



Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
Centro de Humanidades – Unidade Acadêmica de Ciências Sociais
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – PPGCS

**DILEMAS E CONFLITOS ENTRE LÓGICAS CURATIVAS DIVERSAS:
DISCURSOS E PRÁTICAS DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE ESPERANÇA – PB**

Vanuza Wagny de Oliveira

Orientadora: Dra. Magnólia Gibson Cabral da Silva

CAMPINA GRANDE – PB
2013

VANUZA WAGNY DE OLIVEIRA

**DILEMAS E CONFLITOS ENTRE LÓGICAS CURATIVAS DIVERSAS:
DISCURSOS E PRÁTICAS DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE ESPERANÇA – PB**

**Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais da Universidade Federal
de Campina Grande (PPGCS/UFCG), como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Ciências Sociais.**

Orientadora: Dra. Magnólia Gibson Cabral da Silva

**Campina Grande - PB
2013**

DIGITALIZAÇÃO:
SISTEMOTECA - UFCG

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCG

O48d

Oliveira, Vanuza Wagny de.

Dilemas e conflitos entre lógicas curativas diversas: discursos e práticas dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Esperança - PB / Vanuza Wagny de Oliveira. – Campina Grande, 2013.

137 f. : il. Color.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades.

"Orientação: Profª. Drª. Magnólia Gibson Cabral da Silva".

Referências.

1. Ciência. 2. Misticismo. 3. Transtornos Mentais. I. Silva, Magnólia Gibson Cabral da. II. Título.

CDU 316.6(813.3)(043)

VANUZA WAGNY DE OLIVEIRA

**DILEMAS E CONFLITOS ENTRE LÓGICAS CURATIVAS DIVERSAS:
DISCURSOS E PRÁTICAS DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE ESPERANÇA – PB**

BANCA EXAMINADORA

Dra. Magnólia Gibson Cabral da Silva (PPGCS/UFCG – Orientadora)

Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio (CCBS/UEPB – Examinador Externo)

Dr. Iranilson Burity de Oliveira (PPGH/UFCG – Examinador Externo)

Dr. Rodrigo de Azeredo Grunewald (PPGCS/UFCG – Examinador Interno)

**Campina Grande - PB
2013**

A Deus, força criadora do homem, que esteve sempre ao meu lado, dando-me forças e fé durante este estudo. A nossa senhora da Luz, minha santa protetora, iluminando em todos os dias de minha vida.

À minha mãe, uma pessoa muito especial, uma guerreira que sempre estimulou meus estudos, principalmente nos momentos de dificuldades. A meu pai, um grande homem, humilde e de uma inteligência admirável, foi em muitos momentos minha inspiração durante as escritas apesar da distância geográfica.

Aos meus irmãos Vanderlei, Valéria, Rafaela e Gabriella pelo apoio. Ao meu sobrinho-filho, Brayan, que tanto amo.

À vovó Leopoldina (*in memoriam*) como seu espírito de solidariedade e liderança que persiste no coração da família Oliveira e da comunidade lavradense marcada por sua história como parteira e rezadeira.

À minha Tia Neta e Tio Melo e minhas primos- irmãos Jaqueline, Jaqueilson, Emmanuelle, Rafaela e Hermano por fazerem parte de minha história desde a graduação.

À família Oliveira, especialmente Tia Rita, Tia Licinha, Tia Lourdes, Tio Pedro, Tia Maria e primos Nubia, Dayana e Neil, Felipe e Paulo Hiago.

Às pessoas especiais como Graça, Ana Paula, Letícia, Uda, Corrinha, Paulo, Xicuca, Juliana, Rayane, Rossana, Valmira, Verônica, Gleisy, Phil Poglio e seus pais.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Magnólia Gibson da Silva, por todo seu conhecimento e experiência transmitidos na área de Sociologia da religião. Por sua orientação com apoio, direcionamento e críticas necessárias para meu crescimento profissional durante esse estudo.

À Coordenação e a todos os professores da Pós-graduação de Ciências Sociais, especialmente os professores: Ramonildes, Rodrigo, Roberto Veras, Gonzalo, Vanderlan Rogério, pelos conhecimentos e reflexões proporcionadas que foram decisivos para a realização desse estudo. Com destaque a Lemuel Guerra que acreditou desde o início na relevância desse objeto de estudo.

Aos informantes da nossa pesquisa pelo apoio e abertura para a concretização desse estudo.

Ao professor Iranilson Burity, pelo apoio intelectual e espiritual em alguns momentos de incertezas.

Aos amigos Socorro e Alisson, pelas orientações durante o registro do Comitê de Ética da pesquisa e Michele pelas correções de português.

Aos usuários e familiares do (CAPS) Centro de Atenção Psicossocial de Esperança-PB, agradeço a confiança na participação da pesquisa e por terem compartilhado suas histórias e desafios em situações de suas vidas.

A professora de psicologia Social Thelma Grizi, por me fornecer alguns materiais de leitura.

RESUMO

Após a recente Reforma Psiquiátrica e a implementação de políticas públicas de atendimento aos portadores de transtornos mentais, os Centros de Atenção Psicossocial se tornaram um dos principais dispositivos de atenção e cuidado neste setor. Uma peculiaridade observada nos usuários do CAPS de Esperança-PB, é que recorrerem também a outras lógicas curativas como as práticas místico-religiosas e com frequência, declaram se sentir melhor do que antes. A presente pesquisa tem como objetivo principal investigar como se articulam os discursos científicos e religiosos nas estratégias dos usuários e famílias de portadores de transtornos mentais e os significados por elas atribuídos às consultas de terreiros de umbanda e/ou rezadores. Tomamos como referencial teórico a teoria de representações de Moscovici por sua visão dinâmica de realidade (2010), a teoria de campo de Bourdieu (1982) para interpretar as reações de poder entre os universos científico e místico-religioso e a interpretação do sagrado e profano de Durkheim (2000), segundo o qual, a vida social é permeada de simbolismo e que o sagrado é o principal elemento para obtenção do controle social. Nosso estudo identifica as representações dos usuários sobre a doença mental e as opiniões dos vizinhos e amigos, como também, as avaliações das práticas médicas e místico-religiosas baseada nos discursos dos entrevistados. A pesquisa desvela o contexto místico/religioso em que estão imersos e seus possíveis efeitos positivos sobre a doença mental. A metodologia utilizada foi o estudo de caso, a partir de uma amostra de 5. Sendo 2 usuários e 2 ex-usuários e 1 familiar. As técnicas utilizadas foram entrevistas semi-estruturadas e conversas em visitas domiciliares realizadas específicas para este fim. As narrativas revelam que apesar de alguns efeitos satisfatórios das práticas médicas há lacunas no tratamento, bem como, choques culturais em diferentes níveis.

Palavras-chave: Ciência, misticismo, transtornos mentais.

ABSTRACT

After the recent psychiatric reform and the implementation of public policies that care for people with mental disorders, the Psychosocial Centro de Atenção Psicossocial became one of the main devices of attention and care in this sector. A peculiarity observed in users of CAPS Esperança -PB, which is also resorting to other logical healing practices as mystical-religious and often claim to feel better than before. This research aims at investigating how to articulate the scientific and religious discourses in the strategies of users and families of people with mental disorders and the meanings they attributed to queries yards of Umbanda and/or chanters. We take as a theoretical representation theory of Moscovici for his dynamic vision of reality (2010), the field theory of Bourdieu (1982) to interpret the reactions of power between universes scientific and mystical-religious and Durkheim (2000) interpretation of the sacred and profane, according to which social life is permeated with symbolism and that the sacred is the key element for achieving social control. Our study identifies the users' representations of mental illness and the opinions of neighbors and friends, as well as the assessments of medical practices and mystical-religious based on the interviews. The research reveals the mystical context / religious in which they are immersed and their possible positive effects on mental illness. The methodology used was the case study, based on a sample of 5. Being 2 users and 2 ex-users and 1 family. The techniques used were semi-structured interviews and talks in home visits for this specific purpose. The accounts show that satisfactory effects even though some medical practice there are gaps in the treatment, as well as culture shocks at different levels.

Keywords: Science, Mysticism, mental disorders

LISTA DE SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social.

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental.

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde.

PSF - Programas Saúde da Família.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I –AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE OS DISTÚRBIOS MENTAIS	25
1.1 Alguns Dados Históricos sobre a Psiquiatria	28
1.2 As Relações de Poder na Medicina.....	32
1.3 Uma Breve Contextualização sobre o CAPS.....	42
1.4 Revisão da Literatura sobre Tratamento das Doenças Mentais nos CAPS	45
CAPÍTULO 2 – CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E CULTURA	49
2.1 Misticismo e Doença Mental na visão dos Usuários	49
2.2 Os Significados Religiosos Atribuídos à Doença Mental.....	51
2.3 A Importância da Crença para a Cura ou Alívio dos Transtornos Mentais.....	57
CAPÍTULO 3 – PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DOS USUÁRIOS CAPS/ESPERANÇA/PB SOBRE A DOENÇA MENTAL	69
3.1. Representações Sociais na Visão de Moscovici	69
3.2 Os Discursos e Representações dos Familiares e Usuários sobre a Doença Mental ...	71
3.2.1 As representações sociais da doença mental para os usuários CAPS/Esperança/PB	73
3.3 As Representações sobre a Doença Mental na Comunidade de Esperança/PB.....	81
3.4 As Opiniões dos Vizinhos e Amigos Acerca do Tratamento da Doença Mental.....	87
CAPÍTULO 4 – AVALIAÇÕES DOS FAMILIARES E USUÁRIOS SOBRE OS EFEITOS DAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS MÍSTICAS E MÉDICAS SOBRE A DOENÇA MENTAL	92
4.1 Avaliações das Práticas do Tratamento no CAPS/Esperança/PB.....	92
4.2 Avaliações das Práticas Místico-Religiosas	102
4.3 Comparação entre as Lógicas Curativas Científicas e Mágicas: aproximações e distanciamentos	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	124
ANEXOS	131

INTRODUÇÃO

O tema da doença mental tem merecido uma atenção significativa e crescente em debates nos meios de comunicação, reflexões e estudos nos meios acadêmicos, especialmente nas áreas de Ciências Sociais, Saúde e Antropologia, História. Em relação às políticas públicas, observam-se reformulações e inovações, relacionadas à questão, em todos os âmbitos, desde a saúde, a assistência social, tudo isso no interesse da promoção da saúde mental da população, da prevenção e do tratamento das doenças dessa natureza.

Etimologicamente, a palavra curar traduz um sentido do binômio saúde-doença. Cura vem do latim que significa cuidado, administração, tratamento. O significado da doença está imbricado nestas atitudes. Em qualquer tipo de procedimento curativo é definitivamente importante compreender, conceitualmente, a categoria doença administrar os cuidados geradores da saúde (VASCONCELOS,2006,p.81).

A pesquisa no campo sócio-antropológico nas áreas da religião voltados para a saúde e doença representa um caminho bastante inspirador e interessante para qualquer pesquisador, e, sobretudo desafiador, por tratar de um campo muito recente nesta área de conhecimento. Estimulada pela curiosidade e pela busca de ampliação do conhecimento como psicóloga pesquisadora, convido os leitores a mergulhar nesse universo tão instigante e cheio de facetas.

As primeiras pesquisas realizadas por cientistas sociais no campo da saúde e doença são bem recentes. Canesqui (1994), ao fazer uma revisão sobre a produção acadêmica sobre esse campo, coloca que concretamente no início da década de 70 o tema da Antropologia Social e da Medicina obtiveram maior impulso na Inglaterra, principalmente posterior depois de sua aproximação com a Medicina Social e a Saúde Pública. Outra escola mais recente é a Francesa com a denominação de Antropologia da saúde ou da doença, que privilegiam o significado e as representações da doença, sua causalidade, as medicinas tradicionais e a medicina moderna. No Brasil, nas últimas duas décadas têm-se cada vez mais evidenciado a importância da pesquisa nesse universo tão difuso e complexo.

Consoante Rabelo (1993) antropologia da saúde tem demonstrado contribuições relevantes no que se refere aos seus estudos sobre religião, ritual e cura. Mais do que isso, os antropólogos têm frisado peculiaridades e aspectos positivos do tratamento religioso quando comparado aos serviços oferecidos pela medicina oficial. Nesse, sentido, não é àtoa que tantos estudos têm se voltado para uma compreensão do ritual enquanto espaço importante em que

os doentes são conduzidos a uma reorganização da sua experiência no mundo. Para nosso, a antropologia da saúde, sobretudo os estudos sobre religião, ritual e cura são fundamentais.

A antropologia, em suas análises sobre a saúde, lança seu olhar na forma como em diferentes contextos socioculturais, as pessoas interpretam e atribuem significados e lidam com o processo saúde-doença. Segundo Iriart (2003), nesse enfoque, a antropologia apresenta uma diversidade de estudos como às concepções populares e profissionais como à etiologia, diagnóstico e terapias sobre a doença, a saúde, além de avaliar as diferentes agências de curas.

Alves (1993) assinala a contribuição dos estudos antropológicos sobre o discurso a respeito do transtorno mental, nos quais podem favorecer o desenvolvimento de serviços de saúde mentais mais sensíveis às realidades culturais e sociais específicas dos seus usuários e, mais abertos ao envolvimento e participação destes na provisão da saúde. Nessa perspectiva uma das questões cruciais é como pensar a natureza das crenças e valores relacionados a doença mental e também como eles aparecem e são interpretados em contextos sociais específicos.

Através da nossa vivência como psicóloga em Esperança-PB no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em pesquisas e estudos, percebemos a dimensão do conhecimento proporcionado pela abordagem sócio-antropológica na linha de pesquisa "*Cultura e Identidades*" para uma melhor compreensão do processo saúde-doença. Acompanhado os diversos itinerários terapêuticos utilizados por eles percorridos em busca de cura ou alívio, interpretação e/ou significação da doença mental, considerando o contexto sociocultural no qual estes indivíduos ou grupo estão inseridos, para entender como se processam as inter-relações entre cultura, sociedade, saúde e doença no universo de nossos usuários.

Para análise das concepções, crenças e hábitos recorreremos ao conceito de representações sociais de Durkheim (2000), segundo o qual, a sociedade se vê a si mesma e ao mundo que a rodeia através de lendas, mitos, concepções religiosas e crenças morais. O que nos permite afirmar que concepções religiosas ou crenças acerca da saúde-doença são produtos de uma imensa cooperação que se estende no espaço e no tempo, multiplicando-se, associando-se e combinando-se em diferentes formulações.

O estudo das representações sociais diz respeito ao entendimento de como os indivíduos se percebem na relação com a sociedade frente à realidade. Trata-se do conhecimento sobre a realidade, as ações e informações que reuniram e transformaram em uma teoria do senso comum, apta a explicar a realidade e a si mesmo (ARAÚJO, 2008, p.103).

Foucault (1979) e (2011), reconhecido também por seu pensamento voltado ao campo da saúde no século XVIII e XIX, preocupou-se em analisar os discursos e todas as práticas da medicina, especificamente da psiquiatria, desenvolvidas nas instituições psiquiátricas as quais passaram a ter o controle sobre tratamento e o cuidado da loucura. Articulado a outras instâncias da sociedade, como a família, escola, etc., o saber médico configurou-se como uma relação de verdade e poder em relação às doenças mentais.

Os estudos de Foucault sobre as instituições psiquiátricas e as relações de poder foram de fundamental importância nesta análise para se pensar os momentos históricos para pensar acerca das representações sociais sobre a loucura e os dispositivos utilizados pela psiquiatria para o controle do tratamento das doenças mentais e também a forma como a medicina repensa novos modelos clínicos.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira baseada no Decreto de Lei de Paulo Delgado, de 1989, que determina a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos visando a desinstitucionalização com base no argumento de que hospitais não exerciam a função terapêutica adequada, a idéia é eliminar gradativamente a internação e a exclusão social dos portadores de transtornos mentais graves.

Atualmente, o Brasil dispõe da Lei 10.216, de 2001, que discorre sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, no qual o CAPS é um dos principais dispositivos de atenção à saúde mental, prestando acompanhamento clínico, promovendo a inserção social, bem como o fortalecimento dos laços familiares e comunitários das pessoas com transtornos mentais, tornando-se uma rede substitutiva do hospital psiquiátrico no Brasil.

Segund Sadisgurky (2008) com a implantação da política de desinstitucionalização e com o processo de ressocialização das pessoas com transtornos mentais, a família passou a ter um importante papel na assistência social prestadas a estas. O que nos leva a pensar que a questão social do cuidar referentes às doenças mentais envolve uma série de representações e significados que estão disseminados na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e nos pensamentos individuais.

Acerca dessa preocupação, Brasil (2005) entre outros, diversos órgãos têm demonstrado suas inquietações, como é o caso da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) que têm chamado a atenção para o crescente aumento da prevalência de transtornos mentais na população, principalmente nas últimas décadas. Estima-se que atualmente cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais. Ressalta-se, também, que os sofrimentos psíquicos representam quatro

das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo. Devido a esse problema, a OMS conclama os governos a investir cada vez mais em políticas de saúde para enfrentar essa situação, priorizando medidas de promoção à saúde mental e de prevenção dos transtornos mentais, além do tratamento e da reabilitação psicossocial daqueles que sofrem com transtornos mentais severos.

Nesse tipo de assistência, salienta Iriart (2003) a família age como cuidadora em todo processo e nas decisões sobre o tipo de ajuda bem como no tratamento que seu familiar o indivíduo portador de transtornos mentais se utilizará. Nesta busca, são incorporados novos espaços e novos recursos terapêuticos, estando incluídas as crenças, idéias e os valores professados pela família.

Nestes novos espaços criados para dialogar com as pessoas com transtornos mentais e seus familiares, um dos maiores desafios segundo Cerqueira (2007), é interagir com a diversidade de universos compostos pelos conhecimentos extra-oficiais que dão sentido ao discurso das classes populares. Em outras palavras, as novas relações estabelecidas entre o saber médico e as práticas curativas religiosas/populares, referentes à doença mental.

Qualquer modalidade de cura é perpassada por crenças, valores, padrões de significações que pertencem aos diversos grupos considerados em cada grupo tratado estudo, até na cura médica, só que nela o alvo da crença é outro, respaldado numa ótica científica diferente daquele da cura religiosa (MINAYO, 1994). Sendo assim, qualquer tipo de cura ou tratamentoseja ela práticas religiosas que recorrem a rituais sagrados ou as práticas científicas, buscam infundir novas crenças ou fazer renascer antigas crenças dos doentes.

Em seus estudos sobre ciência, religião e cura, Silva (2007) defende:

Na sociedade ocidental moderna, a medicina se institui autoritariamente como único saber curativo legítimo relegando o conhecimento religioso e popular á clandestinidade. Contudo, as legislações proibitivas não impediram o médium e outros mestres, de se ocuparem da cura dos males físicos, emocionais e morais (SILVA, 2007, p. 1).

Porém, continua ela, as questões que os cientistas não conseguiram responder satisfatoriamente continuam atormentando o homem contemporâneo. Uma destas questões mal resolvidas ou não satisfatoriamente explicadas pela ciência é a própria religião e, nesta, o milagre da cura. Assim, ainda hoje, como nos lembra Silva (2000), religiões como umbanda, espiritismo, Santo Daime, messiânica, bem como as inúmeras fraternidades esotéricas, entre outras, continuam a empenhar-se na cura dos males físicos, emocionais e morais.

Falcão (2010) observa que as questões e temas tratados por todas as ciências sejam humanas, sociais ou da saúde, continuam sendo tratadas também pela religião, essa tendência é marcada por algumas descontinuidades e continuidades do processo de secularização

Diversos autores, entre os quais Bourdieu (1982), Geertz (1989), Lévi-Strauss (2003), Berger (1985), Evans-Pritchard (2005), Douglas (1966), entre outros, sustentam que a dimensão das simbologias no universo religioso adquirem legitimidade num sistema cultural, por sua eficácia simbólica e têm como função estabelecer a ordem individual e subjetiva no cotidiano da vida dos indivíduos. Contudo, essa mesma legitimação simbólica que estabelece a ordem também produz mudanças.

Consoante Hervieu-Léger (2008), é através do processo da reprodução da memória coletiva que se conserva a religião com a permanência de dispositivos ideológicos, práticos e simbólicos nos quais se constituem as consciências individuais e coletivas. Porém essa memória religiosa também é uma das consequências das mudanças da modernidade, sendo caracterizada pela individualização e subjetivação tão características da atualidade.

Certeau(1995), em sua obra "*Cultura no plural*", coloca que as indagações, organizações e as ações ditas culturais representam ao mesmo tempo sintomas e respostas com relação a mudanças estruturais na sociedade. A interpretação desses signos, cuja espécie prolifera, remetendo inicialmente ao funcionamento social. Uma vez considerada uma ação, deve-se procurar as divisões em função das quais se desenvolve o processo e com isso, estabelecer uma formulação dos problemas (CERTEAU,1995, p.192-193).

Acerca das questões da cultura na sociedade, Certeau(1995) reconhece que toda exposição aos problemas culturais caminha no solo marcado pela instabilidade, sendo difícil fixar definições conceituais. Contudo defende que discurso cultural deve-se entender toda linguagem que trata dos problemas culturais, na medida em que haja uma relação entre sua forma e seu conteúdo (Op.cit., p. 195).

Aqui serão analisados os discursos científicos e religiosos, mais recorrentes nas estratégias utilizadas pelos usuários e famílias de portadores de transtornos mentais e os significados por elas atribuídos às consultas de terreiros de umbanda e/ou rezadores no município de Esperança–PB. Nesse contexto, nosso olhar está voltado nos discursos referentes às simbologias e as representações sociais no tratamento das doenças mentais.

Acredita-se que o estudo das estratégias utilizadas pelas famílias de usuários e familiares do CAPS é relevante, pois busca a compreensão dos significados atribuídos aos transtornos mentais e as formas de enfrentamento desta doença, esse conhecimento torna-se de grande utilidade para os profissionais de saúde que os orientam em suas práticas.

Construção do Objeto

Este estudo começou a despertar nosso interesse desde 2000, no estado de Roraima, e após meu deslocamento para o estado do Amazonas. A minha atuação profissional nesses dois estados era voltada para o campo da saúde, que se concentrava no hospital com atendimentos clínicos e a equipe de Saúde da Família. No estado de Roraima tive a oportunidade de trabalhar com médicos vindos diretamente de Cuba para desenvolver atividades nos programas de saúde da família. Nesse sentido, minha função na equipe era referente à ministração de palestras, visitas domiciliares e principalmente acompanhamento psicológico em todos os programas existentes do Programa Saúde da Família (PSF), sempre com a atenção voltada para a saúde mental. Nesses acompanhamentos percebia nas falas das pessoas, com algum tipo de sofrimento psíquico, uma explicação místico-religiosa relacionando-a a macumba. Uma das questões que me chamava atenção era que no cotidiano, das visitas domiciliares, tudo aquilo que era considerado como uma situação difícil, negativa, as pessoas tendiam a relacionar à macumba, ao catimbó, pois toda essa crença também existia uma ligação com os maranhenses, que formavam a maior população de imigrantes naquele estado.

Em 2002, após deslocar-me do estado de Roraima para o estado do Amazonas desenvolvi uma psicologia social e clínica nas equipes de Programa Saúde da Família no município de Presidente Figueiredo-AM. Nessa época, tive a oportunidade de desenvolver trabalhos comunitários com as equipes multidisciplinares em três tipos de Postos de Saúde, articulando políticas públicas na área de educação e assistência social, pois as atividades desenvolvidas eram focadas principalmente no campo da saúde mental. As pessoas atendidas eram de diferentes regiões do país, mas sentiam a tendência a fazer alguma referência da doença mental com uma explicação religiosa, nessa cidade existia uma grande proliferação de igrejas evangélicas e templos espíritas. Um dos casos dentre tantos outros, que ainda lembro-me de forma marcante, foi o da esposa de um pastor com surto psicótico, a qual foi trazida pelo marido (pastor) para atendimento psicológico. Observei que durante sua permanência na sala de espera, os dois faziam referências às forças demoníacas. Nessa época, alguns casos clínicos que chegavam para acompanhamento psicológico eram desencadeados devido a problemas familiares, como afastamento familiar de seu lugar de origem, fragilidade dos vínculos familiares, entre outros.

Em 2006, passei a trabalhar como psicóloga efetiva em São Vicente do Seridó-PB, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), acompanhando famílias com

vulnerabilidade social e psíquica em diversos programas sociais federais, como o Programa Bolsa Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e o Programa Agente jovem. Uma das peculiaridades nesse município é que as pessoas com algum tipo de transtorno mental eram encaminhadas do PSF e do hospital para acompanhamento psicológico para o CRAS, uma vez que era justificado que na saúde não disponibilizava de serviço de psicologia. Na equipe do CRAS, o assistente social encaminhava também esses usuários para o CAPS de Soledade-PB, que era referência para atendimento psiquiátrico. No decorrer das visitas domiciliares realizadas pelo psicólogo e a assistente social, observava-se que os familiares destes usuários falavam que tinha sido um catimbo que haviam colocado em seu parente. Certa vez, o motorista que levava esses usuários para o CAPS de Soledade-PB também os levavam para um “terreiro”.

Estes retalhos da minha trajetória profissional foram importantes nas minhas primeiras observações sobre a saúde-doença mental. Contudo, o interesse em realizar uma pesquisa numa perspectiva sócio-antropológica, consolidou-se diante de minhas inquietações e indagações na minha prática como Psicóloga no CAPS, quando no ano de 2009, passei a fazer parte do quadro como funcionária pública efetiva em Esperança-PB. Acompanhando os usuários e suas famílias, com as quais são desenvolvidas atividades como escutas, acolhimentos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, entre outras, mais uma vez, observei nos discursos dessas famílias referências a terreiros de umbanda e/ou a rezadores como tratamentos coadjuvantes, até mesmo daqueles que apresentam uma boa evolução no tratamento.

Seria uma forma de buscar melhores resultados ou preencher alguma lacuna o que levaria essas famílias a utilizar agentes terapêuticos extra-oficiais?

As experiências vivenciadas no cotidiano da prática profissional com familiares dos usuários do CAPS- Esperança/PB, sobre um tema tão instigante despertam tantas indagações e inquietudes a respeito de diversas questões, os significados atribuídos à doença mental pelas tradições populares nos terreiros e/ou rezadores; como estas são re-significadas com base de estratégias terapêuticas tão divergentes.

A presente pesquisa tem como objetivo geral investigar os modos como se articulam os discursos científicos e religiosos nas estratégias dos usuários e famílias de portadores de transtornos mentais no município de Esperança-PB.

Os Objetivos Específicos

1. Identificar as representações dos usuários e familiares sobre a doença mental através de seus discursos;

2. Verificar como os usuários re-significam e articulam os discursos científicos e as crenças populares religiosas no enfrentamento da doença mental;

3. Comparar as avaliações do quadro sintomatológico dos usuários em tratamentos místicos e médico combinado dos usuários do CAPS de Esperança;

Acredita-se que o estudo das estratégias utilizadas pelas famílias de usuários e familiares do CAPS é relevante, pois buscar a compreensão dos significados atribuídos aos transtornos mentais e as formas de enfrentamento desta doença, será de grande utilidade para os profissionais de saúde que os orientam.

Metodologia da Pesquisa

Adotaremos nesta análise a abordagem qualitativa, por considerá-la mais adequada ao estudo dos significados construídos por sujeitos sócio-culturais. Pois, concordamos com Chizzotti (1991), quando afirma que a abordagem qualitativa *“parte do fundamento de que há relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência vive entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”*. (CHIZZOTTI, 1991, p. 79).

Utilizamos como referencial metodológico a História oral. Lang (2001) segundo o qual a História Oral vem sendo utilizada por diversas ciências como a Sociologia, a Antropologia, a História e a Psicologia. Acerca da utilização da História Oral no campo da Sociologia, Lang (2001) esclarece: “[...] por meio da História Oral, a Sociologia não se propõe chegar ao conhecimento pleno e insofismável da realidade, mas conhecer versões referidas a indivíduos sociologicamente qualificados e inseridos em uma dada conjuntura que deve ser considerada” (LANG, 2001, p. 79).

Nosso principal instrumento de coleta de dados foram entrevistas semi-estruturadas e diálogos durante as visitas domiciliares. São utilizados como uma das fontes orais, os depoimentos, das famílias e dos usuários em acompanhamento no CAPS, como também as práticas místicas religiosas. Recorreremos ainda aos registros fotográficos e gravações, com a devida autorização dos entrevistados.

Lang (2001), entre outros, sustenta que a palavra do outro pode ser captada por diversas formas orais, sendo o depoimento uma delas. Por meio dessa fonte oral se obtêm dados informativos e factuais, desde o testemunho do entrevistado sobre sua vivência ou participação em determinadas situações ou instituições, sua vida e suas crenças (LANG, 2001, p. 79).

Construímos um roteiro de entrevista aberta e todas foram gravadas na íntegra com a devida autorização dos entrevistados para futura transcrição, que permitiram levantar algumas informações sobre seu tratamento no CAPS, e as práticas místicas por eles utilizadas.

Os dados coletados no momento inicial da pesquisa reúnem informações como: o motivo do tratamento no CAPS, as opiniões sobre o tratamento no CAPS e a avaliação familiar sobre o quadro no tratamento, consultas médicas e místicas, as práticas e técnicas místicas, os conflitos familiares sobre o tratamento, as crenças e opiniões sobre a doença mental. A escolha destas famílias de usuários obedeceu a dois critérios. O primeiro foi meu conhecimento e minhas observações como Psicóloga no CAPS¹. O segundo, a ajuda de dois informantes. O Psicólogo Iordan, da cidade de Esperança, que trabalha com esses usuários desde a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). E a cuidadora Fátima, que trabalha há 12 anos com essas famílias umadas funcionárias mais aceitas pelos usuários e por toda a comunidade de Esperança. Alberti (2004) nos ensina sobre a postura do pesquisador durante a entrevista:

[...]o que fascina numa entrevista é a possibilidade de tornar a vivenciar as experiências do outro, a que se tem acesso sabendo compreender as expressões de sua vivência. Saber compreender significa realizar um verdadeiro trabalho de hermenêutica, de interpretação (ALBERTI, 2004, p. 19).

Com o objetivo visando obter o máximo através das entrevistas com usuários e familiares do CAPS no enfrentamento da doença mental, também nos esforçamos para analisar as falas, observar suas reações, expressões verbais e faciais dos entrevistados.

