, meus dedos começou a ficar tudo curvado, minha mãe quando ela, e demorou, e eu comecei pedir socorro mas já não tinha mais voz."

53. Você tem a capacidade de realizar algum tipo de cura? Como você utiliza essa capacidade?
"Eu não, eu posso orar, ajudar na oração agora eu não tenho essa capacidade."

54. Qual é sua opinião sobre a causa do (sarampo / diabetes / tuberculose / lepra / AIDS / suicídio / depressão / alcoolismo)?
- **sarampo:** "Não sei, é um vírus, né, mas que a gente não vê, não sei nem por onde passa nem de que jeito vem."
- **diabetes:** "Ai, doutor, diabetes, não é, não sei, alimentação, né, acho que, muito açúcar, sei lá, gordura, não sei."
- **tuberculose:** "É a pessoa que tem frequentemente gripe, não é isso, se não fizer o tratamento adequado vai acumulando mas também eu conheci uma pessoa que não era só a gripe ela fumava, ela morreu de tuberculose, morreu seca, seca, seca."

- **lepra:** "Não conheço."
- **AIDS:** "Uma infecção no sangue, né, como eu falei pro senhor que eu vejo muita gente falar, né... é, doutor, porque no caso da menina ali, ela tinha um, ela transava com muitos, né, e de várias forma só que e antigamente que tinha isso e não tinha esse nome AIDS, só se a AIDS era já detectada de há muito tempo, então quer dizer, o demônio já existia, entende, toda vida eu sei que ele já existia só que foi descoberta a AIDS não faz muito, acho que não faz muito tempo, não... é um vírus, só que ele vem do demônio porque Deus vai por vírus ruim na gente?"
- **suicídio:** "Doutor, eu já não sei, isso aí também é coisa espiritual, prá mim é coisa do demônio também porque o suicídio, eu vou falar da bíblia, tá lá na bíblia que a pessoa que se suicida ela não tem salvação, que é coisa do diabo, é o demônio que causa essas coisa, é uma perturbação e a pessoa, é a mesma coisa a pessoa que tá determinada, vamos supor, mesmo que a pessoa já não nasceu com aquela, ele não nasceu sendo ladrão mas ele vai crescendo e vai pondo na cabeça, eu vou roubar, eu vou roubar e aquilo quer dizer, é uma força maligna que veio e a pessoa acaba fazendo isso."
- **depressão:** "Ai, meu Deus, eu não sei, eu sei que eu tive, não sei se ainda tenho nem como entrou em mim."
- **alcoolismo:** "Eu só sei que, eu não sei o que causa nem porque causa, né, isso aí eu não sei porque meu marido, ele começou com doze anos, eu quando eu era solteira eu bebia, como assim? Eu tomava cerveja, fazia batida, eu ia num, eu pegava o carro saía com minhas colega nós ia numa lanchonete, às vezes nós ia numa palhoça que às vezes lá no norte costuma ter uma palhoça... palhoça é assim, é como umas casinha de, tuda feita de palha e tem a mesa, tem os banquinho prá gente ficar em volta e lá eu pedia assim, nós pedia uma, uma, chama meiota, meiota é pinga, a pinga mesmo e daí nós pegava coca-cola, guaraná, o que a pessoa quisesse e a gente misturava, cada um colocava um pouquinho, pedia um peixe, uma salada, nós mulher, só mesmo as mulher mesmo tomava mas nunca prá beber, prá se embriagar, né, prá acho que, vamos supor, curtir um namoro, uma fossa assim, um, às vezes tava a fim de namorar com aquele rapaz, o rapaz já tava a fim de outra, desprezava e aí a gente queria, né, e ali parece que a gente curtia um pouco, a gente, prá nós era uma curtição... não, aí eu já acho que é uma doença, assim, sabe, eu acho que é uma fraqueza da pessoa também, eu não sei porque no meu marido até hoje eu não descobri o que fez ele virar um alcoólatra mas hoje ele não bebe mais."

VII- Comentários

55. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação as questões formuladas?

"Tem muitos que falam assim, você devia trazer os remédio, deixar sobre o altar e daí só a sua fé, só o Nosso Senhor Jesus, ele vai dar a minha libertação mas isso, eu tenho que fazer e não voltar tomar mais os remédio crendo que eu já tô curada e eu não creio que eu já tô curada, doutor... tem muitas pessoas que levam cigarro, levam remédio, eu já vi muito, muleta, cadeira de rodas eu já vi também pessoas entregar e fazer campanha também, ir na reunião de sexta-feira, campanha de libertação, os pastor se reúnem só para orar pelos enfermos, prás pessoa que sofre de uma determinada coisa que não dá nos diagnóstico que os médico pede, e eu já vi, doutor, muito testemunho de pessoa dizer que já foram curada, só que prá mim ainda não... na terça-feira é da família, eles não obrigam, não, mas eles pedem quando a gente conta, você vem na terça, vem na sexta, aí eu já não conto prá ninguém que eu tomo esses remédio, que eu passo com psiquiatra, é um tipo de uma crítica que não tá ao meu alcance de querer ouvir, cê não é crente, cê tá muito envolvida com esses remédio, cê não tá botando sua fé a prova, agora eu acho que é forçar Deus fazer uma coisa que não tá no ponto, é como o senhor fazer um bolo e falta o fermento no bolo, não vai ficar bom... eu acho que não tô com muita fé, eu peço prá Deus aumentar minha fé."

NTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL (Caso 7)

I- Identidade Sócio-Cultural

Antônio, sexo masculino, 41 anos, mulato, natural de Teófilo Otoni – MG onde morou até os 20 anos de idade, dos 20 aos 36 anos morou numa série de cidades como Belo Horizonte – MG, Catalão – MG e Eunápolis – BA. Morou alguns anos em cada uma dessas cidades intercalados com períodos em que voltava para Teófilo Otoni – MG. Há cerca de 5 anos mora em Campinas – SP. É solteiro, esteve amasiado durante três períodos de sua vida, relacionamentos que duraram 4, 12 e 5 anos respectivamente. Tem quatro filhos (os três primeiros nascidos do segundo relacionamento e o último do terceiro relacionamento), pais falecidos (mãe há 30 anos e pai há 4 anos), quatro irmãos. Morou durante os dois primeiros anos em Campinas num bairro próximo a região central da cidade tendo posteriormente se mudado para a Vila Francisca (ocupação) onde permaneceu até cerca de seis meses atrás quando, no processo de separação de sua última companheira, passou a viver nas ruas sem moradia fixa e eventualmente dormir no albergue da prefeitura de Campinas. Estudou até a primeira série primária (diz que "assina só"), está desempregado há cerca de um ano porém faz algumas atividades informais como ajudar algum pedreiro ou carpir terrenos, seu último emprego formal foi como lavador de carro mas já havia trabalhado numa série de outras atividades incluindo vendedor, gari, faxineiro, pedreiro e "olheiro" (trabalho realizado para comerciantes do bairro que consiste em ficar observando pessoas possivelmente suspeitas para prevenir os comerciantes em relação à segurança), nos últimos meses vem vivendo com uma renda mensal bastante pequena e incerta, estando na dependência desses serviços esporádicos que aparecem ocasionalmente (diz que ganha em média de 20 a 30 reais por semana e que em várias ocasiões chegou a ficar durante uma ou duas semanas sem nenhum trabalho), atividades de lazer: diz que no passado gostava de pescar mas há quase um ano não faz essa atividade, cotidiano (M- procura algum serviço para realizar em troca de um almoço, T- "bico", N- igreja), refere ser "católico e evangélico" frequentando quinzenalmente a igreja Assembléia de Deus em determinados períodos e a igreja católica em outros, é batizado nessas duas igrejas e acredita que as pessoas podem frequentar mais de uma denominação porque "cada pessoa é uma igreja", seus pais eram católicos, seus irmãos também frequentam a igreja católica porém a maioria de seus tios são evangélicos da igreja Assembléia de Deus. Situação específica de viver como morador de rua.

II- Apresentação do Problema

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema?

"É que eu fiquei doente, né, muito fraco, meu problema eu não comia, não dormia, eu ficava nervoso, então falei: sou obrigado a procurar a medicina."

18. Você saberia dar um nome a esse problema?

"Esse problema é viciado, né, alcoólatra, né."

19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema?

"A principal manifestação que eu procurei a medicina é quando fica sem o álcool, uns fica nervoso, outros fica valente, outros não dorme, outros não come, aí, uma série de coisas... eu, por exemplo, quando fico sem o álcool, pros outro de fora eu não fico bravo mas lá em casa se cair uma colher prá mim caiu uma casa, entendeu? E se eu tiver bebendo eu não tô nem vendo."

"Porque eu tive certos problema, né, depois eu fui ver que de fato é uma doença, de fato... essa parte que fica sem beber que passa a ser doença mas enquanto cê tá bebendo cê não percebe que pode dar doença... aí quando pára de beber chama-se hisdrofobia, hisdrofobia é o cara que é hisdrófobo, é o cara que se ele num beber, aí ele fica delirando, aí dá o nome de hisdrofobia, o cara fica hisdrófobo... no caso eu vim aqui prá tratar da hisdrofobia, porque se o senhor ver um cara com hisdrofobia o senhor até corre, viu... porque o meu irmão quando eu levei prá tratar, veja bem que eu levei prá tratar como louco, aí chegou lá o médico, né, o médico lá, até que eu levei ele num hospital lá em Belo Horizonte e ele ficou internado, aí lá que falaram prá mim, seu irmão não tem nada de loucura o problema de seu irmão é hisdrofobia, tanto é que ele ficou lá uns trinta dias tratando nessa clínica, nesse hospital, internado mesmo, aí dizendo meu irmão que via dois, que via doido mesmo... já eu, eu bebia pouco, eu bebia pouco, aí nessa época quase que eu nem bebia, aí eu fui informado em Teófilo Otoni que ele morava numa cidade vizinha com nome de, hoje chama Novo Oriente mas antigamente era Belo Oriente, aí eu tive informação que ele tava até correndo pro mato, fui lá buscar, busquei ele, trouxe pro hospital, internei ele."

"A pessoa com hisdrofobia fica vendo fantasma, se tá olhando prá lá assim tá vendo aranha, tá vendo morcego, vê gente que morreu, vê o papa, certo, vai acender um cigarro põe o cigarro na boca e taca o fósforo aqui assim dizendo que tá acendendo, tudo isso aí nós fazia, então eu achei que ele tava louco."
"A pessoa fica pinguço, faz uma coisa não vê, xinga o senhor, no outro dia não sabe, dessa maneira a pessoa fica louco, certo, fica um cara são assim fisicamente mas a cuca não funciona."

20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento?
"Ah, doutor, eu, nossa equipe é difícil ter um lavador de carro que não beba, porque lida muito com água fria, então o principal remédio prá quem mexe com esse tipo é cachaça, lá em Teófilo Otoni e em toda região que eu trabalhei. Então aquece o freguês, se a pessoa, tá fazendo frio, se tá lavando o carro chega uma dose de cachaça, cê não vai tomar? É claro, daí vicia o cara. É a profissão que leva o cara a beber, é a profissão."

21.Como você avalia a gravidade de seu problema?
"É grave, a gente perde uma série de coisas, perde assim, sexualmente fica fraco, perde serviço, perde uma série de coisas, né... é, fica, né, fica inválido pros outro, prá quem não usa o álcool."

22. Como você acha que seu problema vai evoluir?
"Eu acho que eu vou superar, eu acho, tenho 50% ou 100% prá superar... não tô pensando em voltar prá Teófilo Otoni, eu tô pensando em voltar prá uma cidade mais elevada aonde tem de fato serviço porque Teófilo Otoni é pequena, a cidade... eu voltava muito prá lá porque acostumei, um amigo fulano, amigo beltrano, amigo sicrano, se eu dormisse na rua, aquele que tá lá é o lavador, quem tá lá? É o lavador, então pronto, eu tinha ajuda."

23. Como esse problema atrapalha sua vida?
"Como assim? Como que atrapalhou? Eu já fui manobrista do segundo maior colégio de São Paulo, é, PUCC, né, aí perdi esse serviço lá, e assim por diante tenho perdido em outros curso por aí."

24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema?
"Não, eu sinto um cidadão comum."

25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Porquê?
"Bom, no caso se o camarada chega alcoolizado num estabelecimento qualquer, né, de fato ele é mal tratado, lógico."

26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?
"Tenho sim, tenho problema de vista, né, enxergo muito pouco, acho que por causa de solupan demais que nós usa, né, solupan é uma composição de soda que nós usa prá bater debaixo do carro depois do esguicho, então, afeta a vista, né."

III- Causas do Problema

27. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema?
"Olha, o que causa é o seguinte, porque se todo dia você tomar café, o dia que não tiver o café você tem problema, é igualmente a cachaça ou seja a maconha ou seja qualquer outra coisa."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?**
"Disso tudo é um vício, não é uma doença... não, qui, não é nada disso (causas mágico-religiosas)... às vezes, sim, às vezes, não, tem gente que bebe prá ir brigar, tem gente que bebe prá receber uma conta de um, tem gente que bebe prá um outros problema, tem uns que bebe prá andar com a mulher porque ele sem a bebida ele não reage, então é dessa maneira, dessa forma... leva, leva, tem muito cara que às vezes ele acha que a mulher dele tá saindo com outro e ele vai prum buteco beber porque às vezes ele não tem coragem de chegar no outro... não, qual, o problema de Simão é porque ele gosta de cachaça, não tem que vim, certo, ele já acostumou a beber e não adianta (causas psicossociais)."

*** 29. Qual delas você considera como a principal causa?**
"A principal causa da pessoa ir beber... tem muitos que tem a causa diferente e outros, cada um tem uma causa, não é, agora a principal causa do camarada ir beber é aquele que gosta da bebida, certo, aquele que deixa tudo, deixa mulher, deixa filho, deixa tudo e vai beber."

30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema?
"Bom, de tudo isso que sobra é o vício mesmo."

31. Qual é a opinião de sua família e de seus conhecidos sobre as causas de seu problema?
"A minha mãe quando morreu eu nem bebia porque eu fiquei piazinho assim com sete anos."
"Eu tenho uma irmã que não gosta, né, mas os outros nem sabe que eu bebo... a irmã que não gosta ela não gosta porque eu bebo e fico meio esquisito, né, violento, às vezes ela fala uma coisa eu não aceito."
"Não, não porque ela também já bebeu demais, por certo sei lá, né... não, ela não deu nenhuma opinião... essa uma aqui até que não fala nada, não, agora e a outra também não, agora essa que tem três filhos comigo essa não gostava, não, (companheiras)"
"Não, não, tanto é que eu já tive um irmão que eu panhei ele trusse prá Belo Horizonte, panhei ele lá em Teófilo Otoni e trusse prá Belo Horizonte prá tratar como um louco de tanto que ele bebia, não pode falar, né."

32. Você acha que há alguma causa relacionada com a piora de seu problema?
"Como assim? Não, acho que não."

33. Você acha que há alguma alteração em seu cérebro?
"Bom, quando o cara tá delirando eu acho que o cérebro dele não tá funcionando normalmente, né, porque isso aqui é uma bolsa, o cara que tá delirando olha aqui e vê uma bicicleta, vê o que, então prá mim não tá certo... ah, deve ser a substância do álcool, né, deve ser a substância química do álcool, né, acumula, né, eu não sei."

IV- Situações de Ajuda

34. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde?
"Ajuda de médico, antes de procurar o médico eu peguei aquela ajuda própria, né, eu não vou beber mas ai passava um tempo, ah, a coisa apertava."

Entre as opções listadas no cartão 2:
*** 35. Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema?**
- **familiares:** "Não, não."
- **amigos, conhecidos:** "Não, não serve."
- **remédios caseiros (chás, ervas, etc.):** "Não, não, não, isso não resolve o problema."
- **livros de auto-ajuda:** "Não, também não."
- **simpatias:** "Não, não existe, o cara que bebe bebida ele sabe que bebe, né, a simpatia o cara não pode saber que tem o problema nem que foi feita simpatia, o que de fato não acontece no alcoolismo."
- **atividades adivinhatórias (cartomante, búzios, etc.):** "Nada, eu não acredito, né."
- **orações:** "Bom, eu procurei a leitura dentro da bíblia sagrada, né, e a bíblia nos diz o seguinte, tanto é que a bíblia, ela não condena a bebida de tal maneira tal que muitos crentes critica não, a bíblia condena é a embriaguez, não condena a substância, não, pois nela diz o seguinte, bom, ela diz o seguinte: evita o primeiro gole, né, quer dizer, tomou o primeiro gole cê vai tomar mais, não é, bom, mas ela condena é o seguinte, ela diz o seguinte também: bebereis mas não embriagueis senão caireis e vereis o sono dele, o cara bêbado ele cai lá na terra, mulher ou homem, fica nu e tudo mais, não é isso, é isso que ela condena... quer dizer, lê de gênesis a apocalipse que senhor acha."
- **promessas:** "Não."
- **benzedor, rezadeira:** "Não, não, de maneira alguma."
- **procissões, romarias:** "Não."
- **bíblia:** "Eu tenho, a gente que é batizado tem, a gente que é batizado é obrigado a ler a palavra."

- **padre, pastor, pai-de-santo:** "Não. eu nunca cheguei pro meu pastor e falei que tava bebendo. não. porque não accita... aí ele falava comigo: olha. então o senhor tá desviado. uai."
- **atividades em igrejas:** "Na igreja católica. porque lá de qualquer maneira que tiver não tem erro a porta tá aberta. agora lá na igreja do crente. não... bom. a bíblia diz: venha como está. certo. bêbado. são. de qualquer maneira. né. na visão de Deus a porta tem que estar aberta. né. venha como está."
- **centro espírita:** "Já. isso quando eu era molecote e tal e coisa. depois que eu sei o que que vem a ser centro espírita nunca mais... eu era molecote. né. era moleque mesmo. minha irmã morava perto de um macumbeiro lá na Bahia e quando eles começaram com aquele negócio de prece prá Cosme e Damião. não sei o que pá pá pá. então a gente ia comer pipoca. comer vatapá. caruru e tudo mais... não. aquilo a gente ia. eu tinha um cunhado que. um ex-cunhado que morava com a minha irmã. com essa uma que mora lá na Bahia. então eu gostava disso aí. vâmo. todo lugar que ele ia eu ia."
- **farmacêuticos:** "Não. não. que a orientação farmacêutica é um sistema não correto. né. vai acabar vendendo o remédio que ele tenha um resultado financeiro melhor."
- **terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.):** "Não. nem sei o que vem a ser essas coisa aí."
- **grupos de auto-ajuda (alcoólatras, neuróticos anônimos, etc.):** "Já fui e já saí... fui com um amigo... é porque existe muitas pessoas que estão lá e não conseguem parar de beber. eu preferi mais procurar medicina. né... eu acho que é bom. é por sugestão. imagina. tem duas ou três pessoas ali. um pensa uma coisa. outra pensa outra. resumindo. um ajuda o outro e chega numa coisa só. o cara pode ir até bebendo agora depois que ele parou de beber ele ajuda o outro companheiro a também parar de beber. é tipo assim. igual uma religião. né. uma religião evangélica... eu concordo plenamente com eles mas é mesma coisa que gente que vai na igreja e diz que accita Jesus e faz coisa pior que aquele que não aceita. porque quando ele vai lá ele vai lá no momento que ele tá são. ele vai lá dar as sugestões dele e dali depois que ele vira a próxima esquina o primeiro boteco que ele encontra. aí ele bebe todas. eu não gosto disso. ou bem a pessoa é uma coisa. ou bem a pessoa é outra coisa. né. ou bem é alcoólatra. né. ou não é alcoólatra."
- **psicoterapias (psicanálise, comportamental, etc.):** "Não. eu não sei a respeito disso daí."
- **médicos clínicos gerais, especialistas não psiquiatras:** "De hisdrofobia. sobre assunto de hisdrofobia (alcoolismo). bom. se é que eu fui. eu vim aqui ou então lá na PUCC. no pronto-socorro da PUCC e aqui."
- **médicos psiquiatras:** "A hisdrofobia ela é um problema mais prá psiquiatra porque afeta aqui (cabeça) e afeta o corpo também... o alcoolismo é mais força de vontade... (internação) ni outros assuntos. nesse daqui não. às vezes perna quebrada. os braço quebrado ou o que."
- **outros:** (clínica de recuperação) "Eu já pensei mas eu não tinha condição porque eu tinha família. né. como é que eu ia. minha família ia viver de que. não é."

*** 36. Qual delas você procurou em primeiro lugar?**
"O que eu procurei em primeiro lugar? O que eu procurei primeiro foi ajuda própria."

*** 37. Qual delas você considera como a principal forma de ajuda no momento? Por quê?**
"A principal ajuda que eu não tô bebendo. tô alimentando bem. dormindo bem. a hisdrofobia tá controlada... bom. o alcoolismo também tá controlado porque eu não tô bebendo e nem tô lembrando de bebida. tô tendo força de vontade. ajuda própria. né. agora a respeito a bíblia é o seguinte. cê pode beber. não resta dúvida. agora você tem que beber aquela cota que não afeta sua saúde nem seus amigo nem sua família e nem seu apoio moral... não. eu não tô bebendo ultimamente. uma que eu não tenho dinheiro e outra. eu tô tomando remédio. como é que eu vou misturar remédio com bebida.... igual a quem gosta. doutor. igual o cara que gosta. não dá prá beber controlado. não. ele tem que fazer o possível prá ele parar. porque se ele beber um gole ele bebe dois. três. quatro. daqui a pouco ele tá bêbado e volta a mesma coisa de antes... eu vou tentar parar. de qualquer jeito... não. eu não penso mais em bebida. eu tô pensando agora. eu tenho já 41 anos."

*** 38. Você já tinha procurado alguma dessas situações de ajuda antes do aparecimento de seu problema?**
"Eu procurei em primeiro lugar a igreja. passou um pastor pregando em casa a palavra e eu acabei aceitando. aí com aquela ajuda do pastor eu acabei ficando um tempo sem bebida. só que eu voltei a beber. também desviei da igreja. né. achei que aquele caminho. que eu tinha que voltar a beber e bebi muito mais do que eu bebia antes... eu deveria ter assim uns 35 anos mais ou menos. aí dado aqui. dado ali. eu era amasiado. né e a igreja não aceitava isso daí. eu passei a ficar sem ir na igreja. aí não ajuntei com aquela mas ajuntei com

outra, né, porque aquela eu cheguei até largar ela, mas a bíblia diz o seguinte, que a gente não pode ser amasiado, ou bem casado ou bem solteiro, eu acabei amasiando com outra, saí da igreja e voltei a beber."

V- Relacionamento Clínico

39. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo?
"Nas orientação que ele estudou e talvez eu tô por fora né, ele informa a gente que bebida faz isso, gera aquilo e gera aquilo outro, né, talvez uma coisa que eu tô falando aqui talvez num tem nem nada a ver o psiquiatra sabe muito mais do que eu... porque ele é que estudou sobre aquilo e eu não, eu só tô falando o efeito que me faz, que a bebida faz... A medicação ajuda também, a hisdrofobia, a medicação ajuda em primeiro lugar."

40. Na sua opinião, qual é a diferença entre o trabalho de um psiquiatra e o de um clínico geral?
"O clínico geral é porque em todo o aspecto a respeito da bebida ou de qualquer uma outra doença o clínico geral tem a solução e o psiquiatra ele quer mais ouvir da pessoa que de fato tem o problema prá ele achar, prá ele saber como orienta a pessoa, tá certo... ele ouve mais e talvez dali daquele que tá bebendo talvez ele até aprenda uma coisa que talvez ele estudou e talvez até esqueceu, ele lida com vários elementos, né... eu acho que é doença diferente, a doença psiquiátrica, ele fica sabendo se o cara tem, é problema de mente, ele fica sabendo se o cara tem, é outro problema, ele fica sabendo qual é o problema do cara e o clínico, ele é obrigado a descobrir a doença do cara, entendeu, ele é obrigado a descobrir a doença do cara."

41. Você sabe o que quer dizer psicoterapia?
"Não... bom, análise é uma coisa que a gente de fato fica querendo saber o que vem a ser alguma coisa a respeito do que a gente quer saber, a respeito de si próprio, né, por exemplo, às vezes a gente sente tal coisa e fica analisando, né, hoje eu comi tal coisa, bebi tal coisa, bebi tal líquido e apareceu uma diferença no meu quadro normal, às vezes por exemplo, o indivíduo pode beber sem comer, ou comer em cima de ter bebido alguma coisa, ele apresenta uma série de problemas, aí onde é que a gente fica pensando, será que isso aí manifestou porqur eu comi tal coisa, bebi tal coisa... o médico faz uma análise quando ele faz a pergunta pro paciente, pergunta, mas vem cá, depois que você comeu você bebeu alguma coisa ou ingeriu tal líquido, aí ele fica voando, fica querendo saber se de fato foi tal coisa que fez mal ou se foi outra coisa, isso é análise."

42. Você teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)?
"Prá procurar? Não, não, não, pois tem muito cara que vem aqui e não trata, sabe por causa de quê? Porque o cara bebe cinco litro de cachaça por dia aí o senhor pergunta a ele assim: quantas você bebe por dia? O cara fala: ah, doutor, eu bebo umas aí, o senhor não acha jeito de saber."

43. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com o médico (entender o médico ou ele entender você)?
"Não, não. Eu senti dificuldade de entender o médico quando eu fui lá no pronto-socorro e a médica ficou falando e eu disse, tá. Aí eu até falei prá ela esperar porque senão não vou nem conseguir assinar lá, né, aí tomei uma e fui, ela perguntou um negócio lá, eu falei ãã? Ela tornou perguntar, eu ãã? Ela disse: vem cá, o senhor é surdo? Ah, que boca, falei, não senhora, não sou surdo nada não que se eu fosse surdo eu não tava nem respondendo à senhora, não. Tanto é que ela marcou retorno, tá lá na bolsa aquela lá e eu nem fui. Ela me ofendeu moralmente, eu não tava bêbado nem nada, falou uma série de verdades, lá, eu não fui mesmo... em vez dela me tratar como um cidadão qualquer ela veio me tratar como bêbado ou como se eu tivesse bêbado, eu falei prá ela, eu podia ter bebido um caminhão, eu não cheguei a discutir, eu falei prá ela mesmo, eu podia ter bebido um caminhão, eu falei, ó, a senhora quer saber uma coisa, a senhora quer me consultar ou quer me ofender moralmente, ela disse: o que que o senhor acha? Eu falei: eu não acho nada, eu vim aqui prá consultar agora eu não sei qual é a da senhora, e não voltei no retorno, certo, ela falou uma série de verdades ali, né, você tem filho? Eu falei: tenho; como é que o senhor quer ver seu filho, não sei o que, pá, pá, pá, falou um monte. Bom, de fato ela tava certa até que ela tava me aconselhando mas dessa maneira não tem contra-ataque."

44. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?
"Só essa vez aí."