Nos primeiros momentos da pesquisa empírica conversamos com os usuários e familiares sobre minha pesquisa e pedimos o consentimento para realizar a entrevista em um local fora do CAPS, deixando bem claro, que minha visita domiciliar não fazia parte de nenhuma atividade do CAPS. Também combinamos que seus nomes não seriam revelados,

¹Vale salientar que devido minha aceitação no Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais- UFCG em 2011, no qual fui beneficiada com uma bolsa PROUNI e depois CAPES que culminou no meu afastamento das minhas atividades profissionais no CAPS de Esperança.

então optamos pelo uso de nomes pela ordem numérica: primeiro, segundo, terceiro quarto e quinto entrevistado. Naquele momento foi explicado também e que me encontrava afastada de minhas atividades profissionais como psicóloga. Esses acordos obtiveram a ajuda e o apoio dos informantes mencionados. Nesse primeiro contato com os entrevistados, sugeri que o local da entrevista se realizasse nas suas residências ou outro local que sentissem abertos para a entrevista. Esta é uma das estratégias utilizadas para que o entrevistado estabeleça uma relação de confiança e independência. Outro aspecto relevante sempre ressaltou meu afastamento do CAPS, o que ajuda a minimizar o sentimento de insegurança dos usuários, inspirando-os a expressarem de forma mais aberta a frequência aos outros centros para tratamentos, como também as avaliações sobre ambos os tratamentos.

A finalidade é estabelecer uma relação de maior confiança entre entrevistado e entrevistador. Essa idéia é defendida por Alberti (2004) em relação às entrevistas, a qual “requer uma preparação criteriosa, que nos transforme em interlocutores à altura de nossos entrevistados, capazes de entender suas expressões de vida e de acompanhar seus relatos”(ALBERTI, 2004, p. 19).

Nesse momento inicial foram realizadas visitas domiciliares totalizando 12 (doze) entrevistas semi-estruturadas com usuários e ex-usuários, e familiares. Estes são os mais representativos uma vez que nem os todos os usuários utilizam tratamento místico/religioso.

Abordagem Conceitual

Este é um estudo sócio-antropológico. Um dos aspectos importantes neste estudo é o entendimento das simbologias. Procura-se demonstrar a importância das simbologias nos processos curativos dos portadores de transtornos mentais em Esperança. Nosso referencial teórico nesta análise são as representações sociais dos usuários e familiares a partir dos pressupostos de Serge Moscovici (2010), segundo o qual, as representações sociais têm um caráter dinâmico e relacional à trajetória do grupo que a elaborou. São frutos de um processo sempre atuante, desencadeado pelas ações coletivas dos indivíduos, mas implicam em um reflexo nas relações estabelecidas dentro e fora do grupo, no encontro com outros indivíduos ou outros grupos sociais. Como resultante temos que a ação dos indivíduos é caracterizada pelas representações sociais que seu grupo elaborou (Ibid.).

Percebemos a complexidade do universo simbólico, nos baseamos também na teoria de campo de Pierre Bourdieu (1982 e 2001), por considerá-la adequada a nossa análise. Além do conceito de campo, no qual o autor sustenta que a prática do poder simbólico é reforçada dentro do campo religioso pela apropriação de símbolos. Recorremos também ao conceito de *habitus*, como base para as discussões sobre práticas curativas. Concordamos com Bourdieu quando afirma que o universo de simbologias ordena o campo religioso, estrutura as relações dos agentes por meio de um controle da vida coletiva. A gênese social de um campo, na perspectiva bourdieusiana, é a apreensão daquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta do jogo de linguagem que nele se aplica, das coisas materiais e simbólicas representadas por essa arbitrariedade que nela se gera, se subtrai ou produz. Nesse sentido, o campo exerce relações através do *habitus*. Para Bourdieu (2001), o *habitus* é um conhecimento comum adquirido, trata-se de um saber prático das leis tácitas de funcionamento social adquiridos pela socialização praticada em um determinado campo, ou espaço social global.

O campo religioso tem por função específica satisfazer um tipo particular de interesse, isto é, o interesse religioso que leva os leigos a esperar de certas categorias de agentes que realizem “ações mágicas e religiosas”, ações fundamentalmente “mundanas” e práticas realizadas “a fim de que tudo corra bem para ti que vivas muito tempo na terra” (BOURDIEU, 1982, p. 82).

Durkheim (2000) defende que os primeiros sistemas de representações que o homem produziu do mundo e de si mesmo são de origem religiosa. Ressalta a dimensão do universo religioso associando a cosmologia e a especulação sobre o divino. Lembra que filosofia e as Ciências nasceram da religião, e que a ciência serviu como formação e elaboração desses conhecimentos. E ainda, que os nossos julgamentos se baseiam em determinadas noções de tempo, espaço, gênero, causa, substância, personalidade. Sendo assim, essas noções essenciais dominam toda a vida intelectual e social humana.

Uma das grandes contribuições de Durkheim(2000) e todo o esforço de mostrar como pensamento coletivo emerge de um suposto sagrado, que teria como objetivo regular o profano. Isto é, tornar o homem humano, já que ele é por natureza um animal. Nesse sentido, concluiu que a religião é coisa eminentemente social, resultante de um conjunto de consciências, ações e sentimentos.

Acerca das representações defende Durkheim(2000):

[...]As representações religiosas são representações que exprimem realidades coletivas; os ritos são maneiras de agir que surgem unicamente no seio dos grupos reunidos e que se destinam a suscitar, a manter, ou a refazer certos estados mentais desses grupos (DURKHEIM, 2000, p.38).

Laplantine (1991,p. 13), em sua obra “Antropologia da doença”, considerado um dos mais importantes antropólogos contemporâneos da escola francesa se debruça entre outras coisas sobre os processos e modelos terapêuticos de cura e tratamento das doenças.O referente autor se inspira em Georges Devereux², para diferenciar entre as representações propriamente ditas que pertencem aos discursos coletivos e as fantasias, dos discursos individuais.O entendimento de ambas revela formas elementares da doença não apenas na cultura que a produz, mas também de uma cultura que lhes é extremamente exterior, estranha a elas.Ele considera dois campos de conhecimento e de significado: o campo do doente e o campo do médico.

Em sua perspectiva antropológica Laplantine, (1991) explica esses dois campos de conhecimento e significado para se entender a doença. Nesse quadro, defende que o campo do doente se caracteriza pelo sofrimento e pela consciência da experiência mórbida com seus componentes irracionais de angústia e esperança, são os efeitos e sentimentos experimentados “de dentro”. Dessa forma, o significado do doente em relação à doença não progride em absoluto no mesmo ritmo da ciência, pois são reinterpretadas e filtradas em função de uma carga simbólica que se distanciam da racionalidade. Por outro lado o campo do médico, o entendimento da doença é pautado no diagnóstico, prognóstico e do tratamento, se fundamenta sua prática recusando uma parte da experiência do doente como o prazer, desejo, linguagem.

Laplantine (1991) enfatiza que na nossa sociedade moderna quando se fala da etiologia da doença, ou seja, de suas causas, existe certa tendência a considerar a exclusividade da etiologia científica da medicina, desprezando a etiologia subjetiva, mas simultaneamente social colocada pelos próprios doentes. Sendo assim, a ideia que predomina é que a causalidade biomédica está isenta de representações, demonstrando certa dificuldade em admitir a doença como um fenômeno social, que não é produto de um especialista, mas absolutamente de todos.Nesse sentido argumentaremos que ao estudarmos os significados e as representações no campo da saúde mental, se faz necessário trabalhar com um conceito de saúde considerando toda essa amplitude especificamente, no campo da saúde mental.

² Psicanalista e etnólogo húngaro (1908-1985). Estudou no Instituto de Etnologia de Paris. Considerado um dos fundadores de Etnopsiquiatria.

Para Coelho (2002), em seus estudos sobre “*Conceitos de saúde em discursos contemporâneos*”, considera do ponto de vista epistemológico, a dificuldade de conceituar saúde reconhecida desde a Grécia antiga. Dessa forma existe uma lacuna de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido, indicando uma dificuldade do paradigma científico dominante nos mais diversos campos científicos de abordar a saúde positivamente. Por outro lado, tal pobreza conceitual pode ter sido resultado da influência da indústria farmacêutica baseada na cultura da doença, que têm restringido o interesse e os investimentos de pesquisa a um tratamento teórico e empírico da questão da saúde como mera ausência de doença. Entretanto, a divisão do corpo humano, a tecnologização das práticas e a fragmentação do saber, com o surgimento das várias especialidades médicas foi um dos principais agravantes.(COELHO, 2002, p.316).

Desde os primórdios da humanidade sempre existiu preocupação por parte do ser humano a buscar para a cura suas doenças e seus males, como também a morte. Nesse caminho para obter sua, sempre adotou as mais diversas técnicas e práticas, de acordo com seu lugar, seu contexto sociocultural e religioso, suas individualidades e subjetividades.

Do ponto de vista das práticas e políticas voltadas para a saúde, os sistemas de saúde do mundo ocidental, especificamente, do Brasil, tem sido questionado por sua dependência em relação a um modelo assistencial individualista, com ênfase na dimensão curativa da doença, além de elevados custos e baixa efetividade, uma vez que não atinge a toda população que dela necessita. A ideia que permeia e fortalece a saúde é a promoção, não apenas de cura, emergindo uma constante vigilância preventiva de saúde e políticas públicas com a noção de uma promoção da saúde que busca mudanças das condições de vida e de trabalho da população que dela necessita.

Em linhas gerais, o conceito de saúde formulado pela OMS – como uma situação de bem estar físico, mental e social-deve ser relativizada diante dessa condição que parece ser colocada como um pensamento universal. Esta definição sempre recebeu críticas, sendo considerada irreal e ultrapassada em alguns lugares. Nesses termos, uma definição utópica, pois se alcançaria uma completa saúde nesse “perfeito bem estar”. Posto que essa definição remeteria, utopicamente a realidade socioeconômica dos países desenvolvidos, não se aplica de forma alguma aos países em desenvolvimento, entre eles, o Brasil, principalmente quando se lança um olhar sobre determinados contextos socioculturais ou grupos minoritários.

Canguilhem (*apud*COELHO, 2002) coloca que acerca do normal e do patológico, saúde-doença se opõe a perspectiva de uma visão da diferença quantitativa difundida por Comte (1854) no século XIX, defendendo uma natureza qualitativa desse fenômeno. Segundo

esse autor, a saúde é uma norma de vida superior, sendo a doença uma norma de vida inferior. Enquanto a saúde se caracteriza pela abertura às modificações e pela instituição de novas normas de saúde, o patológico corresponde à impossibilidade de mudança e à obediência irrestrita às normas. Sendo a normatividade uma dimensão da saúde, cada indivíduo tem, para si mesmo, sua própria concepção de saúde. Se a fronteira entre saúde e doença é imprecisa para indivíduos diferentes considerados simultaneamente, ela tampouco é precisa para um único indivíduo, pois a fronteira pode variar ao longo do tempo, e o que é normal, em uma situação, pode se tornar patológico, em outra (COELHO, op. cit.).

Além disso, a saúde implica o adoecimento e a saída do estado patológico. Com isso, a possibilidade de testar a saúde pela doença fosse eliminada, o ser humano não teria mais a segurança de ser saudável. Ainda que os conceitos de saúde e doença difiram, o estado temporário de doença integra a saúde. Tal proposição possui implicações éticas e políticas de longo alcance. A exclusão dos estados temporários de doença do conceito tradicional de saúde poderia justificar o surgimento de propostas eugenistas de criação de uma sociedade totalmente saudável e sem diferenças (Ibidem).

Ela ainda, enfatiza que essa concepção rompe com a visão, característica do século XIX, de saúde como adequação a uma norma, a um modelo predefinido. A saúde passa a expressar diferentes padrões e deixa de se limitar à perspectiva da adaptação. Em algumas situações, ela pode ser veiculada, justamente, pelo que foi definido convencionalmente como signo de doença.

Vasconcelos (2006) em seus estudos sobre “Curas através do Orúm” destaca duas formas de compreender a doença na medicina oficial, a dinâmica e a ontológica. Ela defende que a visão grega da doença, como sendo um fenômeno dinâmico, definia como exteriorização particularizada de uma condição totalizante. Entendida como o resultado do desequilíbrio entre o doente e o que está fora dele. Esta compreensão defendia a noção da doença como resultado do comprometimento do corpo de um modo total, e não residindo, apenas, em um local específico do organismo. Enquanto na visão ontológica a doença é representada a partir de “ser causador do mal”. Diante da identificação desse “ser causador” se estabeleceria o roteiro dos cuidados (ou tratamento preconizado). A partir desse conhecimento do caráter da causa, viabiliza-se a possibilidade de escolher o combate eficaz e a consequente destruição da doença.

Na visão de Vasconcelos (2006), as duas teorias, a dinâmica e a ontológica, se assemelham quanto à percepção da condição do “estar doente”, como uma experiência controvertida. Em ambas, não importa se a experiência é um combate do organismo contra

um ser estranho, ou uma guerra mobilizada pelas forças internas do organismo para reequilibrar o que está desarmonizado. Enfim as duas concepções almejam a busca pela cura. Nesse sentido, para os agentes terapêuticos, sejam pertencentes à medicina oficial ou qualquer outro itinerário terapêutico, de forma consciente ou inconscientemente, as representações das doenças seriam determinantes nas ações curativas (VASCONCELOS, 2006, p.82).

Assim, orientada pela fundamentação teórica, mergulhamos nos discursos dos entrevistados acerca do universo das doenças mentais, com a finalidade de apreender suas representações da doença. Os relatos revelam um rico contexto cultural e os complexos caminhos por eles percorridos em busca de cura, tratamento e explicação de seu mal. Os teóricos utilizados para fundamentar nossa interpretação sócio-antropológica do fenômeno estão diluídos ao longo do texto.

O trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo tem como intenção situar o leitor a respeito das representações da doença, suas transformações, e uma breve história da psiquiatria. Além da hegemonia médica, que começou a se consolidar nos séculos XVIII, XIX. Nesse momento, utilizamos Foucault (1979), (2011), (2012) para pensar em alguns elementos históricos sobre a loucura, desde as diversas práticas e discursos hegemônicos da psiquiatria. Finalizamos esclarecendo as recentes políticas públicas de saúde mental no Brasil, especificamente a criação do CAPS. Em síntese, o primeiro capítulo, a discussão teórica, tem como objetivo fundamentar nosso debate sócio-antropológico acerca da doença e da saúde mental e os capítulos posteriores visam, ao mesmo tempo, fazer a interlocução entre os dados empíricos e a teoria.

No segundo capítulo, intitulado “*Ciências Sociais, saúde e cultura*”, há o esforço de estabelecer um diálogo entre os dados empíricos e as teorias que discutem a importância dos significados místicos-religiosos para o tratamento das doenças mentais, trazendo também a importância das crenças tanto para as práticas místico-religiosas como para as práticas terapêuticas utilizadas pela medicina no tratamento dos transtornos mentais. No decorrer dessa análise, utilizamos a antropologia interpretativa de Geertz (1989), no qual sustenta que o homem está amarrado a uma teia de significados. Uma das ideias utilizadas foi a função dos símbolos religiosos para estabelecer uma ordem para a doença mental. Em Berger (1985), a ideia da legitimação da ordem sagrada para a construção/manutenção da realidade.

Ainda no segundo capítulo, utilizamos a contribuição de Lévi-Strauss (1975) sobre a eficácia simbólica em relação à cura, o qual demonstra pontos aproximativos e divergentes entre os processos xamanísticos e as práticas médicas. Também utilizamos Douglas (1966), que salienta a necessidade dos indivíduos de realizar rituais, pontuando a ‘palavra’ como uma

questão crucial no tratamento. Também recorremos a Hervieu-Léger (2002), sobretudo a questão da individualização e subjetivação na modernidade para pensar práticas e crenças dos usuários e familiares. Inspirada na perspectiva das representações teatrais, nos embasamos em Erving Goffman (2009) para entender as lógicas curativas dos entrevistados. Além disso, lançamos mão dos estudos de Evans Pritchard (2005) sobre os Azande, acerca da noção de relatos dos entrevistados, quando recorrem a explicações materiais e espirituais dos transtornos mentais.

O intuito do terceiro capítulo é evidenciar, através dos discursos dos usuários e familiares, em diálogo com a sociologia e a antropologia da religião, especificamente as discussões teóricas acerca das crenças, opiniões, saberes populares sobre a doença mental, através da opinião dos doentes, familiares e vizinhos, acerca da doença mental. Para interpretação dos discursos, tomamos como base autores como Lewis (1977), Geertz (1989), Silvab (2007) e Minayo (1994).

No quarto e último capítulo, descrevemos as avaliações das práticas médicas e místico-religiosas a partir do olhar dos entrevistados. Estas avaliações remetem sobretudo aos efeitos positivos e negativos das práticas e técnicas e procedimentos, tentando apreender as lógicas que permeiam o uso dessas práticas. Por último, buscamos ressaltar pontos divergentes e aproximativos entre duas práticas em análise, segundo os discursos dos entrevistados, a partir de autores, como: Langdon (2010), Carvalho (2008), Sharank (2008), Mauss (1979), Feretti (1995) e Eliade (1998).

As considerações finais sintetizam as conclusões da pesquisa e retomam os principais pontos analisados, apresentando sugestões para futuras pesquisas.

CAPÍTULO I –AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE OS DISTÚRBIOS MENTAIS

Pensar as representações sobre doença e saúde mental é percorrer uma longa trajetória para vislumbrar os modos como o homem lança seu olhar sobre a loucura. Em todas as épocas e em todas as sociedades os seres humanos desenvolveram concepções e crenças que se constituíram como tradições para lidar com a doença visando obter explicações, cura e/ou alívio para os males humanos. Entre os diversos males que afligem e intrigam os seres humanos há séculos, estão os transtornos mentais.

Na antiguidade os transtornos mentais nem sempre foram considerados doença passível de diagnóstico, tratamento e cura. Houve épocas que eram considerados desvio, passível de correção e ou punição. Nem sempre se pensou na necessidade de uma intervenção profissional/técnica para tratá-los ou em transformá-los em objeto de determinado campo de saber.

Contudo, as concepções místico-religiosas, em todos os momentos da história humana, estão presentes nas explicações de todos os fenômenos, incluindo a saúde, a doença e a cura. Porém, ao tratar dos males e inquietudes humanas, especificamente das doenças mentais, estas tradições oferecem explicações que ultrapassam a racionalidade, científica, como aquelas utilizadas nas práticas médicas.

Acreditamos que o exercício de pensar as representações sociais sobre a doença e a saúde mental, exige um esforço maior do profissional da saúde, porque diferentemente da medicina, as ciências humanas em geral devem englobar um amplo universo marcado pelas metamorfoses e nuances da intersubjetividade dos indivíduos e grupos, das transformações de pensamento de toda uma sociedade, até mesmo de várias sociedades em diferentes épocas. É o caso da doença mental na perspectiva que ora abraçamos. Trata-se então de investigar as diferentes maneiras que essas concepções e crenças são re-inventadas, recriadas re-significadas pela população nas suas práticas.

Nas sociedades primitivas, até mesmo no cristianismo, a concepção da loucura estava associada à ideia de possessão. Essa concepção mística da loucura determinou uma grande aceitabilidade da explicação mística como uma grande verdade. O misticismo atribuía às doenças mentais a causas divinas e/ou a influências demoníacas, sobrenaturais. Toda a assistência de cura e tratamento era entregue aos cuidados daqueles que dominavam as técnicas da magia e da feitiçaria, era tarefa de bruxos, feiticeiros, curandeiros, pajés. Na Idade

Média, os religiosos especializados em exorcismo como na Igreja Católica cuidavam destes males.

No Brasil contemporâneo, os portadores de transtornos mentais encontram todos os tipos de tratamento místico-religiosos anteriormente citados, e ainda as tradições ou afro e afro-indígenas, igrejas cristãs pentecostais e neopentecostais, os centros espíritas, umbandistas, rezadores e curandeiros populares entre outros.

Em “História da loucura”, Foucault (2012) percorre um longo caminho para explicar as mudanças de significados através dos quais a loucura passou a adquirir o status de “doença mental” na ótica da medicina, em particular da psiquiatria, composta por um conjunto de normas, definições, conceitos e significados. Ele defende três grandes momentos que marcaram as transformações para pensar a loucura, a Idade Média, a grande internação e os tempos contemporâneos. Até a Idade Média, a loucura era entendida como uma experiência trágica, na qual há uma ausência a atribuição da questão da moral. Como a maioria das questões que envolviam a humanidade, a loucura recebia uma explicação mística ou cósmica, como já mencionamos.

Na Idade Moderna, mais especificamente no século XVI, a loucura irá ser confiscada por uma “razão” dominadora, que influencia a concepção de mundo, das coisas. As concepções de mundo eram baseadas no pensamento de Descartes “*Penso, logo existo*”, nesse sentido passa-se a concepção da loucura em relação à sanidade e ao louco, que é desprovido de razão e, portanto, distante da verdade. Nessa forma de pensamento, o racionalismo moderno irá separar a sabedoria da loucura. Essa visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão do louco. Foucault esclarece:

[...]A experiência trágica e cósmica da loucura viu-se mascarada pelos privilégios excluídos de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica, e através dela a experiência moderna da loucura, não pode ser considerada como uma figura total, que finalmente, por esse caminho, à sua verdade positiva; é uma figura fragmentária que, de modo abusivo, se apresenta como exaustiva (FOUCAULT, 2012, p. 28-29).

A passagem de uma visão trágica e cósmica para uma suposta verdade positivada loucura, não pode ser considerada uma continuidade evolutiva do pensamento em relação ao sujeito, visão da verdade positiva, no qual condena o doente mental ao encarceramento, morte e exclusão social. É aí que surgem os hospitais/prisões.

Consoante Foucault, o século XVIII é denominado período da grande internação. Pois na era moderna, compreendida entre os séculos XV e XVIII, a sociedade é marcada por

fenômenos de estruturação do estado, urbanização e a industrialização. O aumento da pobreza e da mendicância tornava-se um dos maiores problemas a ser enfrentado pelos administradores. A criação e disseminação de instituições públicas e privadas de acolhimento foram a solução encontrada.

O Hospital Geral de Paris inaugurado em 1656 representa um grande marco, não somente do enclausuramento ou internação dos “loucos”, mas também a exclusão dos pobres e deficientes físicos. Durante todo o século XVII e boa parte do Século XVIII, os hospitais, foram a única forma de “cuidar” dos loucos. No final do século XVIII, esta situação será modificada e a loucura passará a ter a ser denominada doença mental, cabendo a psiquiatria, como um saber e uma prática para tratar a doença nos manicômios (Op. cit., p. 55).

Amarante (2003), no seu estudo sobre os paradigmas psiquiátricos, defende que a organização dos manicômios, bem como, o isolamento, seria a maneira de ordenar as doenças por categorias, as quais se apresentavam misturadas em um grande enclausuramento. Isto é, passou-se então a organizar uma nosografia das doenças e alienações mentais. A partir do princípio do afastamento, ia separando e agrupando os diferentes tipos de alienações e delírios, em rigorosa e permanente observação.

No século XX, passamos por novas concepções da loucura e novas transformações. As críticas e as crescentes denúncias de maus tratos e desumanidade nos manicômios, impõem mudanças e/ou “reformas” nos asilos e na estrutura do tratamento psiquiátrico. Os modelos de reforma têm, em comum o fato de questionar o caráter terapêutico do hospital psiquiátrico. Partiam do pressuposto de que o hospital não recupera e não oferece auxílio adequado aos internos. Mas essas mudanças limitaram-se apenas a buscar outro lugar para tratar os ditos loucos sem, contudo, questionar ou criticar a própria concepção de doença mental e o saber psiquiátrico (AMARANTE, 2003b).

A crise na Psiquiatria, porém, proporcionou o surgimento de uma nova concepção de tratamento da doença mental. Dessa forma, o campo de atuação da psiquiatria é transferido da doença mental para a saúde mental. Os modelos da reforma psiquiátrica surgem a partir dos questionamentos acerca do caráter terapêutico do hospital como comunidade terapêutica, Psiquiatria do Setor, antipsiquiatria, que se tornou um dos mais fortes movimentos que trouxeram importantes contribuições para a desconstrução do conceito de desinstitucionalização (Ibid).

Dessa forma, as representações sociais sobre a doença mental passam por transformações de acordo com o contexto sócio-cultural e os modelos adotados para oferecer cura ou alívio nos processos de doença e saúde mental. Concluída esta reflexão inicial sobre

as representações da doença e da saúde mental, deslocamos nosso olhar para situar a psiquiatria no Brasil.

1.1 Alguns Dados Históricos sobre a Psiquiatria

Para falar do tratamento e cura dos transtornos mentais na atualidade brasileira, se faz necessário retomarmos alguns dados históricos da medicina, especificamente da psiquiatria, mostrando como esta passou a ocupar um espaço tão importante no cuidado e no tratamento das doenças mentais, tão marcado, ao longo dos tempos, por mudanças e conquistas, antes de se consolidar enquanto ciência, ou seja, permanentes transformações de paradigmas. É importante retomar momentos históricos da psiquiatria no Brasil, ultrapassar a ideia de um modelo científico que se consolidou enquanto especialização no campo da saúde mental, seus tratamentos e cuidados, mas também, colocá-la como um espaço que procurou se fortalecer como verdade inquestionável em seus discursos e práticas em relação à doença, a loucura, a anormalidade. É importante, também, evidenciar as relações de poder estabelecidas com o progresso científico no século XVIII que começaram a se consolidar no século XIX como justificativas teóricas das práticas de disciplina corporal (COSTA, 1983, p. 80).

Costa (op. cit), referindo-se ao cuidado dispensado aos doentes mentais, lembra que, historicamente, até a segunda metade século XIX, os doentes mentais que habitavam o Rio de Janeiro não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica.

A partir de 1830, inicia-se um movimento para a construção de um hospício para os doentes mentais entre outras medidas de higiene pública, essas solicitações em sua maioria partem de médicos higienistas. Estes médicos lançaram mão de vários meios através da sociedade de medicina do Rio de Janeiro, Diário da saúde, Revista Fluminense para despertar a opinião pública acerca da necessidade de criação de asilo criticava o modo como os “loucos” eram tratados. Muitos eram abandonados perambulando pelas cidades, vítimas de prisões atribuídas por vagabundagem ou perturbação da ordem pública; os métodos de tratamento empregados pelo pessoal da Santa Casa de Misericórdia.

O movimento defendia a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os “loucos” pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Exigia-se que os “loucos”, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicalmente. Essas exigências dão origem a novas representações sociais sobre a loucura e a ideia de criar um

lugar especializado de tratamento. Os hospícios são apontados como o lugar apropriado para tratamento, bem como a ideia de que o isolamento e a exclusão são formas corretas de cuidado.

As primeiras conquistas do movimento de médicos e higienistas foram o decreto assinado pelo então imperador Pedro II para a fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro em 1841. Mas, somente em 1852, o Hospício D. Pedro II foi inaugurado permanecendo confiado aos religiosos da Santa Casa da Misericórdia. Em 1881, data de criação da cadeira de "*Doenças Nervosas e Mentais*", Nuno de Andrade assume a direção do estabelecimento. A partir daí, aconteceram vários episódios na história desse movimento, como a separação da administração da Santa Casa, colocada sob a tutela do Estado, mudança de nome, passando a se chamar "Hospital Nacional dos Alienados" e reduções orçamentárias à assistência psiquiátrica (COSTA, 1994, p. 22).

No início do século XX, chega o momento mais crítico. Um inquérito revela que o "Hospital Nacional" se resume a uma casa para detenção de loucos com tratamento inadequado, ausente de disciplina e fiscalização. Posteriormente, a assistência psiquiátrica, passa por reformulações como a primeira Lei Federal de Assistência aos alienados. Em 1912, a psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma, tendo como reflexo um aumento importante no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais.

Outras conquistas são alcançadas e finalmente, em 1934 com o decreto é promulgada segunda Lei Federal de Assistência aos doentes mentais, proteção e fiscalização dos serviços psiquiátricos. A psiquiatria do Rio, durante as três primeiras décadas do século XX, que coincide com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, era considerada produto de atraso histórico da psiquiatria no Brasil. Esse atraso era justificado pela reprodução do discurso teórico da Psiquiatria francesa e posteriormente, pela administração dos hospitais, que eram ditadas por pessoas leigas e religiosas. Contudo, a psiquiatria vivenciava avanços, mas também, apresentava fragilidades. Os psiquiatras obtiveram o seu reconhecimento jurídico, o desenvolvimento da pesquisa psiquiátrica e a consolidação dos mecanismos institucionais de formação de outros psiquiatras.

Como sinais de fragilidade, podemos citar a extrema vulnerabilidade diante dos preconceitos culturais da época e a dificuldade em delimitar o seu próprio campo científico. Uma das grandes críticas a psiquiatria nessa época, era a tendência a associação de forma indevida dos problemas psiquiátricos aos problemas culturais gerando muita confusão. Os fenômenos psíquicos e culturais eram explicados exclusivamente, com base numa hipótese de causa biologisante, que justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade. O

biologismo defendido pelo pensamento da época sustentava que o funcionamento psíquico e cultural da sociedade também determinava o modo concreto da organização e funcionamento de todas as instituições sociais, desde a família até o Estado. Acerca dessas discussões, Costa (1980) coloca que:

[...]A História da psiquiatria brasileira criou uma atmosfera psiquiátrica saturada de conotações ideológicas. A LBHM herdou esse tipo de pensamento, reforçando-se e desenvolvendo-o, graças à incapacidade que tiveram seus psiquiatras em discriminar aquilo que nas suas teorias era determinado pelos preconceitos da cultura(COSTA, 1980, p 25).

É importante esclarecer que a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) foi fundada no Rio de Janeiro em 1923. Inicialmente, tinha o intuito de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. Mas novos objetivos da LBHM se ampliam com a elaboração de projetos que visavam à prevenção, à eugenia e a educação dos indivíduos também para as pessoas não portadoras de distúrbios mentais.

Nesse sentido, Costa observa que a pretensão dos psiquiatras era tornar a intervenção psiquiátrica similar à prevenção em medicina orgânica. Assim a ação terapêutica deveria exercer-se no período-patogênico, antes do aparecimento dos sinais clínicos. A partir desse momento, o alvo dos psiquiatras passou a ser o indivíduo indistintamente, através de medidas preventivas no meio escolar, profissional e social para a saúde mental.

Ele lembra, ainda, que toda a questão do cuidado eugênico da “*raça brasileira*” originárias dos meios intelectuais europeus do começo do século XX já havia sido introduzida no Brasil, de início pelos intelectuais e posteriormente pelos médicos. Esclarecendo a ideia de eugenia, conceitua ele: “*é um termo inventado pelo fisiologista inglês Galton, para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente*” (Op. cit., p. 30).

O ideal eugênico da LBHM foi utilizado na época, para ajudar a solucionar o que consideravam como graves problemas resultantes dos efeitos econômicos da industrialização nas duas primeiras décadas do século XX, como abolição da escravatura, a imigração européia e a migração de camponeses e antigos escravos para as cidades. A prevenção eugênica apareceu-lhes como o instrumento mais rápido e eficaz para sanear a situação. Desde então, a coerência científica pouco importava. Qualquer teoria poderia justificar a prevenção, pois os psiquiatras encarregavam-se de fazer coincidir a realidade com a representação científica que queriam que ela tivesse (Op. cit., p. 18-19).

O que se percebe, é que os psiquiatras da LBHM se sustentavam nessa herança cultural baseada na eugenia que representava a base 'científica' legitimada pela Biologia e tenta incorporá-la por todos os meios nos programas de higiene mental. A LBHM restringia-se, exclusivamente, à prevenção das doenças mentais, seu objetivo era o de evitar a progeneração das doenças mentais que supostamente deveria herdar a doença de seus ascendentes.

Para reforçar esse pensamento da LBHM, os trabalhos científicos demonstravam a importância da hereditariedade para se entender doenças mentais como a esquizofrenia, às psicoses maníaco-depressivas, a parafrenia entre outras doenças mentais. Para os eugenistas, o indivíduo considerado sadio ou doente tinha sua referência na sua matriz biológica desconsiderando aspectos psíquicos e culturais (Op. cit). Costa afirma:

[...] o preconceito racial dos psiquiatras, nessa época, mostrava-se compatível com os marcos da psiquiatria tradicional. Eles tinham conseguido integrar a eugenia na ideologia racial brasileira de maneira harmoniosa, ou seja: a eugenia encarregava-se da profilaxia da doença mental e a miscigenação da profilaxia da raça (COSTA. op. cit., p. 37-38).

A LBHM amplia seu espaço de intervenção de higiene como as campanhas antialcoólicas com o apoio de Estado e do Departamento de saúde, dispondo de um sistema médico-policial organizadas em nível nacional. O apoio à LBHM pelo Departamento de Saúde suscitou a expectativa de estender seus métodos de higiene mental a todo povo brasileiro (Op. cit., p. 32).

É importante mencionar que toda a dimensão das ideias eugênicas no Brasil sofria influências dos psiquiatras alemães. Nessa mesma época, a psiquiatria defenderam um congresso internacional que a higiene mental, em sua aplicação prática, não deve exercer-se somente no terreno da psiquiatria, senão em todos os domínios da vida social. Em outras palavras, revela que a psiquiatria no Brasil compartilhava ideias da psiquiatria alemã e a psiquiatria brasileira parecia ignorar que tudo isso incutia elementos de uma psiquiatria nazista.

Todo o antiliberalismo da LBHM atribui-se, na sua grande maioria, ao moralismo dos psiquiatras, além de todas as ideologias morais das ideias eugênicas que foram mencionadas, o moralismo católico influenciava a intelectualidade na época, o qual não pode ser confundido com a doutrina oficial da igreja.

O que era notável, é que a LBHM apresentava elementos religiosos em suas condutas práticas, de certa forma, copiando um modelo de organização religiosa, no qual os próprios

psiquiatras faziam voto de abstinência de álcool, referiam-se a apóstolos da higiene mental, comparando mensagens eugênicas às mensagens evangélicas, contudo, por vezes, vários conflitos entre os psiquiatras eram freqüentes, com ataques contra o catolicismo, acusando-o de várias perturbações e mazelas que as idéias, higiênica mental e social procuravam tratar.

Pode-se afirmar, portanto, que a Psiquiatria e também todas as ciências humanas surgiram no século XIX como justificativas teóricas de práticas da disciplina corporal. Todas as técnicas de disciplinarização do corpo evidenciam a criação e um controle do sujeito para submeter-se às exigências econômicas, sociais e políticas de um modelo europeu daquele século.

Nesse sentido, as representações sociais do homem saudável estão intrinsecamente ligadas a disciplinarização do sujeito baseado no modelo europeu. Com isso, os discursos e práticas dos modelos médicos em geral e da psiquiatria em particular, são decisivos na construção das concepções que norteiam as políticas públicas de saúde no Brasil.

1.2 As Relações de Poder na Medicina

Ao refletirmos sobre o contexto histórico no qual se desenvolveu a psiquiatria, percebemos todo o esforço dos profissionais desta área, para se fazer respeitada, alcançar um espaço e se consolidar enquanto especialidade, apresentando discursos e formas de tratamentos consideradas eficazes e condizentes com o progresso científico no tratamento dos transtornos mentais.

Bastide (1967) ao trazer novas discussões entre as doenças mentais e a sociedade, retoma diversas concepções ao longo da história, lembrando que as ideias mais primitivas da loucura se constituem uma categoria do sagrado, seja do sagrado religioso, seja do sagrado demoníaco. É com os gregos, que a medicina se torna ciência, afirma ele, dando fornecendo explicações racionais às doenças somáticas, hoje, unanimemente aceitas. Os romanos, apesar do esforço para distinguir os tipos de distúrbios mentais, sua preocupação era principalmente, com as consequências sociais da loucura. Por parte do cristianismo, a concepção arcaica forneceu a ideia da loucura como fruto do pecado por parte do homem. A partir da Renascença, começa a secularização, os loucos são excluídos da sociedade e internados, considerados como pessoas perigosas, da mesma forma que os criminosos, os devassos e os miseráveis (BASTIDE, 1967, p. 250).

Com os marcos da psiquiatria tradicional. Eles tinham conseguido integrar a eugenia na ideologia racial brasileira, de maneira harmoniosa, ou seja: a eugenia encarregava-se da profilaxia da doença mental e a miscigenação da profilaxia da raça (Op. cit. p., 37-38).

Todo esse espaço almejado pela psiquiatria é marcado por longas discussões, tensões, conflitos e especificamente modelos de intervenções à medida que foram surgindo vão sendo contestados para dar origem a novas práticas, novos discursos, novos poderes. Esses desdobramentos demonstram o interesse da psiquiatria em comprovar sua importância para a cura e tratamento das doenças mentais e para a sociedade como o todo. Ao unir forças com o Estado, devido a um momento histórico crucial, a medicina se fortalece enquanto instrumento de mudanças comportamentais, impondo um novo modelo de homem, propício às exigências do mundo moderno. Ao ditar normas e padrões de normalidade, impor modelos de saúde mental, a psiquiatria também impõe e estabelece relações de poder acerca do tratamento das doenças mentais (COSTA, 1980, 1983).

Qualquer discussão sobre psiquiatria e relações de poder no pensamento social remete, necessariamente, a Foucault, um dos autores que trouxe inúmeras reflexões pertinentes sobre a psiquiatria, uma vez que seu olhar em *“O nascimento da clínica”* (2011) ele estava inteiramente voltado às instituições psiquiátricas e as doenças mentais, dado a importância destas naquele momento, torna-se referência e a *“Microfísica do poder”* (1979) outra obra do autor fundamental para nossa discussão. Neste estudo levanta sua importante hipótese sobre a importância dos micro-poderes. Antes dele, a maioria dos autores considerava as relações de poder apenas hierarquicamente.

Apesar de não ter formulado uma teoria geral do poder, em suas análises as relações de poder figuram como tema central. Suas análises estão voltadas para as sociedades capitalistas, sua natureza, e o exercício do poder nas instituições. Sua relação com a produção do saber e verdade especificamente na psiquiatria. Daí a pertinência destes estudos para nós.

Em *“Ordem médica e norma familiar”*, Costa (1983) mostra como as condutas médicas dos higienistas, interviam no meio familiar funcionando como uma certa eficiência científica como auxiliar na política de transformação dos indivíduos em função das razões de Estado. Ou seja, é importante sublinhar que toda a força dos higienistas foi impulsionada pelo interesse político do Estado na saúde da população, formando uma aliança. A higienização na família progrediu em relação direta com o desenvolvimento urbano. A gênese familiar do espaço urbano foi o ponto de partida do absolutismo patriarcal sobre a cidade. Historicamente, este processo é perceptível no Rio de Janeiro devido sua modernização. A elite econômica

organizou seu poder jurídico-político sobre a cidade, fundamentada na legislação municipal portuguesa. Com base neste arcabouço, começou a ser feita a discriminação dos indivíduos com direito à participação política. A medicina vai se dirigir a essa camada, indiscriminadamente, sem levar em conta os níveis de estratificação. Mesmo porque, o que se buscava era a universalização de novos valores, como a convicção de que o Estado era mais importante que o grupo familiar.

Foucault (1979) defende que cada sociedade tem seu regime de verdade, isto é, os tipos de discursos que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros dentro das instâncias, como também as técnicas e os procedimentos que são valorizados. Nesse caso, a verdade é centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem. Esses discursos funcionam de várias formas através de um consumo que circula os aparelhos de educação e de informação. Sua articulação é produzida e transmitida sob controle, mas dominante dos aparelhos políticos e econômicos (universidade, exército, escritura, meios de comunicação), enfim, tornando-se objeto de debate político, de confronto social e de lutas ideológicas. Nesse processo de difusão da verdade, é através dos discursos científicos dos profissionais que se instala e se reproduz, nas representações sociais. Ou seja, um poder dos intelectuais especialistas que se articula através de vários dispositivos da sociedade e que exerce controle para manter os pensamentos ideológicos permeados de lutas e conflitos.

Segundo Foucault (1979):

Por verdade se entende um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados. A verdade está circulamente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam efeitos que ela induz e que a reproduzem “Regime de verdade (FOUCAULT, 1979, p. 14).

Na modernidade foram impostos regimes de verdades, houve exigências de mudanças comportamentais resultando em alguns efeitos como a secularização dos costumes, racionalização das condutas, funcionalidade nas relações pessoais, maior esfriamento das relações afetivas interpessoais, entre outras. Costa (1983) coloca que todas essas mudanças comportamentais secularizaram medicamente as mentalidades de acordo com essas verdades:

[...] Criou a figura do indivíduo contido, polido, “bem educado”, cuja norma ideal é o comportamento reprimido e disciplinado do gentleman, do ‘petit-bourgeois’ europeu. Mas, às custas de uma crescente tendência à autocalpalização, que se tornou a marca registrada do sujeito “civilizado” e aburguesado. Do sujeito forçado ensinado a reagir com extrema intolerância

às menores falhas morais-reais ou imaginárias, suas ou de seus pares - falas estas, responsáveis, em muitíssimas ocasiões, pelo sofrimento psíquico que ele experimenta (COSTA, 1983, p.14).

Nesta busca da construção de uma imagem do indivíduo ideal, observam-se as articulações do saber médico com as práticas de internamento e com outras instâncias, como a política, a família, a igreja e a justiça. É preciso reconhecer que todas as discussões e sua lógica estão centradas em dois pontos inseparáveis, saber e poder. Ou seja, como todo o saber da medicina se configura enquanto poder, pensamento defendido por Foucault (1979), o objetivo principal é explicitar os princípios constitutivos da medicina definindo o tipo específico da ruptura que o saber estabelecia e conseqüentemente, implicava o privilégio do discurso teórico.

É preciso ter em mente que os dispositivos de higiene da psiquiatria realizada com as famílias em aliança com o Estado, os estavam atrelada á ordem da lei que se impõe por meio de um poder essencialmente punitivo, coercitivo, que age excluindo, impondo barreiras, utilizava-se largamente da repressão. Desse modo, os dispositivos médicos se tornaram uma das peças fundamentais no equipamento de transformação dos sujeitos em cidadãos civilizados, moldados, metropolitanos, ditando regras e padrões de conduta e de normalidade de acordo com o que a elite dominante propunha.

Essas normas são fundadas por um conjunto de dispositivos constituídos pelas práticas discursivas e não discursivas. As práticas discursivas compõem-se de elementos teóricos que reforçam - no nível do conhecimento e da racionalidade - as técnicas de dominação. Estes elementos são criados a partir dos saberes disponíveis, como enunciados científicos - em nosso caso a psiquiatria - que são articulados segundo as táticas e os objetivos do poder. As práticas não discursivas são formadas pelo conjunto de instrumentos que materializam os dispositivos como as técnicas físicas de controle corporal: regulamentos administrativos nas instituições; técnicas de organização arquitetônica dos espaços e técnicas de criação de necessidades físicas e emocionais (Op. cit., p. 50).

É da combinação dos discursos teóricos e das regras de ação prática que estes dispositivos extraem seu poder normalizador. Através da regulação os indivíduos são adaptados à ordem do poder não apenas pela abolição das condutas inaceitáveis, mas, sobretudo, pela produção de novas características corporais, sentimentais e sociais. Ainda acerca das noções do controle da família e da loucura, Costa (1983) afirma:

[...] a ação normalizadora sobre os loucos se desencadeia para preservar a integridade do contrato social democrático-burguês. O louco, por sua conduta insana, era levado a romper, frequentemente, o contrato social. No entanto, era considerado irresponsável e, em consequência, sua punição infringiria os princípios do liberalismo. Mas, como o comportamento transgressor não podia permanecer impune, o dispositivo médico é posto em marcha e, por intermédio da tutela psiquiátrica, a loucura é penalizada sem que o humanismo seja ferido (Op. cit., p. 51).

O que vimos é que esse controle se referia tanto ao louco como as suas famílias, sobre ambos eram exercidas medidas interventivas. O Estado moderno, voltado para o desenvolvimento industrial, tinha necessidade de um controle demográfico e político da população. Todo esse controle exercido sobre as famílias, buscava disciplinar a prática anárquica da concepção e dos cuidados físicos dos filhos. No caso dos pobres, prevenir as perigosas consequências políticas da miséria e da pobreza. A lógica era exercer uma intervenção normativa que defendia a saúde física, mental e moral das famílias, desse modo, executava-se a política do Estado em nome dos direitos do homem.

Na verdade, as normas estabelecidas tanto para o “louco” como para a família impostas pela medicina, foram desenvolvidas para compensar as lacunas da lei. Isto porque a legalidade jurídica era incompetente para introduzir-se em algumas instâncias no convívio íntimo da família como, por exemplo, do direito do homem sobre a mulher e a prole, ou seja, uma série de comportamentos e sentimentos que formavam a intimidade familiar que não podiam ser considerados legais ou ilegais. Este fato confirma que a psiquiatria é a base das concepções, e normas estabelecidas sobre a loucura no Brasil e no mundo ocidental contemporâneo.

Com efeito, a psiquiatria, com seus dispositivos de normalização tornaram-se indispensáveis ao funcionamento do Estado, e desse modo, cresceu estabilizando-se num campo próprio de poder e saber, o do desvio, da “anormalidade”. Acerca da aliança entre o Estado e a medicina, Costa (1983) observa:

[...]Desenvolvendo uma nova moral da vida e do corpo, a medicina contornou as vicissitudes da lei, classificando as condutas lesa-Estado como antinaturais e anormais. Todo o trabalho de persuasão higiênica, desenvolvido no séc. XIX vai ser montando sobre a idéia de que a saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado. (COSTA, op. cit., p. 63).

Para que todo esse trabalho de persuasão funcionasse, uma das formas adotadas pela medicina era o estigma da incompetência e do desconhecimento por parte da família. Os

sentimentos de falta e de culpa eram defendidos e mantidos, pois era uma forma da higiene se manter e intervir no meio íntimo da família, sem ser interpretada como intrusa ou inimiga. Foi a forma encontrada pela medicina para provar sua importância perante a sociedade. Utilizando o discurso da culpabilização e do desconhecimento, característicos da medicina, essas práticas médicas se fortalecem mantendo-se importante no meio familiar a serviço de toda a sociedade. Esse discurso vai se multiplicando em correlações de forças crescentes.

Através do pensamento foucautiano, percebe-se a importância da medicina no confronto aos velhos costumes em sua busca pela transformação dos hábitos, no reforço de um novo modelo de homem, invertendo valores e formando cadeias, sistemas, em síntese, consolidando novas representações sociais.

Costa (1983) lembra ainda, que historicamente, até o Séc. XIX, a figura social do médico era relativamente desprestigiada. Classificados como "*homens de ofício*", eram considerados socialmente inferiores aos senhores e aos nobres. Para mudar essa realidade, a medicina vai lutar permanentemente, procurando monopolizar o saber e condensar na figura do médico o direito de assistir aos doentes. Por isso, combatiam intensamente curandeiros, parteiras, homeopatas, tentavam apagar da memória a antiga submissão à burocracia e mesmo à religião. A luta pelo poder por parte da medicina era imensa, isto porque, os indivíduos, secularmente habituados a lidar com o conhecimento empírico da cura, custavam a crer na superioridade da medicina.

Para Foucault (1979), é preciso entender que as relações de poder são intrincadas em todas as suas estratégias e táticas, visto que as relações de força funcionam como relações de guerra, batalha e de luta. Dessa forma, os discursos médicos travam uma luta pelo poder, combatendo outras formas de tratamento, discursos, crenças como as religiosas, a todo tempo tentando mostrar de forma táctica sua eficácia para as famílias e a sociedade, utilizando-se não somente dos métodos técnicos, mas também, do apoio de outras instâncias da sociedade.

Em relação à figura do negro na higiene das famílias, a medicina reforçou o preconceito, fazendo-o portador de uma força incoercível, a força da doença e da imoralidade com a idéia do escravo promíscuo. Os negros foram manipulados das mais diversas formas, colocados como ameaças ao desequilíbrio da família através da estratégia de tensão que resultou nessa edificação do "*intimismo*" (Op. cit., p.126).

No que se refere aos filhos e as crianças, sabemos que no período colonial, eles ocupavam um lugar secundário no meio familiar. Nesse novo momento histórico, os higienistas vão intervir apontando a irresponsabilidade dos pais em relação ao cuidado dispensado às crianças, tentando fortalecer os laços afetivos entre pais e filhos. Uma das

formas era provocar uma mudança de cuidado com a criança, adotando táticas para mostrar a omissão, ignorância e descuido dos pais quanto ao destino da prole.

Enfim, os higienistas combatiam qualquer tipo de comportamentos considerados contra a ordem moral e social que colocassem em risco os padrões de normalidade, além dos considerados “loucos”, prostitutas, os celibatários, os libertinos e os homossexuais, eram constantemente alvo de críticas. Estes estudos demonstram todo o controle exercido pelos higienistas sobre a família.

A ideia de nocividade familiar teve seu apogeu nas teses sobre alienação mental, onde a família tornou-se um dos principais determinantes morais da loucura e o isolamento do louco, uma das regras fundamentais para seu tratamento.

Em “*O Nascimento da Clínica*”, Michel Foucault (2011) trata do domínio da medicina e da maneira como se estruturou o conhecimento singular do indivíduo doente. Na verdade, a medicina moderna marcou seu momento histórico com o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais em torno dos últimos anos do século XVIII. Quando reflete sobre si própria, identificam sua origem na positividade, reorganiza seu espaço adotando um modelo clínico, que tinha a pretensão de deter o sofrimento dos homens. Para esse autor, o médico do século XVIII passa por mudanças na linguagem e no modo de pensar a doença. Para ele:

[...] o vínculo fantástico do saber com o sofrimento, longe de ser rompido, é assegurado por uma via mais complexa do que simples permeabilidade das imaginações: a presença da doença no corpo, diante das tensões, todo o lado avesso negro do corpo e tudo isso que são contestados em sua objetividade pelo discurso redutor do médico quanto fundado como objetos para seu olhar positivo. As figuras da dor não são conjuradas em benefício de um conhecimento neutralizado; foram redistribuídas no espaço em que se cruzam os corpos e olhares. O que mudou foi a configuração surda em que a linguagem se apóia, a relação de situação e de postura entre o que se fala e aquilo de que se fala (FOUCAULT, 2011, p. IX).

O que se percebe é que toda a figuração da dor foi redistribuída no espaço em que se cruzam os corpos e os olhares, a mudança se apóia na relação de situação de postura do médico em relação ao doente. Esse fato histórico, com o aparecimento da clínica foi marcado pelo sistema estabelecido nessas reorganizações. A postura entre o diálogo médico e o doente muda diante do questionamento: “*O que é que você têm*” para “*Onde lhe dói?*”.

Para se entender essas mudanças são necessárias a espacialização e a verbalização fundamentais do patológico, onde nasce e se recolhe o olhar persuasivo do médico sobre as

coisas e sobre a doença. Nesse modelo de fazer medicina, o diagnóstico é feito com base em um sistema classificatório das doenças, buscando a origem, o princípio e as causas; em um modelo como a botânica. A medicina busca agora distribuir as entidades nosológicas em grupos. Sendo assim, a doença tem seu foco em determinado órgão, que ocupa uma determinada função no organismo, porém, a intervenção médica passa a ter normas rigorosas. Antes, quando o doente recuperava seu vigor, sua disposição, estava curado. Na medicina classificatória, são adotados padrões de normalidade numericamente precisos que definirão o objetivo do tratamento. As formas de racionalidade médica no espaço da experiência clínica parecem identificar-se com o domínio do olhar atento em uma vigilância empírica na evidência dos conteúdos visíveis, que penetram na percepção, oferecendo, como face primeira da verdade, a cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência. Todo esse olhar que se torna tão importante no domínio do saber da clínica e todas as nuances do visível e invisível para diagnosticar a doença nos discursos médicos. Foucault (2011) coloca que:

[...] A figura do invisível visível organiza a percepção anatomo-patológica. Mas ele é visto segundo uma estrutura reversível. Trata-se do visível que a individualidade viva, o cruzamento dos sintomas e a profundidade orgânica tornam-se invisível das modulações individuais [...] (Op. cit., p. 188).

Para que todas essas mudanças fossem efetivadas se fez necessário o abandono das teorias e dos velhos sistemas para a criação de uma experiência clínica, pronunciando sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica. Essa ideia da clínica trata-se de um “[...] novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em uma linguagem na qual temos o hábito de reconhecer a linguagem de uma ‘ciência política’” (Op. cit., 2011, p. XVII).

É preciso entender, que toda essa ordem do corpo, sólida e visível cultivada na clínica é, entretanto, apenas uma das maneiras da medicina espacializar a doença. A medicina do século XIX privilegia a anatomia patológica, determinando o espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal no corpo. Essa forma da medicina clínica funciona como um “[...] golpe de vista, precisa apenas exercer sobre a verdade, que ele descobre no lugar onde ela se encontra um poder que, de pleno direito, ele detém” (Op. cit., 2011, p.2).

A partir da verdade estabelecida nesse olhar clínico, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies. Esse olhar anátomo-clínico deverá demarcar a nosologia, que diz respeito à complexidade de dados espaciais defendidos pela medicina em relação à doença. Trata-se de um “quadro”, que a medicina classificatória supõe uma

determinada “configuração” da doença, na qual são definidos os requisitos essenciais analisados.

Na perspectiva do olhar anátomo-clínico da medicina, a doença se apresenta ao observador segundo sintomas e signos, pois, a formação do método clínico está ligada à emergência do campo dos signos e dos sintomas. Os sintomas apresentam tudo que é visível na doença, sendo a primeira transcrição do doente. Nesse modelo, outro componente torna-se importante, é o signo que enuncia o prognóstico da doença também fazendo o diagnóstico do que ocorre atualmente. Deste modo, podemos entender como a doença é significada. No olhar da medicina, a doença se funda na verdade de um conhecimento e na possibilidade de uma prática científica (Op. cit., p. 98-99).

Com todas essas mudanças que a medicina vivenciava suas novas técnicas de curas e de saber, ela ultrapassa suas funções de modo a oferecer um conhecimento acerca de modelo de homem saudável, que marca a aliança da medicina com os Estados. Sobre essa aliança, a medicina desempenha uma consciência política, exercendo um importante papel que fez aparecer uma significação positiva. Foucault (1983) entre outras observações e críticas, menciona que:

[...]Em vez de continuar o que era, “a seca e triste milhões de enfermidades”, a duvidosa negação do negativo, recebe a bela tarefa de instaurar na vida dos homens as figuras positivas da saúde, da virtude e da felicidade; ela cabe escandir o trabalho com festas, exaltar as paixões calmas, vigiar as leituras e a honestidade dos espetáculos; controlar os casamentos para que não se façam apenas pelo interesse, ou por capricho passageiro, e sejam bem fundados na única condição durável de felicidade, que está a serviço do Estado (Op. cit. p. 37).

É preciso esclarecer esse momento de transição das práticas médicas e de saber, e lembrar que a medicina do século XVIII é voltada muito mais para saúde do que a anormalidade, centrando-se nas qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria concentrar, isto é, medidas preventivas, enquanto que a medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde, e que é, voltada para um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções baseadas na bipolaridade médica do normal e do patológico.

Consoante Foucault a clínica não é a primeira tentativa viva de ordenar a ciência pelo exercício e decisões do olhar. A história natural, desde a segunda metade do século XVII, propusera analisar e classificar os seres naturais segundo suas características visíveis. Para ele, esses modelos da clínica propostos para tratar as doenças nos final dos séculos XVIII, não

são exclusividade da medicina, e é condizente com elementos da história natural do século XVII (Op. cit., 2011).

Com seu olhar atento, ele não apenas acentua a perspicácia da medicina, mas, sobretudo, como esta se articulou para fortalecer suas teorias e práticas em relação a cura das doenças com novos modelos clínicos. Seguindo esse pensamento, a clínica absorveu alguns elementos desse modelo naturalista “*ver, isolar traços, reconhecer, classificá-los por espécies ou famílias*” (Op. cit., p. 96), mas, se organiza a partir de uma nova postura, que, sobretudo, não é um olhar de qualquer observador, mas de um médico que tem o poder de decisão, intervenção apoiado e justificado pelas instituições.

Para que fosse possível uma experiência clínica como forma de conhecimento, foi preciso uma enorme reorganização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação entre a assistência, experiência e saber. Foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo, o hospital que, antes do século XVIII, era basicamente uma instituição de caridade a cargo de religiosos. Agora, torna-se um instrumento de medicalização coletiva e leiga. Observando que médicos famosos que antes não apareciam nos hospitais, agora montam ali seus serviços estatísticos.

Enfim, ao nos basearmos na perspectiva foucaultiana, ao pensar todos os discursos e práticas médicas, as novas intervenções, todas as suas estratégias, lutas, mudanças de táticas, percebemos que as representações da loucura sofrem os efeitos destas ações, sobretudo nas classes superiores. Contudo, a psiquiatria apoiado pelo poder do Estado não foi suficiente para suplantiar as tradicionais representações religiosas e místicas a respeito da saúde da saúde mental no seio da população brasileira em geral.

Consoante Foucault, o poder está em toda parte, não por englobar tudo, mas porque provém de todos os lugares, visto que não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma potência específica de que alguns sejam dotados, é um fenômeno complexo, que se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis. É preciso considerar as correlações de forças múltiplas que se formam e atuam em determinado momento e em determinada sociedade nos aparelhos de produção, nas famílias, nos grupos restritos, nas instituições em geral, que servem de suporte a amplos efeitos de clivagem que atravessam o conjunto do corpo social.

1.3 Uma Breve Contextualização sobre o CAPS

Contextualizar o CAPS é acima de tudo enfatizá-lo como representação no quadro da política pública voltada para a saúde mental, é enfatizar, sobretudo, que ele retrata mais um fruto de novos modelos clínicos e pensamentos na tentativa de acerto no quadro da saúde para o tratamento dos transtornos mentais graves no Brasil desenvolvida pelas práticas médicas. Em sentido amplo, a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos intangíveis territórios do imaginário social da opinião pública. Compreendido como um conjunto em constante transformação de práticas, saberes, valores culturais e sociais, e marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios atuando diretamente no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, o processo da Reforma Psiquiátrica avança (BRASIL, 2011).

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, o da Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80 no Rio de Janeiro. Em 1987, o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). A partir daí, surgem as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência aos doentes mentais.

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987 e o início de um processo de intervenção, em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. O surgimento do primeiro CAPS marca o início do que se tornaria um amplo processo de intervenções em hospício diante das denúncias crescentes de maus tratos em hospitais psiquiátricos. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial. Neste período, são implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, nos quais é levado a efeito um grande esforço visando mostrar a

importância de um espaço diferente de cuidar e tratar as pessoas com transtornos mentais, com a criação de cooperativas. Residências para os egressos do hospital e associações “[...]A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível” (BRASIL, op. cit., p. 7).

Iniciativas cruciais fortalecem esse movimento, entre outros: o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), 1989, propondo a regulamentação dos direitos deportadores de transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É também o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos. Lembrando que a Constituição de 1988 criou o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder do controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”, que sem dúvida vem consolidar esses movimentos de assistência proposto pelos saberes médicos. O compromisso assumido pelo Brasil na década de 90 após a assinatura da Declaração de Caracas por ocasião da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, entra em vigor em nosso país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Em 1991, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado se transforma em instrumento inspirador, para a aprovação de diversas leis em vários estados brasileiros determinando a substituição progressiva de leis psiquiátricas por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Porém, somente a partir de 2002, as cidades brasileiras passaram a receber financiamento do Ministério da Saúde para o funcionamento dos CAPS.

Como ressaltado, este processo caracteriza-se por ações conjuntas dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para a efetivação da transição desse modelo de Atenção Comunitária. Além disso, o projeto também inclui a fiscalização e a redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos. A consolidação da Reforma Psiquiátrica representa o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental.

Mas alguns eventos decisivos merecem destaque na efetivação do CAPS enquanto política pública. É o caso da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, que aconteceu após a promulgação da lei 10.216, na qual foram pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para as mudanças em relação à atenção em saúde mental no Brasil. Sobre esse momento importante ver Brasil (2005):

[...] Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários[...] e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005, p. 10).

Uma ampla rede passa a ser construída visando oferecer um novo serviço de assistência à saúde mental. Estes espaços devem ser aptos a receber portadores de transtornos mentais graves que podem ser egressos de hospitais psiquiátricos que devem realizar o tratamento nos CAPS. Para tanto, são criadas as residências terapêuticas, que são casas para responder às necessidades de moradia para estas pessoas. Não podemos esquecer que o programa de Volta para Casa é considerado pelo SUS como um dos instrumentos efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização, visando à emancipação destas como também, o processo de desinstitucionalização, no qual os usuários desfrutam do direito de um auxílio-reabilitação.

Nesse processo de mudanças como o dos CAPS que estão sob a responsabilidade os gestores municipais e devem incluir os controles. Ou seja, o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como: as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência e a habilitação do município ao programa de Volta para Casa.

Atualmente, para o tratamento de transtornos mentais considerando as práticas médicas, os CAPS e todos os dispositivos de atenção à saúde mental têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, segundo o pensamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação destes serviços demonstra a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Em linhas gerais, é função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social dos portadores de transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território, ou seja, mantendo ações conjuntas com os Programas Saúde da Família, escolas, Organizações Não-Governamentais (ONGs) e outros serviços, em consonância com a realidade na qual está inserido.