VI- Problemas Gerais de Saúde

45. Na sua opinião, o que é um problema de saúde? Quais os problemas de saúde que você conhece?
"Problema de saúde? Problema de saúde mesmo que o cara não tem saúde, prá mim é a principal coisa na vida de qualquer ser humano... tá doente, quando ela tá com problema de saúde tá doente, né... bom, tem vários tipos de problema de saúde, tem pessoas que fazem macumba lá e pega problema de saúde, eu acredito, tem cara, doutor, tem cara que é o seguinte, ele vai na macumba, o dia que ele não vai, aqueles espírito que morreram, que não aceitaram, que tem espírito que a carne morre, espírito que fica vagando e ele não aceita que a carne morreu, então ele fica procurando um fraco, principalmente quem bebe, prá ele poder alojar, porque o espírito de quem morre principalmente de causa de bebida, de causa de briga e essa coisa toda, o espírito ele fica vagando, então tem um fraquinho ali ele chega... tem cara que acha litro de cachaça na encruzilhada ele vai chegando pegando e buuu, esses cara não deixa de beber nunca na vida porque aquela cachaça num tá ali prá ele, aquela cachaça tá ali justamente pro espírito que tá vagando, mentiroso, diz a bíblia... pode causar, pode causar em 100%, mas no meu caso não é, muitos caso não é... tem um espírito que chama Martim Pescador, é um tal de Martim Pescador que é um espírito ruim da cachaça, é o beberrão, certo, é um espírito que quando ele desce na macumba tem cara que vira calote de cinco litro na boca e bebe tudo e sai andando normal, então quem tá bebendo não é ele, é o espírito."
"O corpo ele tá aí prá ser afetado de qualquer epidemia, tem tanta doença, tem câncer, tuberculose, cirrose, tem várias, mil e uma doença aí, é AIDS, é não sei o que, é problema de vista, é problema sexual."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 46. Quais delas você acredita que são causas de problemas de saúde?**
"Qualquer coisa pode causar qualquer tipo de problema, né, uma vez cê comeu demais causa um tipo de doença que é pilepsia inclusive eu vou conversar com o senhor sobre isso, porque o estômago, por exemplo, se o estômago tá suportando meio quilo de comida, você comer um quilo, é lógico que vai dar problema, pois tem um país aí que diz que o pessoal lá é tão pobre lá no país que é um pão prá cada um, se comer dois é lógico que dá problema porque o bucho, ele acostuma com aquilo, e tem muito nego que come, vai deitar na mesma hora, vai tomar banho no chuveiro quente ou frio não sei o que, então causa esse tipo de doença... epilepsia é tipo uma congestão, em vez da comida fazer a digestão ela não faz a digestão, aí causa epilepsia, causa derrame, ela não sai do estômago, ela fica dando, causando problema no estômago, ela tanto sobe como desce, se descer o cara dá sorte, se subir fica louco... em vez da comida fazer a digestão, sobe, então afeta o cérebro, tem gente que não faz a digestão, eu por exemplo uma vez, é muito fácil, qualquer coisa de comida, por exemplo, relativo comida, uma vez o meu avô chegou da cidade vizinha, falou, foi na rua, cortou o cabelo e veio, falou com minha avó assim: cadê Tonhão, que eu chamo Tonhão, né, cadê Tonhão, minha avó disse: acho que tá pescando, passa um riozinho no fundo de casa, né, e de fato eu tava pescando; quando eu cheguei da pescaria eu tinha pegado uns bagre, né, que é aquele peixe que não tem escama e todos que eu partia, que eu partia prá limpar era fêmea, né, eu tirava as ovas, só fui separando as ovas do peixe, então deu um monte assim, deu quase um meio quilo só de ovas de peixe e lá na minha casa nessa época meu avô, esse povo não comia óleo de soja, nem vegetal nada, era gordura de porco mesmo, né, aí ficava sempre aquele caldeirãozinho no canto do fogão de lenha com os torresmo de porco que vem com gordura, aí eu cheguei joguei as ovas tudo ali, botei prá fritar e comi, quando eu acabei de comer minha vó disse: ó, seu avô falou que é pro cê ir cortar o cabelo lá no fulano de tal que tá pago, aí eu falei: tá bom, montei na bicicleta e fui direto reto; eu cheguei lá, entrei e falei: meu avô pagou o cabelo aqui? Pagou, pode sentar aí, sentou, botou aqueles bagulhão ni mim e meteu a tesoura e eu aí com o espeiozão aí na frente e eu sossegado, tinha acabado de comer naquela hora, aí é vai o barbeiro toc-toc-toc, aí diz o barbeiro que depois que eu sarei, diz o barbeiro que eu fui ficando diferente, né, branco, branco, branco, branco, aí me deu aquela ânsa de vômito, eu falei prá ele, ops, anda depressa aí porque eu não tô passando bem, ele disse: eu tô notando, só que aí tinha uma janela, tinha uma janela de lado, ele já tinha quase acabado, eu falei: péra aí um pouquinho, levantei, fui na janela e meti o dedo na garganta, bahhhh, vomitei tudo... uai, pois fez, nossa senhora, ou então vê, vixe, nossa Deus, dá congestão, certo."
"Pode, o excesso de álcool no estômago pode, quase todo cara que bebe muita cachaça é piléptico, dá uma congestão da bebida, eu conheço mil e um aqui em Campinas que é piléptico de bebida... ou bebendo dá ou sem beber também dá porque epilepsia quando ela dá uma vez se tiver se fazer a simpatia igual o senhor perguntou relativo a simpatia, não dá mais... na simpatia é muito fácil, quando o cara caiu da primeira vez que deu, tira toda a roupa do elemento, vira do avesso, vai no cabelo e tira uma tocha e queima tudo aquilo e faz

aquela muamba e leva e joga numa água corrente ondé que a água leva, nunca mais dá, é a cura; eu já, já fizeram com minha irmã, um tio meu já fez prá mim mas não pode contar o freguês, não pode falar é com quem recebeu o tratamento, senão volta a dá de novo... só conheço essa daí, então, então o cara com, aí eu fui e vomitei, né, mesmo assim eu vim, e ele acabou de cortar, passava assim na minha frente assim meio perto fita amarela, fita verde, fita vermelha, fita de toda cor, aí eu levantei até tropicando, eu não guentei chegar em casa e daqui lá em casa não dá nem daqui no postinho ali, naquele negócio de assistente social ali; e eu entrei num banheiro dum amigo e lá mesmo eu caí, e lá mesmo já me panharam e botaram na cama, eu fiquei uns três dias cagando uma água verde, né, eu achei que eu ia até morrer, eles me tinham como morto, se eu não vomito ia dá ou pilepsia ou congestão celebral, a congestão celebral se der o cara tá doido e ninguém cura."

*** 47. Qual delas é a principal causa de problemas de saúde?**
"Alimentação, se a pessoa alimenta bem ele tem muito mais saúde de que quem passa fome, viu, o organismo é outro organismo por isso, tem um camarada que é aidético mas aquele vírus demora prá saber que ele é aidético porque a célula de quem come bem é uma célula que impede o vírus ou mata o vírus, a pessoa pega, sem dúvida nenhuma, porque tem doenças que vem aí pelo vento, poeira, tem pessoas que dormem na rua, que diz que é mendingo, mas eu não conheço essa palavra em cima da pessoa que não tem finanças, eu acho errado, pelo seguinte, a palavra mendingo só cabe em cima daquele que tem e não divide, esse é o verdadeiro mendingo, imagine o senhor precisar de uma comida e a pessoa que tem não retribuir ao irmão, esse aí é o mendingo, o mendingo é aquele que não gosta nem dele... o senhor sabe porque que o pessoal chama o sem-teto de mendingo, é porque ele não procura ter o teto, tem muito cara que não quer teto, você por exemplo oferece ao camarada: eu tenho um lugar prá dormir ali, aí ele acaba não querendo... 99,9%, quer dizer todos sem-teto quase é doente, de dois tipo, né, tem um que é doente fisicamente, né, e o outro é espiritual, é a pessoa, camarada fraco de espírito, né, ele tá vendo que tá na sargeta e não se toca, né... bom, eu, não é que eu sou doente físico, né, que eu não sou aleijado nem nada, nem paraplégico mas fraqueza espiritual, doutor, sei que cachaça faz mal e fico bebendo, então... quase todos eles ingerem bebida alcoólica ou então outras substâncias que afetam a saúde... é gostoso porque é pecado, né, tem cara que gosta de ser maconheiro, tem cara que gosta de ser alcoólatra, é fraqueza espiritual, doutor."

48. Quais os problemas de saúde mental que você conhece?
"Problema mental é o problema do cara que é louco, uai, loucura tem cara que é louco de todo tipo, todo cara que é louco, louco, a mente dele não funciona.. existe vários tipo de loucura, né, o cara que é louco porque um cachorro doido mordeu ele não tratou, tem cara que é doido por causa de bebida, tem cara que é doido por causa de comida, tem cara que é doido por causa da comida mal cozida, tem cara que doido por causa que bate na cabeça, entendeu? Loucura de epilepsia, tudo isso, o cara fica louco, tem cara que é louco impressionado, o louco alucinado é aquele que sempre pensa em ganhar na loto e não pensa de outra coisa, esse é impressionado, entendeu, é ou não é, é claro, o cara que vê uma menina, gama na menina e não consegue, também fica impressionado, tem cara que pensa em ser, por exemplo, uma outra coisa que ele não tem condição, acaba ficando impressionado, então, tem mulheres que, às vezes um filho morre ou na gravidez também dá isso demais, a mulher também fica alucinada, então essa daí não deu, dá impressão que não tem cura... essa loucura que bate a cabeça tem cura... ah, a medicina evoluiu demais, né."

49. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e os outros problemas?
"A diferença do corpo e da mente é que o corpo não tem e a mente tem, essa é a diferença... o problema no corpo é a, às vezes você sente uma dor no braço e o problema da mente é que cê pensa e também sente uma dor de cabeça, ou o que o que, não é, mas junto com a mente ficou mesmo uma tensão que vai fazer o corpo ruim... problema pior é na mente, não é no corpo."

50. Na sua opinião, existe alguma relação entre os problemas de saúde mental e os outros problemas de saúde? (questão 26)
"Eu acho que tem doutor, o álcool também é corroente, mesma coisa que o solupan, né, não tem cara que bebe e fica com o olho vermelho, é lógico que afeta a vista, como eu não sei mas que afeta afeta."

51. Na sua opinião, como um remédio age em você?
"Ué, como o remédio age? Eu, por exemplo, o remédio tá agindo na hisdrofobia, o cara fica vendo fantasma, doutor, fica vendo fantasma e fica babando, e fica totalmente, pereba tudo, polca toda pele, dessa feita o remédio age, que eu sobre ação de hisdrofobia fico com muito problema."

52. Qual é sua opinião sobre a loucura? O que é a loucura para você?
"Loucura é o cara que não tem cura, principalmente os impressionados, impressionado é a pessoa que, qualquer coisa faz o cara que tá fraco ficar impressionado, por exemplo, meu pai morre, eu fico com aquilo na cabeça, aquilo chama impressão, médico nenhum cura, uns ficam com impressão da loteria esportiva, Sílvio Santos tem impressão de riqueza e tem impressão de transtorno, a mulher ganha um menino no hospital e ele aí morre, a mulher fica impressionada e médico nenhum cura... loucura e doido é a mesma coisa, o impressionado ele vai ficando louco, vai afetando e ele vai ficando... agora tem outros tipos de loucura, né, loucura de desastre, né, a pessoa toma um baque na cabeça e fica assim... o louco sempre ele fala aquilo que não acontece ou ele fala aquilo que tá acontecendo mas tem que guardar segredo, dá prá saber se a pessoa é louca vendo o expressar, o andar, o portar-se diante de outras pessoas... tem louco que é agressor, tem louco já que eles falam que é mongolóide ou então debilóide, ele não é agressivo, é aquele cara que de todo jeito prá ele tá bom... louco de comida é o louco epiléptico, é o louco da mente esquecida, lógico, quase todo cara que tem problema de epilepsia o senhor dá uma caneta e fala: guarda aqui, passado minutos depois o senhor manda ele buscar aquela caneta e ele vai procurar em outro lugar, a comida afetou a mente, as que causam mais são as gordurosas, a substância fica forte demais, o derrame, a veia sanguínea estourada e a bebida também, que todo alcoólatra com espaço de tempo todos eles vira epiléptico... a hisdrofobia não é verdadeiramente uma loucura, o que causa é as pessoa que bebe cachaça, em seguida ele bebe água e em seguida ingere comida, outro líquido que não comida, fica no estômago afetando, e todo cara que bebe cachaça bebe água demais, que tem água na cachaça e que tem cara que quando a cachaça bate muito forte no fígado ele bebe água prá eliminar a dor... o alcoolismo pode dar hisdrofobia ou epilepsia, se der hisdrofobia ele cura, pode voltar a mente ao normal, se der epilepsia aí fica tomando diazepam, é igual a quem adoece de epilepsia de comida, comida mal-cozida, comida demais, tem que tomar diazepam a vida toda e também fica esquecido, prá esses casos tem também a simpatia."

53. Você tem a capacidade de realizar algum tipo de cura? Como você utiliza essa capacidade?
"Bom, depende, às vezes o cara leva um traço, um canto que tá sangrando o que tudo, eu tenho condição de aplicar injeção, eu tenho condição de fazer curativo e tudo mais nele."

54. Qual é sua opinião sobre a causa do (sarampo / diabetes / tuberculose / lepra / AIDS / suicídio / depressão / alcoolismo)?
- **sarampo:** "Sarampo é o seguinte, às vezes a criança tá com febre e vai tomar banho frio causa o sarampo, toma uma friagem causa o sarampo, causa uma pneumonia, causa uma catapora, então essa é a causa."
- **diabetes:** "Bom, diabetes a pessoa que ingere muito açúcar, não é, então acaba ficando diabético."
- **tuberculose:** "Cigarro, cachaça, fumo, friagem, bom, quase todo cara que bebe muita cachaça e dorme no frio, ele fica tuberculoso rapidinho, junta a friagem do álcool e a friagem do tempo, não há onde. A tuberculose é uma doença, é uma doença no, ela começa no pulmão e daí vem no escarro, né."
- **lepra:** "A lepra aí já é problema de sífilis, né, a lepra é problema sifilítico... tem cara que pega, por exemplo uma gonorréia, ele pensa que tratou, às vezes ele vai ali toma um, vai ali na farmácia toma uma medicação, toma um tetrex, toma, às vezes ele toma um antibiótico keflex, por exemplo, que é tetraciclina, toma, aquilo só, ele acha que tratou, mentira, aquilo tá no sangue, né, então causa isso daí; não procura orientação médica, vira sífilis e sempre tá doente e a sífilis pode virar lepra, ela vai pro sangue, pode desfalcar, fazer uma bolha e daí virar uma lepra."
- **AIDS:** "A AIDS é um vírus, é um vírus sanguíneo, né, é um vírus que vai pro sangue, o cara tá doente e não fica sabendo que tá... tem muitos que a AIDS demora aparecer nele porque ele é um cara forte, não é, ele é um cara de organismo forte e o cara de organismo fraco, rapidinho ele sabe que ele sofre de AIDS... ah, o vírus chega através de uma transfusão de sangue, chega através da gilete que o cara faz uma barba, às vezes o levou o cara a ficar lá de AIDS que fez a barba, às vezes cortou com a espinha e eu vou fazer a minha, tam... mas agora no beijo não pega e tal, também na transação sexual também pega, não é."
- **suicídio:** "Aí chama-se desespero, né, e a tentação diabólica, que já pensou, a vida da gente está nas mãos de Deus, oce foi suicidar, oce tomou covardemente a sua vida das mãos de Deus, tanto é que não tem nem salvação... causa tanto que eu tive uma tia, veja bem, eu tive uma tia que chamava Maria de Fátima, era uma mulher bonita, ela só tinha o cabelo meio crespo mas ela era bonita, né, e ela arrumou um amante e esse amante era um cara também pinta e tudo, e o amante acabou tirando ela da zona, né, que ela morava na zona boêmia, era mulher de vida fácil ou seja prostituta, né, aí levou ela prá rua de família, aí, muito bem, aí esse Valmir conheceu uma moça, começou a namorar a moça e vivendo com minha tia, e minha tia ficou sabendo.

só que minha tia não saía nem prá beber e só ficava dentro de casa que ele um proibiu de sair, talvez se ele não tivesse proibido ela de sair ela taria aí viva, mesmo que tivesse velha; aí, sabe o que que ela fez? Dizem dela que levantou um dia, isso é a versão dela, né, que levantou um dia de manhã e aí diz que chegou um molequinho desse tamanho nela e falou pr'ela: ó, há um brilho no céu, cê vai? E a única opção que cê tem que fazer é botar fogo n'ocê, aí diz que ela foi lá na ladeira que o moleque tava, não devia saber que ele tava lá pr'aquele lado que o moleque tava, a tentação é do diabo, tá vendo, aí foi aquela coisa, foi lá, foi na venda, comprou um litro de querosene que naquele tempo querosene era jacaré daquela lata que vinha, que é dessa que usa em avião, né, vestiu um vestido beleza, despejou querosene e riscou o fósforo, no que ela riscou o fósforo, bam, aquele fogão foi longe e o Valmir chegou, quando o Valmir chegou que viu aquilo ele entrou dentro de casa apanhou uma coberta e abraçou ela, o fogo apagou, mas já tinha pegado nela, a tripa umbilical dela já era, ela morreu num estado feio demais, então a tentação diabólica também leva o cara a suicidar."
- **depressão:** "Depressão é um cara que fica aí, pensa uma coisa, pensa outra, pensa outra, porque eu ouvi que nossa mente pensa mais de seis milhões de coisas por dia, se pensa muito mais que já é tanto costuma dar depressão, se pensa mais e mais ainda costuma ficar pirado, ficar louco."
- **alcoolismo:** "O que causa o alcoolismo, tem muitas coisa que causa o alcoolismo, às vezes tem elemento que bebe uma cachaça prá almoçar, ou uma cachaça prá jantar e ele não é alcoólatra, e às vezes prá tomar um banho frio e aí ele não bebe mais, quando ele passa ser alcoólatra é quando o corpo dele acostuma com o álcool, se ele não beber o corpo dele formiga e aí já é alcoólatra, então é o costume o corpo que causa o alcoolismo, é um hábito, o corpo habita, é um vício, não é doença, assim de fato pode virar doença no corpo, uma série de problemas que gera outras doenças, sexual também."

VII- Comentários

55. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação as questões formuladas?
"A hisdrofobia... a diferença é que quando o cara se torna hisdrófobo, ele perde um pouco da mente, diminui o funcionamento da mente, o que acontece é que a pessoa fica falando coisa com coisa o que não tá acontecendo mas ele não é louco, assim que ele pára de beber, passado um tempo que ele está em tratamento ele volta ao normal, pára de ver fantasma, etc., ele volta ao normal, que nem meu irmão, se ele é vivo eu não sei porque faz um tempão que eu tô sem contato com ele, ele também teve hisdrofobia e o médico, é o seguinte, o médico falou, vai ali e enche essa peneira de água, e ele virou pro doutor e disse, uai, seu doutor, o senhor acha que eu tô louco, que geralmente o médico eu acho tratava dele achando que ele tava louco, né, aí foi que o médico foi fazer uma análise e viu que ele não era um cara doido mesmo, ele viu que fato o problema dele era a hisdrofobia mas de fato a hisdrofobia tem momentos de loucura."

ENTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL (Caso 8)

I- Identidade Sócio-Cultural

Sílvia, 41anos, casada há 25 anos, branca, natural de Jatobá-SP onde morou até os 9 anos de idade quando foi com a família para Goioerê-PR, aos 15 anos seus pais decidiram migrar para Rondônia para "enfrentar roça", compraram um sítio em Ji-Paraná-RO, no ano seguinte casou-se e foi morar num outro sítio na mesma região pertencente ao esposo, diz que ele também havia migrado do Paraná havia cinco anos. Com cerca de 22 anos foi morar na cidade de Ourupá-RO numa área urbana. Após alguns anos decidiram mudar-se para Boa Vista-RR onde sua cunhada já morava e havia dito que em Roraima seu marido teria melhores condições de tratamento de saúde (leishmaniose) . Diz que nessa época passaram grandes dificuldades, ele trabalhando como pedreiro e "ela lavando roupa para fora", depois de alguns meses voltaram para Ji-Paraná onde permaneceram até dois meses atrás quando vieram para Campinas-SP. Diz que resolveram vir para Campinas-SP porque o noivo de sua filha já havia morado em Campinas e como estava desempregado em Rondônia disse que voltaria para casar com sua filha aqui. Além disso, disse que a paciente teria melhores condições de tratamento para seu problema de saúde mental. É casada, tem 4 filhas (15 a 24 anos), é dona-de-casa, após casar-se aos 16 anos passou a trabalhar como operária numa serraria onde trabalhou durante 2 anos, no decorrer dos anos sempre passou períodos trabalhando como vendedora autônoma. Estão morando numa casa inacabada de alvenaria de quatro cômodos (sala e cozinha, dois quartos e banheiro) no Jardim Rosália II (ocupação), mora com o esposo e uma filha. As outras filhas já são casadas e ficaram em Ji-Paraná-RO, tinha ainda um filho que faleceu com cinco meses de vida. Seus quatro irmãos também moram em Rondônia, seu pai mora com um dos irmãos, sua mãe é falecida há 3 anos. Seu marido é pedreiro, está "começando a arrumar emprego", a paciente está cuidando da casa. Escolaridade: primeiro grau incompleto. Cotidiano: (M- cuida da casa, faz almoço; T- cuida da casa, dorme; N- vai ao culto, conversa com vizinhos). Renda familiar: atualmente seu marido está desempregado, em Rondônia tinham uma renda média de 500 reis por mês. Lazer: refere que "não tem". A paciente é batizada na igreja Congregação Cristã do Brasil, seus pais sempre frequentaram essa igreja, diz que já frequentou várias igrejas evangélicas e igreja católica "só para visitar", apresenta como atividade religiosa comparecimento aos cultos em média três vezes por semana, diz que frequentava mais porém diminuiu essa frequência com o aparecimento de seu problema, acredita no entanto que não pode parar com essa prática. Situação específica de migração recente.

II- Apresentação do Problema

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema?

"Não sei, eu acho que é problema de nervo, né, possivelmente, que os médico lá falaram, que problema assim, dois médico que eu fiz consulta lá falaram que era problema de nervo que tava prejudicando a mente... lá em Rondônia eu sentia dor nos nervos demais, caroço, dor de cabeça, agora aqui eu melhorei, não tenho os caroço nos nervo mas eu tô tendo a dor assim de vez em quando nas costas e tontura, sábado e domingo mesmo eu passei mal, segunda-feira ainda passei um pouco de mal, aí agora de segunda prá cá tô mais ou menos... eu sinto assim um nervoso, tem vez que de manhã quando eu levanto eu já sinto nervosa assim, aí parece que dá palpitação no coração, parece que sobe um negócio na cabeça assim, aí começa já me dá nervoso e dá aquela irritação, aquele nervoso, vontade de sair e andar, vontade de chorar, nervosa assim, vem uma zonzura na cabeça, zonzura que eu fico com a cabeça ruim, não guento ficar nesses lugar assim, muito movimento."

18. Você saberia dar um nome a esse problema?

"Bom, os médico lá diz que é stress, é nervoso, é stress nervoso e depressão... eu acho que pode ser isso, né, que por causa que eu sofri muito na minha vida, deve ser isso, né... não sei, eu acho que é mente cansada, né, preocupação demais na mente, eu penso que é isso."

19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema?

"O principal é o nervoso, o agitamento... agitamento é assim, nervoso assim, ver as coisa e num, às vezes que nem por causa, eu não tenho as coisa necessária, entendeu, eu não tenho paciência, eu precisava trabalhar, num guento trabalhar, entendeu, aí eu fico chateada, aí me dá nervoso, depois me dá dor de cabeça, aí já me dá aquela dor assim na fonte, a dor assim, aí depois dói até assim, aí depois me dá tontura, aí no outro dia eu fico tontinha, tem vez que eu fico de cama... ixe, demais, ano passado me deu uma crise de choro, chorei, chorei, chorei, vai me dando tristeza, dando tristeza, dando tristeza, dando tristeza, aí eu começo a chorar,

chorar, chorar, por fim meu olho fecha e não quer abrir mais e naquele desgosto assim, aí, eles vêm com água doce prá mim, eles faz chá e tenta conversar e eu fico chorando, chorando demais, demais mesmo, aí fico toda mole, meu corpo, meus nervo tudo mole, vontade de ficar só deitada, aí no outro dia acordo com a cabeça pesada, com a cabeça ruim, a mente ruim, cansada e esquecimento."

20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento?
"Sabe porquê? Eu tinha uma lojinha, é prá explicar, né, aí a minha sogra morava perto, aí a minha sogra ia encrencar comigo, entendeu, aí já teve dia de eu, teve dia até de eu pegar minha roupa e sumir, ir embora prá casa de minha mãe, vontade de sumir mesmo mas eu ia prá casa de minha mãe, aí desse dia prá cá que começou... isso foi há quatro anos."

21. Como você avalia a gravidade de seu problema?
"Ah, tem dia que eu acho que isso é um problema grave porque já, né, os médico lá já pediram elétrico da cabeça e eu não pude fazer, tem vez que eu tô ótima, tem vez que eu tô boa, falo: ixe, eu vou sarar mas tem vez que eu fico agitada, eu penso, ah, não vou sarar, me dá aquela tristeza, me dá aquele desgosto, sabe, eu sinto muita tristeza, sabe, fico botando na cabeça assim, daí a fonte dói, aqui assim, uma zoada na cabeça, daí eu falo pro meu marido, eu fico com uma zoada na cabeça, cê tá escutando, ele fala: não... eu acho que é grave porque há quanto tempo, né, que eu venho tratando, tomando remédio prá dormir e não sara... faz quatro anos... ah, que eu procurei o médico depois que eu fiquei ruim, foi mais ou menos um ano."

22. Como você acha que seu problema vai evoluir?
"Aí eu não posso responder porque tem hora que eu penso que eu vou melhorar e ficar bem e tem hora que eu penso que não vou melhorar, vou piorar porque na minha família já é quatro que aconteceu isso, né, foi cada vez pior, foi pior, perdeu a mente... perder a mente, que eu sei, que os médico falam lá, a minha mãe, ela ficou, ela não tomava banho, ela esquecia de fazer comida, ela esquecia, essas coisa, esquecimento demais e fica igual uma criança, se vê uma cebola fala que é uma laranja, queria chupar, aí os médico lá fala que perdeu a mente é assim, não sabe, não conhece as pessoas e eu chegava, ela assim prá mim, quem é você, não te conheço, outro dia eu chegava, ela, ai minha filha, a tia querida chegou, meu filho e tal... ela tinha essa dor assim e tontura e meu pai era muito ruim prá ela, ela foi prá Curitiba, o médico disse que tinha uma veinha secando, quando aquela veinha secasse ela ia perder a mente... não, não é loucura, eu acho que perder a mente, eu acho que não é loucura porque a minha mãe não ficou louca, a minha mãe, a minha mãe não sabia fazer nada, ficou igual uma criança, fazia cocô na roupa... loucura, eu acho que uma loucura é a pessoa assim, sair correndo e mordendo os outros, rancar a roupa, bom, rancar a roupa pode ser outra coisa também, outra coisa que pode acompanhar a pessoa talvez, né, então, não sei, pode ser que ranca a roupa também, doido também pode ser que ranca a roupa, é, bater nos outro, tacar pedra nos outro, eu penso que uma loucura é assim, agora perder a mente eu penso que perder a mente é não tendo nada acompanhando a pessoa, a pessoa não sabe fazer nada, ficar assim, ficar dando risada, é, não conhece as pessoas, não pode fazer almoço, não sabe fazer o serviço."
"Eu tô achando que eu tô começando a perder a mente, por causa do esquecimento, por causa da tontura, eu acho que tá começando uma doença grave porque a mente, eu posso esquecer das coisas e não vim lembrar mais... eu penso na minha cabeça, eu penso assim que o nervoso, ele pode causar a perder a mente porque a minha mãe teve esse problema também, perdeu, e ela tem problema de nervo e pode também, eu acho que dá problema na cabeça da pessoa... tem hora que eu penso também, daí eu falo lá em casa que eu vou ficar louca por causa de nervoso, né, por causa de agitamento da gente, eu não sei, eu não entendo, tem hora que eu falo que eu posso ficar louca ou posso perder a mente, até, até eu falo prás meninas assim, eu acho que eu tenho que passar por um médico de louco porque problema de mente, problema de cabeça, né, cabeça comanda o corpo, é isso, agora não sei... é, eu acho, que é quatro, né, meu pai, minha mãe depois de setenta anos e meu tio que é irmão do meu pai e minha prima, tudo por pouca coisa, né, a minha prima eu sei que é porque perdeu um namorado, a minha mãe porque ela sofria muito com o marido... minha prima, não tinha vinte anos, perdeu a mente por causa do namorado que terminou com ela, aí ela ficou muito nervosa e começava a chorar, deu tipo uma depressão nela, né, tipo assim crise de choro os nervoso que deu nela, que nem dá ni mim, mesma coisa... ela recuperou, recuperou porque, só que ela é assim, ela chega, trancada no quarto o dia todinha costurando, ela é costureira, ela costura prá fora, tudinho, prepara as máquina mas ela não conversa com ninguém, o pai e a avó, toma banho, volta prá costurar, não conversa, não é mais alegre, não tem mais aquela alegria... meu pai, meu pai que eu me alembro eu tava acho que com, parece que com seis anos, seis anos quando ele perdeu a mente, ele é bobão, depois que ele perdeu a mente ele é tontão mesmo da cabeça,

sabe. ele fica rindo... a minha mãe perdeu a mente mais ou menos com setenta anos. mais ou menos. diz os médicos lá que é porque é susto nervoso. meu pai judiava muito dela e nunca foi tratar... diz as pessoa lá que foi porque ele acabou de comer e carregou um cocho de porco. pegou fez muita força. aí deu congestão cerebral. aí ele perdeu a mente. aí ele perdeu a mente mas tinha o irmão dele que era bobão desde novo... cocho é um pau grande. daí faz um buraco no meio. entendeu. e põe a comida pros porco comer. aí ele acabou de lanchar. acabou de comer e pegou esse cocho. colocou no ombro e carregou no sol. aí disse que deu a congestão cerebral. aí prejudicou mas ele já era um pouco tontão assim. diz a minha mãe que ele já não era certo da cabeça. que ele não gostava de trabalhar. minha mãe que criou nós... o irmão do meu pai. não sei. desde quando eu conheço ele que eu me lembro por gente que ele é bobão. ele é fraco da mente. nem casou. desde criança. ele não sabe ler nem meu pai num sabe ler. meu pai nunca foi na escola."

"A loucura acho que é do nervoso. né. eu acho que sim porque já me deu um problema lá. crise de nervo e me dá vontade de pegar meu marido e enforcar. nervoso que me dá. até nos últimos dias agora que eu vim prá cá. eu fui fazer o almoço e pedi prá ele me ajudar. ele não quis me ajudar. aí eu até fui fechar a porta do armário. meu nervoso tava tanto que eu bati e quebrou a porta do armário. é um vidro que quebrou e aí me dá crise de choro. aí me dá dor aqui e aí os meu nervos parece que vai quebrar meus dedos de tanto nervoso assim."

23. Como esse problema atrapalha sua vida?

"A minha vida financeira. porque eu gosto de ter minha vida controlada. entendeu. eu já tive minha vida controlada e agora eu não tinha que trabalhar de novo prá quando eu ficar mais velha eu ter no que escorar. né... atrapalha assim. parte sexual com meu esposo atrapalha também... na família atrapalha mas agora não. né. porque agora tamô longe. né. porque eu criei meu meus filhos em Ji-Paraná. tudo junto e agora já faz tempo e lá em casa. quando eu vivia lá em casa. eu ficava lá com aquele monte de gente lá assim. sabe. aí eu ficava nervosa. eu ficava tanto até que eu saía. entendeu. aí juntava as menina casada. genro. aí ficava aquela zuada. fazia almoço. aquele barulhão. eu ficava agitada tudo por dentro. aí as menina falava. mãe. tem que tratar essa cabeça porque a mãe. na mesma hora que a mãe tá alegre ela já fica triste. fica nervosa. não sei o que mas agora não. agora eu sinto tristeza porque eu tô longe. eu tenho saudade."

24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema?

"Não. tem hora que eu sinto mas tem hora que eu sinto igual as outras mesmo... tem hora que eu sinto porque eu vou falar e a língua fica enrolada. eu fico nervosa. me dá aquele agitamento. minha boca seca. não sei se é por causa do nervoso minha boca seca. daí eu fico desse jeito ruim. vou tomar um copo de água doce ou um copo de água gelada. aí eu penso assim. ah. eu acho que eu tenho problema na cabeça mesmo. eu acho que eu tenho problema na cabeça mas caso contrário eu trabalho. fica tudo bem."

25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Porquê?

"Acho. ah. a pessoa fica perguntando assim prá mim assim. cê tá doente. que que cê tem?. aí eu falo assim. ah. os médicos disse. os médicos de Rondônia me disseram que era problema da mente. que meus nervo. tava prejudicando a mente. aí eles falam prá mim assim. e faz tempo que cê tem isso?. e me parece. eu tô achando que eles tão achando que eu tô. que eu tô ficando doida. eu não sei que que eles pensam porque ele fica olhando ni mim e fala assim. tuda vida cê teve isso?... os colegas. vizinha. né. às vezes pessoa que eu converso. aí elas pergunta assim. sempre cê teve isso?. mas você era boa da cabeça. você sabia fazer as coisa?. falei: claro. trabalhava. tuda vida eu trabalhei. eu soube fazer as coisa em casa. saber eu sei fazer. só que eu esqueço. cê entendeu. se eu ponhá um bule no forninho. queima. se eu ponhá feijão prá cozinhar. queima. eu não posso ficar sozinha em casa porque se eu tiver sozinha em casa me dá tontura eu caio. então o pessoal fala. você não pode ficar sozinha... os filhos falam que não é prá mim ficar sozinha e é prá continuar com tratamento e firme prá sarar."

26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?

"Olha. eu sempre tive uma dor assim atravessada. eu não como nada gordo. acho que é a vesícula. tem vez que eu faço assim. aí dói lá e tem vez que me dá uma dor atravessada assim. fica cólica assim mesmo... eu tenho verme que de vez em quando tem que tomar remédio prá esse verme. verme que fica no ânus. esse verme eu tenho ele. então eu tomo remédio."

III- Causas do Problema

27. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema?

"O que que causou isso? Eu acho que o que que causou isso foi que nem eu falei, é, a gente, é, vida financeira, muito filho, né, os filho cresce, a gente queria dar um bom estudo, num pude, sempre trabalhando, lutando, então eu fui ficando nervosa, meu marido sempre fechadão, entendeu, eu acho que causou foi isso, pode ser também que é de família também, né."

Entre as opções listadas no cartão 1:

*** 28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?**

(causas psicossociais) "Eu acho que preocupação causou, o próprio nervoso foi causando, e eu lutando, lutando prá criar meus filho, né, depois meus filho criou, casou, eu fiz a festinha delas tudinha, casaram, saiu casadinha, aí agora, eu pensei assim, bom, agora já casei as minhas filha mas agora eu vou lutar prá ficar só eu e meu marido e eu ter onde eu escorar quando eu ficar velha, entendeu, e foi aonde deu mais prejuízo e foi aonde aí que me agitou os nervo e foi aonde aí eu acho que atacou a mente mais ainda."

"Ixe, parente do lado do meu marido, entendeu, eu morava perto da minha sogra e minha sogra, ela era uma velha italiana, até minhas cunhada, até falar em bater ni mim falaram, não bateu porque meu marido acudiu, minha sogra é muito cri-cri, já foi, Deus dê um bom lugar prá ela mas ela teve muito problema sério comigo."

"Também, perdi a minha mãe, ai, isso aí eu não guento nem explicar, é triste, né, perder a mãe da gente, né, depois que eu perdi a minha mãe que ainda eu fiquei mais ruim... vai fazer três anos."

(causas mágico-religiosas) "Isso daí, tem hora que eu penso que sim, tem hora que eu penso que não, às vezes no meio do dia eu tô pensando assim na minha enfermidade, aí penso, eu penso, será que isso aí foi, porque as minhas cunhada, né, elas brigaram comigo, né, eu sei lá, e elas contavam de fazer mal pros outro, né, entendeu, elas falavam desses lugar de fazer mal pros outro, então eu não sei, eu penso que talvez pode ser mas não tenho certeza que não seje nada... sempre eu vou na igreja, sempre eu peço a Deus, sempre, de manhã cedo, na hora do almoço, à noite, entendeu, sempre eu peço a Deus... bom, aí eu não sei, aí eu não posso responder porque eu não sei não, eu penso que os outro pensa que é, entendeu, que nem as menina, que nem as minhas filha já me falou de depressão, que depressão não é de Deus, que depressão é do inimigo, aí eu falei prá elas assim: vocês acham que eu tô com o inimigo, com o demônio, elas falou: não, mãe, é porque tem muita gente que fala que depressão não é de Deus, a depressão provêm do demônio, que não é doença, é espiritual, já ouvi falar, já, esses dia mesmo um homem falou prá mim que a depressão é coisa espiritual.... tem hora que eu acredito, tem hora que não, ah, porque, sabe porque que tem hora que eu acredito, porque, por causa do nervoso, né, nervoso não provêm de Deus, né, eu acho que a mente não é, Deus quer paz, o inimigo só quer guerra, intriga, entendeu, então o inimigo pode jogar o nervoso na gente prá gente ficar brigando com os filho, brigando com o marido, pode jogar nervoso nos filho pros filho vim contra a gente, os genro vim contra a gente, não é mesmo."

"Eu acho que ele vai, né, se a gente tiver rebelde aí Deus deixa ele judiar da gente... isso aí é gente que fala prá mim, não, eu vejo o pessoal falar, né, os irmão, as irmã fala... eu penso que ele não pode entrar no céu, né, ele chega numa certa altura, Deus manda um anjo e fala com ele porque ele também era anjo, né."

"Eu acho que é qualquer uma que ele pode jogar... que nem a pessoa tá doente, né, aí vai no médico, aí toma remédio, toma remédio, toma remédio e não sara, né, aí pede prá orar, aí Deus faz sentir que pode ser uma coisa estranha, aí tem que expulsar... eu acho que tem, porque lá em Rondônia eu já ouvi gente falar que tem doença que a pessoa vomitou cabelo, agora que doença é essa, isso aí é coisa mal-feita que fizeram prá pessoa, decerto vacilou um pouco e alguém fez e pegou... eu acho que se ela fez não pegou porque eu nunca vacilei, porque eu sempre peço prá Deus guardar os vivente, né, que não pegue essas coisa, esses homem sanguíneo que faz mal pro pessoal... tem que orar a Deus e ficar sempre clamando a Deus, pedindo misericórdia... quando é caso de feitiço eu acho que é direto, a pessoa vai lá e já faz o mal, aí não é o inimigo, não é permissão de Deus, aí o outro às vezes não tá rebelde mas aí não pega, pode ir cem vezes que Deus tá cuidando de nós."

"Eu acredito assim, ele joga um acidente, ele joga um atrapalho na vida, às vezes casal começa a brigar, não tem aquela paz, vai na igreja não sente nada, família fica aquele brigueiro, pessoa fica xingando, reclamando, até prejuízo também, pode ser que Deus permitiu isso, né, doutor, prá testar a minha fé, né, vê se eu tenho paciência, ou pode ser feitiço, né, esse prejuízo eu não sei doutor, eu não entendi o prejuízo."

(causas físicas e doenças) "Eu acho que é uma doença, eu acho que é uma doença, é assim, é tipo que nem da minha mãe, é uma dieta quebrada, que nem a dieta foi quebrada também, que eu não tive dieta quando eu ganhava criança... ah, intriga, né, intriga do meu marido comigo, entendeu, é, lavando roupa longe, no rio, dentro do rio com sol quente na cabeça e a água pelo joelho, carregando bacia pesada na cabeça, eu morava no sítio, isso não é bom pr'uma mulher com quinze dia de dieta, e o meu, com doze dia de dieta meu marido me procurar, tive que aceitar... eu acho que é mais uma doença porque eu oro, nós somo crente, eu oro, né,

peço prá Deus falar comigo. Deus fala comigo. entendeu... eu acho que pode ser assim um tipo um problema no cérebro. né. assim. alguma mancha no cérebro porque uma vez quando eu tava passando roupa. eu era criança. caiu um pau na minha cabeça. meu pai mexia muito na casa. caiu um caibro na minha cabeça. eu sei que doeu bastante. eu chorei bastante... eu acho que sim. porque eu acho. eu acho que. tem hora que eu penso que meu cérebro cresce. porque se eu ficar nervosa aperta. aí dá dor aqui. dá desinquietação. aí dá crise de choro e aquelas fincada aqui. aquela dor assim... eu não sei. eu imagino que pode ser uma veia. né. porque eu também caí de moto. fui acidentada. sabe... da veia. eu não sei. eu. da minha mãe. eu tiro pela minha mãe. da minha mãe era uma veia que diz que o sangue não circulava. então eu tinha aquela dor assim e parece que derrama um negócio prá cá. prá baixo. um negócio quente assim. por causa do sangue que não circulava no lugar certo... eu acho que é começo. tá começando."

*** 29. Qual delas você considera como a principal causa?**
"O que causou mais acho que foi o sofrimento com a família. a gente ia aguentando quieto. não falava. só ia aguentando as coisa... o pior sofrimento foi com a sogra porque ela ficava criticando. né. criticando. criticando. aí eu ficava quieta. né. aí eu não fui aguentando. não fui aguentando comecei a responder... ela ficava só falando mal dos outros. falava que meu marido tava passando fome. que eu tinha que fazer comida na hora certa mas ele chegava tarde. almoçava tarde. sempre eu esperava ele prá almoçar mas ele chegava tarde... ele emburrava. ficava nervoso. teve uma época que ele ficava mais do lado da mãe. ela falava as coisa e ele ficava quieto. aí ficava nervoso dentro de casa com nós. às vezes fazia fofoca das minha filha. falava que minhas filha se arrumava demais que ficava usando vaidade depois ia prá igreja. que que adiantava. aí nessa época que ela começou contra as menina. aí ele passou pro meu lado. aí ele foi lá brigar com ela. daí ele pegou e arrumou uma outra casa. nós mudamo prá outra casa. aí melhorou tudo. aí ficou tudo bem."

30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema?
- **migração:** "Eu não sei porque minha mãe não queria ir. minha mãe vivia chorando. eu com dó dá minha mãe também. né. eu queria ficar no Paraná. na casa do meu avô e meu pai não deixou. e lá. nós fomos prá Rondônia. minha mãe não queria ir... eu acho que sim. porque não era de gosto da gente. né. e depois de casado o meu esposo queria ir pro sítio e eu não queria ir. aí eu fiquei muito nervosa também. fiquei desgostosa. aquele nervoso quieto. aquela tristeza assim que fica por dentro."
- **situação econômica:** "Eu acho que tem. eu acho que tem porque quando eu tô. quando assim. as coisa prá mim tá tudo bem. vai tudo bem. sabe. só fica o esquecimento. o esquecimento continua mas eu não tenho tontura. não tenho agitamento... porque eu já tinha problema. né. que os médico de lá falavam que era problema de nervo. né. daí veio o prejuízo. eu fiquei mais nervosa ainda. dava agitamento. chorava muito. muito desgostosa demais. dava vontade de sumir de nervoso."
- **família:** "Lá Rondônia os filho fazia fofoquinha. né. sempre. fofoquinha do marido. às vezes ficava rindo. né. entendeu. a minha filha. essa minha filha que arrumou esse namorado aí. ele é divorciado. é pai d'um filho. ele. vixe. aí elas ficavam brigando com ela perto de mim. falou que eu aceitava. que deixava. e ela falou de fugir com ele. ele falou de roubar ela. aí eu falei: não. todas três saiu casadinha de casa. vestida de noiva. então a última. eu não quero que ela fuja. eu quero que case mesmo que não é do meu gosto o casamento. que ele é um homem divorciado. entendeu. cheio de conta. tem o filho... eles achavam que era eu que deixo. que aceito e eu aceito porque eu não quero que a minha filha foge."
"Teve intriga na minha sogra. né. também prejudicou também porque foi a primeira vez que eu fiquei ruim foi a vez que nós briguemo. eu com a minha sogra. porque ela ficava me criticando. aí foi indo. foi indo. aí eu perturbei. fiquei nervosa. aí nós começamo a discutir. aí eu respondi prá ela. aí ela foi embora e falou prá filha dela. aí a filha dela foi lá prá me bater. aí eu fiquei com raiva. queria até me separar do meu marido."
"Eu acho que de tudo um pouco. né. eu acho que juntou família. da briga com a sogra. o prejuízo. né. desgosto com prejuízo. entre eu e meu esposo também. antes dele saber que eu tinha problema ele era bruto. esquisito. ignorante. ele saía que nem um doido com o carro. saía. demorava prá voltar. não trazia as coisa de comprar. tinha que eu sair e fazer compra. não arrumava as coisa em casa. quando estragava uma torneira assim. às vezes eu pedia prá arrumar ele não arrumava. deixava a torneira estragada e o modo bruto. né. o modo de falar. de tratar a gente assim."
- **escola:** "Eu estudei só até a terceira série porque o meu pai. precisava cuidar dos mus irmão e o meu pai. o meu pai ele não trabalhava. meu pai era vigarista. fazia rolo. mexia com rolo. comprava animal. vendia. comprava gado. vendia. serviço dele era assim. aí eu estudei pouco. né. precisava cuidar das menina. eu era a única filha mulher. minha mãe precisava trabalhar na roça. colhia algodão. colhia amendoim. aí eu tinha que

"Olha, a minha idéia, eu acho, tem hora que eu penso que é uma veia que tá secando, que é de família, né, muchando assim, é, muchando, que o sangue não tá circulando, na mesma hora eu penso que dizem que o povo antigo fala que dieta quebrada ela, a pessoa fica com a cabeça, com a mente virando, girando... às vezes eu acho que a cabeça cresce, quando dá a dor, quando eu passo nervoso, então, quando dá crise de choro... quando a mente fica girando é mais a perturbação, assim, esquecimento... quando seca a veia, assim da minha mãe, quando secou a veia a minha mãe perdeu a mente, aí não tem cura, né, que nem o médico de Curitiba falou assim prá minha mãe que não tem cura, secou a veia não tem cura."
"Não sei, parece que esquenta, vai inchando os miolo, aí eu tenho que ficar bem quietinha, bem sozinha e caçar um jeito de esquecer as coisa, não pensar em nada, tomar um chá de erva-doce bem docinho e ficar despreocupada, aí eu tando despreocupada eu melhoro... eu acho que a mente cansada assim, funciona mais devagar, não consegue acompanhar, o sangue fica indo devagar, assim eu penso, né."

IV- Situações de Ajuda

34. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde?
"O que que eu fiz? Eu procurei um médico, eu fui no médico, daí foi quando deu uma tontura muito forte que eu fiquei de cama, aí ele passou aquele remédio prá mim dormir, ele falou prá mim assim que eu tava muito nervosa e que o meu problema de nervo tava atacando a mente, tava muito esquecida, aí eu passei um tempo tomando remédio, fiquei boa, aí depois eu comecei tomar prejuízo eu comecei ficar doente de novo, aí eu fui em dois médico, ele pediu eletro da cabeça, se tem problema na cabeça, eu falei que eu não podia fazer, muito caro, aí meu marido falou vamô prá lá, vamô prá Campinas se tratar."

Entre as opções listadas no cartão 2:
*** 35. Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema?**
- **familiares:** "Eu conversava com elas, falava, como será?, o que que a gente deve fazer?, elas falavam, a senhora tem eu procurar um médico, tem que fazer a consulta, fazer exame prá ver o que que a senhora tem na cabeça, a senhora não pode ficar assim... elas falavam, mãe a senhora vai sarar, ficava acalmando assim... eu procurava, às vezes meu marido falava: o que que eu posso fazer, eu não posso fazer nada, ele só falava assim, bem, prá tratar aqui o tratamento daqui não adianta, vamos tratar em Deus, Deus liberta de qualquer enfermidade, ele falava, cê tem que orar bastante, tem que levantar de noite prá orar, aí nessa época eu orava bastante, tinha vez que orava até seis vez todo dia... aí eu tinha vontade de tratar, aí o noivo da minha filha foi prá lá, aí ele falava que aqui era bom prá tratar, que era bom vim prá cá... quem tem mais coragem assim é meu esposo que ele ora em voz alta na igreja, paga voto lá na frente, a minha filha também paga voto lá na frente, meu futuro genro ele só toca, ele quase não frequenta, só vai no domingo à noite... a igreja aceita porque ele não pecou, né, a mulher dele que traiu ele e ele não ficou nunca mais com mulher nenhuma, então ele tá noivo da minha filha, esperando só inteirar idade prá casar, que ela tem só 15 anos."
- **amigos, conhecidos:** "Conversava com as amiga minha, elas falavam assim prá mim, ora a Deus, ora a Deus, faz oração na igreja, procura um médico, não pode ficar assim, não pode ficar assim, tem que ir no médico, tem que cuidar, fazer consulta e pede oração também."
- **Remédios caseiros (chás, ervas, etc.):** "Eu tomava chá de chapéu de couro pros rins, chá de carquejo pro estômago, fígado, né, chá de trançagem que é prá diminuir a menstruação que vem demais, demais... nervoso eu tomava suco de maracujá, chá de erva-cidreira, aquela folhinha assim e capim-santo que é grandona... tomava o chá japonês também pro estômago, pro intestino, eu queria tomar só que eu não achei aqui, aí eu pego o carquejo, o chapéu de couro, misturo, cozinho e tomo com chimarrão... ah, sumo de Santa Maria eu tomei também prá verme, aí cada coisa, vai pensando e vai alembrando, é uma folha cumprida assim, lá em Rondônia tem, aqui eu não vi, aí soca, tira o sumo e coa e toma no leite em jejum... e eu tomei creolina no leite também, a turma lá falava que era bom prá matar verme, lá em Rondônia tem muito verme, eu tomava três gotinha num tanto assim, meio copo mais ou menos... óleo de copaíba, prá cicatrizar ferida, machucado, quando a gente faz cirurgia todo mundo toma lá, se for machucado pequeninho só passa, se for machucado grande aí tem que tomar prá sarar de dentro prá fora."
- **livros de auto-ajuda:** "Não, eu não guento ler porque as minha vista dói demais, tem vista cansada, né, que nem a mente, né, eu não sei se tem a ver a vista com a mente... letrinha pequena mesmo eu não consigo ler, faz mais de ano que eu não faço exame... não, nunca li."
- **simpatias:** "Não, nem sei como que faz, que eu já nasci crente, não é eu eu tô desfazendo... que eu sei tinha uma mulher lá, a turma falava, às vezes minhas vizinha falava, minha filha tá doente, vou levar lá prá benzer,

eu não falava nada. eu pensava assim. ela é católica. leva prá benzer. nós é crente. chama prá orar. cada um tem sua religião. né."

- **atividades adivinhatórias (cartomantes, búzios, etc.):** "Não. o único lugar que eu vou é na igreja e no hospital fazer consulta. vou visitar um enfermo que tá doente. vou visitar. o serviço. se eu aguentar fazer eu faço o serviço prá pessoa. eu já venho embora prá casa."

- **orações:** "Eu procurei e tô procurando. na igreja eu peço oração porque na igreja tem o porteiro. né. um papelzinho assim. aí todo mundo que quer oração passa lá e pede oração... o porteiro é um irmão que fica na porta que nem por acaso tem a porta na entrada da igreja. né. ai tem o irmão. aí o irmão fica com um cartãozinho e uma caneta. aí que nem o senhor passa e fala: eu peço uma oração em nome do senhor Jesus por enfermidade. ele faz um xizinho. lá tem uns quadrinho. enfermidade. atribulação. causa. viagem. tudinho. né. aí lá ele marca. faz um xizinho. aí lá. canta três hino. aí leva lá e apresenta pro irmão. aí o irmão fala. agora nós vamô orar a Deus e vamô apresentar os enfermo nas mãos de Deus. dos atribulado que tem causas. né... causas que nem por acaso. eu tenho problema assim. que nem. tenho minhas dívida lá prá receber que eles não me pagam. é uma causa. eu tô orando prá Deus abençoar ele prá eles me pagar. então nós que somos crente. nós não gosta muito de jogar na lei. então nós espera em Deus. ora a Deus e deixa na mão de Deus prá Deus resolver prá nós. meu nome nunca foi na delegacia. graças a deus. nem sei como que é... dentro de casa eu faço muita oração. eu oro. peço prá Deus me libertar. peço prá Deus abençoar o pessoal lá. pro pessoal pagar nós. peço prá Deus abençoar todo mundo da terra. a familiada aqui da terra porque nós somos uma família só. né."

"Eu faço. todo dia. hoje mesmo eu já fiz... até doer o joelho. até apresentar tudo. a gente tem obrigacão de apresentar tudo. primeiro a doença. depois a gente apresenta a família. os vizinho. os médico. os homem da lei. os enfermo... eu fico mais ou menos uns quinze. vinte minutos. eu acho que umas quatro. cinco vez. quando a gente recebe visita ora mais. umas sete. oito vez.... pessoal em casa quando vai gente em casa eu peço. vamô orar a Deus prá enfermidade. nós ajoelha. pede a Deus prá Deus abençoar. abençoar essa enfermidade na cabeça... vai os irmão da igreja. as irmã. os irmão. que nem. tem muito conhecido mesmo que vai. os irmão da igreja que vai visitar a gente... não. não é que eu chamo não. domingo passado mesmo apareceu um bocado de irmandade lá. foi lá em casa. aí eu fiz almoço. aí minha filha me ajudou. eu falei: me ajuda porque senão eu esqueço. aí num esqueci de ponhar o sal e outro eu esqueci de. e outro eu ia ponhar sal e pegava a latinha da açúcar e quando eu vi que era açucar. ai. isso aqui é açúcar porque eu não posso me afobar que eu me atrapalho todinha... ah. nunca é ruim a oração. né. sempre a gente sente bem quando ora prá gente."