É importante pontuar, ainda, que os CAPS são políticas públicas que devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção portadores de transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica que defende a ideia de autonomia, convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Para melhor clareza do funcionamento para o Ministério da Saúde, os CAPS se caracterizam de acordo com o perfil populacional dos municípios pelo porte, capacidade de atendimento, e de clientela a ser atendida. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

De acordo com o porte, os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes – cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país.

No caso do Município de Esperança-PB, com aproximadamente 30.000 mil habitantes, é o CAPS I que funciona como política pública de Saúde Mental, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde para atender aquela comunidade. Aproximadamente são atendidas 200 pessoas e seus familiares por mês. A equipe formada para o acompanhamento dessa demanda é composta por profissionais de nível superior como psiquiatra, enfermeiro, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos; de nível médio (técnicos de enfermagem, cuidadores, técnicos em administração, técnicos de computação, técnicos de limpeza, cozinheiras e vigias).

As concepções defendidas pela nova clínica do CAPS, pautadas na reforma psiquiátrica, buscam desconstruir modelos que a própria ciência estabeleceu procurando fortalecer e preservar os laços sociais e comunitários em seu território lançando mão de novo modelo de cuidado.

1.4 Revisão da Literatura sobre Tratamento das Doenças Mentais nos CAPS

Como política pública especificamente voltada à saúde mental, o CAPS tornar-se alvo de interesses de pesquisas. Porém, até agora, os temas abordados são mais concentrados nas áreas de saúde, demonstrando, assim, escassez na área de Ciências Sociais.

Machado (2008), em seus estudos acerca da política de saúde mental em Itajaí Santa Catarina, assinala que no Brasil, mais especificamente a partir da década de 80, a saúde mental despertou interesse dos estudiosos. Ele lembra que vários acontecimentos concorreram no sentido de pressionar a esfera da prática política em direção à ação mais democrática e participativa na área da saúde, a partir de novos atores sociais e da formulação de políticas públicas. Seus estudos mostram os movimentos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica. Este estudo, portanto, pretendeu investigar o processo de descentralização das políticas de saúde, apontando o desempenho e os obstáculos na sustentação/consolidação da política de atenção integral, colocando esses modelos científicos como mecanismos de autonomia e oportunidade para implementação das decisões respaldadas pelo interesse coletivo. Ou seja, a implementação de ações mais compatíveis com o interesse público e o bem-estar da população.

Souza (2008) faz uma análise da produção do cuidado em Saúde Mental tomando como recorte as abordagens terapêuticas grupais desenvolvidas pelos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Fortaleza/CE. A autora se esforça em mostrar como a produção do cuidado por meio das práticas grupais se desenvolvem a partir das intervenções decorrentes das relações em que acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização e resolutividade são disponibilizadas na prática clínica para os sujeitos sociais envolvidos no processo, como o enfrentamento das dificuldades advindas dos transtornos mentais. Ainda discute os significados atribuídos pelos trabalhadores às abordagens terapêuticas grupais operadas nos citados serviços.

Em sua tese de Doutorado, Carvalho (2008) discute o atendimento ao paciente psicótico no CAPS a partir das perspectivas dele próprio, de sua família e dos profissionais que o atendem no serviço de São Luiz (MA). Este trabalho analisa a clínica da psicose e seu movimento de reestruturação da assistência em saúde mental. O que nos chama a atenção nesse estudo, é a análise de discurso de um paciente, cujas falas mais recorrentes se referem ao tratamento na umbanda. Porém, talvez por se tratar de uma análise, numa perspectiva da psicologia e da psicanálise, os relatos do referido paciente são interpretados como eventos de ordem psicopatológica.

Cerqueira (2007) analisa a relação entre o sofrimento psíquico e a religiosidade evangélica pentecostal no discurso de usuários de um serviço de atenção diária sobre a importância das igrejas Evangélicas em suas trajetórias terapêuticas para tratar o sofrimento psíquico. Nesse sentido, este estudo faz um recressaltando que o pentecostalismo lida com o cotidiano das classes populares.

Trentini (2011) tem como objeto de estudo as representações sociais do sofrimento mental de familiares-cuidadores e dos profissionais em saúde mental e os modelos de tratamento psiquiátrico no município de Ponta Grossa/PR. Observou que a mudança de paradigmas defendida pela reforma psiquiátrica está ocorrendo lentamente, pois os depoimentos revelaram que as concepções representativas não muito positivas sobre o modelo de tratamento. Também são mencionadas sugestões por maiores esclarecimentos aos usuários acerca do projeto institucional do CAPS. Em seus depoimentos, os profissionais dos profissionais do CAPS II, revelam que a mudança vem ocorrendo aos poucos. Percebe-se, em alguns momentos de suas falas, o compromisso com a proposta de mudança sócio-cultural e de atendimento, mas em relação aos familiares, o processo de mudança vem ocorrendo de maneira um pouco mais lenta, principalmente no que se refere à internação psiquiátrica, pois alguns familiares ainda procuram o CAPS II para internar seus entes em sofrimento mental por acharem que é um local para internação.

Nas observações de Zago (2009), ao identificar a prevalência e fatores associados a não adesão a medicamentos psicofármacos entre usuários dos CAPS em Pelotas/RS com transtorno de humor e esquizofrenia, aponta que a falta de adesão aos medicamentos é, muitas vezes, justificada devido aos seus efeitos adversos por este provocados. Porém, defende a idéia de que os usuários, devido o déficit de memória e distorção da realidade característicos da doença mental, compromete a não adesão. Também dá sugestões para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, como o relacionamento profissional com o paciente; mais informações sobre as medicações utilizadas e seus benefícios e efeitos colaterais, bem como a possível substituição para evitar a rejeição pelo paciente.

Sena (2010), pensando na produção da autonomia na perspectiva do cuidado dos usuários no campo de saúde mental, observa que, embora o CAPS proporcione a redução do estigma da loucura, a mudança de local não é suficiente para que os portadores de transtornos mentais sejam vistas como cidadãos comuns. Defende que os pressupostos da reforma psiquiátrica não se restringem apenas a implantação dos serviços substitutivos, requerem transformações culturais e estas são muito lentas.

Outros estudos também enfatizam a dificuldade dos usuários e familiares de entender o tratamento das doenças mentais. Nagoaka (2011) busca conhecer a opinião da população atendida no CAPS de Pirandamonhagaba/SP, acerca do tratamento e a convivência com a doença mental. O estudo evidencia que a família sente-se sobrecarregada não só pelo fato de ter que suprir as dificuldades diárias do portador, mas também pela insegurança e imprevisibilidade dos seus comportamentos e reações. Os resultados mostraram também que

apesar da severidade dos diagnósticos e dos anos de tratamento os usuários conhecem pouco sobre a doença.

Os trabalhos de Rabelo (1999) se destacam dentre os poucos estudos sobre as doenças mentais num viés sociológico pela originalidade. Ele investiga o modo os indivíduos pertencentes às camadas populares lidam com o problema mental. O estudo revela ainda, que a decisão de procurar certas formas de tratamento e as maneiras como os sujeitos se comportam em relação ao tratamento e avaliam os seus resultados, dependem, em grande medida, dos significados culturais e expectativas associadas à experiência da doença.

A partir dessa amostra de trabalhos investigados, especialmente no Banco de teses da CAPES, constatamos o crescente interesse na temática acerca dos novos modelos de tratamento implantados pela reforma psiquiátrica. Porém, a maior parte das pesquisas, as discussões, são voltadas, principalmente, as técnicas, procedimentos e normas propostas pelos serviços substitutivos, especialmente, os CAPS. Sempre no interesse de mostrar as melhores técnicas científicas para atender as demandas e a construção da produção e do cuidado dispensados ao usuário, evidenciando, sobretudo, a fragilidades, lacunas do modelo proposto pelo novo paradigma, para o tratamento das doenças mentais. Apontam, ainda, as dificuldades encontradas em corresponder as necessidades dos usuários e familiares e principalmente aquelas referentes às questões culturais.

Há, portanto, carência de pesquisas que ressaltem as questões culturais e as particularidades dos usuários em tratamentos nas comunidades onde existem os CAPS, na perspectiva sócio-antropológica. Diante destas lacunas, nossa pesquisa se propõe a dar voz aos usuários, familiares e pessoas da comunidade, com o objetivo de trazer informações mais detalhadas sobre as práticas e crenças destas pessoas acerca dos transtornos mentais no universo de Esperança/PB. Procuramos evidenciar a importância da discussão dos aspectos sócio-culturais e religiosos desta população e sua influência no tratamento médico, trazendo, assim, novos questionamentos para o entendimento das doenças mentais nas camadas desfavorecidas.

CAPÍTULO 2 – CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E CULTURA.

2.1 Misticismo e Doença Mental na visão dos Usuários

Soares (1999) ao falar sobre o misticismo religioso e as novas experiências da religiosidade vivenciadas na contemporaneidade, ressalta que diante de vários sentimentos como esperanças, paixões, temores, ressentimentos e ansiedades, os adeptos puderam através de inovações aventureiras encontrar novas áreas de focalização e outros horizontes de significação.

É nessa perspectiva de focalização de significação que deslocamos nosso olhar acerca do misticismo. Ou seja, os significados atribuídos pelos usuários, das práticas místico-religiosas que, a partir destas, apresentam uma enorme riqueza de diversidades de significados para explicar as causas e possíveis caminhos de cura das doenças mentais.

Soares (1999) ressalta no universo do misticismo a importância da energia. Essa energia funcionaria de forma unificada, uma vez que para os místicos, ela é o substrato material e espiritual da vida. Sua ativação e fortalecimento constituem efeitos de vitalidade, é uma manifestação saudável no corpo e no espírito, no homem e em seu ambiente e na natureza. Essa interpretação se baseia no pressuposto da unidade entre o material e o imaterial. Segundo essa visão, a natureza humana deve ser entendida como uma síntese que incorpora corpo e espírito sob o signo de energia que confere a natureza qualidades que a humanizam e a espiritualizam. Toda a ideia dos cosmos corresponde ao um conceito e um sentimento de pertencimento, que têm como meta diluir a singularidade individualizante e realçar os vínculos comunitários e com os elos de ligação ao cosmos, com o ecológico e com a natureza (SOARES, 1999, p.193-194).

Um dos depoimentos de uma ex-usuária do CAPS, e que no momento é rezadeira, pode nos ajudar a entender melhor como se dá o processo. Em seu depoimento, ela retrata todo o misticismo e o papel desta cosmologia no tratamento das doenças mentais e os caminhos para a cura, enfatizando, sobretudo, essa comunhão da qual nos fala Soares: “[...] se você tiver debaixo de uma árvore e acreditar naquilo, você vai se curar [...]”.

As ideias cultuadas no universo cosmológico-místico auxiliam as pessoas que necessitam de tratamento de transtornos mentais, porque ao se defrontarem com a lógica da ordem natural, elas encontram explicações de mais fácil absorção, porque são mais

condizentes com seu *habitus* e as práticas utilizadas em seus rituais de cura, lhes permitem alcançar vitalidade, equilíbrio. De acordo com os praticantes, a lógica da ordem natural, permite ao homem acessibilidade aos segredos universais e as peculiaridades das formas possíveis de acesso, com certa tolerância a independência de crenças específicas (Ibid.).

Nos últimos trinta anos, um contingente significativo de estudiosos de diversas áreas da ciência, tem defendido a ideia de que, a acessibilidade aos segredos universais através das práticas místicas – a eficiência destas práticas vêm sendo comprovada em laboratórios, hospitais e consultório em todo o mundo - talvez, nos permita superar as atuais limitações da ciência em relação à explicação e cura dos transtornos mentais. Para Soares, o cosmos constrói uma teia pansimbólica que convida a entender o inexplicável de mistério que denota a insuficiência do entendimento humano para os acontecimentos da vida, e além de tudo, o homem não pode achar que têm respostas para tudo “[...] Deus não dorme não têm lapsos [...]” (Op.cit.,p.194).

Ele explica, alguns caminhos acerca dos tratamentos nesse universo místico associados com as práticas racionais que permite-nos entender as práticas médicas que são o foco do nosso estudo:

[...] as vias prioritárias são os ensinamentos revelados e as experiências místicas, nos casos mais expressamente religiosos, e a sensibilização receptiva da intuição. As participações da razão devem se adequar aos constrangimentos impostos pelas demais vias de “conhecimento”, limitando-se a apoiar, articular, traduzir e completar o material apreendido pela via direta das conexões cósmicas. (Op. cit., p.194).

As pessoas em suas experiências e os tratamentos místicos uma vez associados com as práticas como as médicas, precisam estabelecer adequações e complementaridades. Inspirada em Soares, poderíamos dizer que a motivação dos praticantes que procuram essas práticas místicas estão constantemente atentados a vivenciar as experiências desde as mais surpreendentes, e assumir até riscos, tudo pela busca em busca de cura e alívio para as doenças mentais.

O estudo das práticas-místicas no tratamento das doenças mentais na perspectiva sócio-antropológica torna-se relevante porque nos deparamos com muitas questões sociológicas que já estão construídas. Todo esse universo místico aproxima indivíduos e grupos, apesar das diferenças entre os credos, compartilham em larga medida visão de mundo

cujo elo é a espiritualidade e a harmonia entre os homens que proporciona a recuperação de um equilíbrio corpóreo, psíquico e cósmico perdido (Op. cit., p. 199-200).

Em suma, penetrar nesse contexto permeado por uma infinidade de experiências místicas que visam à cura de doenças, bem como desta diversidade de crenças e significações que povoam a mente de nossos usuários, nos permite entender os significados religiosos atribuídos a doença mental, como segue na próxima seção.

2.2 Os Significados Religiosos Atribuídos à Doença Mental

Diversos autores têm discutido a importância dos símbolos e das significações nas práticas místicas religiosas, especificamente, quando se refere ao fenômeno da cura. Temos observado no CAPS/Esperança/PB, que além das formas de tratamento oficiais por nós recomendadas, os portadores de transtornos mentais e seus familiares revelam a busca por outras formas de cura e significados dos transtornos mentais em diversas práticas místico-religiosas.

Na opinião de Bourdieu (1982), as interações simbólicas que se instauram no campo religioso devem sua forma específica à natureza particular dos interesses que se encontram em jogo.

Uma vez que a religião, e em geral todo sistema simbólico, está predisposta a cumprir uma função de associação e dissociação, ou melhor, de distinção, um sistema de práticas e crenças está fadado a surgir como magia ou como feitiçaria, no sentido de religião inferior, todas as vezes que ocupar uma posição dominada na estrutura das relações de força simbólica, ou seja, no sistema das relações entre o sistema de práticas e de crenças próprias a uma forma social determinada (BOURDIEU, 1982, p. 43).

Assim é que, o sistema médico formal desqualificou todas as outras formas de tratamento tradicionais, tratando-as como, atraso e ignorância. Mas, a persistência da tradição, a explosão de novas religiões na contemporaneidade, bem como o avanço da pesquisa científica na área da saúde no século XX, levaram os cientistas a uma mudança de mentalidade em relação ao fenômeno religioso. Hoje, a OMS³ reconhece a importância da

³WHO/EDM/TRM. Estrategia de La OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.

religião na recuperação e bem estar das pessoas enfermas. A importância da religião na vida das pessoas também foi constatada em nossa pesquisa com os usuários CAPS/Esperança/PB. As famílias em geral, procuram respaldo em suas crenças no tratamento e na compreensão dos transtornos mentais, como ilustra o depoimento a seguir.

A mãe do primeiro entrevistado (sexo masculino, 20 anos de idade), em tratamento no CAPS desde os 16 anos, se preocupa em explicar detalhadamente trajetória da doença do filho, desde a primeira vez que seu filho este adoeceu:

[...] depois que ele tava comemorando o aniversário dele 16 anos, tava tomando bebida, quebrou as taças, cortou o dedo midinho, passando 3 dias, o pé ficou inchado durante a semana, quando na segunda, ele tava delirando, ele ficou doido, saiu nu[...]. Quando levei para o hospital, o médico falou que era uma depressão muito forte, que ele tinha bebido e com o corte ajudou, então levei ele para o CAPS e passou a tomar remédio então ele melhorou bastante.

Contudo para ela, o tratamento médico e seu discurso são insuficientes. Ela necessita de alguém de seu meio, que lhe dê explicações plausíveis sobre a doença mental do seu filho. Para isso, recorre também a rezadeira: “[...]procurei uma velhinha para rezar, ela ficava dizendo umas palavras que dizia que foi uns espíritos de Zé Pilintra o que ele tinha”.

Com base na interpretação de Bourdieu (1982), podemos argumentar que a fala da rezadeira cumpre a função de associação e dissociação no sistema de relações entre práticas e crenças próprias a uma forma social determinada de saber, segundo a qual, o doente mental não é portador de doença, é vítima de um espírito brincalhão. Esta explicação, não apenas é mais compreensível para ela do que os dos médicos como também são mais fácil de aceitar, uma vez que a culpa da doença do seu filho é do Zé Pilintra e não dos familiares e/ou do seu filho.

Segundo Bourdieu (1982), a religião é tratada como linguagem, constituindo um sistema simbólico de comunicação e de pensamento. As funções sociais desempenhadas pela religião sejam a favor de um grupo ou de uma classe, diferenciam-se necessariamente de acordo com a posição que ocupam dentro da estrutura de relações e na divisão do trabalho religioso. O que é importante enfatizar, é que essas funções sociais funcionam de acordo com os interesses de quem as procuram. E esclarece:

[...] o interesse religioso tem por princípio a necessidade de legitimação das propriedades materiais simbólicas associadas a um tipo determinado de condições de existência e de posição na estrutura social, dependendo,

portanto, diretamente desta posição, a mensagem religiosa mais capaz de satisfazer o interesse religioso de grupo determinado de leigos, e de exercer sobre ele o efeito propriamente simbólico de mobilização que resulta do poder de absolutização do relativo e de legitimação do arbitrário [...] (BOURDIEU, 1982, p. 51).

Nesse sentido, as práticas místico-religiosas exercem um papel primordial para os usuários com transtornos mentais, que é o de disponibilizar sistemas de simbólicos explicativos que proporcionam alívio e até mesmo em alguns casos, a possibilidade de cura para os transtornos mentais, como mostram Bourdieu (1982), Geertz (1998), Lévi-Strauss (2003) e Berger (1985).

A linguagem e o pensamento que constituem o sistema de simbologias prático-místico religiosas aparecem no discurso da mãe e do usuário quando relata as explicações da rezadeira em relação à doença mental do seu filho.

A segunda entrevistada (genitora) em questão, descreve detalhadamente os rituais repetindo a fala de rezadeira sobre a doença mental: “[...] ela dizia que tinha sido uma coisa que tinham mandando fazer para ele, naquele dia que ele tava bebendo, que não foi uma bebida normal.. então ela chamava pelos santos , para essa coisa sair, e não aparecer mais [...]”.

A narrativa desta genitora, mostra sua confiança no pensamento místico-religioso professado pela rezadeira. Para elas, a doença mental é fruto da ação dos espíritos; sua cura ou alívio portanto, deve igualmente, se dar pela expulsão destes do corpo do sofredor. Caso contrário, não haverá cura. E conclui “[...] quando eu puder tenho que levar ele pra se livrar dessa coisa[...] isso é coisa do mal, essa pomba gira é coisa do mal[...]”.

Bourdieu (Op. cit.) sustenta que a estrutura dos sistemas de representações e práticas religiosas próprias aos diferentes grupos ou classes, contribui para a perpetuação e para a reprodução da ordem social, bem como, sancioná-la e santificá-la. Para ele:

[...] a estrutura dos sistemas de representações e práticas reforça sua eficácia mistificadora pelo fato de que exhibe as aparências da unidade dissimulando sob a capa de um mínimo de dogmas e ritos comuns interpretações radicalmente opostas das respostas tradicionais às questões mais fundamentais da existência (BOURDIEU, op. cit., p.53).

Reforçando esse pensamento, numa linha antropomítico-filosófica, Berger (1985) defende que a legitimação da ordem sagrada é a reafirmação de um caos. Para ele, essas formas de legitimação podem ser descritas como manutenção da realidade tanto em nível

objetivo como em subjetivo. Ou seja, o ser humano através dos significados da religião é levado a aceitar seu sofrimento, na medida em que este tem um significado plausível para os momentos em que ele necessitar. No caso específico das pessoas com transtornos mentais, toda a situação por elas vivida. Acerca dessa ordem sagrada, Berger coloca:

[...] A religião mantém, por conseguinte, a realidade socialmente definida legitimando as situações marginais em termos de uma realidade sagrada de âmbito universal. Isto permite ao indivíduo que passa por essas situações continuar a existir no mundo da sua sociedade – não como se nada tivesse acontecido, o que é psicologicamente difícil nas situações marginais mais extremas, mas por “saber” que mesmo esses acontecimentos ou experiências têm um lugar no seio de um universo que tem sentido (Op. cit., p.57).

Visto desse prisma, diríamos a legitimação da ordem sagrada é necessária para os entrevistados, uma vez que lhes permite conviver melhor em seu ambiente, apesar de todo o sofrimento provocados pela doença.

Hoje, a importância do religioso no sentido de proporcionar significações e interpretações é indiscutível. Diferentemente das práticas oficiais do campo científico especialmente em relação ao transtorno mental, as práticas místico-religiosas e seus líderes exercem a função de facilitadores para as pessoas com transtornos mentais e seus familiares no sentido de que em situações marginais, encontram compreensão e explicação para o inexplicável.

Para Geertz (1998), a religião é um sistema cultural, que denota um padrão de significados transmitido historicamente, incorporando em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam-se, perpetuam-se e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades cotidianas. Nesse sentido, ele chama a atenção para a importância da definição do símbolo para cada cultura. De fato, devido à amplitude do uso, tanto dos termos “cultura” como “símbolo”, admite-se certa dificuldade para uma maior clareza em sua terminologia. Ao demonstrar a complexidade do símbolo para cada cultura, cada comunidade, coloca “todos eles são símbolos, ou pelo menos elementos simbólicos, pois são reformulações tangíveis de noções, abstrações da experiência fixada em formas perceptíveis, incorporações concretas de ideias, atitudes, julgamentos, saudades ou crenças” (GEERTZ, 1998, p. 105).

Para ele, os símbolos sagrados representam o *ethos* de um povo.

[...]os símbolos sagrados funcionam para sintetizar o ethos de um povo o tom, o caráter e a qualidade da sua vida, seu estilo e disposições morais e estéticos- e sua visão de mundo – o quadro que fazem do que são as coisas na sua simples atualidade, suas idéias mais abrangentes sobre ordem”(Op.cit., p. 103-104).

Pode-se dizer que os símbolos sagrados funcionam com uma espécie de organizador, proporcionando uma ordem que necessita ser estabelecida. Em síntese, os símbolos sagrados representam um tipo de vida idealmente concebido definidos pela visão de mundo. Os sistemas simbólicos ajustam as ações humanas a uma ordem cósmica e as projetam no plano da existência humana. No que se refere aos sistemas simbólicos das tradições populares referentes aos transtornos mentais ora em estudo, exercem a função de organizar e ordenação em vários aspectos da vida dos usuários, o físico, o mental, o moral e o espiritual. A atribuição de significados abrangentes à doença mental permite a estes e seus familiares manter certa ordem, diante de toda a desordem provocada pela doença mental. Enfim, permite um ajustamento nesse desequilíbrio, pelo menos em nível simbólico, na tentativa de conseguir certa ordem familiar e comunitária. O primeiro entrevistado declara que:

[...] no começo não lembrava, não estava no meu estado normal, mas depois que fui voltando ao meu estado normal e recebi entidades [...] um mestre [...]. No começo não via nada, cheguei desorientando, mas depois com o tempo e fui me recuperando [...]. Ela recebeu suas entidades, um orixá muito lindo, e fez que eu recebesse também um orixá muito lindo, o ximaré e ela trabalhou na medida do possível.

Consoante Durkheim (2000), a vida social não é possível senão graças a um vasto simbolismo. De acordo com este autor, a religião é fundamental à vida em sociedade, ela estaria na origem de todas as formas de conhecimento humano, até mesmo da ciência moderna. Para ele, a realidade social apresenta-se dividida em sagrado e profano. O sagrado pode ser entendido como um conjunto de crenças, símbolos e ritos necessários à ordem coletiva. Ele descreve o espaço e a vivência comunitária do espaço sagrado como algo vivo, mágico, transformador.

[...] Neste espaço, as energias vitais estão superexcitadas, as paixões mais vivas, as sensações mais fortes: existem mesmo algumas que só se produzem senão neste momento. O homem não se reconhece: sente-se como que transformado e, por conseguinte, transforma o meio que o rodeia. Para explicar-se as impressões muito particulares que experimenta, ele atribui às

coisas com as quais está em relação, poderes excepcionais (DURKHEIM, 2000, p.227).

De certa forma, os discursos dos usuários também nos passam esses sentimentos e impressões descritos por Durkheim. Durante as práticas místico-religiosas eles se sentem transformados e atribuem as coisas e seres com os quais estão em contato poderes excepcionais. Eles e seus familiares sentem-se de certa forma, amparados por forças e poderes excepcionais e isso os conforta.

Outro aspecto inerente à intervenção religiosa importante para os doentes e familiares é referente ao sofrimento. Na tradição mística, a intenção não é evitar o sofrimento, mas torná-lo suportável, inerente à vida cotidiana. As dores emocionais e físicas, as perdas pessoais, os grandes males, enfim, agonias que afligem os seres humanos. Diante do sofrimento provocado por todos os sintomas e sinais provocados pelo transtorno mental, os símbolos religiosos surgem como bálsamo, proporcionando algum alívio e tudo isso, torna mais tolerável sua convivência com o estado em que se encontra.

Em seu discurso, o primeiro entrevistado descreve como a rezadeira oferece maneiras para lidar com seu sofrimento, por meios recursos simbólicos religiosos.

[...] a rezadeira pediu um local para eu desenvolver a minha mediunidade, para desenvolver meu orixá para minha recuperação [...] o que ela falava não era problema da medicina, o problema que eu tinha na cabeça, que eu tinha uma corrente de mediunidade, e preciso desenvolver, e trabalhei com xangô, entrei recebi pomba gira, orixá, quando o orixá vem deixa o corpo leve, pensamento alegre [...] deixa agente mais leve [...] agora a pomba gira maltrata, machuca, ela vem maltratando que é cavalo, machuca, bebe, fuma, o mestre fuma, bebe cachaça, bebe sangue de pessoas humanas.

A respeito da utilização de recursos simbólicos para aliviar o sofrimento das pessoas Geertz(1998) afirma que:

[...]Para aqueles capazes de adotá-los, e enquanto forem capazes de adotá-los, os símbolos religiosos oferecem uma garantia cósmica não apenas para sua capacidade de compreender o mundo, mas também para que, compreendendo-o, dêem precisão a seu sentimento, uma definição às suas emoções que lhes permita suportá-lo(Op.cit.,p. 119-120).

Com isso o que pretendemos pontuar é a importância dos símbolos religiosos, para os usuários dos CAPS e seus familiares, no sentido de estes que lhes permitem definir seu

sofrimento e suas emoções assim contribuem para uma melhor compreensão dos transtornos mentais, não apenas tornando suportável o sofrimento dele decorrente, mais, também, mantendo acesa a chama da esperança de cura através deste meio.

2.3 A Importância da Crença para a Cura ou Alívio dos Transtornos Mentais

A confiança nos sistemas curativos exerce um papel preponderante em qualquer processo de cura, seja ela através de práticas curativas oficiais, sejam aqueles representados pelas práticas extras oficiais como rezadores e terreiros.

Lévi-Strauss (2003) sustenta que a eficácia das práticas mágicas implica na crença na magia. Mas para a confirmação desta eficácia, alguns aspectos se tornam importantes como, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; a crença do doente em seu poder de curar como também; a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam a cada instante uma espécie de campo de gravitação que são situadas nas relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça.

Nos discursos dos familiares e usuários CAPS por nós estudados, fica evidente a fé que depositam nos rituais de curas das práticas místico-religiosas, ao descrever a evolução positiva no seu quadro da doença mental e os resultados positivos como a redução dos sintomas de depressão e das crises psicóticas, como atesta este depoimento do primeiro entrevistado: “[...] graças à rezadeira e seus orixás, pela fé que eu tive, pelos orixás, estou bem. Graças a Deus estou melhor, saí daquela depressão, daquele surto, e ter conseguindo, dizia que todo mundo tinha morrido, minha mãe, mas me recuperei e estou bem [...]”.

Em geral, todos os efeitos descritos pelos portadores de transtorno mental são confirmados com detalhes pelos familiares, como se pode constatar na fala da segunda entrevistada a respeito do tratamento do seu filho com uma rezadeira:

[...] na segunda vez ele se deitou, já foi menos, ele ficou dormindo e dormindo para as coisas sair dele, mas ela rezava só de boca nada de ramo [...]. Na outra vez ela rezou, no oratório ela falou que ele gostava dela, conversou e falou que tava sentindo bem e aquilo que sentia não sentia mais, tava mais alegre, ela falou que eu tinha que voltar lá para levar um metro de fita [...].

No caso que acabamos de relatar, a relação de cumplicidade, confiança, isto é, a crença do usuário, de sua mãe e do rezador evidencia a eficácia do tratamento, ou apaziguamento emocional do usuário através das práticas místico-religiosas. Mas, em outros casos por nós observados, quando alguma orientação da rezadeira é colocada em suspeita, em razão de conflitos existentes entre família e usuário a evolução do processo de cura pode ser ameaçada, como no caso do primeiro entrevistado. Ele lembra que a rezadeira falou que ele “[...]tem que desenvolver a sua mediunidade[...]” e acrescenta que sua mãe não concorda, porque lembra do terreiro de umbanda, devido um corte no braço dele, ele mostra marcas em seu braço.

Nos casos em que há conflito entre duas orientações diferentes e ou agentes envolvidos no processo, é mais complicado. Às vezes, em vez de auxiliar, a diversidade de orientação no tratamento pode agravar o quadro do doente.

Consoante Lévi-Strauss (2003 op. cit.), os processos curativos do xamã são entendidos através de sessões de espetáculo de cura. Estes processos xamanísticos, além de reproduzir ou representar mimicamente certos acontecimentos, é efetivamente revivido em toda sua intensidade, originalidade e violência para retornar ao estado normal. Essa técnica pode dizer que é também utilizada pela psicanálise, sendo denominada abreação. Esse momento da cura é marcado por procedimentos nos quais o doente é levado a reviver intensamente a situação inicial que origina as suas perturbações. No xamanismo, o xamã é considerado um “abreitor profissional” em outras palavras, um modo de abreação particular a cada xamã, induz simbolicamente, no doente, uma abreação de sua perturbação.

A cura xamanística é uma terapia que fornece alguns elementos psicológicos, visto que o xamã não toca no corpo da doente e não lhe administra remédio; mas, ao mesmo tempo, ele põe em causa, direta e explicitamente, o estado patológico. O canto por ele utilizado constitui uma espécie de manipulação psicológica do órgão doente, e a cura esperada seria uma consequência desta manipulação (Ibid.).