- **promessas:** "Não. não fiz promessa não. eu não fiz promessa porque na nossa igreja o pessoal fala voto. né. eu não fiz voto prá cabeça minha porque o voto que nós faz. pode fazer outro voto também mas a maioria dos nosso voto é levantar lá na frente do povo dentro da igreja e contar e eu tenho vergonha. é muita gente. a igreja cheia de gente. eu tenho vergonha porque eu não sei conversar direito. chega lá eu vou falar lá na frente tenho medo de errar. né... eu oro a Deus. peço pro senhor me libertar. Deus me libertar. eu levanto na igreja e agradeço perante a irmandade de Deus. aí Deus me liberta. né. não sei de quanto tempo. Deus me liberta que nem Deus já me libertou da quebradura que eu tive. agora eu tive que levantar e pagar... aí eu fiz um voto. se o senhor me libertasse eu levantava na igreja e agradecia a Deus perante a irmandade e perante Deus. aí quando eu fui lá fazer outro raio-X tava tudo colado. em seis dia tava coladinho as minha costela. aí levantei na igreja e paguei meu voto... prá esse problema de nervoso eu não fiz não. eu tenho medo de fazer e chegar lá na frente e não ter coragem de levantar porque não é fácil levantar no meio de um monte de gente depois conversar."

- **benzedor, rezadeira:** "Não. eu já ouvi falar em benzedor mas eu não sei como que é. nunca fui. não sei como é que é."

- **procissões, romarias:** "Não. já vi procissão mas participar nunca participei. só vi procissão. já vi passando na rua. achava bonito mas não entrava... porque a gente é crente. né. crente não. sei lá. minha mãe. minha mãe falava assim. não. nós tem nossa igreja. deixa eles na igreja deles. eles têm o ritmo da igreja deles nós tem a nossa. deixa eles. minha mãe falava assim."

- **bíblia:** "Não. num guento ler a bíblia também. num guento ler nada. única coisa que eu faço. eu leio a bíblia assim. alguma. pouquinho na igreja. entendeu. tem uma irmã aqui lendo a bíblia. se a bíblia é grande. aí eu leio junto com ela na bíblia dela... cantar eu canto porque o hinário tem uma letra grande."

- **padre, pastor, pai-de-santo:** "Já. já conversei com um irmão lá. cooperador. é pastor. né mas nós não fala pastor. fala cooperador... eu falei prá ele o que eu sentia. né. ele falou assim: ó. irmã Sílvia. é bom a irmã ir se tratar. é bom ir se tratar porque esse negócio na cabeça da irmã aí. ó. pode ser verme na cabeça porque ele conheceu uma pessoa que tinha o mesmo problema e veio prá cá. fizeram. não sei o que que fizeram na

cabeça do homem lá e deu verme de porco na cabeça, aí ele perguntou prá mim se eu comia muita carne de porco, eu falei: óia, quando eu era pequena eu fui criada no sítio, a minha mãe matava porco, a mistura nossa era carne de porco... converso, com outras pessoas da igreja eu converso, eles falam assim que isso daí é do inimigo, que eu tenho que orar mais prá isso... quando eu fui acidentada uma irmã foi lá em casa e falou prá mim, falou assim, é irmã Sílvia, agora vê se você ora mais porque isso aí é o inimigo que quis tirar sua vida, vê se você ora mais agora."

- **atividades em igrejas:** "Sempre eu vou no culto, sempre, segunda-feira mesmo eu fui... ajuda porque se Deus quiser, Deus tira o nervoso da gente, o médico tira também porque Deus dá entendimento pro médico e o médico entende a gente, a gente que não sabe de nada mas a gente precisa pedir pro médico e prá Deus também... eu vou quinta, sábado e domingo, alguma vez assim quando, que a gente vendeu o carro, quando as vizinha chama nós, a gente vai numa outra igreja, do contrário é quinta, sábado e domingo na nossa igreja, na igreja perto de casa."

"Difícil eu sair, eu não gosto de sair de casa, só vou na igreja e no médico, eu gosto de sair prá trabalhar, né, mas eu tô parada, tô trabalhando só em casa, né... bom, eu vou assim, chego, converso, quando tem alguém doente eu vou assim na casa dos outro mas eu não gosto muito de tá de porta em porta, não, se não for prá trabalhar ou fazer visita prá um doente eu gosto de ficar em casa... eu vou, sei lá umas duas, três vezes na casa de doente, quer ver, a irmã Miriam operou, daí eu fui duas vezes na casa dela, fui com a minha filha, tem a outra vizinha lá que eu fui uma vez só, fui sozinha... lá em Ji-Paraná eu ia com bastante gente porque lá eu trabalhava junto com o grupo de visita, né... grupo de visita é assim, o irmão lá, cooperador marca cinco, seis irmã prá visitar os doente, os enfermo, os necessitado que eles precisam, não tem o que comer... lá eu visitava muito, nós fazia visita toda terça-feira, nós visitava quatro, cinco casa por dia, conforme dava tempo, né... nós chegava, perguntava se tá tudo bom, conversava, nós contava as coisa de Deus, as maravilha, bênção que Deus faz, libertação, aí as vezes tava enfermo pegava as receita deles, levava pro diácono, aí o diácono ia na farmácia comprava o remédio e dava prá nós levar lá, aí nós falava assim, Senhor, se for sua vontade, ajuda que o remédio vale, prá Deus abrir as mente dos médico, do farmacêutico, prá Deus abençoar todo mundo... aqui eu não entrei, eles me procuraram os irmão lá, aí eu falei assim quando eu melhorasse aí eu ia trabalhar na obra de Deus... aqui eu não sei como funciona porque eu não tô trabalhando ainda, tô só congregando."

- **centro espírita:** "Não, nem sei como é o tratamento deles, eu não sei."

- **farmacêuticos:** "Fui, ele falava que eu tinha muito nervoso, aí ele pegava, passava era, maracujina prá mim, aí ele falava prá mim assim, a senhora tem que se controlar, porque eu tinha muita criança, as criança tudo pequena, né, a senhora deve se controlar e tomar essa maracujina que é calmante e quando a senhora tiver nervosa a senhora pega e sai, vai andar, vai passear, não liga prás criança, não, deixa as criança lá, que eu gostava da casa sempre limpinha e num gostava de ver as criança brigando, né, aí as criança brigava demais, eu ficava nervosa por causa das criança, às vezes eu fazendo serviço quando ia ver tava sujo, a casa suja, quando, com isso quando eu não tava trabalhando, né, quando eu tava trabalhando que eu chegava em casa que a casa tava suja, aí eu ficava mordida de raiva porque as menina, mocinha dentro de casa não fazia serviço... lá em Rondônia, eu só ia assim, conversava com ele e falava prá ele que eu tava muito nervosa, media a pressão... aqui, em canto nenhum eu fui, eu cheguei de Rondônia, descansei da viagem, arrumei uma casinha prá mim, aí eu já procurei o médico."

- **terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.):** "Não, eu sei que é remédio natural, né mas não procurei, a única coisa que eu procurava assim natural, de farmácia natural era prá cortar hemorragia, era menopausina... nervoso, só aquilo mesmo, maracujina, chá, chamava o cooperador, os irmão prá orar, se eu ficava boa não mas se eu ficava assim com uma reima na cabeça, aí eu ia no médico, e todos eles falavam que era nervoso, todos, até na farmácia, às vezes ia medir pressão, né, senhora tá muito nervosa dona Sílvia, até cansei de ouvir isso."

- **grupos de auto-ajuda (alcoólatras, neuróticos anônimos, etc.):** "Não."

- **psicoterapias (psicanálise, comportamental, etc.):** "Não, nunca."

- **médicos clínicos gerais, especialistas não psiquiatras:** "Ele falou prá mim assim que era prá mim, passou o remédio, prá mim dormir, tirou o eletro do coração e mandou fazer eletro da cabeça, falou prá mim que eu tinha que me controlar que eu era uma mulher muito nervosa, muito agitada porque eu era mesmo, eu era assim, eu gostava de pegar as coisa e fazer rápido, não ter nada que parar."

- **médicos psiquiatras:** "Não, o clínico que passou os remédio e falou: a senhora procura fazer o eletro."

- **outros:** "Não."

*** 36. Qual delas você procurou em primeiro lugar?**

"O que eu procurei em primeiro lugar é farmácia, né, porque eu comprava maracujina, eu era muito nervosa, né, daí me falaram que maracujina é bom prá nervo, problema de nervo, daí eu ia na farmácia, conversava com o farmacêutico, comprava maracujina e era bom prá mim."

*** 37. Qual delas você considera como a principal forma de ajuda no momento? Por quê?**
"Ajuda que a gente quer todo mundo tem, não só eu mas todo mundo tem, é Deus, né, segundo os médico, Deus dá entendimento pros médico mas tudo é Deus, segundo é os médico."

*** 38. Você já tinha procurado alguma dessas situações de ajuda antes do aparecimento de seu problema?**
"Já, igreja eu vou desde criança."

V- Relacionamento Clínico

39. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo?
"Ah, eu acredito que ele pode ajudar assim com os remédio e conversando com a gente, falando com a gente, né... uai, aconselhando, às vezes a gente pensa uma coisa, ele fala que não é assim, deve ser assim, assim... eu acho que o médico consegue tirar isso da mente da gente assim com remédio e conversando também com a gente, falando, explicando."

40. Na sua opinião, qual é a diferença entre o trabalho de um psiquiatra e o de um clínico geral?
"O clínico geral eu acho que ele consulta o corpo todo, né e esse outro psi, como é que fala, nem sei falar, nem entendo, é só prá mente, prá cabeça... ixe, lá teve diferença sim, o clínico só falou assim que era problema de nervoso atacando a mente, passou medicamento, pronto, não fez pergunta, não fez exame, não fez nada... os médico de lá, a gente chega e fala, pode sentar, a gente senta e aí fala assim, o que que você sente, aí fala, eu sinto uma dor de cabeça e tal e tal, ele vem, mede a pressão, alguns mede a pressão, outros colocam um aparelho assim na gente, já faz uma receitinha e pronto; e os daqui não, os daqui já olha no olho, olha na boca, olha, põe aparelho na gente, né, os clínico geral."

41. Você sabe o que quer dizer psicoterapia?
"Não, não sei não."

42. Você teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)?
"Tenho preocupação, tenho preocupação, vergonha às vezes conforme a pergunta, assim, eu fico preocupada com que, como que vai ser, que que ele vai falar prá mim, como que ele vai fazer comigo, fiquei pensando assim... eu me preocupo porque, não sei, eu não sei, eu penso assim, como será que vai ser, será que ele vai é, fazer pergunta pesada, assim, ou vai colocar aparelho na minha cabeça, o que será, como será que vai ser... assim, pergunta assim, que nem, querer saber da minha vida, se eu já briguei com meu marido, essas coisa assim, que eu falo assim, fico pensando... não, eu fico preocupada e acho bom, eu falei que eu preciso passar por isso, né, eu acho que eu preciso passar por esse médico, entendeu."

43. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com o médico (entender o médico ou ele entender você)?
"Eu senti... ah, tem vezes que o médico pergunta alguma coisa prá mim, eu fico pensando, como é que eu vou falar... só que eu não alembro mais, só que, já fizeram muita pergunta prá mim só que eu não alembro... ah, tem vez que, eu não entendia não, não entendia, que nem por acaso, né, esse último médico que eu consultei lá por problema, lá em Rondônia, por problema da cabeça, eu tava com tontura e essa, a mente, que nem a mente cansada, né, aí eu falei pro médico e ele falou prá mim assim que era problema de coração e precisava fazer não sei o que lá na mente, né, passar com um doutor que, aí eu fiquei pensando, uai, aí eu não entendi nem soube responder, aí eu fui na cardiologista, fiz eletro do coração, aí da cabeça, lá é muito caro prá fazer eletro da cabeça que os dois médico pediu, aí nós viemo prá cá porque achava que era melhor prá tratar, aí nós viemo prá cá... ah, tinha coisa que parecia que ele entendia sim mas tinha coisa que parecia que não porque eu falava, doutor, eu tenho problema, doutor, parece que é na cabeça e ele falava assim, isso é problema de nervo que tá atacando a mente ou é o coração, daí eu falava, será que ele não entende que o que eu quero dizer, que eu quero dizer que o meu problema é na mente, daí eu achava que ele não me entendia."

44. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?
"Eu deixei. eu abandonei o tratamento quando o médico lá pediu um eletro da cabeça e era particular e foi na época dos prejuízo e eu não tinha dinheiro prá fazer. dois médico pediu. eu fui no médico. ele pediu. aí eu não pude fazer. não tinha dinheiro. aí eu passei prá outro médico ele pediu a mesma coisa mas daí eu não fiz também porque eu não tinha dinheiro... não. eu tomava os remédio que eles passava todinho. eu tomava direitinho. tomava sempre... sempre confiei nos médico. ué. pois os médico são estudado. quem é. né. quem não sabe nada é nós que não tem estudo."

VI- Problemas Gerais de Saúde

45. Na sua opinião, o que é um problema de saúde? Quais os problemas de saúde que você conhece?
"É uma enfermidade. né. problema de saúde é uma enfermidade na gente. que nem um problema assim. uma dor de cabeça é uma enfermidade. é um problema de saúde. uma dor. problema de rim... eu conheço malária. conheço hepatite. conheço gripe. conheço pedra de rim que já deu no meu marido e não sei. hepatite também eu conheço que deu na minha filha. no meu marido. problema de coluna que eu tenho problema de coluna. que eu tô lembrada só."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 46. Quais delas você acredita que são causas de problemas de saúde?**
"Bom. problema de coluna eu acho que é a gente carregar muito peso. né. prejudica a coluna. dá desvio de coluna e gripe pode ser uma friagem e a malária dizem que provém de um mosquito. né. lá em Rondônia. agora hepatite eu não sei. a iterícia também eu não sei do que que provém... eu acho que pode. se a gente vacilar. pode. se a gente. eu acho que se a gente vacilar e não pegar muito com Deus ele pode jogar uma enfermidade na gente. ele pede uma permissão prá Deus. Deus permite que a gente tá vacilando. né. Deus permite. aí ele joga enfermidade na gente... eu acho que sim. né. ele joga uma enfermidade porque eu acho que se Deus. se tiver assim sempre com fé em Deus não pega nada na gente agora se pessoa vacilar. aí Deus também... eu acho que esse problema meu não tem nada com isso. não. não tem nada a ver com isso. eu acho que isso aqui é stress nervoso como diz o médico de Rondônia. que eu já sofri muito na minha vida. que tá prejudicando a mente."

*** 47. Qual delas é a principal causa de problemas de saúde?**
"Às vezes pode ser alimentação. né. dá fraqueza. aí provém. aí vem as doença. problema da gente vacilar também. pegar enfermidade assim de ter vacilado."

48. Quais os problemas de saúde mental que você conhece?
"Conheço problema da minha mãe. da minha família. que deu né. da minha mãe é problema que secou a veinha. né. perdeu a mente. meu pai desde que eu conheço meu pai. meu pai ele era meio já era meio assim meio. praticamente depois deu aquela congestão cerebral prejudicou mais ainda. né. o meu tio tinha mente fraca. desde quando eu conheço o meu tio ele já era assim meio tã-tã da cabeça que nem casou e a minha prima. eu morava em Rondônia e ela morava no Paraná. aí nós já sabemos que ela perdeu a mente por causa de um namorado mas eu não sei com ela ficou. eu não sei... perder a mente eu conheço porque aconteceu com a minha mãe. né... perder a mente é ficar esquecido de tudo. não saber fazer nada. ficar igual uma criança. eu acho. né. que assim os médico disseram prá minha mãe... os médico disseram prá minha mãe que causou de muito nervoso que a minha mãe passou. que minha mãe. minha mãe criou os filho dela tudo sozinha. trabalhando muito e meu pai era muito ruim prá ela... que deu um ataque no meu pai. deu um ataque. ele caiu. aí levaram pro médico. aí o médico disse que era congestão cerebral. aí o médico passou remédio prá ele tomar. passou remédio pro resto da vida. aí ele não tomou. aí ele fica assim. ele tá assim. se a pessoa quer conversar com ele. ele conversa com a pessoa. daqui a pouco ele começa rir. ri. ri. ri bastante. aí. qualquer coisinha acha graça. entendeu... por causa que meu pai é assim. né. meu pai é desse jeito e a minha mãe esquecia. minha mãe esquecia de tomar banho. esquecia de fazer serviço. diz os médico que ela perdeu a mente. que perder a mente é assim que os médico falava. o médico de Rondônia falou que isso é porque tava secando a veinha. né... parece que tem uma mancha no nosso cérebro que a congestão cerebral dá."

49. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e os outros problemas?

"Eu acho que tem, eu vou responder assim do jeito que eu penso, eu acho que problema na cabeça comanda o cérebro, é mais perigoso, perder o sentido, dar um branco e perder o juízo, é mais perigoso assim, o problema do corpo, não, mas tem problema que pode matar a gente, o câncer, coração... a mente da gente é muito melindrosa, melindrosa assim, qualquer coisinha pode acontecer de ficar bobo, perder a mente, por isso que eu quero tratar."

50. Na sua opinião, existe alguma relação entre os problemas de saúde mental e os outros problemas de saúde? (questão 26)
"Eu acho que não, né, eu acho que não tem nada a ver, não, porque essa dor assim dá quando eu como carne de boi, né, comida gorda, acho que é vesícula e o verme acho que não tem nada a ver não... bom, eu acho que não, já me falaram que pode ser verme na cabeça que eu tenho mas, lombriga de porco, né, mas eu não sei não."

51. Na sua opinião, como um remédio age em você?
"Bom, eu acho que o remédio, ele me dá sono, né, sono bom prá gente dormir, relaxa os nervo, entendeu, assim, acaba com o nervoso e melhora um pouco a mente... eu acho que ele vai lá dentro da mente da gente e vai limpando, né... não sei, eu acho, não sei, perturbação sei lá o que que é que tem na cabeça da gente, eu não sei, eu não sei explicar o que que tem na cabeça, esquecimento... eu acho que o remédio, ele pode é, limpar né, a veinha, não deixar ela murchar, tirar esse nervoso da mente da gente, prender mais a mente também, né... assim, deixar ela presa prá não ficar girando."

52. Qual é sua opinião sobre a loucura? O que é a loucura para você?
"Loucura eu acho, eu não sei, eu não sei o que é a loucura... eu acho que é a pessoa sair correndo assim, correndo e xingando os outro, tacando pedra, eu acho que é a loucura... pode ser uma doença que prejudica o cérebro eu acho, né, às vezes uma pancada na cabeça às vezes dá alguma mancha no cérebro, eu penso, né... eu acho que a loucura pode ser do nervoso porque o nervoso, ele prejudica a massa assim do cérebro e a perda da mente é mais um esquecimento, vai esquecendo, esquecendo e tontura e perturbação da mente... pode ser de uma enfermidade, conforme eu falei pro senhor aquela parte da pessoa vacilar, né."

53. Você tem a capacidade de realizar algum tipo de cura? Como você utiliza essa capacidade?
"Eu não, não sou médico, não sou Deus... eu nunca benzi, eu só oro, né, orar eu oro, eu oro mas eu não curo, quem cura é Deus, né, eu posso orar e apresentar a pessoa na mão de Deus, né, prá Deus fazer a obra, prá Deus libertar mas eu mesmo não tenho poder de fazer isso."

54. Qual é sua opinião sobre a causa do (sarampo / diabetes / tuberculose / lepra / AIDS / suicídio / depressão / alcoolismo)?
- **sarampo:** "Sarampo, sarampo é assim, dá aquele vermelhão no corpo, né, febre, dá muita febre, aquele vermelhão no corpo e parece, não tenho certeza, dá diarréia, não pode tomar vento, né... não sei."
- **diabetes:** "Diabetes é comer muita coisa doce, né, sangue, sangue, como é que fala, açúcar no sangue."
- **tuberculose:** "Bronquite, né, um resfriado muito forte eu acho que a pessoa tem no pulmão, ataca o pulmão, aí dá tuberculose, não trata, dá tuberculose."
- **lepra:** "Não sei, lepra eu não sei."
- **AIDS:** "Ah, cê pega tendo relação com pessoa que tem AIDS agora eu não sei como, né, agora do que provém isso eu não sei."
- **suicídio:** "Ai, desgosto, nervoso, eu acho, tristeza... pode ser por causa de doença mas pode ser mais por, assim eu acho, né, no meu pensar que pode ser por causa de família, né, desgosto de família, namorado, marido, mulher."
- **depressão:** "Depressão eu acho que é uma tristeza que pega a pessoa muito tempo, que teve um desgosto que nem por acaso a pessoa sofre assim, aí você fica num lugar sozinha, começa a pensar, pensar, pensar e vem aquela tristeza, aquela tristeza, aquela tristeza, aí dá depressão... depressão é uma causa, eu acho que causa assim que nem eu falei a causa, eu tenho minhas filha lá em Rondônia, eu nunca separei da minhas filha, agora eu fico colocando na cabeça, né, as minhas filha, ai meu Deus, o que será que tá acontecendo com as minhas filha, será que tão bem, será que tão doente, será que tão vivendo bem com o marido, começo pensar, aí começo ficar triste, aí já dá vontade de chorar, aí eu começo a chorar, aí fico preocupando com aquilo, aí eu acho que, que já vai tudo na cabeça, aí eu acho que é tipo, depressão eu penso que é assim."

- **alcoolismo:** "Bom, eu já vi muita gente falar que isso daí é um vício, né, às vezes a pessoa separa da mulher, começa a beber prá poder esquecer, beber e fumar, isso aí eu ouvi falar... acho que não é doença, não, é um vício."

VII- Comentários

55. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação as questões formuladas?

"É uma cidade até grandinha, tem asfalto, tem hospital, tem farmácia.... ixe, que eu gosto em Ji-Paraná é só meus filho e meus irmão, eu prefiro aqui, tudo, ó, uma que aqui é mais frio e eu tenho problema de rins, né, e se eu ficar assim no sol quente prende até a urina, tem que tomar remédio prá soltar urina por causa que prende, da infecção do rim que eu tenho, né, e outra, é mais fresquinho, e outra, eu não tô vendo pessoal que tá devendo prá mim não me paga, né, eu acho aqui mais melhor, eu acho que aqui é melhor prá negociar, trabalhar e tudo aqui, tudo prá mim aqui tá melhor, só tá difícil minhas criança, né, as menina que eu tô longe, né, dá saudade."

"A mulher levou um copo de farinha e falou assim, dona Sílvia, trouxe um copo de farinha prá senhora, aí eu fui guardar numa vasilha, não, eu ia colocar no copo e colocar dentro da geladeira, aí minha filha falou assim, mãe, guarda na latinha, guarda na latinha com tampa, aí eu falei, não minha filha, essa farinha aqui é uma mixaria, isso aqui não dá prá nada, isso aqui o pai come isso aqui num instantinho, do jeito que ele gosta de farinha isso aqui é uma mixaria, não dá prá nada; e a mulher ficou sem graça e foi embora na hora, quer dizer que eu falei sem ver, aí minha filha, mãe, o que que a senhora tá falando prá dona Lúcia, mãe, senhora não devia ter falado isso, aí eu falei: ããã, que que eu falei, aí ela falou: mãe, a senhora falou assim, assim prá dona Lúcia, aí eu falei: meu Deus do céu, aí me deu crise de choro, aí me deu tristeza, me deu aquela aflição, ah, meu Deus, eu fuchiquei a mulher, porque que eu fui falar isso prá mulher, aí fui pedir perdão prá ela, daí minha filha foi lá falou, a senhora desculpa que a mãe, a mãe não tá boa da cabeça, a senhora desculpa a mãe tal... eu lembro assim que eu falo, eu lembro porque as menina me falam, mãe a senhora tá falando isso errado, não é assim, é assim, na época que nós vinha prá cá mesmo, que eu tava vendendo minha mudança prá vim prá cá, diz as menina que o povo ia lá comprar as coisa da minha mudança e eu dava os preço das coisa errada, entendeu, precisou fazer uma lista prá mim ver os preço, prá mim ler, prá mim falar o preço, prá mim não falar errado."

"Ixe, em Roraima foi triste que meu esposo foi prá se tratar, né, ele tinha leishmaniose, foi na frente, ficou um mês, aí eu fui com as criança, nesse tempo nós tava no sítio, né, aí nós fiquemo cinco mês lá, ele trabalhava de pedreiro, doente mesmo e eu de manhã fazia laçinho prá vender, saía vendendo na rua, laçinho de cabelo, enfeite de cabelo, depois do almoço eu saía, eu chegava em casa bem tarde da noite, dez hora, onze hora mais ou menos, lá em Roraima nós sofremo muito, com quatro filho, ele doente, aluguel prá pagar, lá as coisa é caro... nessa época eu tava boa, tinha 27, 28 anos, eu lavava roupa prá fora e fazia laçinho prá vender, prá ajudar a criar os menino, foi na época que ele tava doente."

"Os diácono, eles é assim, eles é prá ungir os enfermo se eles tá ruim, orar e passar um óleo na testa depois que os médico desengana, daí a gente chama pro diácono ungir, serve prá, a gente faz a ficha de alimento, aí entrega prá ele, daí ele vai, faz a compra e avisa a gente, aí a gente vai lá e leva na casa do necessitado, ele compra o remédio também, muitas vez a gente mesmo compra as mercadoria, ele dá um envelopinho com dinheiro, aí a gente mesmo vai lá faz as compra... tem a coleta da piedade, é prá enfermo, necessitado, tem a coleta da manutenção que é assim, pagar telefone, pagar energia, prá igreja, aí tem a coleta da construção, prá construir mais igreja, prá reformar, pintar, né, trocar um vitrô, uma torneira, tudo isso sai do bolso da irmandade, tem a coleta da viajem que é pros ancião viajar prá buscar ensinamento, aí reúne bastante ancião, os ancião mais velho pros mais novo, dá o ensinamento de como dirige a igreja, como deve se comportar, eles aprende depois passa prá nós, lê uma lista de coisa que a gente tem que fazer, uma doutrina... lá em Rondônia eles vêm uma vez por ano em São Paulo, aqui também deve ser assim também... a coleta é feita através do porteiro, ele fica com um paletó com bastante bolso, aí cada bolso é um tipo de coleta, pode dar prá qualquer coisa e não tem valor marcado, dá o tanto que quiser... o ancião é prá fazer batismo e marcar batismo, assim a época do batismo, se tiver algum casal brigando também pode ir pedir socorro a eles, se tiver enfermo também pode pedir pro ancião... prá uma oração tanto faz o cooperador, tanto faz o diácono, tanto faz o ancião, agora prá ungir tem que ser o diácono... o cooperador é atender o culto, falar, fazer o culto, ir orar em casa, a gente chama mais o cooperador que ele sempre às vezes mora mais perto, né... os ancião a gente quase não conversa com eles e os diácono quem trabalha no grupo tem bastante amizade com eles, quem não trabalha já não é assim, já não vê muito o diácono... não pode ser mais de uma coisa, é cada um no seu ministério."

ENTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL (Caso 9)

I- Identidade Sócio-Cultural

Mauro, sexo masculino, 30 anos, branco, natural de Nova Esperança-PR onde viveu até os quatro anos de idade, procedente de Campinas-SP desde então, separado há quatro anos (permaneceu casado dos 17 aos 26 anos), tem três filhos que moram com a mãe (12, 10 e 6 anos), mora atualmente com os pais, é o caçula de 8 irmãos sendo que todos residem em Campinas, mora numa casa de alvenaria com seis cômodos na Vila Padre Anchieta (bairro) com estrutura básica completa, no período em que era casado morava numa casa de fundos com sua família, estudou até a oitava série, começou a trabalhar com 15 anos como operário numa indústria, posteriormente trabalhou como torneiro mecânico e prensista sendo afastado do serviço aos 23 anos e aposentado por motivo de doença, renda familiar: aproximadamente 500 reais provenientes das aposentadorias do paciente e de seu pai, lazer: ouvir música, cotidiano (M- fica deitado ouvindo música, T- conversa com amigos, às vezes vai ao bar beber cerveja, N- assiste novelas na televisão), frequentou a igreja católica até os 22 anos, no período em que começou a apresentar o problema passou para a igreja Nazareno por influência principalmente de sua esposa. Frequentou semanalmente essa denominação até os 26 anos, época em houve a separação conjugal, desde essa época passou a frequentar essa igreja com uma frequência menor, frequentou também práticas espíritas de maneira regular (centro espírita kardecista) e eventual (espiritismo de umbanda) principalmente dos 22 aos 25 anos. Atualmente, diz que frequenta eventualmente a igreja Nazareno e dedica-se a estudos bíblicos com Testemunhas de Jeová. Não se enquadra em nenhuma situação específica.

II- Apresentação do Problema

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema?

"É um desvio mental... Eu sinto grogue, parece que trocaram de sentido comigo e eu fiquei desalienado, fiquei sem orientação nenhuma, fiquei desorientado, eu sou um cara no ar... muitas vozes, vozes de gente conversando, gargalhada de mulher, dentro da minha cabeça tocava banda, é porque eu me achei um mané e eu me achando mané, isso me prejudicou porque eu me julgava um cara já cabeça, um cara experiente e de repente minha cabeça mudou, parece que trocaram de cabeça comigo, alguém assumiu, trocou de mente assim na umbanda... eu sentia medo prá ir trabalhar, era um calafrio na boca do estômago, um mal-estar... senti que até os malandro do Rio de Janeiro ficou sabendo da minha existência, queria eliminar eu de alguma forma, queria acabar comigo matando eu aos pouquinhos, sabe, fazendo assim prá mim ir enfraquendo... eu tenho muita coisa na cabeça, sabe e foi realidade, doutor, que eu criei uma auto-confiança ni mim tão grande assim em briga que eu não tinha medo de ninguém, eu ia trabalhar com aquele calafrio... eu ficava ouvindo música assim no ouvido prá dormir, tocando música no ouvido, né, eu fechava o olho, eu via um cara diminuindo o volume do rádio e o volume da música que eu tava ouvindo no ouvido foi diminuindo também, senhor entendeu, então eu pus na cabeça, esse cara tá querendo mexer na minha vida, tá querendo deixar eu louco e foi assim, eu senti que a minha mente mudou, virou a mente prá uma outra pessoa e outra, o pensamento vinha sem eu querer, eu não tinha domínio mental, vinha, parece que acarretava da nuca prá mente, hora que o pensamento ia sair eu fechava os olho mas ele não saia, entendeu, quer dizer, alguma pessoa achou minha mente legal de alguma forma assim que quis prejudicar, quis pegar ela... sei, é um cara lá, é um marginal do caramba, é uma gang, doutor... ó, são quatro principais, um tinha um livro que tem orações, ele reza prá dominar mulher, um era pior que o Satanás de ruim, o outro quis se adiantar na minhas costas, quis pegar a força minha, pegar atitude, coragem, a auto-confiança, se agravou, sabe, grudou na minha alma, o outro pegou meu sentido, tirou meu sentido assim com baseado benzido em umbanda, eu fumei aquilo, aquilo foi prá minha mente, minha mente mudou e não voltou mais ao normal."

18. Você saberia dar um nome a esse problema?

"Não sei explicar, os médico fala que é uma esquizofrenia, né."

19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema?

"O que mais incomodou eu foi perder o sentido, se não acontesse isso comigo acho que eu tava trabalhando... o que incomodou também foi minha mulher mudar também, a minha mulher de uma hora prá outra ficar brava, nervosa, agitada, parece que ela virou a cabeça, aí eu ficava com dois problema, esse meu e aquele ligado nela, né, eu perdi a autoconfiança de mim, parece que a minha autoconfiança passou prá ela, minha

mente passou prá outro cara, meu ego foi prá outro cara, meu sentido foi prá outro cara, parece que despedeçaram eu, entendeu."

20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento?
"Eu acho que o problema apareceu por causa que eu entrei em companhia errada, né, doutor, gente que não gosta de perder, só gosta de ganhar, quando tava perdendo, esse cara mesmo, um desses aí, ele era capaz de ferrar até o pai dele, prá não se dá mal ele é capaz de ver o pai dele morrer às mingua."

21. Como você avalia a gravidade de seu problema?
"Eu acho que é grave prá moral do homem, onde já se viu, um cara igual eu era não trabalhar, dá esse desgosto pros filho, prá ex-mulher, onde já se viu um negócio desses, eu não tô desacorçoado de ter acontecido isso mas é uma coisa que tá ali presa, dentro de mim ali, incomodando... eu perdi muita moral, doutor, tem uma tal de Elenir, uma mulher, essa mulher não sei o que ela viu ni mim que essa mulher virou uma bruxa na minha vida, já faz quatro anos até hoje ela aparece ainda no meu sentido, ela manda pensamentos prá mim porque as vozes conta, as vozes fala a Elenir, não sei o que."

22. Como você acha que seu problema vai evoluir?
"É eu parando de beber por causa dos remédio... A droga pode ser um outro problema mas tomar uma cerveja eu acho que não viu, doutor, tomar uma cerveja eu acho que é uma maneira de eu descontrair, não é um problema, não é que eu sou alcoólatra, eu tomo cerveja, eu não bebo pinga, eu nunca bebi pinga na minha vida e se eu tomo cerveja eu toma quatro cerveja em três pessoa, quer dizer, prá mim não é um cerveja e meia, menos que uma cerveja e meia... a cerveja ela ajuda atacar os meus olhos impregnar, tira o efeito do remédio também e eu acabo se ferrando, às vezes quer atacar a síndrome da esquizofrenia ni mim, aí eu pego saio avoado... a droga eu acho que é um problema agora se eu fumar uma por vez não é, é uma maneira até d'eu me, como se diz, d'eu me sentir legal, entendeu, de vez em quando assim não é um problema mas pro meu pai e prá minha mãe é, né porque eles não aceitam isso... eu tô na coluna do meio, eu tô quase dependente mas não tô um viciado, eu não tô um viciado em crack, eu fumo porque eu gosto mas eu vou ter que parar porque a opressão que a minha mãe tá fazendo em cima de mim, eu vou ter que parar de qualquer jeito, eu tô disposto a ir prá igreja, eu sei que Deus vai entrar em mim de alguma forma... teve época, quando eu recebo assim, eu era acostumado fumar três pedrinha de crack, eu já fui viciado no final do ano, sempre no final do ano eu fumo bastante, eu fico agitado, parece que o dinheiro coça o sangue, sabe, porque é uma droguinha do demônio, né."

23. Como esse problema atrapalha sua vida?
"Me atrapalha arrumar uma mulher prá mim, a trabalhar, atrapalha minha convivência no meio dos outros, no meio até dos meus irmãos porque eu me sinto estranho... tem um cara lá, eu ouvi ele falar assim, vou tomar o lugar do Mauro na família, vou tomar o lugar de filho dele, eu escutei uma voz falando isso, parece que ele fez alguma coisa que ele se sente melhor do que eu no meio da minha família... ele era um cunhado, um ex-cunhado, então, ele quis tomar meu lugar na família e parece que ele fez alguma coisa que conseguiu me deixar desequilibrado no meio da minha família."

24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema?
"Me sinto, eu não me sinto mais um cara que tenha moral, eu sinto que eu sou um merda, um cara que de vez em quando tá legal de vez em quando não tá e os outros percebe isso, não é todo dia que tá a mesma coisa."

25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Porquê?
"Eu acho que as pessoas olham prá mim e falam, resmungam quando eu saio do bar, esse cara é meio esquisito, toma remédio mas é gente fina, gente boa."

26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?
"Não."

III- Causas do Problema

27. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema?

"Foi eu conseguir me libertar da minha ignorância, eu me libertei da minha ignorância e virei um cara legal, querendo comprar terreno, construir casa, aí a macumba caiu em cima prá mim não conseguir nada, entendeu, isso que causou."

Entre as opções listadas no cartão 1:

*** 28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?**

"Não, só revolta, nervosismo, revolta que é um outro problema que eu tinha quando eu era mais novo, eu era muito nervoso, muito revoltado por causa de brigaiada do meu pai e da minha mãe desde pequenininho, por isso que eu brigava, por isso que eu batia nos outros, por isso que eu bebia, usava droga, por isso que qualquer coisa eu ignorava e ninguém entendia isso, então o fato d'eu ser um cara ignorante assim e difícil de se pegar e de bater fez as pessoas entrarem ni mim de alguma forma diferente, prejudicar eu de uma forma diferente, entendeu. O principal fato da macumba foi essa revolta, esse nervosismo porque a pessoa não podia me matar, queria me matar e não achava meio, queria me bater, queria fazer alguma coisa comigo de raiva, que faltava se morder a noite assim de ódio de mim, então pegou e fez a macumba prá mim... eles não me pegavam porque não tinha atitude, eu era mais assim, mais atitude e bem na hora que eu tive a regeneração caiu a esquizofrenia, doutor... a regeneração é, é que eu era, eu era malandro mesmo, fumava maconha, cheirava cocaína, andava armado, andava prá zona, prá tudo quanto é lugar, a regeneração era, qual a palavra, é o arrependimento das maldade, então a hora que eu tive esse arrependimento, a hora que bateu em mim, que eu fiz até um amor com a minha mulher legal mesmo assim, saiu palavra eu te amo, te quero, sabe, não, não vamô deixar esse cara se dar bem, não, esse cara não pode se dar bem, não, não, os cara falou, sabe, se ele se dar bem eu fico louco, não sei o que... eu era um malandro assim, trabalhador mas gostava de beber minha cerveja, fumava minha maconhinha, cheirava uma cocaína de vez em quando."

"A falta de fé em Deus, o esquecimento de Deus"

"Um plano, um plano entre quatro, cinco pessoas... foi através da macumba, prá mim, mandaram o diabo na minha vida tanto é que quase que eu vejo o diabo, eu vi o satanás e eu acho que o diabo é o pior, mandaram o diabo na minha vida prá me enlouquecer, prá me deixar louco, acho que viram alguma fresta, me analisaram inteirinho, fizeram check-up... parece que trocaram até de santo comigo, de santo forte assim, senhor entendeu, todo ser humano tem seu santo, senhor tem um santo, eu tenho um, se eu trocar de santo com a pessoa, ela vai ficar com santo fraco, aí ela vai ficar ruim... eles trocaram de santo comigo, é uma conversa assim que não questão de santo lá do céu, doutor, é assim como um anjo a guarda, parece que trocaram até de anjo da guarda comigo."

"Uma demanda no meu modo de pensar fecha todos caminho da pessoa, trabalho e feitiço é uma macumbinha aí e tal mas demanda fecha todos os caminho e não tem saída, é mais forte."

"Pode ser uma doença, doutor mas eu era um outro cara, pô, eu não me sentia doente, hoje em dia eu acredito que eu tenha uma doença mas que foi posta pelos outro, tiraram um check-up de mim, viram uma frestinha assim e foi assim que infiltraram através da demanda dentro da minha cabeça, infiltraram ali ó, ali tem uma frestinha no Mauro, tem um cantinho ali, sei lá... uma maconha benzida, uma demanda forte, sei lá."

*** 29. Qual delas você considera como a principal causa?**

"Era perturbação espiritual aí virou doença de tanto insistir no mesmo assunto, insistir ali, insistir ali, insistir ali, batendo na mesma tecla, batendo na mesma tecla, acabou virando doença... mudou mais minha cabeça, já deixei de ser compreensivo com a minha mulher... as vozes é uma demanda, é um outro tipo de ato prá chegar ao enlouquecimento, que ouvi vozes igual eu ouvia, doutor, é brincadeira viu, eu ouvia risada mesmo, cá-cá-cá-cá-cá, aquela risada dentro do ouvido assim... eu acho que eu enlouqueci, sei lá, deram um baseado benzido ali prá mim lá que revirou minha cabeça inteira."

30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema?

- **migração:** "Não."
- **situação econômica:** "Não."
- **família:** "Teve, problema de família teve com a minha irmã e aquele cara lá."
- **escola:** "Não, na escola eu nunca senti isso."
- **trabalho:** "Uns 20%... inveja, as pessoa achava que ganhava bem, que eu era um, porque o meu ramo é ferramentaria, sabe, então as pessoa achava que eu ganhava bem e resolveram me prejudicar até nisso, eu tinha talão de cheque."
- **lazer:** "Não."

- **religião:** "Eu ia na católica... não, acho que o católico é a religião que a gente é mais perdoado por Deus, a gente não precisa tá tanto ali grudado a Deus e Deus protege mais a gente que um crente que tá ali direto orando."

31. Qual é a opinião de sua família e de seus conhecidos sobre as causas de seu problema?
"Meu pai nem sabe o que eu tenho, já faz oito ano e ele nem sabe o que eu tenho."
"Minha mãe acha que eu tenho que parar de beber, parar de usar crack, ir prá igreja, arrumar uma mulher dentro da igreja, de fé, que me respeite, que me ame, que minha vida muda, que é um castigo de Deus isso... eu acho que pode ser um castigo também porque eu, a minha irritação, o meu nervosismo, a minha ignorância fez eu fazer muita coisa errada... ela acreditava na macumba agora não acredita mais."
"Eles nem sabe, acabou a amizade que existia de nós, eles não fala nada , ninguém fala nada."
"Tem meu irmão mais velho que fala prá mim assim, Mauro, cê tem problema, né Mauro, cê tem que entender, cê tem que ficar na sua, você já tá aposentado mesmo... ele acha que é mais doença porque é Testemunha de Jeová, né... tem outro meu irmão também, eu falei, ô, que que é isso no meu olho que meu olho impreguina, que será isso, doença, Mauro, cê não pode beber, cê é doente."
"Meus pais acham que eu sou viciado, eles acham que meu problema é mais a bebida e a droga."
"Tem outros irmãos que acham que é a droga, acham que é bebida, prá mim parar de fumar e beber."
"Os cunhado meu, os cunhado meu fizeram assim ó, de ter acontecido isso, eles acham que não é nada, que eu sou fraquinho, sabe, mas não sabe que prá derrotar esses nervos aqui teve que ser uma demanda forte."

32. Você acha que há alguma causa relacionada com a piora de seu problema?
"Foi eu ter perdido a minha família, piorou tudo, afetou mais ainda, que eu era um cara cabeça prá caramba, doutor, eu pensava na minha família certinho, tudo certinho mesmo, pensava assim se vai faltar um litro de leite pro meu filho ou não, eu levava tudo aqui, ó, sabe."

33. Você acha que há alguma alteração em seu cérebro?
"Acho que tem, o que tá diferente é que o meu cérebro tem, deve ter uma mistura de ego, um pouco de ego de uma pessoa misturado com ego de outras pessoa, isso me deixa pirado... o ego é as vontade das pessoa, todo mundo tem seu ego, quer dizer, as minhas vontades tão todas misturada, é isso que eu acredito que fizeram ni mim, misturaram uma doença na minha cabeça."

IV- Situações de Ajuda

34. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde?
"Eu procurei uma mãe-de-santo porque eu achei que tinham feito macumba prá mim, algum trabalho, alguma magia negra, aí eu procurei uma mãe-de-santo, aí ela me ajudou bastante, é que ela morreu senão eu acho que ela até me curava desse problema."

Entre as opções listadas no cartão 2:
*** 35. Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema?**
- **familiares:** "Eu desabafei um pouco com meu irmão mais velho, só isso, só, depois ficou em segredo meu problema, só falei prá minha mãe, eu falei prá minha mãe que tavam colocando coisa na minha cabeça... eu acho que o meu problema teve uma perseguição, era um problema que tinha cura em seis meses e essa perseguição que fizeram comigo prolongaram meu sofrimento e até hoje isso me persegue, até eu me entregar."
- **amigos, conhecidos:** "Eu já deixei assim no ar que eu tenho uma esquizofrenia... prum amigo que eu fumo pedra junto com ele, eu já deixei no ar assim, eu tenho um problema que atrapalha arrumar mulher, eu me sinto inseguro, eu tô fracassado, minha mentalidade fechou, em vez de abrir fechou, esses tipo de conversa que eu falo... ele fala prá mim, ó, Mauro, você fica bebendo, pô, não pode beber, a bebida prejudica mais você do que a droga, a droga deixa você legal e a bebida corta o efeito do remédio, ele dá conselho prá mim."
- **remédios caseiros (chás, ervas, etc.):** "Já, já usei chá-de-alho, eu bebia tanta cerveja antigamente que parece que eu encharcava, senhor entendeu, sabe quando o senhor transpira e fica aquele suor esquisito, ruim, até nas costa assim que incomoda... usei chá de alecrim porque eu fui numa mãe-de-santo e ela falou, você põe esse chá-de-alecrim, cê ferve ele, passa sobre a sua cabeça três vezes que vai limpar sua cabeça, só que em vez de limpar, piorou."

- **livros de auto-ajuda:** "Li psicologia, psicologia eu li e procurei a parte de cérebro e lá tava escrito assim, algumas pessoas podem nascer com cérebro um pouco, cérebro dividido, eu até chorei, eu li esse livro, eu até chorei, eu nunca imaginava que eu ia cair numa situação dessas, sabe... eu tenho lá em casa lá, eu guardei dois prá mim, o meu irmão, os dois mais interessantes meu irmão roubou de mim, era sobre a parte de ego, de cabeça, de mente, que eu queria ler, eu queria saber do meu problema porque eu me sentia um tipo assim, um cara que a força de vontade que eu tinha de sarar, disso sair de mim, que eu me sentia um cara, falando eu quero que isso sai de mim, saía, senhor entendeu, então eu queria saber as palavras corretas, que eu mesmo poderia tirar isso da minha cabeça, entendeu... eu li algumas páginas do livre-arbítrio do Allan Kardec, é o Evangelho Segundo o Espiritismo, eu achei o livro interessante só que é muito cumprido e eu queria ler a parte da loucura, né porque lá no centro lá eles falam que tudo isso é influência de espíritos maus, inferiores e malévolos, senhor entendeu, tanto é que se eu tivesse vergonha na cara e seguisse lá certinho, eu acho que isso desaparecia de mim."
- **simpatias:** "Eu tomei banho de quebrar macumba e de limpeza de corpo... foi sete banhos, eu nem terminei os banhos, sabe, eu tomei dois banho depois desisti, eu tomei banho até de lodo, doutor, só que quando eu tomava o banho, pro senhor ver como que eu falo que esse problema meu é macumba, quando eu tomava banho, dava cinco segundo, parecia que derretia no meu corpo, parece que saía do meu corpo assim, aquela tentação que saía, o mal, sabe, eu fiquei bom um pouco, eu senti firmeza na mulher."
- **atividades adivinhatórias (cartomantes, búzios, etc.):** "Fui numa cartomante mas essa cartomante era ladrona, ela falou prá mim, ó, cê é bonito, quase que ela deu prá mim, se a minha mãe não tivesse junto acho que ela tinha dado prá mim dentro da sala mas ela falou assim, procura uns brotinho, vai atrás de uns brotinho, deixa sua mulher de canto um pouco, vai atrás de uns brotinho que sua cabeça muda, entendeu, ela achava que eu precisava provar o sabor de outras mulheres, senhor entendeu... eu amava minha mulher só que eu tava numa situação que eu, com vontade de pegar outra, senhor entendeu, tanto é que quando eu saía prá fora assim com meus amigo era prá pegar outras mulher, doutor, senhor entendeu."
- **orações:** "Eu oro, oro muito... antigamente eu orava, agora eu rezo, orar é a gente pedir prá Deus com as próprias palavras e rezar, não, eu rezo o Pai-Nosso, a Ave-Maria, creio em Deus Pai... antigamente eu orava, eu falava, Deus, por favor me cura dessa esquizofrenia, tira isso da minha mente, entra no meu coração, faz eu criar coragem, auto-confiança, segurança, faça de mim um homem forte senhor, tira de mim toda essa coisa ruim, essa coisa do contrário, essa era minha oração... agora eu rezo, pai-nosso que estais no céu, santificado seja o vosso nome, entendeu... eu rezo todo dia, na hora de deitar, às vezes eu oro antes também... foi assim, doutor, eu fui num pai-de-santo, no começo, e esse pai-de-santo falou comigo, eu vou deixar com você doze guias, esses doze guias vão te ajudar, aí, de tanto por vela ali, aí realmente começou a minha verdadeira cabeça, a minha verdadeira pessoa tava voltando só que a minha mulher, ela falou, Marcos, vamô prá igreja, aí eu pensei bem e fui prá igreja, aí eu misturei os guia com a religião evangélica e os crente não saía mais do meu pé porque eu era um malandro muito comentado no bairro, sabe e quando aparece caso de malandro assim, o senhor sabe que os crente vem tudo em cima, né, quer que se converte e dá o testemunho lá na frente só que meu problema piorou... eu tinha 22 anos, já tava com problema... eu acho que os guias podem ser um fruto de Deus mas na igreja, na igreja eles acreditam no Espírito Santo, misturou os guias com o Espírito Santo, então o Espírito Santo, eu ia na igreja, se Deus tentasse entrar no meu coração, na igreja, eu perdia o equilíbrio, aí eu vacilava com todo mundo, senhor entendeu, então eu fugi da igreja por causa disso... eu fiquei quatro anos, não seguindo, os crente me perseguindo... eu só orava, eu comecei a rezar faz uns oito meses porque eu quero me batizar de novo na igreja católica, eu acho que o católico tem mais chance de sarar do que o crente, doutor, porque o católico ele veve a vida, Deus tá com ele agora o crente, não, o crente tem que ficar ligado a Deus, ó, quando eu era católico, eu sentia mal assim de alguma coisa, eu rezava, eu pedia prá Deus e sarava, sabe, parecia que Deus me atendia em tudo mas parece que fizeram uma moléstia que me expulgaram, assim, prá não sair de mim... eu fui católico até os 22 anos, aí eu fui nesse pai-de-santo, ele falou que ia deixar esses doze guias comigo prá me ajudar e aí eu fui prá igreja também, eu misturei as coisa... a minha mãe foi numa mulher, acho que o que piorou minha situação foi isso, foi numa mulher e essa mulher falou que eu tava entre a vida e a morte, era uma macumbeira lá, sabe, só que essa mulher usou espírito ruim prá tirar isso de mim e me enlouqueceu, enlouqueceu minha cabeça, eu fiquei com ciúmes doentio da minha mulher e eu não tava doente, eu tava consciente de tudo que tava se passando, doutor, eu não tinha medo, podia ser o Mike Tyson, doutor, eu não tinha medo, não era esquizofrenia, era uma perturbação espiritual, aí acabou fazendo isso penetrar na minha carne."
- **promessas:** "Eu tentei fazer uma promessa em Aparecida do Norte só que faltou força de vontade, assim, deixar o cabelo crescer, cortar o cabelo, levar o cabelo, colocar lá, passar na fila onde tá Nossa Senhora da Aparecida depositar cinco reais, pedir prá ela a cura... eu fui lá mas não fiz isso."