O xamã fornece à sua doente uma linguagem, na qual se podem exprimir imediatamente estados não-formulados, de outro modo in formuláveis. E é a passagem a esta expressão verbal (? que permite ao mesmo tempo, viver sob uma forma ordenada e inteligível, uma experiência real, provocando um desbloqueio do processo fisiológico, isto é, a reorganização, num sentido favorável, da sequência cujo desenvolvimento a doente sofreu (LÉVI-STRAUSS, 2003, p. 228).

O autor mostra que a cura xamanica se situa em algumas aproximações entre nossa medicina orgânica e terapêuticas psicológicas, como a psicanálise. Pois tanto o xamanismo como a psicanálise, propõem conduzir à consciência conflitos e resistências que estão recalçados no inconsciente. A ideia é que os conflitos e as resistências se dissolvam, não apenas pelo conhecimento adquirido pelo doente, mas, sobretudo, pelo conhecimento que torna possível uma experiência específica. No xamanismo trata-se de suscitar uma experiência para que aconteça uma organização, na qual são ativados mecanismos fora do controle do sujeito, que se ajustam espontaneamente para chegar a um funcionamento ordenado. Trata-se então de reorganizar as experiências para se estabelecer um bom desenvolvimento e assegurar a cura.

A ex-usuária e quinta entrevistada, atualmente “Zeladora dos orixás”, descreve suas experiências como usuária e o uso de diversas práticas místico-religiosas tanto em Esperança como no Rio de Janeiro, utilizadas para seu tratamento e menciona a explicação do uso dos espíritos no processo de cura. Seu discurso também faz revelações de mudanças que vem sofrendo na preparação dos orixás durante os espetáculos de cura.

[...] eu tive um problema mais sério e a mulher tirou um catimbó ela mandou colocar o pé e colocou e tirou o cabelo do monte de negócio, mas quando chegou em casa todo mundo ficou assustado com aquilo. No Rio de Janeiro descobri que aquele catimbó era um cavalo marinho para se fazer remédio para quem tem cansaço, passou 5 meses e 8 dias em tratamento, tudo dela é no Rio as feitura, [...] o espírito pode nos estudar e não nos estudar ele espírito é um vento, agente não pode dizer recebi um espírito não é a energia dele cobriu e agente passou a ficar uma pessoa neutra, hoje não se prepara mais orixá dessa maneira, que na época foi preparada assim.

Pode-se observar no discurso em foco, que a proposta da cura nas práticas místico-religiosas é conduzir o doente à conscientização de conflitos e resistências inconscientemente recalçados, mas sempre colocando elementos exteriores, com o intuito de reorganizar as experiências para levar à cura.

Os modelos terapêuticos utilizados no tratamento dos transtornos mentais pelos profissionais de saúde mental dos CAPS receberam influência da psicanálise, e são conduzidos principalmente através de escutas individuais e coletivas com os usuários e familiares, onde os mesmos são levados a falar de seus problemas e dificuldades.

Primeiro entrevistado: “[...]mas fui me adaptando e falando dos meus problemas, meus conflitos, eu fui desabafando [...]”.

Terceira entrevistada: “[...] durante a consulta como o psiquiatra, ele vai me ajudando, tente ser mais forte[...] para eu conversar com minha mente [...] fala para eu olhar para meu interior”.

Apesar das semelhanças entre as cura xamanística e psicanalítica, especificamente a utilização dos processos inconscientes, estas são marcadas justamente pelas diferenças. Ao provocar uma experiência reconstituindo um mito que o doente deve viver ou reviver, a psicanálise constrói um mito individual com ajuda de elementos do passado; enquanto que na cura xamanística, é o mito social, que o doente recebe do exterior que entre em ação. Além disso, a abreação é diferente em ambos os casos, o psicanalista escuta, ao passo que o xamã fala pelo seu doente.

Laplantine (1991) discute as interpretações e reinterpretções dos processos de cura, relacionando os discursos médicos e religiosos na sociedade ocidental contemporânea, para explicar a doença e os caminhos para uma possível cura.

Nas sociedades arcaicas, a religião se ocupava de todos os aspectos da vida humana. O sacerdote era também o médico, pajé (no Brasil). Com o progresso da ciência moderna, aconteceu a separação entre as várias instâncias do saber. As explicações do saber religioso, “mítico”, e o saber “objetivo” científico, torna-se especializado, distanciando-se cada vez mais da experiência cotidiana. Contudo, o que se observa nas interpretações da doença, da cura e da morte, tanto na religião como na ciência, são elementos de aproximação entre essas duas visões do universo, apesar de utilizarem abordagens e recursos distintos.

O autor analisa a construção de modelos da doença e da cura, que consiste em identificar, com base nos discursos do doente e do médico, o âmago do significado por eles expresso, a partir de uma opção etiológica e terapêutica.

Com efeito, cada sociedade, cada grupo social, cada indivíduo só retém um pequeno número de soluções entre aquelas possíveis. Em toda cultura, em determinado momento, privilegia-se um certo número de representações (que podem ser chamadas de dominantes), em detrimento de outras representações que nem por isso estão ausentes, mas marginalizadas com relação às precedentes algumas delas, descartadas (definitiva ou momentaneamente), ou seja, eliminadas do campo social total (LAPLANTINE, 1991, p.37).

As interpretações da doença-maldição e da doença-punição são modelos de interpretações religiosas, das quais encontramos ainda hoje elementos presentes nas práticas médicas, como observa Laplantine (1991). As prescrições religiosas e médicas entendem que a doença é uma espécie de punição, negligência, resultante do descuido ou de excessos

praticados pelos indivíduos, sempre por um mau comportamento, ou seja, por uma falta com relação à ordem fisiológica e ou social.

No modelo interpretativo que se refere à doença-maldição mais predominante nas sociedades tradicionais, a crença na doença é apreciada como efeito de uma vingança gratuita, que são explicados pelo destino por certa fatalidade. De fato, encontramos esse modelo de interpretação da doença-maldição nos discursos dos místicos sobre os transtornos mentais, segundo os quais a doença mental é uma maldição divina geralmente relacionada a experiências mágicas e ou feitiçaria.

Nesse caso, o doente ou grupo vive a doença como um escândalo ou uma injustiça. Trata-se então de crer que a doença é sempre considerada como algo totalmente externo, estranho. Essa crença no modelo doença-maldição é facilmente identificada nos discursos das pessoas com transtornos mentais e seus familiares, mencionados neste trabalho. Conforme colocado, a segunda entrevistada que aceita como verdadeira a interpretação da rezadeira, que atribui a doença mental do seu filho ao espírito de Zé Pilintra.

No depoimento a seguir, a terceira entrevistada que é ex-rezadeira, expõe sua visão de mundo acerca dos males de origem não material que podem nos atingir. O ofício da rezadeira é justamente livrar as pessoas por ele atingidas.

[...] tem pessoas que vêm para rezar, essa pessoa que tem um problema que não é material, olhou para a senhora que colocou um olho gordo no seu trabalho, no seu modo de ser, pensar, corpo, boniteza e pode pegar um olhado, quebrante ou quizila, são pessoas que tem olho gordo, que não é bom, essas pessoas coitadas, eles não sabem, não é culpa delas, os problemas espirituais, que se pega nosso corpo, mente espírito, nosso pré-espírito, a pessoa pode sentir tom de vozes, tremores, ouvir gritos, ver coisas, são várias coisas no decorrer da nossa vida não é normal [...] o que aconteceu comigo coisa não foi normal[...]aquele problema vem de espírito [...] é uma coisa difícil, é uma coisa do além, da energia cósmica [...].”

Consoante Laplantine, a crença na doença-punição tem um sentido divergente do anterior. Neste modelo, a doença é interpretada como consequência necessária de algo que o próprio indivíduo ou próprio grupo provocou. Essa crença está inculcada tanto na religião como na medicina. Acerca dessa crença,

[...]Essa apreensão, que nos é familiar, deve-se essencialmente à cultura cristã, que impregnou nossos comportamentos médicos, mesmo se estes se laicizaram e aparentemente se emanciparam do religioso[...] a doença é a consequência de uma transgressão coletiva das regras sociais, exigindo uma

reparação, ou seja, uma ação de ressocialização (LAPLANTINE, 1991, p. 229).

Com efeito, frequentemente observamos nos discursos médicos a interpretação de que a doença mental está associada ao mau comportamento do indivíduo, seja por excesso, ou por negligência. Isso fica claro nas prescrições médicas, quando usuários e familiares são questionados sobre o cumprimento correto dos medicamentos e principalmente diante de uma crise, são cobradas pela falta de responsabilidade de seguir as orientações da equipe de saúde mental. Como também nas oficinas terapêuticas que estimulam a socialização, o relaxamento, o controle das emoções, onde se busca uma mudança de comportamento do usuário, tanto do ponto de vista individual, como do social. No passado, foi esse modelo doença-punição que levou ao isolamento as pessoas acometidas e ou diagnosticadas como portadores de perturbações mentais.

Ao falar sobre crenças e práticas religiosas na modernidade, Hervieu-Léger (2008), assinala que o panorama religioso está marcado pela individualização e a subjetivação da religião. Segunda a autora, a religião se define por meio da transmissão e perpetuação da memória de um acontecimento, através de linha de crença, sendo um dispositivo ideológico, prático e simbólico pelo qual é constituída e até mesmo controlada a consciência individual e coletiva (HERVIEU-LÉGER, 2008, p.139).

O individualismo moderno se manifesta em todos os setores e pode ser observado também na área de saúde. A proposta do CAPS permite aos usuários a liberdade de escolha dos processos curativos. Em razão disto, observa-se, também, uma flutuação caótica comporta dos usuários por nós estudados entre diversas opções de escolha. Eles transitam livremente entre diferentes orientações de tratamento de acordo com as suas, crenças, necessidades e interesses. De acordo com Hervier -Léger, “Essa disjunção entre a crença e a pertença é evidentemente ainda mais nítida naqueles casos todos em que o sujeito crente reivindica poder escolher, entre essas diferentes tradições, a que melhor lhe convém” (HERVIEU-LÉGER, 2008, p.156).

A quinta entrevistada que é ex-usuária do CAPS ilustra o fato:

[...]às vezes as pessoas que toma uma caixa de medicamento e quer ser curada, quando isso não acontece [...]então eles acreditam que vindo aqui se eu for rezar, se eu for fazer acendimento de vela ela vai sair daquele medicamento vai ficar curada[...], mas explico que tudo é devagar na vida, agora têm outras que vêm e ficam boas faz o tratamento, fazem o tratamento

lá no CAPS e vem aqui também, revela quando começou a frequentar aqui as coisas foram melhorando e que abandonar o tratamento lá.

O trânsito intenso entre diferentes práticas revela o que Berger, denomina de “perda de plausibilidade” e Giddens falta de “confiança” nos sistemas peritos. A perda da confiança gera insegurança e insatisfação. No caso dos usuários e familiares do CAPS-ES/PB, quando consideram que o tratamento não tem a eficácia esperada recorre-se imediatamente a outra técnica complementar. O que observamos durante as conversas e entrevistas, é que não existe uma ordem definida nessa busca, mas, de forma geral, a cura místico-religiosa é o primeiro socorro procurado, antes do posto médico e do CAPS. O fato é que a insegurança por parte destes doentes e familiares predomina em ambos os setores, pois mesmo ao declararem satisfação com algumas práticas médicas e religiosas, ambas estão sendo constantemente questionadas, colocadas em dúvidas e ao mesmo tempo em que são aceitas. A quinta entrevistada narra essa situação:

[...] hoje em dia, as pessoas estão muito sem fé [...] por isso que demora muito para acontecer, mas às vezes as pessoas me procuram e dizem: você me garante que isso vai acontecer assim, assim [...] falo ninguém é Deus [...] nem marca dia, nem hora, dependendo dele[...] sou apenas um instrumento [...] você vai te aguardar para ver, do mesmo jeito que aqui em baixo e lá em cima [...] têm o povo na fila [...] têm os maiores os menores.

Reforçando essa discussão a respeito da confiança, lembrariamos como Boudieu, enfatiza a necessidade de conquista permanente da autoridade do profeta, que se estabelece a cada instante, entre a oferta e a demanda do serviço. Isso porque, a legitimidade do profeta baseia-se na força do grupo que mobiliza por diversos meios, seja por meio de uma aptidão para simbolizar uma conduta ou em discursos do profeta que são baseados nos interesses religiosos. Esses discursos do profeta são baseados nos interesses propriamente religiosos que ocupam uma determinada posição na estrutura social. Isso porque “os sacerdotes têm o poder de atribuir ao deus a responsabilidade pelo fracasso, desvalorizando-o sem se desvalorizarem, fazendo com que a responsabilidade recaia sobre os leigos” (BOURDIEU, 1982, p.91-92).

Aplicando a perspectiva de Hervieu-Léger(2008) à análise do CAPS, poderíamos pensar em uma nova forma de “crença sem pertença” no que se refere ao tratamento dos transtornos mentais marcada pela característica da modernidade e da secularização, que permite a incorporação da subjetividade quando facultada a liberdade de escolha aos usuários e familiares na orientação do seu tratamento. Com efeito, a possibilidade de escolha abre

formas ilimitadas, instáveis, caóticas, e às vezes até contraditórias aos dispositivos atuais voltados para tratamento e cura dos transtornos mentais. Apropriando-me da terminologia de Hervieu-Léger, referente às novas religiosidades, diria que no CAPS, estamos diante de uma espécie de “bricolagem entre as práticas místico-religiosas e a sociopsiquiatria”.

Em suas análises sobre a bruxaria, oráculos e magia entre os Azande, Evans-Pritchard (2005) assinala que a bruxaria é uma das formas de explicação nas relações entre o homem e os acontecimentos desventurados. Ou seja, em situações de adversidade, infelicidade, doença, torna-se um meio, uma reação imediata e estereotipada para a explicação de eventos no cotidiano da vida. Para ele, “a bruxaria é uma classificação dos infortúnios sob os demais aspectos, têm este único caráter comum, que é a sua nocividade para o homem”(EVANS-PRITCHARD, 2005, p.245).

Contudo, Evans-Pritchard mostra que as explicações dos acontecimentos difíceis da vida, não são entendidas apenas pelo olhar da bruxaria, ou seja, exprimem uma noção de causação natural e mística com bastante clareza. Essas explicações exercem uma forma de complementação para a uma melhor aceitação dessas situações na vida.

A noção de causação natural e mística de Evans-Pritchard, pode ser aplicada ao universo por nós pesquisado. Em suas falas, os entrevistados também recorrem às causas para explicar dos transtornos mentais. Que segundo dizem, provêm de causação natural e mística material. A causação material da doença mental é entendida como um problema físico, psiquiátrico, cabeça, nervosos; a outra é a espiritual a qual se atribui as forças místicas, como espíritos, encostos, macumba. Em seu depoimento, a quarta entrevistada que já frequentou o CAPS e hoje atende pessoas com problemas psiquiátricos coloca:

[...]agente sente que precisa do psiquiatra também, porque tem pessoas que tem o problema psiquiátrico que é o material, mas também espiritual, não sei o que vem primeiro se o psiquiátrico ou o espiritual [...] eu penso assim têm pessoas que tem o problema de médico, mas aquela pessoa vai ficando fraca se desvarecendo vai abrindo portas para que entrem outras coisas no corpo da pessoa fora a doença[...].

É dessa forma que explicam as doenças mentais, que segundo têm dupla origem. Essa dupla origem justifica frequentar tanto as práticas terapêuticas do CAPS como as práticas místico-religiosas. O tratamento espiritual e físico é para eles uma garantia para obtenção de melhores resultados no tratamento: “[...]você precisa continuar fazendo tratamento lá e continuar vindo aqui”.

Recorrendo a Goffman(2009) quando afirma que a vida social se apresenta como uma representação teatral, ou seja, trata de entender o comportamento humano em sua situação social e do modo como aparecemos ao outro. Nesse sentido, a maneira pela qual o indivíduo se apresenta no seu cotidiano em todas as atividades, vê a si mesmo e às outras pessoas, e, além disso, os meios pelos quais dirige e regula a impressão que formam a seu respeito e as coisas que pode ou não fazer, enquanto realiza seu desempenho diante dela. O autor faz uma analogia com o espetáculo teatral.

O palco apresenta coisas que são simulações. Presume-se que a vida apresenta coisas reais e, às vezes, bem ensaiadas. Mais importante, talvez, é o fato de que no palco, um ator se apresenta sob a máscara de um personagem para personagens projetados por outros autores. A platéia constitui um terceiro elemento de correlação [...]. Na vida real, os três elementos ficam reduzidos a dois: o papel que um indivíduo desempenha é talhado de acordo com os papéis desempenhados pelos outros presentes e, ainda, esses outros também constituem a platéia (GOFFMAN, 2009, p. 9).

Uma das questões que a análise de Goffman(2009) nos leva a refletir refere-se à imagem de si mesmo em sociedade, como o indivíduo se comporta para obter aceitação frente aos outros. Durante o trabalho de campo, em ocasião das entrevistas, percebemos que, em alguns momentos, os entrevistados estavam tensos ao falar sobre outro tipo de tratamento. Uma espécie de autocensura do que poderia ser dito ou não. Em saber a minha opinião como psicóloga, se procurar um rezador estava certo, como podemos ver na fala da segunda entrevistada na sua primeira entrevista: “seu eu tiver errada pode falar”. Outra entrevistada revela: “eu nem dormi ontem, pensando nessa entrevista, sei lá se o que vou dizer está certo”. Percebia certa preocupação com o sigilo das entrevistas, por parte dos entrevistados.

Inspirada na perspectiva de Goffman (2009), de se comportar de acordo com a plateia, observei que os atores entrevistados, tentavam saber minha opinião para se comportar de acordo com uma possível resposta do (entrevistador), a preocupação de exaltar as práticas do CAPS, porém, ao fazê-lo, contradiziam-se, mascarando suas opiniões, revelando as dificuldades de aceitar todos os medicamentos, de participar de todas as oficinas, de controlar a situação.

O autor coloca ainda, que o indivíduo, ao desempenhar um papel, implicitamente solicita de seus observadores que levem a sério a impressão sustentada perante eles e explica que “representação” é toda atividade de um indivíduo que se passa num período caracterizado

por sua presença contínua diante de um grupo particular de observadores e que tem sobre estes alguma influência.

Nesse sentido, principalmente durante os contatos iniciais, os entrevistados procuravam dar a impressão de que no CAPS, é um lugar perfeito para seu tratamento, mas, logo em seguida, se contradizia, revelando suas idas a os outros lugares e sua insatisfação com alguns procedimentos dispensados no CAPS que não gosta entre eles, a quantidade de medicamentos utilizados, por eles considerada excessiva. Esta é uma das queixas mais freqüentes ao tratamento como se pode constatar nestes depoimentos do usuário e sua genitora:

Primeiro entrevistado – [...]escolinha é muito criança[...] eu sou muito avançado para isso[...] têm atividades que dá muita orientação para não fumar, não beber, tomar o remédio.

Segundo entrevistado – [...] Quando comecei acompanhar ele no CAPS,você via o estado dele, aquele surto de loucura, aquele problema de cabeça, aquela depressão muito forte [...] CAPS foi trabalhando comigo,, junto com ele agora ta um homem, primeiramente Deus segundo o CAPS[...]não gosto dessas coisas, tem que voltar[...]para não receber mais, para esse negocio sair[...]os medicamentos ele toma de noite ele não dorme, tem dia que mesmo tomando ele fica andando para lá, pra cá[...].

Em sociedade o indivíduo representa de acordo com o momento, ou seja, com o público e o cenário em que ele se encontra. Por isso, existe sempre a necessidade por parte do ator, de que o público acredite nele. Trata-se então, no caso dos nossos entrevistados, se comportar de acordo com os espaços terapêuticos em que eles se encontrem no momento, seja no CAPS ou nos locais onde se submetem á práticas místico-religiosas.

Na perspectiva goffmaniana, utiliza-se a fachada, sendo uma das maneiras de expressão intencionalmente padronizada ou inconscientemente adotada pelos indivíduos em sua representação.

Douglas (1966) sustenta que a vida social é permeada de rituais. O homem, como um animal social é, sobretudo, um animal ritual com atos simbólicos. A representação simbólica tem uma função de focalizar atenção, anima a memória ligando o presente ao passado.

Os rituais, sejam eles religiosos ou científicos, desempenham um papel central no processo de cura. Eles não simplesmente exteriorizam a experiência, mas, sobretudo, provocam mudanças na experiência através da linguagem.

Podem existir pensamentos que nunca foram traduzidos em palavras. Uma vez que as palavras são formuladas, o pensamento muda e é limitado pelas próprias palavras selecionadas. Assim, o discurso criou alguma coisa, um pensamento, o qual podia não ser mesmo (DOUGLAS, 1966, p. 82).

Partindo da premissa, de que a linguagem é uma maneira de provocar mudanças e, sobretudo criar um pensamento, os rituais religiosos lançam mão de uma linguagem, de toda uma crença, para tratar e significar as doenças, principalmente àquelas que afetam o mental e o emocional. Esse procedimento é muito usual nas práticas místicas, como mostra o depoimento a seguir.

O discurso da quarta entrevistada descreve sua experiência nos terreiros de umbanda que segundo afirma, a teria curado da doença mental.

[...]na hora que o orixá me pegou eu sentia mesmo, comecei a rezar, fazendo o mesmo que fizeram comigo, eu me sentia melhor[...] a mãe de santo falava, quanto mais eu fizesse mais eu ia obtendo minha saúde, era isso que eu queria, cuidar da minha casa do meu marido, antes não fazia comida, fui melhorando, vinha pessoas aqui e que tinha aqui orixás e os eixum, o lado direito e lado esquerdo, orixá manda o escravo, o eixum[...] no meu caso eu tinha uma cigana que meu marido tinha muito ciúme, eu recebia, eu ficava muito bonita, magra[...] comecei a cuidar das pessoas, puxava os orixás, cantava, pedia para descer e subir me obedecia [...] hoje todas as pessoas que eu ajudava hoje todo mundo recebe e tem. Muita gente que recebe as entidades e viram tudo acontecer e viram que não era mentira.

Neste tipo de tratamento, as palavras formuladas durante o ritual de cura são fundamentais. O pensamento do sofredor é orientado pelo mestre com o intuito de libertá-lo dos males que o afligem através de um redirecionamento do seu pensamento em direção de uma visão mais ampla da realidade, que segundo a tradição religiosa provêm de uma ordem espiritual.

Nos rituais desenvolvidos pelos profissionais do CAPS, as práticas médicas seguem uma lógica semelhante, é também a partir das palavras do médico e demais profissionais da saúde que o usuário é orientado. Quando ele consegue se conscientizar que é preciso tomar corretamente os remédios receitados e percebe que através das escutas e oficinas precisa mudar seus sentimentos e controlar suas emoções diante das várias vicissitudes de sua vida; resolver determinados conflitos e angústias ocorrem mudanças em seu comportamento.

Nossa experiência como psicóloga do CAPS-ES/PB, a pesquisa teórica por nós realizada em diversas áreas sobre saúde mental, bem como nossas primeiras observações

junto aos usuários e seus familiares, parecem confirmar que tanto os tratamentos utilizados pelos órgãos oficiais de saúde, como aqueles dispensados pela tradição mística, podem proporcionar alívio e mudanças na vida destas pessoas, produzindo novas formas de pensar, criar e re-significar às doenças mentais. Resta saber se a proposta do CAPS de um trabalho conjunto entre estas diferentes agências está produzindo os efeitos almejados pelos seus idealizadores.

CAPÍTULO 3 – PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DOS USUÁRIOS CAPS/ESPERANÇA/PB SOBRE A DOENÇA MENTAL

No presente capítulo, discutiremos as representações da doença mental na visão dos usuários CAPS/Esperança/PB, familiares, vizinhos e amigos, que no momento das entrevistas manifestam suas opiniões, por serem consideradas bastante representativas. Retomaremos com mais detalhes trechos de entrevistas já discutidos no segundo capítulo, mas agora sob outra ótica.

3.1. Representações Sociais na Visão de Moscovici

A visão dinâmica de representações sociais de Moscovici parece-nos a mais adequada a análise do problema em questão.

Consoante Araújo (2008), as representações sociais são formas de conhecimento socialmente construídas pelos integrantes dos grupos para explicar as relações estabelecidas entre eles, com outros grupos e com a natureza. Isso ocorre mediante o caráter coletivo das idéias, histórias e experiências vividas por um grupo social específico e essa construção funciona como orientação para a ação social (ARAÚJO, 2008, p. 101).

Em seu estudo “A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica”, mostra a importância do pensamento de Serge Moscovici e sua aplicabilidade das pesquisas nas Ciências Sociais. De acordo com o referido autor, as representações sociais têm um caráter dinâmico e relacional à trajetória do grupo que a elaborou. Elas são fruto de um processo sempre atuante, desencadeado pelas ações coletivas dos indivíduos, mas implicam em um reflexo nas relações estabelecidas dentro e fora do grupo, no encontro com outros indivíduos ou outros grupos sociais. Como resultante temos que a ação dos indivíduos é caracterizada pelas representações sociais que seu grupo elaborou (Ibid.)

Vale ressaltar que Moscovici partiu do conceito de representação coletiva elaborado por Émile Durkheim, para construir sua própria teoria. Desse modo, apreende daquele conceito a noção fundamental de que as representações são construídas socialmente pelos grupos e se caracterizam como imagens da realidade. Esta é uma característica marcante do conceito de representação coletiva: a sua exterioridade às consciências individuais. Ela é

sempre construída coletivamente, não é fruto da elaboração de cada indivíduo isolado, mas sim da união de todos em cooperação. Vê-se aqui, talvez, o ponto de inspiração para a teoria das representações sociais de Moscovici, que objetiva analisar as informações e idéias construídas pelos grupos urbanos que possuem um caráter mais dinâmico e específico, porque estas representações sociais são elaboradas por pequenos grupos sociais, não se tratando de toda uma sociedade, como nas análises realizadas por Durkheim, que são consideradas mais estáticas e tradicionais (Op. cit., p. 104).

Moscovici (2010) afirma que os indivíduos reunidos em grupos sociais, elaboram um conjunto de informações consensuais sobre a realidade com a qual se relacionam. Entende que o indivíduo tem um papel atuante e particular na construção das representações sociais. Enquanto pensamento socialmente construído, as representações sociais englobam as ideias que os indivíduos têm sobre o que seja a realidade, as ações e informações que eles reuniram e transformaram em uma teoria do senso comum, apta a explicar a sua realidade e a si mesmos (Op. cit., p. 103).

Para Moscovici (Op. cit.), as representações concretizam-se nas convenções, nos objetos, pessoas ou acontecimentos nos quais se encontram. Elas localizam uma determinada categoria e gradualmente um determinado tipo, distinto e partilhado por pessoas. Todos os novos elementos se juntam a esse modelo e nele sintetizam-se.

Essas funções exercidas pelas representações sociais mostram como cada experiência é somada a uma realidade predeterminada por convenções, que claramente definem suas fronteiras, distinguem mensagens significantes de mensagens não significantes, liga cada parte a um todo e coloca cada pessoa ou acontecimento, associando a categorias distintas. Sendo assim, toda mente está presa aos efeitos de condicionamentos anteriores que lhe são impostos, suas representações, linguagem ou cultura (Op. cit., p.35).

Consoante Moscovici (2010), as representações sociais também podem funcionar como prescritivas, isto é, a forma como são impostas a todas as pessoas de força irresistível. Essa força refere-se a uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado. “Enquanto essas representações, que são partilhadas por tantos, penetram e influenciam a mente a cada um, elas são pensadas por eles; melhor, para sermos mais precisos, elas são repensadas, re-citadas e re-apresentadas” (MOSCOVICI, 2010, p. 37).

Esta interpretação de Moscovici (2010) pode ser utilizada com na análise do universo em questão, especialmente sua teoria das funções das representações sociais. Uma vez que esta nos possibilita explicar as representações da doença mental, tanto em sua função

construtiva a partir das convenções sociais, como na sua função prescritiva, a partir da qual os discursos dos usuários e de seus familiares são elaborados. Com efeito, as *convenções* nos ajudam a entender as representações acerca de determinados sintomas das doenças mentais e suas interpretações e associações em busca de significado, ressaltando que esse conhecimento depende dos condicionamentos socialmente adquiridos. Enquanto as funções *prescritivas* nos permitem entender o poder que esse conhecimento exerce sobre os entrevistados e sobre sua compreensão das doenças mentais. Ao contrário do que supunha Durkheim, trata-se de um processo fluido e dinâmico, em permanente reconstrução, tanto em nível objetivo como subjetivo, no qual os indivíduos são ao mesmo tempo receptores e construtores de representações. Mas isso não significa que eles não sejam influenciados pelo meio. Os indivíduos são fortemente influenciados e penetrados por outros indivíduos do seu meio, mas são, também, construtores, quando elaboram suas próprias interpretações e associações para atribuir novos significados. Foi nessa perspectiva teórica que interpretamos os dados obtidos em nossa pesquisa em Esperança/PB.

3.2 Os Discursos e Representações dos Familiares e Usuários sobre a Doença Mental

Os discursos dos acerca da doença mental estão intrinsecamente ligados aos fatores socioculturais. Cada sociedade desenvolve seus próprios mecanismos interpretações das doenças e da cura e/ou alívio das pessoas que necessitam.

Na antiguidade, as concepções a respeito da doença mental, como da saúde em geral, foram fortemente influenciadas pelas explicações místico-religiosas, como de resto, todo conhecimento humano. Como tudo em sociedade, as concepções acerca da doença mental também sofreram diversas transformações ao longo da história. No ocidente, especificamente, a partir da modernidade, quando a racionalidade científica torna-se a visão de mundo hegemônica. A partir daí, toda e qualquer visão de mundo por eles considerada não racional foi perseguida e desqualificada, principalmente as interpretações advindas das tradições místicas. A partir daí, a saúde mental passou a ser tarefa de especialistas diplomados e autorizados. Os curadores populares foram perseguidos e presos. Apesar disso, as tradições religiosas que se ocupavam da saúde, tanto aquelas de instâncias eruditas como populares permaneceram em atividade até hoje, competido com a medicina formal, como também, mesclando-se a ela (SILVA, b. 2007).

Em parte, todas estas mudanças resultam do desejo humano de encontrar meios cada vez mais eficazes para o tratamento das doenças. Esta busca incessante torna-se mais intensa na modernidade, tanto em nível objetivo como subjetivo.

No caso dos usuários CAPS e seus familiares, a procura incessante por tratamentos mais satisfatórios os coloca diante de situações que exigem adaptações e estratégias entre diferentes orientações. Ou seja, as tradições comunitárias e religiosas e os tratamentos a que se submetem no CAPS.