- **benzedor, rezadeira:** "Eles falavam, ó, se você quiser procurar o médico é bom, tinha uns que não falavam, não desaconselhavam nem falavam nada... essa uma eu não fui, quem foi foi minha mãe... eu já tava na Nazareno fazia uns quatro meses, cinco meses por aí... a dona Célia foi a primeira que eu fui, ela falou, filho, fizeram tanta coisa prá você que fechou seus caminho mas eu vou pedir pros preto-velho tirar isso da sua cabeça, tanto é que eu tinha tanta fé naquela mulher, doutor, se ela não tivesse morrido ela me curava, tanto é que eu vi ela dentro de casa andando, flutuando no alto assim quando ela morreu... essa mulher que a minha mãe foi ela já é diferente, ela fez eu ouvi as coisa, ah, eu deitado na cama eu senti que tava ouvindo os outro conversar na rua, vinha tudo no meu ouvido aquela conversaieira, sabe, aquela conversaieira de homem, de mulher dando risada, eu ouvia risada de bruxa, sabe... teve esse, né, que falou que ia deixar doze guia comigo, ele disse, esse trabalho que fizeram prá você vai te prejudicar muito... minha tia que falou prá ir, eu tenho pouca conversa com ela, sabe doutor, mas ela é uma mulher que tentou me ajudar, ela falou, ô Mauro, que quando eu ia lá tinha meus primo, era uma animação do caramba e agora eu chego lá cabisbaixo, quieto... ela falou, Mauro, você é um cara abençoado por Deus, você é alegre, você é contente, você trabalha, não bebe pinga... na dona Célia foi um amigo de trabalho meu, eu tava trabalhando, ele falou, ô Mauro, eu falei, eu tô com um problema aí rapaz, não sei o que tá acontecendo comigo, sabe, eu tava encucando, sabe, aí ele falou, vai na dona Célia, deu o endereço prá mim, ela protege lá em casa, ela é uma ótima benzedeira, ela é uma ótima pessoa, aí eu peguei e fui... eu fui num tal de seu Ricardo, seu Ricardo falou assim, isso daí é um encosto e esse encosto mandaram prá você prá virar o seu sentido, vai nesse lugar aqui, aí eu fui na São Benedito, tanto é que se eu tivesse seguido lá eu sarava... é uma casa espírita de umbanda... a mãe-de-santo de lá falou, o seu problema tá no osso já, filho, demora prá sair, vem aqui que a gente cura você mas eu não vou, eu não sigo, eu vou de vez em quando só... o lugar que eu fui mais com frequência mesmo quase um ano seguido e melhorava prá caramba foi a União Espírita do Kardec... eu fui uma vez numa outra também, ela falou, tão querendo trocar o seu sexo, falou vou tirar isso e você, falou prá mim ir lá dez vezes que ela tirava... foi tudo no começo, eu procurei várias coisas, eu procurei várias opções, vários lugares, uma outra macumbeira, foi mais de quatro, uma mulher que dá até medo, doutor, sabe porque dá medo, porque desce até o demônio na mulher e eu tenho medo de mexer com esse negócio... eu já tava na Nazareno, eu misturei tudo, doutor, fiz uma baderna dentro de mim."
- **procissões, romarias:** "Não... eu fui numa excursão prá Aparecida do Norte e Taubaté, faz uns oito meses que eu fui, levei os meus filhos comigo... eu fui lá prá levar meus filho prá passear, pedir pro padre, ô padre, eu soube da sua igreja, eu não me sinto mais igual eu me sentia antigamente, eu sou um cara um pouco fracassado, eu peço a cura para o senhor, eu peço a renovação da minha mente, e saí da igreja, só isso... é uma excursão porque a minha irmã e meu cunhado têm um ônibus, né, eles têm um ônibus e uma topic e esse meu cunhado, ele faz excursão com o ônibus, é a sobrevivência dele, ele vai prá Santos, vai prá Taubaté, vai levar nego jogar bola em outra cidade... prá Aparecida do Norte eu já tinha ido com 18, 21, eu fui quando eu fiquei grogue porque no começo eu fiquei grogue, eu fui pedir prá Nossa Senhora tirar isso de mim."
- **bíblia:** "Eu tô tendo estudo bíblico todo Domingo, um sobrinho meu e um amigo dele vão em casa, eles são da Testemunha de Jeová, eles querem que eu adquira o conhecimento da bíblia... eu não tô querendo virar Testemunha de Jeová mas eu quero conhecer, é igual eles falaram, ó Mauro, cê tem a mente suja, Deus é assim, ó, o conhecimento é assim, você tem um copo sujo aqui, você vai jogando água, joga água, vai saindo um pouco de sujeira, você vai adquirindo conhecimento, cê joga mais água, mais água até a sujeira sair tudo, aí cê fica lúcido adquirindo conhecimento... eles que se ofereceram e eu aceitei pensando na cura, tem hora que eu fico curado, doutor mas tem hora que piora de novo... eu lia com o Jairo, né, que foi um dos crentes que mais pegou no meu pé, na igreja Nazareno, abre a bíblia em tal livro e tal livro, aí ele dava explicação e eu ficava lá atrás ouvindo, tanto é que eu conseguia ler a bíblia... de vez em quando eu leio só o salmo 91 porque o salmo 91 diz tudo sobre meu problema... diferença eu não sei, só muda as palavra mas tudo quer dizer a mesma coisa, só que a religião, uma acredita no paraíso na terra e a outra acredita que quando a gente morre a gente vai morar com Deus, quem for bom, essa é a Nazareno agora a Testemunha de Jeová acredita que no final do século, no armagedon, né, que o final de tudo, vai haver um paraíso na terra e quem tiver com Deus que vai morar nesse paraíso, sem dor, sem sofrimento, sem maldade, sem crime, sem doença."
- **padre, pastor, pai-de-santo:** "Pastor eu conversei com um, ele falou prá mim, frequenta a igreja que Deus te cura, ele falou, ó, você pode ter sido vítima de uma magia negra, vai demorar mas eu te curo, guenta firme... da Nazareno."
- **atividades em igrejas:** "Eu fui na Assembléia de Deus, ó, doutor, não é por nada não, eu já vi homem de fé mas igual o homem de fé que eu vi nessa igreja Assembléia de Deus eu nunca vi, o homem quase fez eu chorar porque ele orando, ele orando, ele orando ali, ele pedindo ali, de repente parece que veio uma coisa assim no peito assim, foi apertando, foi apertando, quase assim que sai os demônio prá lá, sabe, eu acho que

se eu tivesse tido um pouquinho mais de fé ele tinha me mudado, tinha me convertido aquele pastor lá... eu não voltei porque, ah, sei lá, falta de vontade, eu sou, eu já desanimei já dessa esquizofrenia... a igreja do Nazareno, ah, fui muitas vezes e eu tô pensando em ir de novo, eu tô pensando em seguir firme, vê se tira o vício do crack de mim, vê se tira o vício da bebida, até do cigarro... a primeira vez eu fui por causa desse problema, minha mulher me chamou, ela conhecia o pastor e me apresentou o pastor e a gente ficou amigo, tanto é que esse pastor, vixe, ele falava assim, Mauro, tenha fé em Deus, esse problema seu tem cura, vai sair de você... na Assembléia de Deus foi o meu cunhado que faz excursão, ele foi só, ele tinha acabado de sair da cadeia e ele fumava crack prá caramba lá dentro, sabe, então foi aí que prá ele poder ganhar um pouquinho de moral ele correu prá igreja, prá parar de fumar crack e conseguiu parar o filho da puta, não fuma de jeito nenhum mais, criou responsabilidade, ele tinha uma inveja de mim, doutor, quando a gente era mais jovem, que eu era trabalhador e ele vagabundo do caramba, sabe, minha irmã que sustentava ele, depois que ele foi preso que ele saiu já mais experientão e eu tava com meu problema, hoje em dia ele tira eu porque às vezes eu fico amuado, fico sem jeito... na Universal eu já fui uma vez, fui eu, minha mãe e dona Nana... eu tinha 27... dona Nana é uma senhora que vende roupa, é uma senhora de fé, doutor, ela tem uma fé em Deus do caramba, sabe, é amiga da minha mãe... ela chamou minha mãe e minha mãe chamou eu... eu achei a igreja Universal uma igreja onde tem muita fé, se a pessoa for cantar e chorar e pedir prá Deus com coração, com fé, consegue qualquer coisa na vida, a minha fé tá muito fraca, doutor, eu sofri demais... eu conversei com um pastor da Universal, falei assim, ô pastor, eu tô com um problema aí, não sei o que foi, a minha cabeça foi virada pro outro lado, eu sinto mal-estar, falta de, insegurança, ele falou, vai e senta lá na frente que Deus vai te abençoar, senta lá na frente que Ele vai te curar... igreja católica eu fui muito também, com minha mãe."

- **centro espírita:** "União Espírita e São Benedito... minha mãe me chamou prá ir na União Espírita Allan Kardec e o seu Ricardo me aconselhou ir na São Benedito... é um senhor que vende remédio medicinal, ele benze e receita o remédio, ele faz uma misturada lá de remédio medicinal lá e manda a gente tomar... é um antidepressivo, um antidistônico que ele fala antidistônico, eu não sei prá que que serve, um prá fortalecer os nervo e outro prá parte sexual... é planta, ele mistura as planta lá e faz um líquido lá e vende, vende por conta, na casa dele, ô, eu quase morri com esse remédio, ele falou que eu não podia fumar nem beber, né, só que eu fui fumar um cigarro, o meu cigarro na hora veio no coração, aí eu tomei uma clorpromazina, deu batedeira... na União Espírita eu conversei com os dois médium de lá, aí que, aí que o médium falou prá mim, isso, Mauro, que você tem é uma esquizofrenia, ele falou prá mim, ele é psicólogo na igreja, ele é espírita e é psicólogo, um homem, ó, forte de cabeça mesmo, ele falou, você tem uma esquizofrenia só que essa esquizofrenia sua é assim, o espírito vem, o espírito mal vem, coloca na sua cabeça, aí se fica, né, aí a gente afasta ele, cê volta no seu equilíbrio mas ele volta de novo e deixa você ruim, aí cê vem aqui, a gente tira ele, você volta a sua cabeça de novo, só que cê tem que frequentar... falou, ó, cê toma o remédio certinho que seu médico receitar e segue aqui que cê sara... eu ficava sentado, tomava passe, punha a mão na cabeça, pede prá afastar os espíritos maus... num centro espírita, espírita mesmo, não do Kardec, ela falou, é um espírito de outra encarnação aí dentro de você, tanto é que eles fizeram um trabalho especial prá mim, aí desceu um espírito na mulher lá, eu falei, se esse espírito tiver raiva de mim igual essa mulher me xingou agora eu tô ferrado, deve ser o Satanás, viu, e eu senti a vibração espiritual por isso que eu acredito que existe espírito."

- **farmacêuticos:** "Não, eu tenho confiança no homem da farmácia lá mas remédio pros meus filho, benerva prá mim, uma vitamina C, um xarope quando meus filho precisam, prá esquizofrenia não, todo mundo sabe, nego já olha prá mim, o Mauro, o Mauro não tá com porra nenhuma não, os cara de lá olham prá mim com esse olho, eu já tô assim já."

- **terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.):** "Eu tomei um remédio homeopático já, quem receitou prá mim foi a dona Célia, e receitou tônico fortificante, eu comprei na farmácia... não, nunca fui."

- **grupos de auto-ajuda (alcoólatras, neuróticos anônimos, etc.):** "Não."

- **psicoterapias (psicanálise, comportamental, etc.):** "Passei na psicóloga lá no Posto, fui umas vinte vezes depois num fui mais, ficava pintando florzinha, fazendo coisinha, não gostei, não, num, teve um dia lá que achei bom que quase volta meu espírito de trabalho, sabe mas eu desisti porque, ah, nego fica olhando prá gente com olhar de doente mental, que a gente é doente mental, não gostei... o bairro inteiro, eu era conhecido, ô, doutor, eu era comentado prá caramba, eu não gostei disso e não fui mais."

- **médicos clínicos gerais, especialistas não psiquiatras:** "Eu procurei um clínico geral no hospital, falei assim, ô, doutor, eu tô com um problema sério aí, eu tenho dois filho prá criar, eu tô muito fraco, eu quero que o senhor me ajude, eu tô ficando perturbado e eu tenho que me sentir forte prá mim me sentir seguro, ele falou, ah, tudo bem, então receitou um litro de glicose, vixe Maria, doutor, mas eu fiquei, isso aqui estufou

tudo assim, ó, eu ia trabalhar, eu levantava quase 150 quilo assim, ó, um cara de um lado e eu do outro, colocava em cima do carrinho... não, não falou nada."
- **médicos psiquiatras:** "A primeira vez que eu fui num psiquiatra eu falei assim, ô, doutor, minha cabeça tá virando, eu tô me sentindo outra pessoa, que que tá acontecendo comigo, ele olhou bem pro meu olho, ele falou, toma esse remédio aqui e frequenta um centro espírita, ele era espírita e psiquiatra, por isso ele me falou prá mim frequentar o centro espírita, por isso que eu fui... ele passou haldol e akineton... eu fui internado duas vezes, ah, doutor, é uma coisa muito ruim demais, a gente fica ali no meio de nego que não tem noção, às vezes a gente tem que ter atitude, a minha atitude ela acabou, a gente precisa ter atitude até de brigar com alguém na porrada, ah, não dá, não, a minha atitude acabou, eu enfraqueci, se eu for brigar com alguém eu apanho até de um moleque de doze anos, tô muito fraco... o psiquiatra do hospital é igual, receita remédio a mesma coisa que os outro, eu fiquei quinze dias tomando remédio, depois de quinze dias conversa com ele de novo, o psiquiatra... eu achei bom, ele receitava fenergan, haldol, rivotril, dois fenergan, dois haldol e um rivotril, uma vez a noite, uma vez de manhã e uma vez a tarde."
- **outros:** "Não."

*** 36. Qual delas você procurou em primeiro lugar?**
"Em primeiro lugar foi a dona Célia."

*** 37. Qual delas você considera como a principal forma de ajuda no momento? Por quê?**
"O tratamento e o espiritismo, eu voltei lá mas eu quero entrar prá linha esquerda, não quero ficar na linha direita, não, na linha branca, na linha direita, a gente fica assim fraco, aquele negócio, fragilidade, então eu quero me sentir um pouco mais forte... eu quero entrar numa casa mais forte, fumar o cachimbo do caboclo, tô querendo voltar na umbanda... eu não tô indo mas eu tô querendo guardar dinheiro agora, eu vou economizar o meu dinheiro prá ir... eu tava pensando em ir numa mãe-de-santo que falaram que é forte, tô querendo isso, tô querendo passar prá linha esquerda, coisa ruim, que tire e faz a gente ter atitude... a igreja católica, se eu for vai ser prá me batizar de novo mas eu não vou, não, eu tô sem noção nenhuma, doutor, eu tô com a cabeça tão ultrapassada que não sei, só se for o caso do destino mesmo."

*** 38. Você já tinha procurado alguma dessas situações de ajuda antes do aparecimento de seu problema?**
"Nada, nem na igreja eu não ia, eu só curtia, eu só pensava em curtir, mulherada, bebida, fazia umas oração só prá dormir, só... ó, doutor, eu era tão ruim que podia tá frio, se eu cismasse de dormir sem coberta, eu dormia porque eu queria sentir frio, minha mulher falava, Mauro, cê vai ficar doente, eu falava, se cobre aí, eu não quero me cobrir e dormia no frio."

V- Relacionamento Clínico

39. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo?
"No remédio, né, na parte psicológica, na parte mental, ajudando assim a gente firmar a mente de uma forma diferente, de cura, tranquilizar mais a gente por, assim, a respeito da doença."

40. Na sua opinião, qual é a diferença entre o trabalho de um psiquiatra e o de um clínico geral?
"A diferença é que o psiquiatra tem um pouco mais de dificuldade porque ele tem que receitar um remédio e a pessoa vai tomando durante um prolongado tempo e o clínico geral não, é uma coisa simples, se a gente toma um remédio dentro de 24 horas a gente melhora, sara... eu acredito que tem muita diferença porque o psiquiatra é um médico de cabeça e o clínico geral já é mais da parte de doenças normais, o psiquiatra é paranóia, piração, falta de equilíbrio... doenças normais, por exemplo, gripe, febre, dor de ouvido, dor de cabeça, estômago, rim, pulmão... as doença do psiquiatra é mais difícil porque a gente tem que fazer um tratamento de prolongado tempo, né, doutor, e às vezes o psiquiatra luta pro paciente se recuperar e o paciente às vezes recai, às vezes melhora, recai de novo, o psiquiatra tem que estar sempre ali vendo como que tá a pessoa, se tá melhorando ou se tá piorando."

41. Você sabe o que quer dizer psicoterapia?
"É uma forma de ajudar o paciente mentalmente, psicologicamente, se enganchar na sociedade... conversa, né, conselho, passar prá gente uma força positiva."

42. Você teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)?

"Eu tive vergonha e medo de falar a respeito da minha doença porque eu achava que um psiquiatra poderia me ignorar, falando assim que isso aí é coisa da vida, pegou mesmo e acabou, não tem tratamento prá você... eu senti muita mágoa, eu acho que nem deveria ter procurado um psiquiatra, doutor, se o senhor quer saber, deveria ter aguentado calado, quieto, por mais forte que fosse o problema, continuar firme porque o remédio parece que, antes, antes eu não impregnava o olho de maneira alguma, depois que eu comecei tomar remédio que meu olho começou impregnar, eu acho que acabou me prejudicando um pouco mais e agora eu não posso parar mais o tratamento, eu me sinto inseguro, eu tenho medo de dar um desespero ni mim, uma crise assim que não dê prá mim me controlar... eu acho que ele podia ter sumido sozinho, com o tempo, eu acho que as pessoas não iam ficar tão ligada assim no meu problema, que a gente começa tomar remédio as pessoa já começam perguntar, o que que cê tem, que que aconteceu com você, você melhorou, você piorou, a gente nunca sai desse tipo de conversa... eu senti uma opressão em cima de mim, tão forte, tão forte que parece que explodiu meu livre-arbítrio e entrou outro, meu sentido saiu e entrou outro sentido, eu sinto cabo de aço no braço me levantando assim pro alto, tipo alguma pessoa torturando eu aos pouquinho, sabe, até eu cair na situação de invalidez."

43. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com o médico (entender o médico ou ele entender você)?

"Dificuldade que eu tive de comunicação com o médico, doutor, foi o seguinte, de falar a respeito do meu problema, eu tinha muita vergonha, eu cheguei a transpirar na frente de um médico, de falar que eu sentia uma frescura, um negócio que escandalizava, virar franga, esses negócio, sabe, eu até cheguei transpirar na frente dele de tanta vergonha mas falei... não, não, eu sempre entendi tudo... eu achei uma vez que um médico desfez da minha pessoa como paciente porque ele falou que o meu caso ele não pegava prá tratar, ele falou prá minha mãe, o caso do seu filho eu não pego prá tratar, procura outro médico, não deu explicação nenhuma."

44. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?

"Eu sempre procurei tomar os remédio mas eu fiquei dois ano e sete meses sem beber e sem fumar nada de droga, dois ano e sete meses e durante esses dois ano e sete meses eu tomei o clorpromazina, tomei o akineton, tomei o melleril, o stelazine e melhorei cem por cento... às vezes eu falto, dá medo de mostrar a falta de amor a si mesmo, bebendo, fumando, essas coisa, medo do médico também chamar no saco, né, só que eu quero mesmo parar de tudo, doutor... às vezes eu tomo três akineton de manhã, tem um pouco a minha, doutor, se eu ficar tomando remédio direto, direto, direto, vai me dando um bagulho que meu olho, eu fico esquisito assim, impreguina assim mesmo, então eu senti uma sensação tão ruim que eu tinha que correr beber uma cerveja ou então fumar um crack prá poder passar, sabe aquela situação desesperadora, por exemplo, se eu tomasse duas cerveja passava e se eu fumasse só uma pedrinha de crack também passava, mas uma agonia mesmo, isso foi posto pelos outro, sabe, depois que aconteceu isso comigo, doutor, muita gente cresceu no meio da minha família, sabe, porque eu era muito respeitado, né, então, ah, inclusive meu irmão mais velho, quando alguém vinha conversar com ele a respeito de algum problema, eu chegava perto ele falava, não, conversa com meu irmão aqui, ele sabe resolver aí, ia embora e eu resolvia o problema tranquilo, hoje em dia eu não sou mais assim... às vezes eu aumento o remédio, tomo um diazepam a tarde prá me sentir melhor, eu tô me sentindo sozinho, parece que tiraram tudo meu amor do peito, do coração, o diazepam age numa melhora grande assim no sistema, até na dor nas perna, na agonia da esquizofrenia, parece que ele age combatendo aquilo e faz passar a agonia... a cerveja e o crack é quando impreguina o olho e quando eu tô com muito remédio no sangue, eu sinto uma situação esquisita que precisa eliminar os remédio, primeiro eu tento tomar diazepam, se não resolve eu tomo cerveja... às vezes eu tomo dois clorpromazina a noite, às vezes eu tomo um, quando eu bebo eu acho que eu tô sem o efeito do remédio, começo a ficar meio esquisito, sabe, a barulhada, aí a noite eu tomo dois, aí no outro dia eu não bebo, eu passo vinte dias sem beber."

VI- Problemas Gerais de Saúde

45. Na sua opinião, o que é um problema de saúde? Quais os problemas de saúde que você conhece?

"É coisa ruim, né que a pessoa pega, nervosismo, ansiedade, por exemplo, se a pessoa tem um vício de alguma coisa, às vezes pode ser uma doença... eu acho que esse problema meu é feitiço, coisa feita prá acabar

com minha moral, eliminar eu, é o feitiço que deu a doença e continuou infernizando, fazendo feitiço direto prá mim não sarar, prá manter a doença até ficar sequela... eu acho que eu tenho, a sequela minha às vezes é alguma coisa que veio na mente assim que eu não quero pensar e penso, é o olho impregnar prá cima, sentir frescura, essas coisa, eu acho que eu já fiquei sequela disso... eu acredito que o feitiço deixou eu doente."
"O problema de saúde é uma coisa da vida, a pessoa ficou doente... a diabetes, o câncer, reumatismo, várias coisas, doutor."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 46. Quais delas você acredita que são causas de problemas de saúde?**
"A falta de cuidado, a falta de se cuidar, cuidar da saúde da gente, não beber, não fumar, não usar droga, sempre tá se alimentando bem, comendo fruta, tomando uma vitamina prá repor as energia que tá perdendo."
"Isso pode causar se a pessoa for muito do gênero ruim, se a pessoa tiver o gênero muito forte uma desconfiança pode virar uma doença, se ela não aceita certos tipo de coisa, né, aquilo lá vai virando uma doença nele sem ele perceber... o nervoso pode subir prá cabeça, já dá moleza, dá dor de cabeça, vários sintomas, emagrecimento, desânimo, conforme o tempo, revolta."
"Demônio destrói a gente, aos pouco vai destruindo a gente, atentando, às vezes uma macumba prá pessoa nunca largar do vício de beber, então a pessoa vai bebendo, vai bebendo, vai bebendo até que se destrói... o demônio vem junto com a macumba e deixa a pessoa enlouquecida por alguma coisa, por algum fato, algum problema psicológico... não, o demônio diretamente não, só mandado por alguém e a pessoa tem que ser confiante, autoconfiante, né, a pessoa, eu acho que a pessoa autoconfiante nunca fica doente, viu doutor, com problema psiquiátrico, é uma proteção, uma segurança que a gente tem... eu não tô autoconfiante, hoje eu acordei autoconfiante mas parece que puxaram de mim, a autoconfiança é a alma do negócio, se eu tenho ela eu tomo menos remédio, eu tenho fé em Deus e a fé não deixa eu perder aquele auto-estímulo... a pessoa autoconfiante não tem medo de nada, batalha, trabalha, enfrenta a vida, hoje eu acordei até com sorriso no rosto, sorriso na boca, pensei, tô sarando, pô... eu tive várias recaidinha pequenininha, a recaída vem de um fato que acontece porque na rua que eu moro todo mundo sabe do meu problema e eu pus na cabeça que todo mundo às vezes fica constrangido, vê a minha melhora, pensa que a minha melhora é prá eles e aquela voz também, aqueles vulto falando, você vai se foder, você vai ter que pagar, você vai ser infeliz... a falta de fé leva a gente à insegurança, vai acabando a autoconfiança... reencarnação pelo que eu aprendi na união espírita, a reencarnação é um presente que Deus dá prá gente prá gente se aperfeiçoar até chegar num estágio que a gente não precisa reencarnar mais, a gente fica direto com ele no céu... eu acredito que a gente tem várias influência, muita influência ruim, gente do espírito fraco, né."
"Ah, dá, um traumatismo craniano, o cérebro não funciona direito... eu era muito revoltado, né, que meu pai na gravidez da minha mãe de mim, ele encostava faca na barriga dela, ele chegava bêbado em casa e fazia isso, então eu acho que aquele nervoso, aquele problema da minha mãe, acho que aquele trauma dela, aquele nervoso que ela ia passando ia passando tudo prá mim e eu cresci um cara revoltado, e a minha revolta não entenderam a minha revolta porque toda pessoa revoltada tem um dia que tem a sua regeneração, certo, e na minha regeneração não me entenderam e me macumbaram, quiseram a minha regeneração prá eles, senhor entendeu, tipo assim, pegaram aquela regeneração minha, aquele, aquela transformação de moleque prá homem."
"Pode, pessoa muito desmazelada, não lavar os alimentos, não lavar a mão, num, ela pode adquirir vermes, várias coisas... se a gente por a mão em alguma coisa que tá infeccionado, se por a mão na boca é perigoso pegar um vírus aí que pode levar até a morte, vários vírus, de rato, de barata, de cobra, de sapo... por comida, pode levar uma diarréia, um mal-estar, uma congestão... o álcool leva a pessoa até a morte, ele vai te destruindo aos pouquinho, né... às vezes eu bebo, eu tô me prejudicando também mas eu tô fugindo do problema, tô fazendo assim com aquela agonia, mais é por causa disso... às vezes é por sem-vergonhice, viu, doutor, eu não vou beber mais não, vou parar com isso, que eu gosto de tomar cerveja, gosto mesmo, gosto de tomar uma cervejinha sim... pode levar uma gripe, uma pneumonia, a pessoa misturar o frio com quente, uma febre, por exemplo o senhor toma um leite gelado e toma um copo de café fervendo em cima pode levar um estopor, estopor é a gente impregnar a boca prá trás, virar a boca boca prá trás assim e ficar doente, paraplepsia assim, minha irmã teve isso e não sarou... quebrar dieta pode levar a mulher a algum tipo de problema, então o cara tem que respeitar, o marido dela tem respeitar os quarenta dias certinho prá ela poder se recuperar, sem ter relação."

*** 47. Qual delas é a principal causa de problemas de saúde?**

"A falta de alimentação, a falta de verbas prás pessoas viver melhor, a falta de compreensão do governo, da ONU, da Organização das Nações Unidas, aquela falta de verbas prá manter as pessoas que tão passando fome e frio, prá manter eles, eu acho que a falta de justiça, né, vai levando as pessoa à doença."

48. Quais os problemas de saúde mental que você conhece?
"A epilepsia, a esquizofrenia, o enlouquecimento da pessoa, o mal raciocínio, a mal memória, a mal compreensão... o enlouquecimento é uma doença, essa doença minha mesmo se a gente não tratar leva no enlouquecimento, no enlouquecimento a gente já vai direto no hospital, quer matar, quer bater, tem que segurar, tem que amarrar, né e a esquizofrenia controlada não, a gente já vai com calma, sabe explicar o problema, sabe se comunicar... eu acredito que depois que aconteceu o enlouquecimento é só injeção mesmo, uma tranquilizante, uma sossega-leão que tem cura."

49. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e os outros problemas?
"A diferença é que a doença do corpo, doutor, a gente pode sarar com uma injeção e a doença da cabeça não, a doença da cabeça a gente tem que tomar bastante remédio, a doença da cabeça a gente num, perde até o, se a gente não souber levar a coisa a gente perde até o respeito dos outro."

50. Na sua opinião, existe alguma relação entre os problemas de saúde mental e os outros problemas de saúde? (questão 26)
Observação: O paciente referiu não ter outro problema de saúde na questão 26.

51. Na sua opinião, como um remédio age em você?
"O remédio desce, bate no estômago, dissolve, corre prás correntes sanguínea, das correntes sanguínea passa pelas veinha do cérebro até chegar num ponto que ali que ele tem que melhorar a pessoa, aí chega naquela ponto ele ultrapassa também e vai prá outros lugares mas sempre passa por aquele pontinho que a pessoa tem de doença mental e às vezes cura, às vezes demora prá curar, às vezes nem cura... no caso ele dá a clareza, que nem o diazepam tranquiliza tudo, deixa a gente sereno... a clorpromazina também diminui a ansiedade, eu não sei muito bem prá que que serve a clorpromazina, só sei que quando eu tomo o diazepam, principalmente uns dias atrás aí, parecia que eu sarava, sabe, ficava legal mesmo mas parece que pegaram esse efeito do meu remédio prá eles, prá outra pessoa, sabe, é tipo como se tivesse pessoas aguinhando no meu olho assim, ó, sabe uma pessoa quando começa cutucar um olho pr'aquele olho ficar cego, começa cutucar, cutucar, vê uma melhora, vai lá, cutuca, melhora de novo vai lá cutuca até deixar a pessoa cega, eliminar a pessoa, acho que a minha esquizofrenia, eu na mão dos outros, esquizofrênico desse jeito que eu tô, eu tô nessa situação... eu acho que a injeção além de animar a gente, ela consegue combater mais a doença levando até a cura, se a pessoa, eu não tenho essa chance... a injeção mexe no lado mais forte, faz o lado mais forte, é como se ela limpasse assim as vontade, separasse tudo eliminando aquela parte que não é da pessoa, deixando a parte que é da pessoa e equilibrando."