A experiência dos usuários, familiares e vizinhos é impregnada pelas representações místico-religiosas com as quais convivem desde a infância, portanto estão familiarizados. Ao contrário da visão científica, que é distante e muitas vezes, até mesmo hostil para com eles, pelo que podemos ver em algumas experiências vivenciadas como beneficiário das políticas públicas oferecidas pelo CAPS.

Para os familiares e usuários, entrevistados em Esperança-PB, a doença mental é identificada através de alguns comportamentos e sintomas considerados 'anormais', que interferem na rotina das pessoas em comunidade, convertendo-se, imediatamente, em rejeição por parte da sociedade.

A referência a estes comportamentos e sintomas é recorrente em todos os depoimentos, constantemente referida como "problema de cabeça", "problema de nervos", o que evidencia a suposição de que tal doença apresenta uma localização específica no corpo, tal como a medicina moderna originalmente supunha, ao dividir corpo e mente como coisa separadas. Ao contrário da visão espiritual, onde esta não tem localização específica, faz parte de um todo inclusive não material que perpassa inúmeras encarnações (SILVA, b. op. cit.).

Nos discursos dos entrevistados sobre a doença mental, categorias como "problema de cabeça" e de "nervos" funcionam como eixo importante, no qual acontece a identificação da doença por parte dos entrevistados, fazendo referência aos vários comportamentos manifestados por eles. Percebemos, também, nestas descrições, a identificação das doenças mentais associadas estados emocionais e sentimentos, tais como: "perturbação mental", "me sentia agoniada", "estado de enfraquecimento", "ficou fraco", "perda de memória" e "estava fora de si".

Em outros discursos acerca do comportamento dos usuários CAPS, a ênfase é colocada nas relações sociais e na ausência de discernimento entre o certo e o errado nas interações sociais, como: "tirava a roupa e saía pela pista", "lavar roupas no meio da pista", "falava que via coisas", "via minha mãe que morreu", "ouvia coisas". Além disso, revelam

atitudes relacionadas à violência e a desobediência, como: “mordia todo mundo” e “brigava com meus irmãos”.

Discursos semelhantes associando a doença mental ao rompimento das regras sociais também foram constatados por Rabelo (1999) em seu trabalho sobre “Signos, significados e práticas relativas à doença mental”, no qual argumenta que vários moradores do nordeste de Amaralina estabeleciam uma associação entre os mendigos e os loucos. Segundo a referida autora, essa visão expressa que em ambos os casos há a desvinculação dos principais laços sociais, por intermédio dos quais, os indivíduos obtêm acesso à condição de pessoa.

Para ele, “media-se a irracionalidade da loucura por uma ruptura da moralidade que implica a reciprocidade no lidar com os outros cuja localização no mapa social é bem conhecida” (RABELO, 1999, p. 45).

3.2.1 As representações sociais da doença mental para os usuários CAPS/Esperança/PB

A partir das observações, dos sintomas e comportamentos identificados como doença mental e das incessantes buscas tratamento, cura, e explicação para o mal que são acometidos, verificamos que os diversos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários e seus familiares não são excludentes, se entrelaçam numa complexa rede que envolve desde as práticas médicas, especificamente as do CAPS, como também às práticas místico-religiosas, crenças, costumes, tradições e diversas adaptações e subterfúgios no enfrentamento dessa nova realidade.

Alguns dos entrevistados declaram que um dos primeiros locais procurados durante as crises, são os hospitais e/ou Centros de Saúde. Contudo, ao longo da entrevista, fica evidenciada a longa peregrinação de suas trajetórias em busca de tratamento. Inicialmente, em diversos especialistas, os quais prescrevem vários exames e encaminhamentos antes de direcioná-los ao CAPS. Outros mencionam que após a avaliação médica, foram diretamente encaminhados ao CAPS para receber tratamento especializado. Porém, a sequência de caminhos percorridos é indefinida e pouco clara, pois alguns depoimentos dão a entender que os usuários procuram logo de início as práticas místico-religiosas e não hospitais e centros de saúde como declaram. É o caso da quarta entrevistada (rezadeira) que faz encaminhamento de usuários para o CAPS e estes, em alguns momentos, após a consulta médica no CAPS, retornam a ela para nova consulta. Há, ainda, aqueles que omitem que estão fazendo

tratamento no CAPS. Além disso, quando ela percebe que o usuário menciona fazer uso de medicamentos, ela investiga acerca destes, identificando-os como medicamentos prescritos pelos CAPS, como podemos constatar no seguinte depoimento:

[...] têm pessoas que me procuram e que já tem procurado o médico e já acham que seu problema é espiritual e nem falam que estão tomando o remédio, mas eu que vejo pelo jeito da pessoa agir, a gente sente um pouco de descontrole.

A quinta entrevistada nos ajuda a entender as várias formas como esses caminhos são trilhados. Ex-usuária CAPS, se autoneia “*zeladora de orixás*”, revelando que também se submeteu a tratamento e que muitas vezes é chamada nas casas para avaliar o estado das pessoas acometidas por crises nervosas coloca.

[...] às vezes sou chamada para atender alguém em uma casa, e vou olhar se realmente aquilo ali é espírito, espiritual ou é do médico que ele tem que curar. Se for espírito, eu indico para que ele possa se manifestar e ou tomar conta dele, mas se for do médico, mando para o médico [...].

Nesse mesmo relato, ela observa que, no momento das avaliações ou consultas, quando ela aconselha ao doente e a seus familiares que ele também precisa ir ao CAPS, muitas vezes, as pessoas demonstram indignação: “mas não sou doido, vou nada”.

Essa reação evidencia o preconceito e a estigmatização reinante em relação às pessoas diagnosticadas como portadora de problemas mentais que necessitam receber tratamento e frequentar centros de tratamento especializados como o CAPS, e tudo o que este representa para os usuários e pessoas da comunidade, uma vez que este é um substituto dos hospitais psiquiátricos.

Ainda sobre a rejeição dos usuários ao CAPS, na minha experiência como psicóloga da referida instituição, presenciei de forma recorrente nos usuários e/ou familiares, demonstrações ambíguas em relação a este, tais como: receio de consultar os médicos, apesar de sentir necessidade de ajuda dos seus profissionais; resistência e constrangimento por encontrarem-se com pessoas da comunidade no interior da instituição; cautela com relação ao sigilo das informações para não serem identificados/as pelas pessoas da comunidade, entre outros.

Contudo, acreditamos que além do estigma que a doença mental e os lugares percorridos durante o tratamento carregam, outro fator importante e preponderante a ser destacado na trajetória dos usuários CAPS é o meio cultural em que pessoas socialmente

desfavorecidas estão inseridas, pois este é decisivo na determinação dos caminhos a serem percorridos.

Estas entrevistas revelam também, que na infância, quando já apresentavam alguns sintomas da doença, seus pais o/a levavam para consultas em terreiros e rezadeiras. E, que, pais e alguns familiares, como tios/as, realizaram algum tipo de prática terapêutica relacionada ao misticismo.

A quarta entrevistada ao falar da sua doença, na infância, coloca que seus familiares não a levavam para o médico:

[...] naquele tempo não existia isso não, meu pai atribuía à espiritualidade, meu pai tinha uma irmã que era macumbeira, aquele povo da pesada, era espírita, aceita tudo como eu sou, já minha mãe era muito católica, mas a crença era mais na espiritualidade e chamava rezador para eu rezar, até uma dor que a gente tinha meu pai chamava esse curandeiro e usou umas folhas e eu me curei até hoje [...] já existia a crença que aquelas coisas resolviam alguma coisa [...]

Estes depoimentos nos leva a supor que o tratamento tradicional ainda é o primeiro a ser procurado por eles. Diríamos, continua a ser o primeiro passo. Hoje, como atesta a própria depoente, as pessoas têm acesso a diversas formas de tratamento, e na grande maioria de casos, segundo afirmam, especialmente em alguns males, a medicina científica é indispensável e mais eficiente que o tratamento místico. Por esta e outras razões, os valores socioculturais e os cuidados referentes aos portadores de transtornos mentais também vêm sofrendo transformações, especificamente, devido, à diversidade das práticas terapêuticas disponíveis.

Aliado a isto, a implementação de políticas públicas no Brasil, o reconhecimento dos limites da ciência em relação à compreensão da mente e da cultura humana, é um dos desencadeadores das recentes mudanças de atitude em relação à saúde mental. Especialmente no caso daqueles setores marcados pelo surgimento de reinterpretções e de novas técnicas, que possibilitaram o encontro das “antigas crenças” com as novas práticas terapêuticas. Isso confirma a nossa suposição da importância da “espiritualidade” e práticas místico-religiosas de cura, não apenas na periferia através de curandeiro populares, mas também, aquelas cuja eficiência tem sido comprovada pelas pesquisas científicas, que sustentam que a simples fé e/ou pertencimento a uma comunidade religiosa pode auxiliar em muito, a recuperação e cura de doentes, até mesmo em casos diagnosticados sem esperança pela comunidade médica.

É importante lembrar que um dos fios condutores do presente estudo é verificar como se articulam os discursos científicos e religiosos nas estratégias utilizadas pelos usuários e familiares dos portadores de transtornos mentais em Esperança/PB, como também, os significados por eles atribuídos às consultas em terreiros de umbanda e/ou rezadores. Para tanto, retomamos agora, de forma mais detalhada, alguns retalhos da nossa pesquisa de campo, destacando a diversidade de crenças, concepções, e práticas do universo pesquisado, bem como, descrevendo nossas impressões e vivências durante as entrevistas e conversas.

O primeiro entrevistado de 20 anos, e a segunda entrevistada (genitora) já estava marcada no CAPS, essa família eu já havia tido contato, acompanhando-as como psicóloga, o que facilitou bastante nossa aproximação. A genitora informa que nossa conversa deve ser em outra casa que ela usa apenas nos finais de semana. E justifica-se, dizendo na sua residência e na vizinhança, têm muita gente curiosa, é que esse assunto “é coisa reservada”. A mãe do primeiro entrevistado é uma pessoa extrovertida, comunicativa, sempre se define como “uma pessoa sincera, que não gosta de mentiras”, seu tom de voz é geralmente alto.

A residência da segunda entrevistada de seu filho (primeiro entrevistado) localiza-se em um bairro pobre de Esperança/PB, com ruas muito estreitas. Durante o trajeto, de nossas idas e vindas à sua casa, em algumas ocasiões, presenciamos brigas nas outras casas e botecos, com muitas pessoas embriagadas, e em outras ocasiões, um silêncio total. Na primeira entrevista, quando cheguei, a segunda entrevistada fazia a limpeza de sua calçada, o que justificou que somente frequentava a casa nos finais de semana e que estava suja. Ao entrar na casa, sua postura corporal revelava certa tensão, repetindo diversas vezes, “se eu tiver errada, pode me falar”. No primeiro contato em sua residência, ela estava gripada, o que culminou em uma conversa que serviu para ‘descontrair’ o ambiente: sorrimos e falamos de chás, facilitando a entrevista inicial, logo em seguida, partimos para uma pergunta direta: Por que a senhora levou seu filho para se tratar no CAPS? Ela explicou que a partir de um determinado acontecimento e do surgimento de um conjunto de sinais e sintomas de loucura em eu filho lhe chamaram a atenção.

[...] Olhe, depois que ele estava comemorando o aniversário dele, 16 anos, tava tomando bebida, quebrou as taças, cortou o dedo midinho, passando 3 (três) dias, o pé ficou inchado durante a semana, quando na segunda-feira, ele tava delirando, o médico pontuou errado [...] ele ficou doido, saiu nu [...]

A mãe do primeiro entrevistado descreve precisamente o momento em que o filho começa a apresentar esses comportamentos, até a doença evidenciar-se claramente. Ao levar o

seu filho ao médico do CAPS, ela adota um novo discurso em relação à doença mental, o científico. “O médico diagnosticou depressão”, afirma ela. Porém, isso não significa que ela abandona suas explicações anteriores sobre o evento da primeira crise do seu filho. Além do diagnóstico, ela também recebeu informações sobre a instituição, mais especificamente, sobre a política pública na qual seu filho se insere e deve seguir as regras por ela estabelecidas.

“[...] Quando levei para o hospital, o médico falou que era uma depressão muito forte, que ele tinha bebido e com o corte ajudou, então levei ele para o CAPS e passou a tomar remédio e continuava [...]”.

Em suas avaliações, na prática médica o diagnóstico das doenças, seja ela mental ou física, baseia-se principalmente nos aspectos clínicos apresentados pelos pacientes e nos resultados de exames laboratoriais. No caso do CAPS, os sinais e sintomas comportamentais apresentados pelos usuários. A perspectiva objetiva da medicina não satisfaz inteiramente as pessoas que estão inseridas numa tradição holística de realidade, esta é uma das razões da permanência das antigas concepções que os usuários e familiares conhecem acerca das doenças e males em geral e da doença mental em particular, por isso, dificilmente são abandonadas, mesmo quando aceitam que precisam de um o médico.

A esse respeito, ao explicar os critérios de diagnósticos médicos referentes à doença mental, Cunha (2000) e Kaplan (1999), defendem que os transtornos psiquiátricos são diagnosticados através de uma completa avaliação e compreensão do amplo contexto, assim, avaliar os sinais e sintomas tornam-se importantes. Para Cunha (2000), *sinais* designam comportamentos observáveis, sendo a manifestação objetiva da doença, tais como, a aparência, a fala, tiques, entre outros. Em relação aos sintomas, são experiências do sujeito, as sensações subjetivas referidas por ele como angústia, ansiedade, medo, entre outros. Contudo, para ele, essas diferenciações acerca dos sinais e sintomas, tornam-se vagas, ou, praticamente inexistentes no âmbito da doença mental.

Assim, a concepção do usuário e familiares, não estaria de todo errada quando observam que os discursos médicos em relação à doença são pautados no olhar do médico, que atribui um diagnóstico à doença, indica os medicamentos e todo um conjunto de práticas terapêuticas para o tratamento na cura, baseado no modelo científico baseado nos aspectos físico-químicos.

Consoante Silva (2010), esta seria uma das razões pelas quais as práticas tradicionais permaneçam tão fortemente entre nós. Em seu estudo “O corpo sócio”, Ferreira(1994) visa entender como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas

relacionadas à saúde e à doença. Para ele, o corpo é pensado, representado e passível de leituras diferenciadas de acordo com o contexto social.

De acordo com este autor:

O corpo é um reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. Ao corpo se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na base de nossa vida social. Por sua vez, o corpo é emblemático de processos sociais (FERREIRA, 1994, p.101).

Nesse sentido, é importante esclarecer que corpo e mentes devem ser vistos de forma interligada. Recorrendo a Geertz (1989), quando defende os aspectos culturais, argumenta que nossas ideias, valores, atos, até mesmo as emoções, como nosso próprio sistema nervoso, são produtos culturais e, não obstante, manufaturados a partir de tendências, capacidades e disposições com as quais nascemos.

Para Geertz(1989):

[...] temos que descer aos detalhes, além das etiquetas enganadoras, além dos tipos metafísicos, além das similaridades vazias, para apreender corretamente o caráter essencial não apenas das várias culturas, mas também dos vários tipos de indivíduos dentro de cada cultura, se é que desejamos encontrar a humanidade face a face (GEERTZ, 1989, p.65).

Geertz nos ajuda a entender o fenômeno na perspectiva semiótica. Ou seja, as representações acerca da doença mental, devem ser interpretadas além de uma visão genérica, através do aprofundamento das especificidades subjetivas.

A narrativa da mãe do primeiro entrevistado na qual ela admite que levou seu filho para tratamento no CAPS. Ao se referir aos medicamentos, transparece uma expressão corporal de medo e preocupação, embora eu a tenha assegurado o sigilo das informações na pesquisa e do fato dela anteriormente, tenha me revelado sua insatisfação a esse respeito - durante um atendimento no CAPS. Ela parecia bastante apreensiva e continuava a repetir: “se eu tiver errada, fale no final”, expressando receio ao nosso possível julgamento em relação à sua postura e ao tratamento do filho no CAPS.

Quando perguntamos se havia procurado outros tratamentos antes de levá-lo ao CAPS, com o intuito de agradar-nos, ela assegura que o CAPS foi o lugar onde seu filho obteve a recuperação, voltando repetir: “se eu tiver errada, fale no final”, deixando claro seu receio diante da pesquisadora. Contudo, não omite que levou seu filho para tratamento com uma rezadeira, afirmando que foi através de suas rezas e rituais, que seu filho melhorou,

demonstrando a partir do seu discurso, aceitação da concepção mística acerca da doença mental, segundo a qual, esta resulta de forças espirituais, conforme a rezadeira, ele é uma vítima espírito de “Zé Pilintra”. O mesmo discurso é confirmado pelo filho, que acrescenta mais informações sobre o diagnóstico da rezadeira, a necessidade de desenvolver a mediunidade como uma forma de ajudar na curar a doença.

Lewis (1977), ao defender que a crença, o rito e a experiência espiritual são aspectos centrais do universo religioso, consagra a divindade como ponto decisivo e profundo nos dramas religiosos. É assim que as experiências transcendentais são concebidas como estados de “possessão”, pois segundo afirmam os místicos possibilita a comunicação entre o homem e o sobrenatural.

Diante do clima eclético no estudo das religiões, Lewis(1977) considera bastante relevante o entendimento do transe e da possessão. Portanto, a tarefa se concentra na descoberta das opiniões e crenças das pessoas e como elas relacionam, operacionalmente, estas crenças e outros aspectos de sua cultura e sociedade (Op. cit., p. 21).

De acordo com o referido autor existem várias teorias para o entendimento dos elementos xamânicos em rituais, e que estas são conflitantes, por isso, devem ser entendidas de acordo com cada cultura. Isso se justifica, porque a primeira interpretação reforça a ideia de um quadro mítico, considera que o transe é devido à temporária ausência da alma do sujeito – representando possessão por força sobrenatural – e a segunda, entende como uma força estranha, em algumas culturas, essas concepções são mantidas simultaneamente. Vale destacar que uma doença pode ser interpretada como possessão por força mística exterior, isso mesmo antes da vítima estar longe de entrar em transe (LEWIS, 1977, p. 51).

Os discursos dos usuários e familiares CAPS parecem confirmar as concepções defendidas pela segunda teoria. Nas místico-religiosas afro-brasileiras, a doença mental é o resultado da atuação negativa de forças sobrenaturais sobre o doente, quase sempre associadas aos estados de possessão.

Segundo o pensamento de Lewis, “regularmente, na verdade, somente no real tratamento de possessão, seja por exorcismo, seja por outro procedimento que vise uma acomodação viável entre a vítima e a entidade possuidora, é que se induz o transe em seu sentido próprio” (LEWIS, 1977, p.51).

Ele observa que a possessão por espírito envolve uma gama de fenômenos mais ampla que o transe, sendo regularmente atribuídas a pessoas que não se encontram dissociadas, apesar de poderem chegar a isso durante o tratamento. Ele ressalta ainda, a importância das particularidades para se entender essas práticas, pois tudo depende de uma avaliação cultural

da condição da pessoa e do seu discurso, acerca dessa invasão de um indivíduo por um espírito, pois se a pessoa, em seu próprio meio cultural se julga possuída por espírito, então ela realmente está. Com isso ele quer dizer que há vários níveis de possessão e não apenas um (Op. cit., p. 52).

Ele está perfeitamente ciente das possíveis confusões e dificuldades enfrentadas pelos estudiosos de uma interpretação devida.

No entanto, se a possessão por um espírito ou uma entidade externa pode ser uma explicação do transe, não se pode concluir que todas as possessões por espírito envolvam necessariamente o transe [...] em muitas culturas, onde a possessão por espírito é a interpretação única ou principal do transe, a possessão pode ser diagnosticada muito antes do verdadeiro estado de transe ser atingido (Op.cit, 1977, p. 51).

Acerca da possessão, os discursos dos usuários e familiares ao descrever os rituais xamânicos para expulsar ou, acalmar os espíritos confirmam essa afirmação de Lewis(1977), como podemos ver no relato do primeiro entrevistado e segundo entrevistado.

[...] ela orava, chamava por todos os santos do céu, por Jesus, Maria [...] chamava por todos os santos do céu, por pai nosso, salve rainha, por todos os santos, essas rezas mesmo [...] agora assim só se manifestava porque quando passava aquilo nele, mais depois que ela passava aquilo nele ele levantava, e depois que ele caía então ela falava se levante, 'levante [...] você vai ficar bom'. Com muito tempo, aquilo que ia estremeando, 'isso que você tem, vai sair, vai ficar um homem', com muito tempo ela levava ele para um oratório, bem bonitinho, na primeira vez ele se manifestou três vezes [...].

Na maioria dos depoimentos, os entrevistados afirmam ter presenciado níveis diferenciados de estado de possessão durante os rituais de cura. A mãe do primeiro entrevistado, ao descrever nos mínimos detalhes a cena em que seu filho estremeia, sua voz alterava-se, e sua expressão facial denotava que havia algo mais que ela podia ou queria revelar, quando afirmava “[...] ele se manifestou diversas vezes [...]”.

Na tentativa de caracterizar as práticas descritas por nossos entrevistados, recorreremos às descrições de Lewis acerca de algumas características dos estados de transe em experiências místicas, tais como, ausência de movimento voluntário e, frequentemente, por automatismo de ato e pensamento, representados por estados hipnóticos e mediúnicos, a dissociação mental, seja completa ou parcial, que pode ser acompanhado de visões excitantes ou “alucinações” (LEWIS, 1977, p.41).

De acordo com as narrativas dos nossos depoentes, durante os rituais executados pela rezadeira, os pacientes apresentam comportamentos que podem ser interpretados como ‘estados de transe’, a exemplo de movimentos involuntários: “ele se manifestava e caía”. Essas descrições são confirmadas pelo comportamento do primeiro entrevistado, que acrescenta mais elementos, nos leva a supor que ele se referia aos diferentes níveis de transe descritos por Lewis: “[...] no começo não via nada, cheguei desorientando, mas depois, com o tempo, fui me recuperando. Ela recebe suas entidades, um orixá muito lindo, e fez que eu recebesse também um orixá muito lindo, o ximará [...]”.

É importante ressaltar que nesses estados de transe, como lembra Lewis, há indução da pessoa, por uma série de estímulos. Essas aplicações podem ser separadas ou combinadas, como: sugestão hipnótica, ingestão de bebidas, inalação de fumaças e vapores, música, dança, meditações, batuque, entre outros. Nas práticas místico-religiosas descritas pelos usuários, uma série de estímulos os levam ao transe. Todos estes estímulos para induzir ao transe, descritos por Lewis, também foram descritos pela quinta entrevistada que realiza rituais de umbanda.

Podemos considerar que os estímulos para fins de tratamento que leva a estados de transe são marcados por circunstâncias e experiências de acordo com cada caso, considerando o estado do usuário e a aplicabilidade permitida em cada situação. Pois os estímulos não exercem uma ordem estabelecida num contexto cultural que permite a acessibilidade de práticas oferecidas pelo mundo contemporâneo.

Essa pluralidade de práticas nos leva a deslocar nosso olhar em direção aos discursos da comunidade mais ampla, não apenas aquele dos usuários e seus familiares, mas também as opiniões expressadas pelos amigos e vizinhos acerca da doença mental como veremos a seguir.

3.3 As Representações sobre a Doença Mental na Comunidade de Esperança/PB

Analisar os discursos, crenças e práticas de uma comunidade sobre transtornos mentais, significa entender as relações estabelecidas entre os portadores desses transtornos e suas famílias e a comunidade na qual estão inseridos.

Minayo (1994) afirma que saúde-doença, enquanto fenômenos sociais possuem um esquema interno de explicações, que parte de um marco referencial de especialistas (doutores,

curandeiros, rezadores, mágicos), mas também compõe o quadro da experiência do dia a dia que se expressa, através do senso comum. Ambas as modalidades de representação do fenômeno se influenciam mutuamente de forma dinâmica. Na construção de representações da saúde e da doença, estão envolvidos não apenas atores, autores, intelectuais e técnicos, como também a população em geral (MINAYO, 1994, p.193-194).

Para a referida autora, cada sociedade tem suas doenças como 'metáforas' que são as enfermidades, as quais, a partir do imaginário social, perpetuam na coletividade a ideia de perenidade do mal e dos limites do ser humano frente à ameaça da morte. Dessa forma, as doenças criam climas de medo, de catástrofe e desordem, e uma tendência a ser ideológica e politicamente usada como meio de recompor a harmonia social. Neste estudo, ela demonstra como as doenças são projetadas em uma sociedade. Além de manifestarem o caráter de sofrimento e infelicidade, são socialmente construídas como mitos através dos quais os membros dos grupos expressam sua coerção e coesão em torno da organização social (Ibid., p.194).

Nesse sentido, buscamos entender como as doenças mentais são entendidas e representadas por estes atores e os sentimentos que despertam nesta comunidade.

Iniciamos com a terceira entrevistada da qual extraímos algumas passagens para que possamos entender o discurso da usuária acerca doença mental, iniciando com as descrições dos primeiros contatos, que consideramos bastante pertinente.

O primeiro contato com a usuária foi facilitado por Psicólogo que é um dos meus informantes, como mencionei no início desse trabalho. Esse informante, desde quando fui trabalhar no CAPS, acompanhava essa usuária desde a época do Núcleo de Atenção Psicossocial, há 12 anos. Informou que esta frequenta alguns rituais religiosos em terreiros de umbanda em Esperança-PB, e adverte sobre seu esposo: é uma pessoa difícil, inacessível.

A usuária mostrou-se muito aberta ao nos receber em sua casa, ela sempre agenda nossas entrevistas no período da tarde, pois, este é um horário mais reservado. Ela reside em um bairro central de Esperança e seu esposo tem um mercadinho na entrada da casa para a sobrevivência da família.

Na primeira entrevista, a usuária nos conduziu a parte superior de sua casa, um lugar bem reservado, suas expressões denotavam preocupação, o que foi confirmado pela sua fala, revelando, que não dormiu devido à entrevista, pois havia ficado preocupada em falar determinados aspectos de seu tratamento, mas que confiava em nós, mencionando de passagem, o temperamento forte do marido. A usuária parecia muito tensa, perguntou se eu havia saído do CAPS. Expliquei acerca do meu afastamento temporário, ressaltando, mais

uma vez, o motivo da entrevista e da pesquisa, bem como o sigilo desta. Depois disso, ela se sentiu mais aliviada, porque não queria que eu levasse determinadas conversas para o CAPS.

Em um dos trechos de nossa conversa ela se emociona e chorou muito ao falar, como é tratada por alguns vizinhos, “[...] aqui, quando alguém tem uma doença as pessoas se referem, está igual à mulher de esposo [...]”. Uma das queixas mencionadas em sua narrativa é a respeito discriminação que sofre, em algumas ocasiões. São atos de opressão, questionamento e julgamento por parte de algumas pessoas sobre sua doença, o que para ela, causa muito “sofrimento”. A usuária enfatiza, também, que em muitas situações as pessoas debocham: “[...] você não tem doença, não! [...]”.

Embora os atos de preconceito, desdém e medo dos portadores de transtornos mentais sejam recorrentes em sociedade, muitas atitudes de solidariedade por parte de amigos e vizinhos no enfrentamento da doença também são descritas pelos entrevistados, como iniciativas de ajuda e de compaixão em relação ao sofredor.

O significado dessa ajuda está relacionado, principalmente, à importância das opiniões e crenças místico-religiosas que reforçam os vínculos sociais como tão bem sustentou Durkheim. Esta solidariedade é socialmente útil na medida em que permite melhor entender como funciona essa integração que move a força do coletivo a partir da religiosidade.

Estes atos de solidariedade podem ser gratificantes para uns, e irritantes para outros, depende de onde partam. Quando vêm de pessoas pertencentes às tradições culturais ou religiosas diferentes daqueles que a recebem, pode não surtir o efeito desejado por quem a prática.

Nos dois primeiros entrevistados (filho e genitora), eles mencionam atos de solidariedade motivados pela caridade cristã. Segundo relatam, uma moça da igreja evangélica os convidou para frequentar a instituição, “porque ele tinha alguma coisa no corpo dele e eles iam tirar”. Neste trecho, a mãe demonstra certa irritação, ao falar do posicionamento desta pessoa, sua voz ficou alterada, falando que jamais iria obrigar o seu filho a ir à “igreja de crente”, afirmando: “[...] eu tenho meu lado, se quiser ir de livre e espontânea vontade [...]”.

As diferentes visões das pessoas da comunidade a respeito da doença da mental relatados pelos entrevistados traduzem a diversidade de crenças e opiniões no poder divino de curá-la.

A terceira entrevistada também menciona algumas atitudes de solidariedade de uma vizinha que ela descreve como uma “tentativa de ajuda”, em um dos momentos de crise:

A vizinha me deu um livro, São Cipriciano, ela era muito católica [...], ela queria me ajudar [...], mas só que quatro dias depois ela faleceu [...] era o livro que eu estava pensando. Eu imagino um livro muito bom [...] é uma coisa muito profunda, santo mal, primeiro sofreu, foi cortado também, contém orações muito fortes, também muito trabalho, muito forte, uma vizinha veio me dar [...], ela sabe o que eu passei ou passo por muita coisa [...].

Sobre religiosidade e solidariedade como instrumentos para reforçar os laços sociais, argumentamos que a recorrência dos usuários a terreiros de umbanda, catimbó e rezadeiras em busca de tratamento e explicação para a doença mental e a associação desta à ação dos espíritos, é indispensável no caso aqui estudado, porque estas crenças são parte de seu *habitus*. Por outro lado, eles precisam se sentir acolhidos pela comunidade que os cerca. E, as pessoas mais indicadas para isso, são exatamente aquelas que se ocupam dos doentes e sofredores, os curandeiros e rezadores locais. No CAPS, eles se sentem entre pessoas fora do seu ambiente e de suas tradições.

Acerca da solidariedade sobre o prisma religioso, não restam dúvidas de que Durkheim (1994; 1995) nos oferece uma grande contribuição.

Consoante Durheim, a religião além de um sistema de ideias, é antes de tudo um sistema de forças. O homem que vive “religiosamente”, afirma ele, ultrapassa a concepção da representação do mundo, significando, pois, experiências que são vivenciadas além da vida comum, que somente são possíveis em estados religiosos, uma vez que a vida religiosa implica na existência de forças muito particulares. Para ele, é nessa força religiosa que a coletividade inspira a seus membros.