52. Qual é sua opinião sobre a loucura? O que é a loucura para você?
"Loucura é uma coisa que leva a pessoa até a morte, né, doutor, ficou louco, come merda, rasga dinheiro, não come, é a doença do enlouquecimento, o transtorno mental geral, a loucura é."

53. Você tem a capacidade de realizar algum tipo de cura? Como você utiliza essa capacidade?
"Eu durante quatro anos me julguei desse jeito, eu me sentia igual um pastor, sabe aqueles pastor que tem muita fé em Deus, espantava até demônio, espantava até demônio, doutor, até as doencinha dos meus filho eu pensei que era eu que curava e eles tinham tanta confiança em mim que qualquer coisinha eles reclamavam prá mim... eu achava que eu tinha capacidade, quer ver, esse negócio de devoção mesmo, eu achei que no começo do meu problema levaram meu nome no centro de candomblé e trocaram a devoção comigo, pegaram o meu nome do pai, trocou de pessoa, sabe, e eu de tanto que eu orei, que eu adquiri fé, eu acabei acreditando que eu sou um cara poderoso até de fazer a cura de uma anemia, de um, de um reumatismo, até desse problema meu aqui assim eu achei que eu tinha capacidade de curar... eu ia observando assim, as pessoas cabisbaixa eu quero que reanima, prá ver se a cabeça reanimava, conforme eu analisava, eu pegava aquele problema da pessoa e falava, quero que sare, a pessoa sarava... hoje eu não tenho mais, parecia que o demônio mesmo era só falar assim, sai, ele, vuuu, saia de perto de mim... eu achava que eu tava com macumba mas fui forte de aguentar e superar um pouco, eu era mais poderoso, depois parece que meu nome entrou na televisão, né, o nome da gente entrou na televisão e tem uma pessoa ali na televisão que não vai com a sua cara e essa

pessoa começou a me cutucar, cutucar aos pouco até que fez eu enxergar diferente, fez eu ver que eu não sou nada, que eu não sou bosta nenhuma, que tentou piorar minha doença, nessa época eu vi que a macumba venceu eu que eu tive o enlouquecimento."

54. Qual é sua opinião sobre a causa do (sarampo / diabetes / tuberculose / lepra (hanseníase) / AIDS / suicídio / depressão / alcoolismo)?
- **sarampo:** "Não sei."
- **diabetes:** "Açúcar no sangue, comer muito doce."
- **tuberculose:** "Cigarro, droga, vai no pulmão e o pulmão acaba enfraquecendo e causa a doença."
- **lepra:** "Lepra é desmazelo, não tomar banho, pisar em lugar sujo, pisar em lugar onde tem rato, barata, sapo, cobra, essas coisa, a pessoa pode pegar uma lepra, vai enchendo de ferida as perna."
- **AIDS:** "AIDS é a relação sexual com parceiro que a gente não conhece, né, e não usar camisinha... através de uma operação, uma seringa que não seja descartável."
- **suicídio:** "Essa doença minha, se tiver uma opressão muito em cima, se a pessoa for fraca... assim pelo desprezo também que os outro dá prá gente, né, uma pessoa desprezada acho que acaba se matando, mesmo sem tá doente."
- **depressão:** "Não sei, não sei explicar."
- **alcoolismo:** "É beber todo dia vai virando alcoólatra, é um vício, é um vício forte que às vezes, em certos tipo de pessoa leva a pessoa a um zero a esquerda, tem gente que não, que é mais superior, mais forte, mais alegre, mais animado, sadio, né, tem uns que já começam bebendo pinga, nunca bebeu nada, vai no bar bebe pinga, em vez de tomar uma cervejinha vai no bar bebe conhaque."

VII- Comentários

"Ô, doutor, eu vou falar uma coisa, parece que tão tirando meus filho de dentro de mim, doutor, tão puxando, tão tentando tirando tirar meus filho até do meu coração, sabe, o sentimento, o objetivo dessas pessoa é deixar eu mendingo num canto tremendo de frio, sentindo a esquizofrenia, entendeu."

ENTREVISTA DE FORMULAÇÃO CULTURAL (Caso 10)

I- Identidade Sócio-Cultural

Sandra, sexo feminino, 41 anos, raça amarela, natural de Campinas-SP, morou em Campinas até os 28 anos tendo passado um período (dos 17 aos 21 anos) em São Paulo-SP. Aos 28 anos emigrou para o Japão (Kanagawa-ken - Isihara-shi) permanecendo naquele país até os 32 anos. Quando retornou ao Brasil morou durante cerca de seis anos na cidade de Mogi-Mirim-SP tendo voltado nos últimos 3 anos a residir em Campinas. Tem o pai falecido há dois anos, sua mãe é viva e mora em Campinas. Tem quatro irmãos: dois irmãos morando com a mãe, um irmão trabalhando no Japão e uma irmã que mora na Austrália. Amasiou-se há cerca de 10 anos no período em que morava no Japão, casou-se quando retornaram definitivamente para o Brasil há cerca de oito anos. Há três anos vive separada do marido numa situação definida da seguinte maneira: "Não estamos separados de papel mas a gente é separado, assim, agora a gente até tá mais amigo.". Mora somente com a filha numa casa de fundos alugada no bairro Nova Aparecida, seu marido continuou morando em Mogi-Mirim vindo visitá-las em Campinas uma vez por semana, raramente vai visitar o marido e os familiares dele em Mogi-Mirim. A casa em que mora é uma edícula de alvenaria com estrutura básica completa (água, luz, esgoto) e apenas três cômodos (uma cozinha, um banheiro e um quarto onde dorme com a filha). Escolaridade: segundo grau incompleto. Trabalhou como vendedora durante a adolescência, depois como auxiliar de escritório, trabalhou como operária numa fábrica de computadores no Japão, passou a ser dona-de-casa quando voltou para o Brasil e se casou, nos últimos anos voltou a trabalhar como vendedora durante alguns períodos, porém, atualmente está desempregada. Recebe mensalmente uma quantia correspondente a cerca de 200 dólares do marido, durante os períodos recentes em que trabalhou como vendedora complementava essa renda com cerca de 80 dólares adicionais. Refere a leitura como principal atividade de lazer. Cotidiano: M- serviços de casa, procura emprego; T- leva e busca a filha na escola, procura emprego; N- ajuda a filha nas tarefas da escola, lazer: atividades de leitura. É católica (frequenta a igreja mensalmente) e kardecista (comparece ao centro espírita semanalmente) ("Eu sou católica mas não sou praticante e eu continuo seguindo o Alan Kardec também."). Situação específica de imigração para o Japão entre os 28 e os 32 anos.

II- Apresentação do Problema

17. Você poderia me dizer qual é o seu problema?

"Olha, é estranho porque assim, faz muito tempo, sabe, eu sinto medo, nervosismo, sempre tremendo, eu acho assim que eu me preocupo, o medo de como as pessoas me julgam, uma preocupação muito grande, assim, eu tinha vergonha, tinha impressão que todo mundo ficava olhando... eu não tomava café, tinha medo de assinar na frente dos outro, comecei a ficar com medo de tudo... eu sinto que eu perco um pouco de coordenação, de repente parece que eu tenho dois braço esquerdo, tropeço, derrubo tudo na frente dos outros."

"Quando eu vejo que eu vou encontrar pessoas relacionadas com a família do meu marido, aumenta a tensão, sabe, mas ao mesmo tempo assim, houve uma melhora, às vezes eu consigo encarar... que eu sei que prá japonês a atitude que eu tomei é inaceitável, eu casada com o filho, sair de casa... com eles é pior, dá impressão que eles estão constantemente me vigiando, assim reparando a minha atitude."

"Eu separo bem as coisas, eu tenho mediunidade, né, no início... eu tenho umas depressões, eu sinto quando é minha e quando deixa de ser minha, vem como uma saudade, me forma imagens, eu sinto quando é a depressão do espírito, eu sinto no corpo, é muito diferente, agora quando é minha eu sinto tristeza ... depende da entidade, pode ser mais forte ou mais fraca, quando é minha é sempre fraca... Agora faz um bom tempo que eu não tenho depressão do espírito, eu não tenho tido tempo de frequentar, é como se eu tivesse mais fechada, eu não sei se estou conseguindo explicar... agora não está vindo aquele descontrole, hoje quando acontece é só depois de ir no centro espírita, eu tenho um certo grau de controle agora."

18. Você saberia dar um nome a esse problema?

"Eu achava que era síndrome do pânico porque eu não saia de casa, eu me escondia e mesmo quando eu tava no quintal eu fazia tudo prá fazer as coisas que eu tinha que fazer fora de casa num horário em que não tivesse vizinhança, eu achava que eu não tava normal, que eu tava estranha mas eu não era louca... na época minha irmã teve a síndrome do pânico e ela associou mais ou menos os sintomas, eu cheguei a fazer um tratamento com acupuntura mas depois eu parei... a minha irmã, ela foi assaltada várias vezes, né, aí diz que ela suava, suava, parecia que ia ter um troço, ela trabalhava lá na Paulista na época, de repente um dia ela tava voltando de metrô e começou de repente, batedeira, suor frio, muito medo, é, no metrô é aquela coisa, né, a gente vê

muita gente assim mal trajada, ela achava que tinha ladrão, ficava com a perna bamba... no meu caso era diferente, quando eu via alguém, quando eu tinha que varrer a calçada, eu olhava, espiava, via o horário que não tinha ninguém, não conseguia assinar, teve uma época que meu sogro tinha uma barraquinha de beira de estrada e tinha garapa, aí quando eles ofereciam um copo eu não conseguia tomar, endurecia aqui, sabe quando a gente solta aquele sorriso nervoso, prá mim tomar um copo tinha que esperar todo mundo virar prá lá, aí engolia de uma vez só... o psiquiatra falou que não era síndrome do pânico, que era fobia social."

19. Qual é a principal manifestação (sintoma) de seu problema?
"O pior de todos mesmo era estar perto da família do meu marido, eu acho assim, uma das coisas piores era saber que eu não tava conseguindo lidar com aquela depressão, cheguei a ficar uns tempos sem sair de casa, aí quando eu saí eu entrei na igreja, chorei, chorei, chorei agradecendo, né... isso foi terrível porque eu sentia muita tristeza, eu dependia de tudo, né, de alguém que tivesse disponível prá me acompanhar e nem sempre conseguia."

20. Na sua opinião, porque esse problema apareceu nesse momento?
"É uma coisa, é meio complexa, o meu problema já é meio antigo, uma coisa acabou piorando a outra, sabe, eu estava muito insegura, sem auto-estima, sabe. Eu conheci o Carlos lá no Japão, ele era uma pessoa totalmente diferente, aí ele voltou no Brasil e caiu nesse esquema assim de japonês tradicional, filho mais velho, tem que ver tudo e de repente a família, a gente, nós caímos no segundo plano e nessa época foi quando eu fui conhecendo a realidade do Carlos antes do casamento e eu tava com uma gravidez de risco e ele paquerava assim, teve até um caso, não teve assim nada mais forte mas tinha uma menina na padaria que, a gente conhece o marido pelo olhar, né, a gente aprende a conhecer o marido e essas coisas machucam a gente mais que as outras, né... e também porque o pessoal do sítio é forte, o meu sogro é muito de soltar indireta, dar risadinha e ele falava que é coisa, tipo assim, manha de menininha da cidade, né... eu me sentia um lixo, eu me achava feia, eu me achava insignificante e a impressão que dava na família é que eu era mentirosa e o Carlos que era bom mas é como a psicóloga falou, ele sabe manipular as coisa, quando ele tá na minha família ele puxa pro meu lado, quando tá com a minha mãe ele fala que precisa trabalhar, ele é esperto demais, né, só que a gente que convive que sabe, que vê, ele chega a tirar da boca da filha e coloca lá nas coisa do sítio... ele é um pai bonzinho mas não é um pai que participa, não é um pai solidário, não é um companheiro das horas difíceis... hoje mudou, aquela raiva que eu tinha dele, aquele ódio, hoje eu tenho dó, quantas vezes eu falei prá gente começar uma coisa pequenininha, só nós três, mas não adianta, o negócio é ficar com a família dele, assim eles montam um negócio, querem ficar mantendo pose, eles são muito unidos, muito materialistas, não adianta, são pensamentos diferentes, né."

21. Como você avalia a gravidade de seu problema?
"Eu acho que ele é grave enquanto eu não tomar nenhuma atitude, sabe. Ele não chega a ser tão grave mas enquanto eu não saber exatamente o que fazer ele tem atrapalhado bastante, ele é um obstáculo grande na minha vida, eu já pensei em separar, já conversei com a menininha, ela ficou muito mal por causa disso."

22. Como você acha que seu problema vai evoluir?
"Com o tempo eu sei que vou conseguir tirar de letra isso, vai depender muito de eu me esforçar, de eu querer, sabe. Teve uma época que eu cobrei muito do Carlos, ficava só na choradeira, eu cobrava e chorava, né, não me mexia, hoje eu vejo que eu tava totalmente errada, eu posso voltar a ter uma vida saudável... depende do tratamento, eu acho assim que eu dependo, é importante prá mim a psicóloga, ver assim que eu tenho problema, o psiquiatra, merece assim atenção de um especialista, né, até que eu me fortaleça."

23. Como esse problema atrapalha sua vida?
"Eu acho que no trabalho, antes mesmo do Carlos, atrapalhou muito no trabalho."
"É duro porque, sabe assim, o tempo todo a gente tá achando, eu não tinha ânimo, eu não tinha perspectiva de melhora, eu ficava bitolada, só arrumando a casa, caía um pó, eu ficava arrumando a casa o tempo inteiro e a menininha ficava presa dentro de casa mas eu brincava muito com ela, mesmo assim eu sempre dei muita atenção prá minha filha... nessa época eu ficava contando horas assim que ele voltasse que eu ficava o tempo todo sozinha, não conhecia ninguém... era aquela coisa, qualquer coisa meu sogro aparecia lá, ele sempre tava lá querendo, sabe, parece que ele queria assim me moldar... eu fiz de tudo prá conquistar a confiança do meu sogro mas ele me pisou, falava que eu tinha cabeça ruim, que eu não falava japonês, também ele é muito preconceituoso porque ele tinha planos de casar o filho com uma pessoa com muita posse, o Carlos chegou a

ir pro Japão buscar uma noiva rica que a irmã tinha conhecido. mais ou menos assim prá ajeitar as coisas. o noivado. né e vir pro Brasil. aliás o Carlos foi mandado pro Japão forçado. né. que ele namorava uma brasileira."
"Quando eu vou encontrar a família dele é ruim até hoje. porque eles separam muito. assim. que eu acho que maturidade não é seriedade. eles acham que com essa idade eu não posso estar vestida assim. de tênis. camiseta. a postura de senhora. eles falam: eu acho que eu sei agir certo mas nem por isso eu preciso ser senhora."

24. Você se sente diferente das outras pessoas por estar com esse problema?
"Antes sim. agora não. Sabe. eu tive uma época que eu era bem complexada. sabe. não podia falar com ninguém. chorava. tinha vergonha. eu me sentia muito inferior. eu via as minhas amigas todas com namorado. todo mundo saía a noite e eu já não tinha mais vida social... eu me sentia inferior mais por causa do meu casamento. eu sentia que meu marido tinha vergonha de mim. até hoje eu sinto isso... na minha cabeça dava a impressão que tava escrito aqui. eu não sou feliz. meu marido não me ama. dava a impressão que eu tava com aquela cara que não disfarçava que eu não tava feliz."

25. Você acha que é tratado de forma diferente pelas outras pessoas? Porquê?
"Eu acho que eles nem sabem o que é isto. por exemplo. eu acho até que meu marido está precisando de ajuda. eu tenho uma visão diferente... as conversas que eles têm não bate com a minha. eles sempre foram ríspido... eu sentia que era tratada diferente. eles riam. eles falavam em japonês que eu tinha a cabeça ruim e entender eu entendo. eu não falo mas eu pegava muita coisa. sabe... meu sogro era tão maldoso que ele falava prá minha sogra só falar em japonês. agora devagar eu fui vendo que tinha que mudar alguma coisa. eu fui começando a responder prá eles. quando eles perguntavam alguma coisa eu falava. a cabeça ruim não entende. desculpa. mas com educação sempre que educação é primordial. né."

26. Você tem algum outro problema de saúde? Qual?
"Olha. eu fiz um check-up. deve ser coisa boba. eu tô tendo disfunção hormônica. menstruação irregular. desce. não desce. e eu envelheci demais. cansaço."

III- Causas do Problema

27. Qual é sua opinião sobre as causas de seu problema?
"Eu sempre tive um pouco disso. a gente era muito pobre. não podia ter todas as coisas e eu me sentia assim muito fechada mas depois do casamento. é. sou assim muito. depois do casamento eu notei assim que você tem que ter uma vida social mais ativa. isso. aquilo. ir no clube e do lado da família dele não havia aceitação em relação a mim... por serem gerações diferentes e por eles serem de tradição mais rígida. assim. comentavam porque eles puxam muito assim a parte japonesa. sabe. aqueles japoneses rígido... meu pai passou pela mesma situação do Carlos. ele era o filho mais velho. serviu os irmãos e deixou a família dele prá trás por um bom tempo. entende e eu tive aquela tentativa assim. eu não tive assistência. eu cresci segurando isso sozinha e fora isso era aquela coisa assim que apesar de tudo eu sempre naquela época assim. quem tirava as melhores notas estudava nos melhores colégios. né. então eu sempre. graças a Deus tive oportunidade de estudar na época assim. eu estudava em colégio bom e quem geralmente estudava lá eram pessoas que tinham mais condições. né e eu não tinha. então eu me sentia isolada porque era pobre e a maioria das pessoas tinha de tudo. era onde eu não ia na casa das pessoas porque eu não podia receber em casa. eu morava num porão."
"O início mesmo foi aos nove anos de idade que foi uma tentativa de estupro. Eu segurei isso uns 20 anos. não contei prá ninguém. eu só fui contar isso prá um ginecologista depois de muito tempo. ele me inspirou confiança mas passou todo esse tempo."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 28. Quais delas você acredita que são as causas de seu problema?**
(Causas psicossociais) "Na nossa infância. a gente cresceu aquela infância assim difícil. então eu acho que o nervoso de conviver com tanta coisa difícil. sabe. meu pai assim sempre hospitalizado. a gente sempre humilhado porque morava no porão. as pessoas da família que xingavam falavam. lugar de rato é no porão. não sei o que. essas coisa toda. maus-tratos e conviver com pessoas alcoólatras. entende. então era muita coisa assim junto."

"Eu acho que sim, aquela tentativa que eu não fui no médico e aquela coisa assim que a gente ouvia falar muito de tarado e não sabia... me atrapalhava assim, tipo, como eu vou falar, eu achava que eu tinha uma doença muito podre, sabe, eu era podre, eu achava que eu tava podre porque o tarado veio e encostou, eu achava que eu tava podre, então, assim, era prá mim ter arrumado serviço, quando pedia prá mim fazer exame médico eu caía fora... mais ou menos quando eu fui no ginecologista, eu tava com 29 se eu não me engano."

(Causas mágico-religiosas) "A depressão do espírito é, assim, é uma coisa muito diferente, né"

"Eu acho assim também que mais do que a própria doença eu acho que é a cultura, eu vejo muito assim, dentro da família mesmo, sabe, o meu problema, o problema de alcoolismo e assim, na época o pessoal, nós somos kardecistas, na verdade, todos, a maioria frequenta, sabe, mas assim, tipo não era assim aquela fé com razão, era aquela fé fanática, sabe, então tudo era encosto, tudo era espírito ruim, na época eu acreditava, né mas com o passar do tempo estudando o kardecismo e também conhecendo o A.A, a gente foi vendo que é doença, né."

(Causas físicas e doenças) "Sabe o que é isso, era muito assim por influência da família porque a família não tinha essa parte, não tinha conhecimento dessa parte assim de medicina, então vem uma pessoa que passou e esclarece que é uma doença, que é uma doença e existe médico prá isso, você vai e passa, então foi quando eu comecei a tomar conhecimento de que a doença causa mesmo essas coisa, sabe."

"De início eu não sabia, até então prá mim psiquiatria era coisa de louco, depois de muito tempo quando eu comecei o trabalho com psiquiatra eu vi que existem assim, doenças emocionais, é uma doença, né, tipo, eu passei a encarar assim de forma diferente, eu sei que eu tenho uma doença, eu acredito nisso... Eu comecei a pensar numa doença foi quando a minha irmã comentou comigo que ela teve a síndrome do pânico e a minha irmã também é assim, ela sabia que eu tinha alguma coisa assim, então eu me aprofundei, comecei a entrar em tudo que era religião, comecei estudar, a minha ida pro Japão foi prá saber o porque eu tinha tudo isso."

"Em parte sim, em parte sim porque eu já tinha ouvido falar que assim, hereditariedade, né, e na família por parte do meu pai a maioria dos homens, não teve um que não passou por um hospital psiquiátrico, tinha muito alcoólatra na família."

"Eu não sei exatamente, quando pequena eu tive uma batida muito forte na cabeça e até hoje tem um ponto sensível na minha cabeça, se mexer eu sinto, eu já fiz até um eletro com neuro... eu acredito que não foi isso."

*** 29. Qual delas você considera como a principal causa?**

"Essa parte da estrutura da família e cultural também, cultural é aquela coisa do filho mais velho ter tido muita coisa, né, ele é o mais velho, então sendo o mais velho, ele, tipo assim, ele é o mais velho do segundo casamento de meu avô, então como ele teve mais irmãos, ele obrigatoriamente fica com o pai, o pai dá metade do que tem, só que fica com toda responsabilidade e o pai esquece que ele tem família; e a pessoa não cresce, ela não cresce, não amadurece porque ela só faz o que o outro manda, sabe, então quando meu avô faleceu meu pai piorou mais ainda, foi onde ele acabou de vez... eu acho assim que se eu tivesse uma estrutura mais firme, eu acho que ia ser diferente."

30. Quais dos seguintes fatores (migração, situação econômica, família, escola, trabalho, lazer, religião) tiveram mais influência nesse seu problema?

"Situação da família, né, e parte econômica também."

"O Carlos é muito ligado à tradição japonesa, ele sendo o filho mais velho, né, que toma conta de tudo e que tem que olhar o pai, eu já fico mais assim, eu por ser de uma geração diferente já tenho uma cabeça diferente, né, a minha geração é a terceira, a dele é a segunda mas assim, independente das gerações é que, tipo, eles são mais, como que se diz, eles são japoneses tradicionais enquanto que a nossa família, já desde o meu avô que é primeira geração, já aceita brasileiro assim dentro da família, já tem mais convivência, sabe, sem nenhum preconceito... Prá começar era assim, eu não, era como se eu não tivesse assim uma, eu não fosse uma pessoa, eu não fosse, sabe, é, um indivíduo, eu era a esposa do filho, sabe, nunca tinha um nome, eu era sempre apresentada como a esposa do filho, então nunca participava assim de, assim eu nunca era assim comunicada das, de qualquer coisa, sabe, o que que esposa tem que fazer assim tipo, ia fazer tal trabalho não me consultava ou então, eu era totalmente assim nula, uma pessoa assim, eu não tô conseguindo explicar, uma pessoa assim que parecia que não tinha individualidade... isso incomodava porque desde pequena eu sempre trabalhei, assim, eu sempre tentei trabalhar mas eu nunca fui dependente financeira, eu sempre ajudei a minha casa e quando eu casei eu parei de trabalhar e assim, por eles a japonesa, a mulher tem que ser feminista, não precisa saber de nada o que tá acontecendo e só precisa de um marido, então na minha cabeça assim já foi onde foram começando acontecer aquelas coisas, sabe, porque a gente, o marido pode fazer uma coisa errada e agente tem que ficar quieta."

"Ele é um marido, ele era bonzinho, sabe, mas era distante, era bonzinho mas não era companheiro, ele era uma companhia não um companheiro, assim eu não tinha apoio nem nada... é, assim, parece que a preocupação era que não faltasse comida, se não faltasse a comida, é, sabe, ele tava cumprindo o papel dele de pai, sabe, e eu tinha que ficar lá lavando roupa, passando, era esse o papel da mulher, né."
"Olha, de início eu sempre procurei é, assim, da melhor forma, no começo eu procurei ser submissa, nisso eu num, eu vi que não resolveu, aí eu achei que devia me distanciar um pouco só que aí começou as discussões em casa eu comecei ficar medrosa prá falar as coisas porque meu sogro, ele é meio estúpido prá falar as coisas, né, e eu já estava muito fragilizada, eu tava grávida e uma gravidez de risco então eles não aceitavam, achava que, desculpe falar mas eu não encontro outro termo, que era fricote, tá, essa gravidez de risco era fricote de menina de cidade, sendo que eu não tinha isso porque desde pequenininha eu trabalho fora, eles consideravam assim cheia de fricotinho, sabe, porque eles, realmente, eles são muito fortes, todos eles são fortes de saúde e eu não tenho culpa se eu tinha assim, se eu era mais fraca, sabe."

31. Qual é a opinião de sua família e de seus conhecidos sobre as causas de seu problema?
"O Carlos nunca falou nada, a gente conversa muito pouco, né, ele nunca falou nada."
"Minha irmã achou que era uma doença, foi através dela que eu parti prá psicólogo, prá isso e prá aquilo, né... eles achavam que eu tinha a cabeça ruim, cabeça ruim é assim, sabe assim pessoa burra, preguiçosa, burra, eu nem sei sabe, lerda, pessoa muita lerda, eles me achavam uma pessoa assim."
"A minha mãe achava que era mediunidade, que eu era quieta, ficava sozinha."
"Meus irmãos assim, era tudo aquilo de espírito, né, mas depois eles sempre comentavam prá um, prá outro mas nunca diretamente prá mim que eu devia ter algum problema que tinha sido acarretado, assim, por aquela fatalidade de ter acontecido comigo, aquela tentativa, né, eles achavam mais isso que a mediunidade, assim, tinha uma época que eu não saía de casa mesmo sabe."

32. Você acha que há alguma causa relacionada com a piora de seu problema?
"O casamento agravou porque eu casei assim com uma família muito tradicional, uma família assim muito exigente, tradicional e que meu sogro sempre falava que eu tinha cabeça ruim, que eu tinha cabeça fraca."
"Bom, não é nenhuma tradição, tá, isso é muito da cabeça da pessoa, hoje, todo mundo assim tá mudando, mas eles não mudam, então isso tem assim, é, em relação a mim foi difícil porque eles achavam assim, sempre falaram que eu era cabeça ruim porque eu era descendente e eu não falava, sabe, sempre me tratavam muito ruim, muito mal assim porque eu era uma vergonha porque eu não falo japonês e viviam falando que eu era cabeça ruim, cabeça ruim, sabe, e eu entendo então às vezes eu falava, eu via eles falando, fala em japonês que ela não entende só prá mim ficar assim naquela situação constrangedora, né, e o meu marido assim, é assim, quando a mãe morre praticamente se tem a irmã mais velha, a irmã mais velha é como se fosse a mãe, tá, então meu marido, ele ouve muito a irmã mais velha dele, ela tem a minha idade porque eu sou mais velha que o Carlos e então pela cabeça da irmã dela ele tem que ficar lá no sítio, que a família dele morava lá no sítio e a gente morava na cidade... então, tanto é, que ele teve uma borracharia lá, quando nós morávamos juntos, fechou a borracharia, começou a armar o pesqueiro e eu nem soube disso, entende, nunca soube das coisas que tava acontecendo e ao mesmo tempo que eu revoltava mas eu, eu, não sei, eu tava muito mesmo fragilizada, eu chorava muito, eu, aí piorou esse negócio de eu ter vergonha, sentir vergonha, sabe, porque eu comecei me anular, me anular, eu não me sentia gente, eu tinha vergonha porque eu via aquelas famílias felizes, voltando, a vizinhança, sabe, e eu comecei a sentir vergonha, sentir medo."

33. Você acha que há alguma alteração em seu cérebro?
"Eu acho assim, pelo que eu leio, tudo que está relacionado a mente eu leio, né, então eu sei que tem alguma coisinha assim errada, tipo uma glândula que solta adrenalina mas eu não sei explicar assim agora, sabe, eu não consigo guardar, eu só sei que em situações que eu acho crítica a glândula solta muita adrenalina, eu começo a mandar sinal de alerta no meu cérebro e ele começa assim a liberar sinais, começa tipo assim, vergonha, nervoso, medo, aí começa aquela neura toda, que todo mundo tá reparando em mim, que eu tô esquisita."

IV- Situações de Ajuda

34. O que você fez para tentar resolver esse seu problema de saúde?

"Na adolescência eu fui atrás de amigos, né, e eu sempre fui de ter uma amiga só, eu me apegava como se fosse minha tábua de salvação, se essa amiga arrumasse outra amiga era como se eu tivesse perdendo, sabe, eu ia ficar sozinha de novo... eu me abria, e é gozado, eu sempre tinha amiga problemática também e era aquela coisa, acabava se dando bem, no fim aquela pessoa melhorava e prá mim era como se eu tivesse no fundo do poço, ficava sozinha de novo."

Entre as opções listadas no cartão 2:
*** 35. Quais delas você procurou visando ajuda para seu problema?**
- **familiares:** "Eu procurei através de uma pessoa da família, eu procurei um especialista no assunto... através de minha irmã eu fui no psiquiatra."
- **amigos, conhecidos:** "Eu desabafava sempre procurando assim um caminho, sabe, prá ficar, ver o que tava acontecendo comigo, né... pessoas amigas, da família não... eu chegava a conversar mas as pessoas não entendiam, então tinha que buscar ajuda fora, só essa minha irmã que era mais esclarecida e o meu irmão caçula que conseguiram me levar pro caminho certo."
- **remédios caseiros (chás, ervas, etc.):** "Assim, chá prá gazes, essas coisa sim mas prá nervoso assim, prá essas coisa que eu tinha, eu lembro o pessoal falar erva-cidreira, toma erva-cidreira... assim, o povo fala, né, tipo, ah, erva-cidreira é bom prá nervoso, isso e aquilo, então a gente acaba fazendo um cházinho de erva-cidreira, isso e aquilo mas só isso... mesmo a minha mãe, né, tipo, ela achava que eu tava muito nervosa, por isso que dava isso mas minha mãe é muito leiga assim, né, ela é de uma geração que não estudou."
- **livros de auto-ajuda:** "Li bastante... eu li, ai, agora citar o nome é que é, eu li bastante do, eu tô meio esquecida, é, olha, um que eu lembro que foi bastante importante prá mim foi "O Poder do Subconsciente"... eu li vários espírita assim de doutrina diferente, né, de doutrinas assim, do Kardec, algumas assim, da messiânica, sabe, que a messiânica também é espiritualista, né... scicho-no-iê eu já participei, eu sei que ela é uma filosofia de vida, né, então não tinha assim, eu já li mas não por causa do problema, né, já li muito... o que eu li mais foi Kardec, viu."
- **simpatias:** "Simpatia não."
- **atividades adivinhatórias (cartomantes, búzios, etc.):** "Olha, eu vou ser sincera, eu não fui assim numa cartomante, eu fui numa que ela se dizia, é como se fosse assim, homeopatia, homeopata, né, ela era, ela, tava no cartãozinho dela assim, medicina esotérica, né, então eu, eu inclusive eu tirei a foto kirlian, né, foto kirlian do dedão e, só que não tinha nada a ver, aí eu vi que era embuste mesmo porque a mulher tirou a foto, aí ela quis ver a carta, aí quis, é, misturava tudo, sabe, cristais, cromoterapia com sessão de Allan Kardec mas uma sessão assim que pelo tempo que eu tenho assim estudando o kardecismo, o pessoal assim totalmente sem preparo, dentro de onde eles faziam a sessão o pessoal fumava e não pode, não pode de jeito nenhum assim porque é como se tivesse numa igreja, não se fuma dentro da igreja, né... foi mais ou menos quando eu piorei, viu, foi logo que eu voltei do Japão ainda tinha dinheiro."
- **orações:** "Fiz, fiz, eu sempre pedi assim prá que me esclarecesse, sabe, é, uma luz prá ver assim, que eu tivesse, que me desse força prá superar, que me desse força prá mim tá bem prá poder, sempre assim, é, cuidando da minha baixinha, né, que quando eu saí de lá porque eu sabia, eu tinha certeza que não tava louca, né, então eu sempre pedi assim uma luz prá que me indicasse um caminho, né, um caminho que me desse força prá superar o que eu tinha... Eu acho assim Deus não resolve assim, que Deus abre as portas, sabe, e não assim que ele vai chegar em mim, tchum, saiu, eu acho que ele dá forças e abre as portas, você caminha."
- **promessas:** "Não, promessa não... eu me considero kardecista, eu sou católica mas não praticante mas em geral eu falo assim catolicismo porque a pessoa tem uma idéia assim muito, sabe, fala que é kardecista, espírita, não tem assim idéia de como funciona aquilo tudo, já mistura tudo."
- **benzedor, rezadeira:** "Já, não vou mentir, já fui... olha eu acho que eu devo ter ido umas três ou quatro vezes mas isso lá em Mogi-Mirim... foi no começo também, antes de saber, essas coisas toda sempre foi antes de procurar um especialista... Ah, eles falavam que, benzia, pedia oração tudo e falavam que era prá mim orar e pedir prá Deus tirar essa angústia, sabe aquelas coisa, tira essa angústia, essa depressão, eles sempre falavam assim que era olho-gordo, sabe, esse negócio de inveja, olho-gordo mas nunca ninguém falou assim que era problema de médico."

"Eu fui num lugar acompanhando uma prima minha mas isso assim já na época, eu tinha 17 prá 18 anos, eu morava em São Paulo, trabalhava e estudava lá e tinha uma prima minha solteira que ela também tinha um monte de coisa e nessa época, ela ficava assim, até hoje ela é assim, vira e mexe ela tá procurando, hoje ela é católica porque o padre Marcelo, sabe mas ela já foi no candomblé, numa outra... eu não gosto, não tipo, eu ir por mim, eu acho assim que, eu acredito assim que na África era totalmente diferente, sabe, eu acho assim, eu respeito os africanos, eu acho que lá eles não faziam algumas coisas, eu acredito assim nos orixás, tipo

candomblé, eu sou filha de iemanjá, entende, eu respeito a cultura lá, eu não sei explicar, tá mas aqui eu acho assim que é muito comércio, pega muitos ingênuos."
- **procissões, romarias:** "Não."
- **bíblia:** "Eu leio porque eu gosto mesmo, eu sou meio curiosa nesses negócio, sabe, acho que eu tô sempre a procura de ler alguma coisa, saber o porquê das coisa, sabe, eu sempre leio."
- **padre, pastor, pai-de-santo:** "Não, naquela época eu era mais tímida, tinha medo de conversar com os outros, eu acho assim, não tímida, eu acho que eu tava mais complexada, eu tava mais assim fechada, sabe, eu não tinha coragem... assim, dentro do kardecismo eu cheguei a conversar, lá não tem assim hierarquia, são pessoas assim que estudaram mais, né, então mas eu cheguei a conversar, eu falava que tinha depressão, isso e aquilo, né mas sempre falaram que tipo, que era importante que eu participasse das sessões por causa da minha mediunidade e mas que era bom que eu procurasse um especialista."
- **atividades em igrejas:** "Eu não tenho preconceito a nada, então eu fui muito assim numa igreja evangélica lá no Japão... não tinha nome, eu não sei porque eu acho assim que tudo leva a Deus, sabe, o fundamento de tudo é um só, né, tudo leva a Deus... eu vou ser sincera, se me convidarem, por consideração à pessoa que convida, eu nunca nego, se tiver que ir, eu já fui na Batista com uma amiga minha... fui, assim, algumas amigas minha elas sempre convidam, né, quem convida prá ir na igreja Universal é amiga, né, prá mostrar que eu não tenho preconceito eu vou, não gosto mas eu vou... na Universal eu acho que fui muitas vezes porque minha mãe foi e tava gostando, então eu achava perigoso prá ela... na católica eu vou direto, sabe, quando tem a missa carismática... eu acho assim que a parte carismática ela é mais assim, eu acho assim que é menos enjoativa, sabe, eu acho assim que prá você conseguir, prá você levantar a fé do povo você tem que, não pode ser latim, eles falam muito em latim, o povo tem que entender o que tá sendo falado."
- **centro espírita:** "Olha, as minhas manifestações começaram com 18 anos... no início é tudo confuso, sabe assim, é, a gente não tem controle, a gente, eu, na época não estudava, então tipo eu sentia assim, eu tô mais, eu não sei se eu tô me sentindo forte ou eu sou assim mas eu sentia, vinha muita vontade de chorar mas eu sentia que não era eu mas não conseguia segurar aquilo tudo, sabe, de repente eu achava que eu tava doida, eu achava que ia morrer... naquela época eu não conseguia separar, naquela época eu não tinha o estudo assim, tipo, prá gente assim, prá mediunidade, na mediunidade a gente precisa ter estudo, sabe... eu achava, tanto é que no início, eu achava, prá ser sincera, eu achava que tinha muito mais a ver com a minha mediunidade, sabe, que eu tava descontrolada, eu casei, nunca mais trabalhei, né... eu tive uma fase de muito bom equilíbrio, tá, assim, eu tive uma fase muito ruim, foi onde eu estudei, tudo e comecei a praticar, né, tipo, nessa época eu fazia o estudo, tipo assim, a metade do tempo o estudo e metade do tempo a prática, né e isso aí fazia parte do estudo, então, uma vez e já eu ia uma segunda vez prá prática, né, prá caridade, né, não tinha nada a ver assim com trabalho de deixar o espírito entrar, era um, são vários tipos de trabalho, né e esse trabalho era assim como um grupo de oração, a gente ora, as pessoa que precisam colocam o nome numa caixinha, porque a gente ora por essas pessoas, faz um círculo, faz uma oração e todo mundo pensa e tenta assim manter calma... A benzedeira foi porque eu não assim tinha como ir no centro, sabe, porque lá em Mogi-Mirim eu não conhecia nada... eu fiquei muito tempo afastada, o tempo que eu fiquei no Japão, entende, o tempo que eu fiquei no Japão depois o tempo que eu comecei a trabalhar, vários anos."
- **farmacêuticos:** "Não, eu tenho medo de ficar, eu tenho pavor de ser, sabe, esses negócio, o que eu puder ficar longe de química, a não ser que seja necessário eu tomo."
- **terapias alternativas (homeopatia, florais, acupuntura, yoga, etc.):** "Já, isso aí faz tempo, eu já tava esquisita, não sabia exatamente o que que eu tava mas eu fui nos florais por indicação de uma amiga minha... Já fiz acupuntura... foi bem só que eu interrompi porque era caro... então, foi assim, eu tava em São Paulo, era uma missa do meu primo, missa de japonês é que nem festa, né, eu paralisei lá, tremia que nem não sei o que, fiquei lá... era missa do xintoísmo, né, que é da nossa religião, tem o santuário em casa, põe comida no santuário... não é que eu frequentei, a minha família assim, pela tradição, os japoneses antigos todos são xintoístas, né, aquele que é o culto aos antepassados e que tem aquela casinha, né, que tem um santuário que fica em casa, então os japoneses imigrantes todos eles em geral são xintoístas, aqui eles começaram a mudar... não é que minha mãe era, é tipo, não tem opção, você tem que seguir, simplesmente veio do Japão você segue porque você não conhece uma outra religião... a minha mãe, ela é como eu, ela não tem assim um, ela vai, ela não acha assim que tem religião errada, ela não gosta de macumba essas coisa, sabe, mas ela é mais kardecista também, sabe."
- **grupos de auto ajuda (alcoólatras, neuróticos anônimos, etc.):** "Eu tive a felicidade de conhecer o AA que meu irmão, aliás, vários na minha família são alcoólatras, né, e de repente eu achava que ele não era um alcoolista, não sabia que era doença também."

- **psicoterapias (psicanálise, comportamental, etc.):** "Prá falar a verdade, psicologia, a primeira foi aqui... me ajudou muito tanto é que eu tô querendo voltar de novo porque assim, vai passando e a gente precisa, né."
- **médicos clínicos gerais, especialistas não psiquiatras:** "Passei bastante porque de repente a gente fica muito neurótica achando que tá com isso, tá com aquilo, né... então, teve uma época que, é, nunca me falaram prá procurar psiquiatria, sempre falaram que eu não tinha nada mas nunca assim, me indicaram um caminho."
- **médicos psiquiatras:** "Demorou bastante mas eu fui num japonês achando que ele por ser japonês podia ajudar mas parecia que ele tava pior que eu sempre, sabe, sempre reclamando das dores dele... é justamente por ele ser japonês, sabe, por ele ser japonês assim porque assim, comigo, muitos dos problemas tem a ver assim com, bem dizer, eu sou brasileira, nosso costume é brasileiro mas casada com o Carlos que tem aquele, é, o costume mais rígido, eu achava que ele entenderia melhor, sabe as dificuldades mas eu não gostei assim tipo, ele falava assim, e aí como tá, tá bom, não sei o que, era só isso."
- **outros:** "Eu sou muito ligada naquelas coisas milenares, tai-chi, Yoga, eu fiz um curso prana, terapia prana que eles falam, não gostei, se parar prá pensar é muito caro e foi o mesmo que o curso de passe que eu fiz no Kardec e não paguei nada."

*** 36. Qual delas você procurou em primeiro lugar?**
"Olha, foi a benzedeira, depois eu peguei aquele cartão da medicina esotérica lá... depois eu voltei prá Campinas eu voltei no kardecismo, eu ia de vez em quando prá tomar uns passes, eu voltei aos poucos, eu fui me fortalecendo mas eu fui, eu, depois do kardecismo o passo seguinte foi mesmo o meu irmão, a minha irmã, procurar lá o especialista mas demorou... deixa eu falar uma coisa, esqueci, dentro do kardecismo, que não é muito assim, bem aceito, mas é assim, há dentro do kardecismo como há dentro da igreja católica, assim, médicos espíritas, já ouviu falar, mas não é assim, médicos que recebem espíritos de médicos, faz aquele tipo assim, cirurgia sem corte, né, de cabeça, eu fiz naquela época... floral, acupuntura foi no começo, foi antes da benzedeira... o primeiro foi o floral."

*** 37. Qual delas você considera como a principal forma de ajuda no momento? Por quê?**
"O que tem me ajudado é a psiquiatria, a psicóloga, tá e eu voltei a trabalhar no kardecismo."

*** 38. Você já tinha procurado alguma dessas situações de ajuda antes do aparecimento de seu problema?**
"Já, leitura, igreja católica, né, eu ia bem antes de ficar doente."

V- Relacionamento Clínico

39. Como você acredita que um psiquiatra pode ajudá-lo?
"Sabe assim, o que foi importante prá mim é, eu sabia que tinha alguma coisa e não sabia exatamente o que era, assim, o fato da gente saber o que está acontecendo já ajuda, já fortalece, já sabe que a gente não tem loucura, já conversa, tipo, eu considero como se fosse um padre, eu me abro, mesmo assim de se abrir, de conversar mais, de poder falar do meu problema ajuda bastante mas o fator principal é mostrar que você tem isso, sabe, é isso que você tem, não fica aquela coisa indefinida."

40. Na sua opinião, qual é a diferença entre o trabalho de um psiquiatra e o de um clínico geral?
"Não, clínico geral olha o corpo, né, tipo, olha o corpo, você tá com isso, aquilo mas a psiquiatria é mais assim coisa de cabeça mesmo, sabe, assim, tipo, encucações que você tem... eu não sei, eu acho assim que com psiquiatra a gente fala assim as coisas, é, a gente obrigatoriamente acaba falando as coisas que são mais intimas da gente, né, por isso assim, eu acho que tem que ter um pouquinho mais de, a relação fica assim, faz a gente ter mais confiança, o clínico geral geralmente a gente um dia assim, ou vai num, vai num, vai noutro e o psiquiatra como geralmente a gente vai sempre num, num só e a gente se abre muito, a gente acaba assim vendo como irmão e a gente acaba ficando mais confiante."

41. Você sabe o que quer dizer psicoterapia?
"Não sei, eu vou ser sincera, eu não sei o que é psicoterapia, psicologia eu já ouvi, já conversei mas psicoterapia eu não tenho nem idéia assim do que seja."

42. Você teve alguma dificuldade antes de procurar um psiquiatra (medo, preocupação, vergonha, etc.)?

"Demorou um ano prá mim criar coragem prá ir lá, porque eu achava assim que onde eu entrava eu tava estranha... vergonha, vergonha de tá todo mundo reparando que eu não tinha atitudes normais."
"Lá no Japão o sistema é totalmente diferente, lá não é assim, é estranho, não tem assim, o médico geralmente é que, vai no clínico geral, ele faz um toque, lá eles não fazem esse toque, eles não tocam, então aqui geralmente a gente tem que passar por um clínico geral, ele detecta e manda prá, pro especialista, não é; lá a gente já tem que mais ou menos assim direto pro especialista, entende, então mas é complexo porque você vem no Brasil, você sabe que às vezes não tem problema no fígado ou então na coluna e dá impressão de que é, você tem problema no rim e dá impressão que é na coluna, entende, a gente fica meio assim, é complicado, assim... eu não falava nada, e tem uns médico, era muito difícil, o Carlos fala melhor, ele ia comigo mas ele também não conseguia entender, era muito difícil prá gente explicar o que tava acontecendo, é muito difícil, diferente assim, a tecnologia é avançada mas eu acho, assim, em termos assim de calor humano, assim, da gente falar, é difícil, é um negócio mais tenso, não tem como a gente explicar mais, sabe, tentar pelo menos, eu falo mais ou menos a mesma coisa o médico entende aqui, né, lá a gente tem que ficar assim mais definida, sabe, falar com uma certa definição... eu acredito que sim, eu vejo muita gente voltando por causa assim, eu vejo muita gente voltando é, por problema de saúde principalmente psiquiátrico, né... cheguei, é, é assim, que que foi aquela época, eu tava tendo tontura, eu acho que era stress, eu tava cansada sabe, aí eu fui, eu falei lá, expliquei lá, pedi informação, falei que eu tava tendo essas tonturas, né, mas isso foi mais ou menos no início, eu tava mesmo nervosa, muito chateada porque eu não falava; e pediram, eu tomei um remédio, não sei, fez um mal danado pro estômago, eu parei de tomar e continuei."

43. Você já sentiu alguma dificuldade de comunicação com o médico (entender o médico ou ele entender você)?
"Assim, foi difícil assim tentar explicar o que eu sentia, né mas foi difícil assim tentar explicar isso, eu tava com medo mesmo, tava com medo."

44. Você já abandonou algum tratamento ou deixou de tomar alguma medicação por causa dessas dificuldades?
"Não, depois que eu comecei o tratamento eu nunca mais parei."

VI- Problemas gerais de saúde

45. Na sua opinião, o que é um problema de saúde? Quais os problemas de saúde que você conhece?
"Eu acho assim, tipo, é alguma coisa que tá acontecendo e a pessoa vai no médico, assim, pode dar uma doença, né, quando não sabe o que é, tipo, vai no médico, você não tem nada, não sei o que e tal, então é uma coisa que você fica assim meio perdido, um desequilíbrio... eu passei pelo desequilíbrio, aí foi uma época que, isso é coisa de vinte e tantos anos atrás, sabe, tava acontecendo essas coisa, tipo assim, quando eu sentia alguma coisa dava uma sensação ruim no corpo... no kardecismo que eu consegui, comecei a estudar, né, então hoje já dá prá diferenciar bem o que é isso e o que é a outra parte mas foi uma caminhada bem longuinha prá chegar, viu."

Entre as opções listadas no cartão 1:
*** 46. Quais delas você acredita que são causas de problemas de saúde?**
"Eu acho que todas essas coisas podem causar problemas de saúde."

*** 47. Qual delas é a principal causa de problemas de saúde?**
"Antes eu achava que tudo era encosto, né, eu não sabia... agora eu vejo mais o lado da doença mesmo, da situação de família, essas coisa."

48. Quais os problemas de saúde mental que você conhece?
"Prá falar a verdade, eu não sei direito, assim, depressão, síndrome do pânico que eu conheço da minha irmã, né, fobia social também."

49. Na sua opinião, qual é a diferença entre os problemas mentais e os outros problemas?
"Eu vou tentar explicar assim, a gente pensa, né, então eu tô pensando e de repente eu começo a sentir, aí começa a vir aquela coisa e parece que são dois pensamentos assim que tipo, meu pensamento, é difícil explicar... eu acredito um pouco em problemas espirituais, é uma coisa assim, sabe, a gente aprende assim

que, aí, é uma frase que eu uso tanto, que nem todo desequilibrado emocionalmente é um médium, né, mas todo médium assim que não estuda a doutrina, assim, tipo, de aprender a manejar com a mediunidade dele é um desequilibrado... é assim, causa pelo seguinte, eu acho assim, a pessoa começa assim, tipo, alcoolismo, eu acho assim, que às vezes, a pessoa tá numa fase de desequilíbrio da mediunidade, falta de conhecimento, falta de estudo, ela tem isso e ela precisa estudar prá saber doutrinar essa parte aí, né, de repente ela vê que ela tá, ela não tá normal."
"O kardecismo é assim, é importante que a gente vá ao trabalho prá que a gente possa ajudar, assim, eu não, bom, eu vou falar assim, como kardecista, tá, a gente acredita que muitos espíritos morrem e não tem noção daquilo que tá terra, são muito materialistas e não se desprendem da terra, né, então a função desses trabalhos práticos que a gente faz na mesa é tentar ajudar esses espíritos que estão presos na terra a subirem.

50. Na sua opinião, existe alguma relação entre os problemas de saúde mental e os outros problemas de saúde? (questão 26)
"Assim, o cansaço tem, né mas a menstruação é outra coisa."

51. Na sua opinião, como um remédio age em você?
"Eu não sei explicar, tá, eu sou meio bobinha mas é assim, eu acho assim que o rivotril, eu não sei, sabe, o neurotransmissor que deve tá tendo algum problema e eu acho que ele deve dar uma ajudazinha assim mandando algum elemento qualquer coisa assim."

52. Qual é sua opinião sobre a loucura? O que é a loucura para você?
"É uma coisa muito ruim que eu tinha muito medo, eu não sabia o que eu tinha, né."

53. Você tem a capacidade de realizar algum tipo de cura? Como você utiliza essa capacidade?
"Olha, eu já trabalhei numa fase assim de, eu trabalhei numa fase assim que era cura, né, e muitas pessoas assim que vem falar comigo, hoje eu não acho que eu curo mas eu vejo muita gente assim que por coincidência vem, fala isso, aquilo e de repente elas voltam, chegam e voltam e falam, olha, eu consegui assim ficar mais aberta, ficar melhor, né... em termos de passe, na época eu trabalhava com energia, equilíbrio físico e mental."

54. Qual é sua opinião sobre a causa do (sarampo / diabetes / tuberculose / lepra / AIDS / suicídio / depressão / alcoolismo)?
- **sarampo:** "É um vírus."
- **diabetes:** "Diabetes é o excesso de açúcar no sangue."
- **tuberculose:** "Tuberculose também é um vírus, é o bacilo não sei o que lá, né."
- **lepra:** "Lepra prá ser sincera eu não sei."
- **AIDS:** "AIDS também é como um câncer, eu não sei exatamente o que começa a ter assim, eu vou falar do meu jeito, tá, é deformação de células e na AIDS a célula contagiosa, ela se reproduz muito rapidamente, é uma coisa assim, eu sei mas eu tenho dificuldade de explicar."
- **suicídio:** "É falta de coragem ou excesso de coragem, é medo de encarar a vida, sabe... eu acho que todo suicida é doente."
- **depressão:** "A causa da depressão tem a ver assim, o cérebro é muito complexo, né mas assim a causa em geral, fatores de propensão, né, mas fatores externos também ajudam fazer que ela se manifeste, né."
- **alcoolismo:** "O alcoolismo também é uma doença... o alcoolismo, ele é uma alergia que a pessoa tem a álcool, né, mas o que leva a pessoa a dependência é problemas mentais, né."

55. Você gostaria de acrescentar alguma coisa em relação as questões formuladas?
"A minha convivência sempre foi com brasileiro, sempre foi mais com brasileiros, né, hoje, depois de ter voltado pro Japão é que eu voltei mais assim a preocupação da, de, sabe assim, de fazer a minha filha não esquecer a cultura porque eu tinha uma idéia, eu sempre tive, eu não sei porque uma certa assim, é, como se fala, é uma aversão, eu tinha, falava prá psicóloga, eu podia nascer tudo menos japonesa, sabe, eu tinha uma aversão e quando eu fui a primeira vez não foi por necessidade financeira, por nada, foi prá matar essa curiosidade, porque que eu tinha essa aversão tão forte em relação aos japoneses... eu não descobri, eu não descobri, eu só sei que eu fui lá e de repente eu fui conhecendo, sabe, o povo, é um povo assim que de início é frio mesmo mas é um povo que sofreu muito e é um povo que eu aprendi a amar e hoje eu tenho uma família, hoje eu tô dividida."