Ao falar sobre o poder da coletividade, Durkheim (1994) sustenta que a sociedade exerce uma autoridade moral e explica como esses valores e sentimentos se manifestam:

Os sentimentos coletivos satisfazem esta condição, precisamente porque tais sentimentos constituem o eco, em nós, da grande voz da coletividade, ou seja, falam ao interior de nossas consciências com um tom completamente diferente daquele que emana dos sentimentos puramente individuais. Os sentimentos coletivos nos falam mais alto e têm, em virtude mesmo de sua origem, uma força e uma ascendência particularíssimas (DURKHEIM, 1994, p. 88).

A força e a importância da religiosidade é evidente nesta comunidade, nas descrições dos usuários e familiares, sobre as experiências por eles vivenciadas e as formas de enfrentamento das situações caóticas provocadas pela doença mental.

Nesse sentido, consideramos apropriada a assertiva de Simmel, segundo a qual “o homem é naturalmente religioso”. Para ele, a religiosidade é um modo do ser do homem, independente da característica que possa ser incorporada, ou, até mesmo, na fé. Em outras palavras, é a maneira primária, absolutamente fundamental do ser. Essa característica natural do ser humano não deve ser corresponder ao campo subjetivo, pelo contrário, seria um processo que submete a si todo conteúdo da experiência vital, tornando-o precisamente “religioso”(SIMMEL *apud* MARTELLI, 1995, p. 243).

Para ele, existem três âmbitos da vida, nos quais as probabilidades consideradas as atividades genéticas plasman símbolos religiosos mais altos, tais como o comportamento do homem diante da natureza, da própria sorte e a dos outros seres humanos (Ibid.).

A insignificância do homem diante da natureza, da morte e do sofrimento, nos faz sustentar “a ideia de que Deus é o criador do mundo a partir do problema da causalidade, vista em sua infinitude, isto é assumida sob “apriori religioso” (SIMMEL *apud* MARTELLI, 1995, p. 245). Então, toda essa tendência do comportamento humano se cristaliza “sob a proteção da religiosidade”.

Ao falar sobre a religião, como uma forma de realidade, sustenta que esta pode exercer formas próprias nas relações sociais em certas condições, como: enfrentar perigo, ou em qualquer momento de dificuldade (Ibid.). No caso do universo em questão, as experiências difíceis vivenciadas pelos atores por nós estudados.

Simmel afirma ainda, que todas as relações colocadas sob esse “apriori religioso” leva a coesão social, são formas de relações que supõem conteúdo prático de vida. Com isso, sublinha que as exigências sociais atingem um nível de estabilidade e de harmonia afetiva e são colocadas sob a égide da religião, ou seja, “consagradas” (Op. cit., p. 247).

Ele chama atenção para a constituição de determinados tipos específicos de religiosidade que são permitidos pela capacidade simbólica de algumas relações sociais particulares, as quais são estabelecidas, antes de tudo, em família e na comunidade social. Essas relações afetivas expressam níveis de dependência social, a exemplo de pai e filho, o patriota e a pátria, entre outros (Op. cit., p. 7).

Simmel ressalta as funções da religiosidade, tanto no “plano macro” como no “plano micro”. As experiências humanas mostram que a “fé em Deus traz para o indivíduo tranquilidade nas adversidades e confiança no futuro”. Com isso, toda essa função integradora, com relação ao sistema social, revela-se com uma força que funciona como elos de conhecimento, emoção, vontade, que dá forma a religião como prática social (Op. cit., p. 248-249).

Fazendo uma analogia com o micro universo por nós estudado, diríamos que nas relações sociais dos doentes mentais com outras pessoas há diferentes níveis de dependência. Ou seja, entre o usuário e a família, o usuário/família e a religião, o usuário/família e o CAPS, o usuário/família e a comunidade, o usuário e a religião, o usuário e o CAPS, usuário e a comunidade, portadores de transtornos mentais entre si. E que estes encontrariam maior nível de estabilidade e harmonia afetiva nos ambientes místicos do que no social e no familiar.

Ainda acerca dos laços sociais e afetivos, vistos na ótica religiosa, estão às relações sociais e conteúdos emocionais dotadas de uma tonalidade particular, considerada como “piedade”, mas também “uma modalidade emocional particular do espírito” (SIMMEL *apud* MARTELLI, 1995, p.248). Assim, para este autor, todas essas relações sociais particulares exigem um comportamento de devoção tanto para o homem, como para com Deus, levando-nos a acreditar na vida em sua total infinitude.

Com base em Simmel, poderíamos afirmar que as crenças e práticas reveladas pelos portadores de transtornos mentais, familiares e pessoas da comunidade em relação à possibilidade de convívio entre seres humanos e espíritos e a doença mental, têm como um conhecimento advindo do que este autor denomina “*a priori* religioso”. As visões de mundo e crenças nesta comunidade, não são apenas transmitidas através da convivência familiar e comunitária, mas também, através das experiências práticas místico-religiosas vivenciadas desde a infância em seu cotidiano.

A religiosidade está presente em todos os âmbitos da vida desta comunidade, nas relações afetivas, nas interpretações do mundo, das doenças e da cura, bem como, nas relações entre as pessoas, o mundo e as coisas que os rodeiam. Nestes termos, a vida como um todo é concebida em seu sentido mais amplo, que para eles é universal, não se limita à matéria, ao agora.

Tanto Simmel como para Durkheim (Op. cit.), sustentam que a religião tem o poder de consagrar os laços sociais e fortalecer vínculos de solidariedade entre grupos sociais, fator que contribuiria para reforçar a legitimação e consagração da própria religiosidade. Isso demonstra toda a força da religiosidade expressa pela coletividade entrevistada. Diante da limitação das interpretações científicas em relação à doença e ao ser humano, a religiosidade permanece viva e atuante, sustentando sua inabalável convicção de que a existência humana ultrapassa o físico e o temporal.

As narrativas dos nossos entrevistados sobre a opinião e atitudes dos vizinhos em relação à doença e ao doente mental, revelam que esta desperta atenção, receio e curiosidade em todas as pessoas da comunidade. Esta comunidade como um todo acredita que doença

mental, é um mal que ultrapassa o meio familiar, configurando-se como algo que vem do além e que por isto mesmo concerne a todos. É por isso que, vizinhos e amigos, acham-se no direito de expressar sua opinião e a respeito da doença e a decisão do que fazer para resolver o problema.

A proximidade e a intervenção dos vizinhos e amigos em geral produz efeitos positivos quando oferecem inúmeros recursos como conselhos, opiniões, receitas práticas, encadeando, assim, um amplo desdobramento coletivo no enfrentamento da doença. Porém, em algumas situações, mesmo quando há boa vontade por parte de quem intervém, nem sempre surte o efeito desejado – como no caso descrito pelos entrevistados 1, 2 e 3. Certas intervenções percebidas de forma negativa, como a curiosidade e o desrespeito a opinião deles, quase sempre favorecem o surgimento de tensões e conflitos. Entre as opiniões que podem favorecer o surgimento de conflitos estão, as sugestões de tratamentos a serem buscados, as práticas que devem ser utilizadas pelos usuários e entrevistados, avaliações acerca de diversos tratamentos, entre outros. Seguem abaixo, os achados acerca destas condutas dos vizinhos, amigos e pessoas da comunidade.

3.4 As Opiniões dos Vizinhos e Amigos Acerca do Tratamento da Doença Mental

Nas relações sociais estabelecidas entre usuários, familiares, vizinhos, amigos e parentes, o envolvimento destes no enfrentamento dos problemas vivenciados pelos portadores de doença mental e sua família, é constante, mas nem sempre é bem vindo. Vimos que os vizinhos e amigos, além de sentirem a necessidade de opinar acerca da doença, também expressam interesse, curiosidade e seu posicionamento a respeito da doença e do tratamento que consideram mais adequados, também fazem avaliações e críticas sobre as escolhas de tratamento a serem utilizados pelos entrevistados. As avaliações e críticas independem do tipo de tratamento utilizado, dirigem-se desde às práticas místico-religiosas até as médicas.

Retomando a fala da terceira entrevistada, num dos trechos em que ela se refere a uma de suas vizinhas, podemos observar uma espécie de crítica curiosa, quando esta a questiona sobre seu tratamento médico: “[...] o que você vai ver no CAPS? Atrás de aposentadoria?[...], tu vai comer lá? [...] brincar?”.

A segunda entrevistada (genitora) com o segundo entrevistado (usuário) relatam outra crítica no mesmo tom da anterior: “[...] você só vai dopar seu filho [...]”.

Esta vizinha também sugere que a mãe o leve para uma igreja evangélica para tirar uma coisa que tem no corpo do seu filho, como mencionado no item anterior. Nota-se, aqui, que a vizinha, que é evangélica, expressa sua desaprovação ao tratamento desenvolvido pelo CAPS, ao sugerir sua igreja como local adequado para o tratamento do usuário e conclui garantindo: “[...] ele não vai precisar mais de medicamentos [...]”.

Estas falas sinalizam vários aspectos que devem ser aqui considerados. O primeiro refere-se às desconfianças críticas da população em relação às práticas médicas, especificamente, ao local onde tais práticas são utilizadas, afirmando que a política pública de saúde do CAPS, não oferece resultados, satisfatórios ou são insuficientes. Uma das pessoas da comunidade, referindo-se aos usuários, comenta que muitos deles vão ao CAPS para receber o auxílio ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é colocado como uma “aposentadoria”. Sugerindo que há da parte destes, um interesse um meramente monetário e, não de saúde, pois uma das condições para conseguir o BPC é a frequência na instituição e, conseqüentemente, a obtenção de um diagnóstico positivo por parte da equipe médica.

A respeito do CAPS, outro aspecto digno de nota nestas críticas é o modo como são entendidas as oficinas terapêuticas desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, consideradas como “brincadeiras”, como coloca a segunda entrevistada, numa crítica da vizinha, “[...] só têm muita brincadeira[...]”. Parece haver um entendimento que determinadas oficinas lúdicas desenvolvidas no CAPS, com fins terapêuticos, são vistas como um simples passatempo na instituição, associado ao divertimento, ou seja, não sendo aceitos muitas vezes como tratamento.

A questão da alimentação, que aparece nas falas das pessoas, parece reforçar a ideia da instituição como espaço de lazer, no qual estas têm acesso a serviços gratuitos, que vão desde ao BPC já mencionado, ao direito à alimentação quando estão distantes de suas residências e do meio familiar.

Sem dúvida, a utilização de medicamentos é um dos mais criticados nas falas das pessoas, até mesmo dos próprios usuários. Observa-se um sentimento coletivo de repúdio por parte desta população, ao que classificam como uso excessivo de medicamentos orientado pelo médico. Para eles, a prática utilizada e a orientação do CAPS ao doente mental, pode não trazer efeitos tão eficazes para aqueles que a necessitam como se tenta fazer crer. Eles também não entendem que, no tratamento de certos males, acima de tudo, no caso de portadores de transtornos mentais, existe, sim, a necessidade da utilização da parte

medicamentosa. Trata-se de uma experiência nova para ambos os lados, médico e místico, com o qual ainda não estão acostumados e por isso não entendem.

Percebemos também que usuários e familiares tomam constantes precauções para evitar que se espalhem rumores sobre seus doentes.

Nesse sentido, uma das estratégias adotadas pela família é omitir informações acerca da doença, o local a ser frequentado e até mesmo, não demonstrar interesse em responder as perguntas quando interrogados pelas pessoas da comunidade, demonstrando irritação e desagrado em algumas situações. O motivo apontado pelos usuários e/ou familiares para justificar estas reações, é que algumas pessoas não entendem esse tipo de prática, fazendo, assim, julgamentos indevidos.

A esse respeito, o primeiro entrevistado expressa sentimento de indignação, ao se referir ao comportamento das pessoas em relação à sua doença e seu tratamento: “[...] sou meio arrogante [...], quando as pessoas vêm me perguntar falo com arrogância, já para não perguntarem muito [...], eu sou calmo, mas quando vejo que querem me atingir com palavras, não falo [...]”.

Esse usuário alega que lança mão deste recurso para se defender antecipadamente de qualquer reação das pessoas que a questionam, omitindo informações mais detalhadas sobre o assunto.

Rabelo (Op.cit.) explica que os familiares apontam as atitudes de questionamento da vizinhança, muitas vezes como elemento agravante do problema e desencadeador de comportamentos agressivos. Afirma, ainda, que uma vez que uma pessoa recebe o rótulo de “maluco”, ou “louco”, pode tornar-se vítima de uma série de reações negativas por parte dos habitantes do bairro onde moram.

Em suas idas as consultas à rezadeira a genitora do primeiro entrevistado descrevem como toma medidas para que as pessoas não saibam quando vão para o rezador e revela que é conduzida pelo motorista da praça:

[...] só vai eu, ele e uma vizinha [...] é muito longe! [...] nós não falamos [...] quando a gente vai, não dou a entender a ninguém [...], vou para passeio [...] levei para rezar uma dor de cabeça [...] uma simples dor de cabeça [...], ninguém fala nada [...]: aonde foram bater perna? Nós temos satisfação dar a vocês? [...] não tenho que dar satisfação a ninguém [...].

Os estudos Rabelo (Op. cit.), tratam do modo como os familiares lidam com a doença mental, evidenciando a preocupação destes com a vizinhança, afirmando que nada passa

despercebido pelas pessoas á sua volta. Além disso, constata que as redes de informação pela vizinhança comumente desempenham um papel positivo de apoio, pois além de dar conselhos, acompanham o tratamento e, com frequência, mobilizam suas conexões pessoais para facilitar a acessibilidade destes aos centros terapêuticos (RABELO, 1999, p. 63).

Com efeito, em nossa pesquisa também observamos a importância da mobilização dos vizinhos e pessoas próximas, oferecendo ajuda aos familiares e usuários, demonstrando a importância dessa participação coletiva e do sentimento de solidariedade que despertam frente ao enfrentamento de situações que necessitam do apoio de outras pessoas. Essa situação demonstra a relação de cumplicidade entre vizinhos e estranhos em relação ao omitir para outras pessoas, nos momentos em que os usuários e seus familiares buscam um tratamento.

Ainda acerca das precauções adotadas pelos entrevistados, a segunda entrevistada explica que:

[...] principalmente, pessoas de religião diferente, julgam e criticam [...], tem várias pessoas que julgam outras pessoas de outras religiões [...] tem a “candomblista”, evangélica, espírita e outras religiões que não entendem do espiritismo, aí gostam de criticar, não é procurar isso, procure uma igreja que Deus te salva, mas o Deus da igreja é o mesmo do rezador [...].

Essas atitudes revelam o temor do julgamento dos usuários e familiares por parte das outras pessoas, especificamente sobre as práticas místicas e do que as pessoas interpretam como magia e feitiçaria. As pessoas ao procurarem tratamento em candomblé e umbanda, geralmente ocultam informações sobre suas práticas místicas, muitas omitem que frequentam esses espaços, um dos motivos seria o receio de serem identificados como feiticeiros (no nordeste, macumbeiro) como são chamados com frequência àqueles que se envolvem com esse tipo de prática.

O temor do julgamento é um dos aspectos mais ambíguos e contraditórios a respeito das práticas e discursos das pessoas com relação ao tratamento dos transtornos mentais, porque ao mesmo tempo em que existe todo um discurso que revela direta ou indiretamente a crença nas práticas e interpretações místico-religiosas e a legitimidade da utilização destas no tratamento das doenças mentais neste universo, constatamos a dificuldade destes de assumir de forma clara, que não somente acreditam, mas também fazem uso em vários momentos de suas vidas.

Isso fica evidente no relato da zeladora dos orixás e da rezadeira sobre o trabalho de ambas. Afirmam, muitas pessoas da comunidade que as consultam, demonstram claramente a

preocupação em não serem reconhecidas por outras pessoas da comunidade, tais como familiares, vizinhos, membros da igreja etc. Conforme a rezadeira alguns disfarçam: “[...] têm pessoas aqui que vêm com a bíblia na mão [...]”.

Essas manobras são constatadas de várias maneiras, por exemplo, a outra entrevistada, que se declara “zeladora de orixás”, também revela esse tipo de conduta, ao comentar que têm pessoas que vêm a sua casa pelos muros, e pessoas muito ricas, que a colocam dentro de um carro fechado, de forma secreta para não serem identificadas por ninguém.

Em linhas gerais, são estas as representações sociais significativas descritas e ou percebidas no comportamento dos nossos entrevistados acerca das doenças mentais em seu meio sociocultural. Vimos como são capazes de incorporar novos elementos, novas roupagens e encontrando justificações para seus atos sendo capaz de abrirem-se às novas representações e possibilidades, quando enfrentam situações difíceis como a doença mental na família e precisam desenvolver suas próprias táticas de enfrentamento de suas dificuldades. Esse processo denota um *habitus* fortemente marcado por uma experiência comunitária pregressa, uma crença inabalável em suas tradições e práticas místicas, mesmo quando reconhece a necessidade de cuidados médicos sendo obrigado a trilhar diferentes caminhos em busca de tratamento da sonhada cura.

CAPÍTULO 4 – AVALIAÇÕES DOS FAMILIARES E USUÁRIOS SOBRE OS EFEITOS DAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS MÍSTICAS E MÉDICAS SOBRE A DOENÇA MENTAL

No capítulo anterior, discutimos às concepções dos usuários e familiares, amigos e vizinhos acerca da doença mental, e das práticas místico-religiosas por eles utilizadas para o enfrentamento da doença mental. Neste capítulo, apresentamos a opinião destas pessoas a respeito dos efeitos destas práticas sobre a doença mental, considerando aspectos os diferentes procedimentos utilizados para o tratamento das doenças mentais nos sistemas médico e místico. Em nosso estudo, vimos que em seus discursos sobre o tratamento médico recebido no CAPS, os usuários referem-se principalmente às práticas terapêuticas por eles utilizadas e suas relações com os profissionais da saúde. E as práticas populares – as místico-religiosas – são desenvolvidas por rezadeiras e pais e mães de santo (terreiros) ou, nas próprias residências.

4.1 Avaliações das Práticas do Tratamento no CAPS/Esperança/PB

Parte-se do pressuposto de que na análise das avaliações dos entrevistados acerca dos resultados e efeitos dos tratamentos médico e místico sobre a doença mental, devem ser consideradas as peculiaridades e o contexto sociocultural no qual estão inseridos.

Sabendo que tais particularidades advêm das diferenças socioculturais, mostraremos que as questões inerentes à saúde e à doença, bem como suas avaliações, são baseadas na tradição cultural predominante em determinado grupo social.

Langdon (2010), em seus estudos sobre antropologia, saúde e doença, afirma que a doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, as quais estão presentes em todas as sociedades. Cada grupo organiza-se coletivamente – através de meios materiais, pensamento e elementos culturais – para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doenças e infortúnios, sejam eles individuais ou coletivos. Com esse intuito, todas as sociedades desenvolvem conhecimentos, práticas e

instituições particulares, que o autor denomina *sistema de atenção à saúde* (LANGDON, 2010, p. 178).

O referido sistema engloba todos os componentes presentes em uma sociedade relacionados à saúde, incluindo os conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação nesse “cenário”. A estes são somadas as relações de poder e as instituições dedicadas à manutenção ou restauração do “estado de saúde”. Esse sistema é amparado por esquemas de símbolos que se expressam através das práticas, interações e instituições; todos condizentes com a cultura geral do grupo, que, por sua vez, servem para definir, classificar e explicar os fenômenos percebidos e classificados como “doença” (LANGDON, 2010, p.178).

O autor ressalta, ainda, que nas sociedades complexas, existem vários sistemas de atenção à saúde, operando concomitante. Esses sistemas representam a diversidade dos grupos e culturas. Assim, o sistema de saúde é sociocultural, o qual é constituído por serviços de saúde via SUS, formado pela biomedicina; outros formados pela medicina popular, assim como outros utilizam sistemas médicos-religiosos.

A noção de *sistema de atenção à saúde* de Langdon (2010) pode ser aplicada ao estudo em questão, onde estão presentes sistemas de atenção à saúde, operando concomitante, o médico e o místico.

Nos discursos dos usuários, familiares, ex-usuários e rezadeiras, as avaliações das práticas do CAPS tendem a focar principalmente aos atendimentos do psiquiatra. Assim, as consultas médicas e a parte medicamentosa passa a ser a mais mencionada. Em outras palavras, os depoimentos dos entrevistados, como um todo, mencionam, sobretudo, a importância das consultas médicas no tratamento das doenças mentais.

A maioria dos entrevistados reconhece que o uso de medicamentos possibilitou efeitos satisfatórios em determinados quadros sintomatológicos como os alucinatórios: tanto visuais, como auditivos, principalmente em momentos de crise; alguns ficam mais calmos, outros foram amenizados. Como atesta depoimento do primeiro entrevistado: “O medicamento me controla, se eu não tomo, fico agitado [...] controla meus nervos, [...] quando está na época de lua cheia, eu fico aperrado [...]”.

A segunda entrevistada, cujo filho (entrevistado 1) é usuário do CAPS, ressaltando o estado grave no qual se encontrava quando iniciou o tratamento, aponta os efeitos positivos

dos serviços prestados por esta instituição afirmando que seu filho⁴ obteve melhoras frente ao conjunto de sinais e sintomas que apresentava.

Um aspecto importante a destacar neste depoimento é que o entrevistado recorre às crenças populares, ao mencionar a influência dos astros (lua) sobre seu estado emocional. Este fato pode ser explicado através da influência do contexto cultural. O entrevistado lança mão de suas crenças e sua visão de mundo, ao estabelecer uma conexão entre a ciência e o misticismo. Segundo a tradição popular, os seres humanos, como parte da natureza, a influenciam e são influenciados por ela. Daí advém a explicação da ação da natureza ou da força cósmica sobre sua doença. Dessa forma, mostrando que os procedimentos medicamentosos sofrem interferência da cosmologia quando acreditam que a força da lua cheia os deixam nervosos, isto é, mesmo usando os medicamentos.

Quando questiono a segunda entrevistada (mãe) acerca dos resultados dos medicamentos sobre seu filho, ela afirma:

[...] os medicamentos, ele toma de noite, ele não dorme [...] tem dia que mesmo tomando, ele fica andando para lá, cá [...] não sei, é devido o cigarro [...] eu disse ao doutor que ele não tava dormindo, aí o médico trocou, ele está dormindo um pouquinho [...], mas ele quer dormir de dia e não de noite [...], o remédio é bom [...].

A entrevistada parece irritada ao falar dos efeitos dos medicamentos e, ao mesmo tempo, apreensiva: em alguns momentos ela abaixava seu tom de voz. Outra observação importante, é que neste depoimento, ela tenta justificar sua avaliação negativa acerca dos medicamentos, desviando a responsabilidade para o comportamento do seu filho. Acerca da de autocensura, postura desta entrevistada, já mencionamos anteriormente. Mas, talvez, os relatos da terceira entrevistada possa nos ajudar a entender as precauções da segunda entrevistada ao externar suas avaliações acerca dos medicamentos. Em suas falas, constantemente retoma uma das situações durante uma consulta médica, que para ela foi muito difícil, na qual fez uma avaliação negativa dos efeitos medicamentosos do seu estado para o médico. Ao solicitar sigilo da entrevista, ela chora emocionada:

[...] no começo, o doutor não me entendia, chegou até uma vez que ele me falou: “não vou lhe atender, porque passo remédio e você disse que não está melhor”. Eu fiquei muito desesperada com minha receita, o doutor devia ter

⁴ Esse trecho de entrevista já havia sido mencionado no terceiro capítulo desse estudo.

entendido, porque se ele é médico, ele sabe o que eu ia sentir feliz [...] falou: “você não está doente [...]”.

A entrevistada explica que não gostou de suas avaliações e, também, da afirmativa do médico que ela não estava doente, e relata momentos de desespero, no qual estava acompanhada do esposo no momento da consulta:

[...] ele falou que eu não estava doente. Então, para que essa receita? Então, rasguei a receita, não estou doente, saí na rua desesperada, correndo nos meios dos carros, fiquei endoidecida e meu marido atrás, eu não fui mais para o CAPS, mas não fazia mais nada [...].

A narrativa desta entrevistada demonstra que, tanto para as pessoas que precisam dos medicamentos, quanto para os familiares que cuidam, diretamente do doente, torna-se perceptível no cotidiano dessas pessoas, como a ação dos medicamentos no tratamento, oferece efeitos ambíguos na recuperação do doente mental.

O tratamento no CAPS requer um acompanhamento continuado com o médico, para a administração do uso dos medicamentos, uma vez que somente o psiquiatra pode realizar as prescrições, como também prever alterações, que vão desde a redução, aumento e mudanças medicamentosa. Todas essas prescrições médicas, bem como quaisquer mudanças dos medicamentos – nessas avaliações contínuas, durante as consultas – são baseadas nas observações do psiquiatra. Tais avaliações do psiquiatra levam em consideração as queixas do paciente e/ou familiares (acompanhante). Essas falas dos usuários e familiares trazidas nesses acompanhamentos médicos podem ser colocadas tanto a satisfação com a medicação ou as reclamações e insatisfação, no que se refere ao estado do usuário.

Contudo, alguns entrevistados revelam as dificuldades e embaraços porque passaram ao manifestarem avaliações negativas a respeito dos medicamentos prescritos pelo médico. Em nossa opinião, este fato demonstra que as relações de poder entre médico e usuário e/ou responsável é um elemento que pode comprometer o tratamento, tal como aparece nestas avaliações. A postura autoritária do profissional pode levar à situações de omissões acerca do estado do usuário por parte dos familiares e, por outro lado, impede-os de expressarem seus reais estados acerca dos efeitos medicamentosos. Dessa forma, podemos afirmar que as dificuldades nas relações médico-usuário pode ter interferência em uma avaliação adequada dos usuários, e não pode ser um parâmetro confiável para medir a eficácia do tratamento psiquiátrico, bem com de todos os outros e procedimentos utilizados na referida instituição.

Mas isso não significa que a visão dos usuários e familiares não é importante, esta é a principal razão deste estudo.

Vale acrescentar ainda que a evolução do estado mental do usuário é registrada, no prontuário. Estes registros são realizados pela equipe multidisciplinar (médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro) durante as oficinas terapêuticas nos quais todas as observações são descritas, tanto as positivas como algumas situações em que acontecem alterações comportamentais e crises emergenciais.

Todos estes aspectos bem como as omissões que podem interferir nas avaliações que acabamos de mencionar, foram confirmadas na fala da terceira entrevistada que, depois desse acontecimento, ela retornou a consulta com o referido médico, este confessou o erro e falou palavras “boas”, confortando-a. Sentindo-se magoada coloca “ [...] tomou uma lição [...], não relato mais tudo para o médico [...]”.

Entrevistador: como vai falar para o médico que está bem, não estando?

[...] Porque sem essas receitas vou morrer. Então, já que é para abrir a boca, vou falar! Eu vivo em torno dessas drogas, se eu te falar quantas drogas eu tomo [...] realmente, não estou tão bem e mesmo tomando remédio continuo doente [...] não vale à pena falar para uma pessoa que não acredita [...] eu tomava quatro de manhã, quatro de noite, muito medicamento e não tenho melhora. Tomo três medicamentos agora [...] e vivo trocando de medicamentos, falei que não dormia, aí ele passou um mais forte [...], mas estou sentindo que não estou bem, estou me sentindo agressiva de novo, mudança de temperatura, de humor, às vezes brigo com as pessoa e vou chorar, porque me arrependo e ofendo a pessoa que mais amo [...] é muito difícil enfrentar a minha realidade [...] e, às vezes, esqueço o nomes das pessoas, fisionomias, esquecimentos [...]

Ela declarou ainda que faz consultas com outros médicos, inclusive, neurologista.

Aqui consideramos apropriados os estudos de Rabelo (1999), pois tal autora afirma que certos remédios não são compatíveis com certos corpos e produzem consequências adversas no comportamento, defendendo que seu uso prolongado pode levar a uma redução da capacidade de produzir efeito sobre o comportamento. A autora afirma ainda, que as consultas aos médicos estruturam-se, em sua grande maioria, na questão da medicação. Para alguns pacientes, estas consultas revelam uma dinâmica circular, da qual, aparentemente, o paciente nunca se liberta.

Essa dinâmica circular da qual nos fala Rabelo (1999), é confirmada nas falas dos entrevistados, pois a terceira entrevistada demonstra insatisfação com os efeitos dos medicamentos, ao afirmar não sentir melhora em seu estado mental e faz reclamações da

quantidade excessiva do uso dos medicamentos, assinalando as substituições por quantidades menores, como também menciona a prescrição de drogas consideradas mais fortes.

Outro aspecto a ser importante observado nestas falas diz respeito às explicações aos pacientes acerca dos medicamentos receitados. Sobre essa questão, recorreremos aos estudos de Carvalho (2008) sobre a clínica da psicose no CAPS, no qual constata que o uso dos medicamentos nem sempre é claro para os pacientes. Para o autor, é necessário avaliar como o paciente se relaciona com cada profissional e com a equipe, de forma a promover estratégias de esclarecimento e de escuta que esclareçam suas dúvidas, receios ou mesmo construções delirantes sobre o remédio e, mais ainda, sobre o tratamento como um todo (CARVALHO, 2008, p.120).

Segundo Carvalho (2008), da confecção da substância química à ingestão pelo paciente, há a tentativa da ciência e da sociedade de tornar o medicamento um objeto socialmente estabilizado, o que equivale a uma plena aceitação do seu uso. Para tanto, o medicamento implica um nível de tecnicidade, o do médico, que decidirá as regras de seu consumo, diante de uma medicina que se preocupa em resolver os problemas mais do que refletir sobre suas significações (CARVALHO, 2008, p. 119).

Para entender as atuações da psiquiatra, Carvalho (2008) lembra que:

[...] o campo da Psiquiatria está marcado hoje por duas grandes tendências: a chamada Psiquiatria biológica, vocábulo vago para designar a abordagem das doenças mentais em termos de transtornos atribuídos ao funcionamento cerebral, tratáveis prioritariamente pela intervenção química dos fármacos; e atenção psicossocial, que é hoje diretriz legal da assistência psiquiátrica pública, paradigma caracterizado por uma ampliação do escopo das intervenções no sentido de tratar a psicose no próprio meio social, incluindo o objetivo de preservar ou resgatar os laços sociais de pertencimento do paciente (CARVALHO, 2008, p.120).

Consoante Carvalho (2008), a proposta de criação do CAPS deve seguir a o paradigma psicossocial, que visa um tratamento, que contribui para que o portador de transtornos mentais tenha um funcionamento mais favorável à convivência social, na família, no trabalho e maior autonomia pessoal. Sendo necessário que as práticas desenvolvidas no CAPS se contraponham ao modelo de assistência psiquiátrica tradicional, pautado, exclusivamente, ao uso de medicação.

Apesar de ser defendido, teoricamente, no CAPS, esse paradigma, que traduz o pensamento da psiquiatria psicossocial, que focaliza a autonomia pessoal, considerando os

aspectos sociais e culturais do usuário, vimos, entretanto, como ainda preservam-se aspectos do modelo tradicional nas consultas psiquiátricas.

Mencionamos, ao longo do texto, como a questão medicamentosa é a mais mencionada quando se referem ao tratamento das práticas no CAPS, a qual pode ser um reflexo da supervalorização dessa prática na política pública de saúde para o tratamento das doenças mentais é confirmada na dinâmica da circularidade das consultas médicas, evidenciando mais a parte medicamentosa e, até mesmo, o tipo da relação estabelecida entre os profissionais, usuários e familiares. Ou seja, tais procedimentos são realizados respaldados nas verdades de poder da ciência, focalizados em modelos biologizantes, pois os discursos evidenciam que, muitas vezes, não são respeitadas as avaliações dos usuários acerca dos medicamentos, nos quais estão sendo expostas opiniões, crenças e significações, que representam os aspectos socioculturais, estados emocionais e valores do usuário.

Além das consultas psiquiátricas, são desenvolvidas outras práticas, como as oficinas terapêuticas – que são as práticas grupais. Sousa (2008) defende que a prática cotidiana do cuidado em saúde mental no CAPS, além de outras modalidades, envolve o trabalho em grupo, pelo fato de possuir em sua essência um movimento dinâmico, que encontra sintonia no próprio gênero humano. Desse modo, as abordagens terapêuticas grupais surgem como instrumento para a reintegração social do portador de transtorno mental, proporcionando-lhe a capacidade de gerenciar suas próprias vidas (SOUSA, 2008, p.100). Tal autora explica que:

Nesse sentido, os grupos terapêuticos podem se revelar como instrumentos que possuem um amplo espectro de possibilidades para atuação clínica. As temáticas necessárias para evidenciação e expressão da subjetividade humana são incorporadas de forma significativa neste tipo de intervenção (SOUSA, 2008, p.100).

Para alguns dos nossos entrevistados, as oficinas terapêuticas funcionam como lazer, como podemos ver nos depoimentos a seguir:

Na opinião da terceira entrevistada: “Eu adoro as oficinas de vagonite, mas não tenho saúde para ir todos os dias, fazer os crochês [...]fala a respeito das dores na coluna para justificar sua ausência: [...] é bom fazer essas oficinas porque agente relaxa e esquece de muita coisa[...]”.

Porém outros são mais críticos. Os entrevistados em geral, sempre mencionam alguns grupos terapêuticos desenvolvidos no CAPS em suas avaliações, como as oficinas de pintura, oficina de aprendizagem, oficinas de artesanato, crochês, vagonite, palestras que envolvem as

orientações e escutas grupais. Durante as entrevistas, contatamos também posicionamentos satisfatórios. Quando se referem às palestras educativas e escutas, por exemplo, demonstram “empolgação” para falar deste tipo de procedimento. Em algumas situações, demonstram que determinadas oficinas terapêuticas são inadequadas para seu estado mental e não oferecem benefícios em seu tratamento. Por outro lado, ao se referir a determinadas oficinas terapêuticas, manifestam a importância da participação nesse tipo de procedimento para os tratamentos das doenças mentais como o entrevistado 1, que, ao avaliar determinadas oficinas, tanto coloca algumas que ele gosta, como também outras que ele considera insatisfatórias: “[...] não gosto das pinturas, [...] a escolinha é muito criança [...], eu sou muito avançado para isso [...], têm atividades que dá muita orientação para não fumar, não beber, tomar o remédio [...], também gosto das palestras com o psicólogo[...].”

Sousa (2008) enfatiza que o processo de reabilitação psicossocial deve ter múltiplas funções: desde a preparação do usuário, para uma convivência saudável com a comunidade, como desta, para acolher as diferenças. Portanto, os serviços substitutivos têm como prioridade, não a solução para a crise, e sim o cuidado para com a remissão dos sintomas da crise (SOUSA, 2008, p.102).

Além das oficinas terapêuticas anteriormente mencionadas pelos usuários e familiares, ganham destaque entre as atividades propostas pelo CAPS, outras atividades grupais visando a participação dos usuários, familiares, profissionais de saúde e da própria comunidade, muito importantes para o processo de reabilitação e reinserção na sociedade, de forma a ser uma tentativa de produzir relações de troca, reforçando os laços sociais afetivos, proporcionando maior inclusão dessas pessoas. São aquelas que ocorrem em festividades, manifestações, homenagens, assim como no interior no próprio do CAPS, especialmente, aquelas que ocorrem fora da instituição: nas ruas da cidade, como o Carnaval, São João, Dia da Mulher, Dia da Páscoa, Dias das Mães, festas de final de ano, como o Natal.

Podemos confirmar a aceitação dessas ações na fala dos entrevistados quando se referem a estas iniciativas.

Ao avaliar essas práticas, a terceira entrevistada expressa alegria e motivação satisfação, fazendo referência às festividades, às danças do São João e todas às confraternizações que são desenvolvidas, e como elas fazem bem para a sua vida. “Antes de ir para o CAPS não tinha vida”, afirmou.

Essa avaliação pode ser melhor entendida, quando tivermos a oportunidade de participar das festividades do Dia da Mulher em Esperança, com a participação dos usuários, familiares e profissionais do CAPS, através da articulação com diversas políticas públicas de

saúde, como PSF, políticas públicas da Ação Social e outras instâncias da comunidade. Essa mobilização voltada para as mulheres tinha o intuito de homenageá-las, reivindicando direitos e igualdade entre os gêneros, como também exigindo o fim da violência contra a mulher.

As avaliações positivas de tais ações revelam como a relação de troca e o fortalecimento dos vínculos sociais, estabelecidos entre usuários, familiares e sociedade, funcionam como dosagem de ânimo e alívio ao sofrimento destas pessoas. Dessa forma, amenizando o estranhamento nessa relação com o outro e o estigma provocado pela doença.

Nessa medida, Sousa (2008) coloca que a inclusão da dinâmica de grupo nos serviços de saúde, modifica os papéis usualmente reservados para usuários e trabalhadores, mobilizando em cada um, diferentes reações. Os usuários, acostumados a acatar decisões da equipe multidisciplinar – vistos como detentores do conhecimento sobre a vida, a morte e a doença –, se encontram diante do exercício de pensarem sobre que tipo de grupo, de atendimento e de saúde desejam para si (SOUSA, 2008, p.103).

Na verdade, essas políticas de saúde têm como finalidade superar os desafios colocados pela recente mudança na estrutura social hierárquica e autoritária, constituída historicamente em direção a práticas cada vez mais democráticas e flexíveis. Os profissionais, agora, devem ser preparados também para a percepção das diferenças, necessidades, aspirações dos usuários. Muitas vezes, pela própria formação, foram aprendendo e assimilando como corretas e necessárias, dimensões que, nem sempre, correspondem da comunidade com a qual trabalham (SOUSA, 2008, p.104).

No que se refere aos discursos acerca da orientação aos familiares, os entrevistados revelam abertamente o que sentem, talvez por medo de represália. Muitas vezes, tais discursos são marcados por pausas, silêncios, frases vagas ou repetitivas, como a segunda entrevistada, ao realizar sua avaliação, afirma simplesmente [...] está tudo bem [...], [...] precisamos desse atendimento [...] Além disso, ao mencionar as orientações realizadas aos familiares no CAPS, a mesma parece magoada com o tratamento recebido por parte de determinados funcionários e, mais uma vez, a postura do médico é colocada em evidência. Como já mencionamos, através da terceira entrevistada. A esse respeito, a segunda entrevistada faz o seguinte comentário:

[...] Eu gosto muito do CAPS e do pessoal, só tem [...], sempre foi meia (pausa) [...] tem dia que não me toque mais, é chata [...], não sei se é mau humor (silêncio), mas é um direto que a gente tem, já falei para ela, já trabalhei vinte e cinco anos em prefeitura, nunca recebi nenhuma daquelas pessoas que trabalhava comigo mal [...], agora disse a ele mesmo, com problema em casa. Trate bem para ser tratada, ela é meia grosseira. O Doutor

dizem que tem dia que ele é meio grosseiro, (algumas pessoas que foram tratadas falou isso), mas com a minha pessoa não, mas com quatro anos, nunca me tratou grosseiro [...]

As orientações aos familiares tornaram-se uma constante prática dentro dos serviços do CAPS, ela pode ser realizada, desde procedimentos individuais, como uma terapia familiar, escutas, aconselhamentos, buscas ativas através de visitas domiciliares, consulta médica, entre outras, como também nas atividades grupais, todas desenvolvidas pelos profissionais da equipe multidisciplinar.

A participação da família, como protagonista das estratégias de cuidado e reabilitação, inserida nas diversas atividades do CAPS – como nas assembléias, festas e grupos -, constituem-se ações que podem possibilitar a construção de laços em que o usuário e a família são escutados e acolhidos no sofrimento trazido por eles, durante os procedimentos (SHARANK, 2008, p. 130).

Essas orientações aos familiares são baseadas na conscientização e na responsabilidade para como o usuário, sendo uma forma de vencer as resistências da família, nessa parceria, no convívio diário, no esclarecimento das dúvidas e na descoberta dos diferentes modos de fazer o cuidado em saúde mental (SHARANK, 2008, p.131). Tal autora ainda explica que:

[...] convocar a família para assumir a responsabilidade do cuidado do usuário em conjunto com a equipe exige mais do que um redirecionamento das práticas, exige um comprometimento e responsabilidade para a construção de um cuidado que é coletivo desses atores em promover e manter a autonomia do usuário (Op.cit., p.131).

Porém, as orientações aos familiares e todas essas questões colocadas acerca das resistências e a responsabilização dos familiares são criticadas por Colveiro (2004). A esse respeito, ele coloca diversas indagações sobre o tipo de assistência prestada aos familiares pelos equipamentos de saúde, questionando se estão correspondendo às suas reais necessidades. Dentre essas interrogações aos serviços prestados aos familiares, aponta a dificuldade da aderência das famílias de portadores de transtornos mentais aos tratamentos oferecidos e, ainda, a insatisfação diante de determinadas posturas profissionais que, muitas vezes, apontam essas famílias como sujeitos resistentes às orientações e, por conseguinte, os consideram como “maus familiares”, despertando nestes sentimentos de culpa.

Assim, Colveiro afirma que:

[...] o familiar, ainda apresenta-se aos serviços simplesmente como “informantes” das alterações apresentadas pelo doente mental e deve, por conseguinte, seguir passivamente as prescrições dadas pelo tratamento oferecido. Portanto, acolher suas demandas, considerando as vivências inerentes a esse convívio, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continua a ser o maior projeto de superação (COLVEIRO, 2004, p. 198).

Para que ocorra uma mudança frente a essa realidade, nos serviços do CAPS, é necessário identificar os familiares como possuidores de um saber. Este saber ultrapassa aquele constituído na relação com o doente mental e os profissionais do CAPS e atravessa todas as suas queixas e pedidos de ajuda. Além disso, esse saber é construído no senso comum, consiste em um processo que dá sentido as metáforas e imagens que são oferecidas pela história social de seu tempo sobre o processo saúde-doença mental e convívio familiar e, por conseguinte, precisa ser identificado (Op.cit., p.199).

Assim, evidenciamos que os discursos dos usuários e familiares a respeito das avaliações das práticas do CAPS, de Esperança-PB demonstram estar permeados por contradições e polêmicas. Dentre estas, reiteramos, a dificuldade de suas práticas serem levadas em consideração, além de questões acerca das experiências socioculturais sobre a doença mental. Essas falas refletem a fragilidade dos usuários diante de um poder que os ultrapassa, a ausência de diálogo não preconceituoso entre os diferentes saberes e o reconhecimento de que as crenças populares poderiam auxiliar o melhor exercício das práticas médicas no tratamento dessas pessoas.

4.2 Avaliações das Práticas Místico-Religiosas

Em nosso estudo sobre a avaliação dos usuários a respeito do tratamento no CAPS, eles se referem principalmente aos efeitos das práticas terapêuticas e dos medicamentos utilizadas, suas relações com o médico e atendentes. Nestas avaliações, percebemos que os entrevistados demonstram insatisfação e insegurança diante de sua insignificância frente à autoridade médica, seu nível de instrução e a falta de respeito de alguns atendentes. Por isso, muitas vezes, não revelam clara e prontamente o que realmente gostariam de externar.

No caso das práticas místico-religiosas, parte integrante de seu *habitus*, que poderíamos supor ser mais fácil de obter informações dos usuários, também enfrentamos dificuldades, embora por motivos diversos do anterior. Pois, apesar de demonstrarem empolgação ao falar de algo que é parte de sua vivência desde a infância a primeira coisa que os usuários mencionam em suas avaliações quando se referem às práticas místico-religiosas, é a importância do segredo. Mostram-se muito cautelosos, evitando falar detalhadamente de suas experiências durante os rituais.

Com efeito, o segredo e o silêncio, são inerentes ao misticismo. A palavra misticismo, etimologicamente, significa aquilo que não pode ser revelado. Isso tem a ver principalmente com a segurança do conhecimento e dos supostos poderes que ele permite. Nesse sentido, o conhecimento místico deve ser secreto por questões de segurança relativa à falta de eficácia no tratamento, ou ao mau uso, como a desvirtuação e as magias cinza e negra. Cinza, quando o condutor comete um erro por ignorância e negra, quando utiliza especialmente com fim de fazer o mau a alguém ou a alguma coisa (SILVA, 2000).

Em nosso estudo foram as rezadeiras que nos ofereceram maior riqueza de informações sobre este diversificado universo. Não apenas a respeito das técnicas por eles utilizadas e suas funções. Mas também informações importantes sobre a lógica de suas crenças e dos pacientes, suas reações e ansiedades, os tipos de sofrimento de quem as procura, os tratamentos por elas prescritos e a relação entre este universo e a medicina oficial.

Uma das rezadeiras por nós entrevistadas é ex-usuária do CAPS e a outra, apesar de não fazer tratamento no CAPS, ainda faz uso de medicamentos psiquiátricos.

Langdon (Op. cit.), ao abordar determinados grupos que adotam múltiplos sistemas socioculturais para lidar com o processo saúde e doença, ressalta que “[...] em uma sociedade complexa, como a brasileira, há vários sistemas de atenção à saúde operando concomitante, sistemas esses que representam a diversidade dos grupos e culturas que a constitui [...]” (Op.cit., p. 178-179). Este é o quadro, por nós encontrado a respeito das doenças mentais, em Esperança-PB, composto pelas práticas médicas e práticas místico-religiosas.

Carvalho (1999) em seus estudos sobre pluralidade religiosa e modernidade no Brasil, faz uma análise do vasto panorama de transformações na esfera religiosa, representado pelos inúmeros movimentos, igrejas, seitas, cultos e grupos religiosos. Dentre outros, ressalta tradições afro-brasileiras mais ortodoxas, como o candomblé, o xangô, o batuque e o tamborde mina, como também às variantes mais sincréticas, híbridas ou imaginativas, como a umbanda, a jurema, a umbanda esotérica, grupos religiosos altamente etnicizantes e fechados, tanto católicos como protestantes, as ricas tradições orais e místicas, como os frequentes

surtos messiânicos e as práticas xamânicas que se expandem para além do seu contexto indígena. É entre estes últimos que situa-se nossa amostra. Em nossa pequena amostra encontramos um vasto panorama permeado de diversas práticas em busca de alívio, tratamento e cura dos transtornos mentais que denominamos de práticas místico-religiosas. Tais práticas são desenvolvidas por rezadores, pais e mães de santo, uma delas se autodenomina “zeladora de orixás”, desenvolvidos nas casas ou em terreiros.

Iniciamos a discussão sobre as avaliações das consultas místicas com as entrevistas da quarta e da quinta entrevistadas. Antes de falar destes depoimentos, achamos importante caracterizar cada uma delas, as referências recebidas e o primeiro contato com uma realidade que para nós era completamente desconhecida. A quarta entrevistada é ex-usuária do CAPS e atualmente é rezadeira. Ela é bem conhecida na comunidade de Esperança-PB. Seleccionamos vários momentos de sua fala, principalmente suas descrições detalhadas acerca das técnicas místico-religiosas utilizadas para na cura e o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Esta entrevistada foi uma das mais difíceis de contactar, porque os funcionários do CAPS falaram que era rezadeira. Passamos três semanas para conseguir. Também tivemos a informação de que seu esposo a proibia de rezar, e que esse contato tinha que ser realizado no dia em que ele não estivesse em casa. Então, tentei através da filha da cozinheira do CAPS, mas não consegui, pois esta ficou adiando e justificando a dificuldade de marcar o encontro com ex-usuária, mesmo comunicando que sabendo o número do celular da rezadeira, manifestou dificuldade. Foi através de uma das cuidadoras que cheguei até sua casa. Essa casa fica perto do CAPS, em uma rua estreita, reservada, classe média, bonita, acolhedora, com muros altos e portões de ferro.

Fomos recebidos pelo marido, que demonstrou insatisfação, falando: “ela não pode atender ninguém hoje”. A cuidadora argumentou que queríamos “apenas ter uma conversa sobre o CAPS”. Isso foi dito em razão da expressão facial deste revelar a não aceitação diante de nossa presença, uma expressão facial séria. Diante disso, a cuidadora me avisa para ser cautelosa naquele momento, porque o marido da ex-usuária e rezadeira é muito bravo. Percebemos que ao sair da sala, ficou de longe escutando as conversas, mas tentamos desconversar, falando dos lindos gatos que tinham sobre o sofá.

Esta entrevistada surgiu na sala, muito simpática e arrumada, maquiada, com um perfume forte, suas roupas parecem ser de uma cigana. Então, ela me revela que seu marido, agora aceita que ela atenda às pessoas, inclusive que ele é responsável pela marcação das consultas, sempre à tarde, ressaltando que não é mais usuária do CAPS, que esse detalhe a

prejudica para atender seus clientes, pois se soubessem disso, as pessoas não acreditariam nela, inclusive fala que um psiquiatra de Campina Grande falou que ela omitisse esse detalhe. Porém, revela que desde criança tinha problemas e seu pai a levava para rezador e não para médico.

Em outro momento, a entrevistada permitiu que falássemos de suas consultas e me deu seu cartão com um telefone, que era somente dela, porque era pessoal. Porém, quando nós ligávamos, quem atendia era seu esposo e falava que sua esposa não estava atendendo e não permitia sequer nossa identificação. Depois de duas semanas de tentativas frustradas, resolvemos procurá-la pessoalmente em sua residência. Certa vez, ele bateu o portão e me deixou na parte de fora de sua casa, porque falou que sua esposa estava muito ocupada. Então, fomos, novamente, e finalmente conseguimos falar com ela, e ela marcou um encontro.

Durante a entrevista, a quarta entrevistada fala de seus clientes, os quais são pessoas influentes como advogados, médicos, psicólogos, pessoas da sociedade esperancense e também de outras cidades vizinhas. Percebemos que a todo o momento durante a entrevista, ela tentava nos convencer a fazer uma consulta, falando que as consultas tinham muito a dizer sobre a vida das pessoas. Falou que nós somos muito intuitivos, nos perguntava quem são nossos professores da Universidade e também acerca dessa pesquisa. A rezadeira também menciona que participou de diversas pesquisas, recebendo pessoas para entrevistas das escolas.

Em umas das entrevistas, ela nos conduz para um pequeno quarto, que fica localizado no fundo de sua casa, que é o local onde ela atende. Nesse ambiente, ela comenta que foi todo decorado para atender as pessoas, um local cheio de santos, quadros e peças. Inclusive, a rezadeira nos autorizou a fotografássemos o local (fotos em anexo).

A rezadeira comenta que todos aqueles objetos têm um significado nas consultas, ou seja, no processo de cura e no tratamento das pessoas. Uma das questões enfatizadas em seus depoimentos é a da fé do paciente, que, para ela, é um fator decisivo nos efeitos positivos para as pessoas. Em seguida, ela descreve diversas técnicas, e também situações específicas e inusitadas que se depara no tratamento com portadores de transtornos mentais. Ela reafirma inteiradas vezes a necessidade da força da fé dos seus pacientes: “[...] não é necessário estar numa igreja para pedir uma coisa, o pedido bom é aquele que você pede dentro de você [...]”. Ela enfatiza situações surpreendentes, vivenciadas durante as consultas em sua casa. E então, começa a descrever como utiliza essas técnicas nas práticas místico-religiosas:

[...] Quando a pessoa está com encosto, espírito ruim, problema de cabeça, ele sai de si, tem hora que ele não é ele mesmo [...] tem hora que uma pessoa normal... Às vezes, a pessoa traz a foto para tratar no nome daquela pessoa, coloca as cartas, mas para pessoas que já conheço, porque sei um pouco do destino dela, também mando as perguntas [...].

A fala da rezadeira confirma os depoimentos de usuários e familiares, a forma como são interpretadas as doenças mentais, a partir de um pensamento da ação dos espíritos, quando são explicados através dos encostos. Ela mostra, através da fé das pessoas, a importância da mentalização para conseguir efeitos positivos no tratamento das doenças mentais. Com isso, vem reforçar a questão da existência da energia que exerce uma força preponderante no tratamento das doenças mentais, Tal questão torna-se importante, nessas práticas, para que se possa tratar o lado da espiritualidade daqueles que dela necessitam.

Falando do uso das cartas, revela:

[...] no baralho, eu mexo para mudar e depois a pessoa embaralha, quando a pessoa está muito perturbada, com problema de cabeça, chega ali na sala e não vem para cá. Afamília ou outra pessoa que acompanha embaralha por ela, então passo um acendimento de vela. São pessoas com muito encosto e espiritualidade do mal, a prática cigana não aceita o lado do mal, a gente somente trabalha para o bem, porque acredita, se fizer o mal para uma pessoa, então esse mal vai para a pessoa que a gente mais ama. Têm pessoas vem lá toda a semana. Então, têm pessoas que estão com muito encosto e não conseguem entrar na sala [...], eu oriento para não forçar, porquesão os espíritos do mal [...].

Nesse ritual, ela explica os procedimentos do uso dos baralhos, enfatiza que cada carta tem um sentido. Um dos pontos colocados é que mesmo diante de uma pessoa em crise, que se encontra, mentalmente, impossibilitada de realizar o ato de mexer nos baralhos, o familiar ou acompanhante é usado como substituto, pois a força da mentalização e a crença daqueles que o cercam também são fatores determinantes nos resultados da evolução do paciente. E continua a falar do valor das cartas no tratamento das doenças mentais:

[...] as cartas, a gente espalha, tem as cartas bonitas e as feias que não traz bons fluidos, são trinta e seis cartas, têm pessoas que vem aqui por emergência, por necessidade, aqui é como um hospital, as pessoas chegam superdesanimadas, querem se matar está mal espiritualmente. Eu encaminhei ontem uma que, além do problema espiritual, também tinha o material, tem pessoas que no dia que vai para o médico, volta para cuidar do espiritual. Essas se dão maravilhosamente bem, têm pessoas que chegam em descontrole total [...].

O depoimento da rezadeira evidencia a necessidade das pessoas em situações de enfrentamento aos estados mentais do usuário, ou seja, especificamente em situações emergenciais, recorrer às consultas das práticas místico-religiosas.

Isso poderia ser tomado como uma comprovação dos efeitos positivos destes tratamentos nos momentos de desespero dos portadores de transtornos mentais?

Na sua visão, a doença mental possui diferentes causas, não é apenas material, pode ser também de origem espiritual ou ambas. Ele sente-se na obrigação de compartilhar responsabilidades quando encaminha uma pessoa ao médico, e confirma a tendência dos usuários utilizarem concomitantemente diferentes tratamentos.

Ela também declara, ainda, que em algumas situações, os usuários são encaminhados pelos médicos para cuidarem do lado espiritual, o que resulta, também, em resultados mais satisfatórios:

[...] tem médico que orienta os pacientes também cuidar do lado espiritual, são os médicos espíritas. Esses vêm com prazer, porque vêm confiando na palavra do médico, esses até têm a cura mais rápida, porque acham que o médico cura uma parte, e aqui é outro remédio e tem caso também de clínico geral que a pessoa já foi mil vezes e não tem nada, “não sei se é para se ver livre do paciente? [...]”

Mesmo havendo constatado ela própria, a tendência dos usuários e familiares, de recorrer às duas práticas, tanto as médicas, como às populares para alcançar resultados mais satisfatórios, levanta indagações sobre a postura do médico, mostrando que essa lógica de encaminhamento é realizada diante das falhas dos modelos médicos ou mesmo incapacidade de resolver os problemas sozinhos. Desse modo, notamos que a entrevistada demonstra a eficácia e legitimação de suas práticas diante das práticas médicas. Além disso, demonstra que, na tentativa de oferecer melhores resultados, as intervenções das práticas místico-religiosas tornam-se indispensáveis diante de lacunas dos modelos biomédicos.

Na tentativa de mostrar os resultados satisfatórios na cura das doenças mentais, a rezadeira, de forma muito dinâmica e brusca, vai apresentando diversas técnicas que são aplicadas no tratamento das doenças mentais.

[...] quando a gente pega nas mãos, porque tem outra técnica cartomancia, as mãos estão geladas. Antigamente, as pessoas liam, mas eram por improviso, por dom, hoje tem o estudo, porém se estudou, cada linha tem um significado e a mediunidade. Às vezes, agente vai por um caminho, mas o coração manda para outro, é uma defesa, mas foi um mentor espiritual que orientou você, pode ter sido Deus, o espírito do antepassado seu [...].

Como podemos ver através deste depoimento, na prática mística, várias técnicas podem ser utilizadas conjuntamente para se obter os resultados almejados, de acordo com as especificidades de cada caso. Ela esclarece, ainda, que o uso da cartomancia pode auxiliar pessoas que precisam tomar decisões e sofre por grandes dilemas em suas vidas, como também orientação espiritual nos problemas ocasionados por um grande sofrimento psíquico. Nesse sistema de tratamento, é sempre exaltado o uso do significado das linhas das mãos, a mediunidade de cada pessoa e a ação dos espíritos nesse processo.

A utilização de diferentes tipos de pedras e metais como condutores de energia no tratamento é outra técnica de reforço nessas consultas que, conforme a depoente atesta seu poder e significado.

[...] usa-se o metal amarelo para substituir o ouro, o branco para substituir o ouro branco, agente compara com as igrejas, devido o ladrão e o valor. As pedras trazem a sorte, as joias são os imãs, mas tem que sempre limpar, descarregar. A pedra do citrino significa a pedra do dinheiro, traz os bons fluidos; aqui, os pacientes fazem referências aos cristais que ela está usando, as pedras tem poder também, fazem oferendas aos santos, com vários tipos de pedras, cristais, outras coisas [...].No caso de uma pessoa depressiva, pode usar uma peça, um cristal, amuletos, dentro de um saquinho vermelho, para uma pessoa com descontrole, que não está com a mente muito positiva, uma palma de arruda verde, treze pedras de sal grosso, uma moeda, depois de lavada com sal, um dente de alho roxo. Se possível, é bom usar sempre um cristal, ou pedra da natureza, traz boas influências na sua vida, porque você vai ter uma certa fé que o mal vai ser afastado, porque, no fim de tudo, se resume a fé, é a força mais potente do universo [...].

As pessoas que recorrem às consultas místico-religiosas terminam recebendo várias orientações, ou seja, absorvendo várias e conhecimentos receitas prescritas pelos curandeiros. Nesse caso, incluem-se o uso de pedras e amuletos, que têm a finalidade de trazer bons fluidos e energização, tanto para o corpo, como para a mente, propiciando equilíbrio mental. Ainda mais, prevenir os males da alma, uma vez que o pensamento e a fé dos pacientes com os metais podem impedir a aproximação de situações negativas, de forças espirituais. Nesse

sentido, as avaliações da utilização dos metais se respaldam em respostas significativas, que reagem, tanto de forma curativa, quanto preventiva, às doenças mentais.

Acerca das imagens usadas, a entrevistada aceita as críticas em algumas situações, mas defende seu uso no tratamento e explica a importância de alguns santos utilizados em seu consultório:

[...] porque têm pessoas que não gostam de imagens. Então, o pastor questionou, porque um louco atirou pedra em nossa senhora. Então, eu rebati, falando que se fosse uma imagem de Deus, então, essa pessoa quisesse atirar também, tinha feito. As imagens são poderosas, isso significa uma pessoa do passado, como nossos pais. As imagens, na maioria, são ciganas, até espanholas. Santo Vladimir, muito cultuado no sincretismo cigano, Santa Sara Cale, santa muito poderosa, que gosta de muitas oferendas e velas coloridas, moedas douradas, cristais, até mesmo, joias, uma moça trouxe para ele. Quando a pessoa está perturbada, a cabeça está meio piradinha, já tomando medicação que o médico passa e não está conseguindo resolver, está com perturbações materiais e espirituais, matérias do médico. Espirituais, porque é do espírito, aí agente convida para dar uma oferenda, se a pessoa tiver fé, claro! Eu deixo bem à vontade, quando faço uma receita, eu digo: “se não quiser, pode jogar fora, agente somente faz uma coisa, quando a gente acredita [...]”.

De fato, os rituais que incluem reverência e oferenda a santos, podem criar situações conflituosas em usuários de determinadas religiões. Contudo, revela a pluralidade de rituais nas práticas místicas brasileiras. Desde o tarô aos santos cultuados nas consultas até os minerais.

Ela faz questão de ressaltar que as oferendas são recomendadas só depois que os resultados desejados alcançados, mesmo para aqueles que recuperam a saúde mental. Ela enfatiza que recebe paciente das mais diversas religiões em busca de ajuda, como é o caso de evangélicos que chegam com a Bíblia na mão. Para ela, a espontaneidade dos atos dos rituais e a força da fé tornam-se elementos cruciais nessas consultas.

Além de todos os recursos anteriormente descritos, em alguns casos, ela prescreve o uso de remédios naturais, denominada garrafada:

[...] Tem um caso de uma pessoa que já tinha feito até tomografia, tinha tomado remédio do CAPS, mas era muito forte, deixou as medicações e queria saber se eu passava alguns remédios naturais para ele. Então, passei chá, alguma coisa para ele colocar dentro da garrafa de vinho, para ele tomar, ele já me ligou e disse que está se sentindo muito bem com isso, oriento para escovar as raízes; mulungu traz sono, ele tinha problema com medicamento, porque dormia demais, atrapalhava o trabalho, fala que substituiu os remédios do médico porque é forte demais [...].

Esse discurso coloca em foco as formas de aceitação ou rejeição da questão medicamentosa. As avaliações negativas a respeito dos efeitos colaterais excessivos dos medicamentos alopáticos inclusive, os prejuízos na vida social do paciente levam os usuários a buscarem uma substituição por medicamentos populares/naturais prescritos por rezadeiras, raizeiros e curandeiros em geral, que segundo declaram, proporcionam efeitos mais desejados e menos evasivos. No caso em questão, as ervas são confeccionadas por eles próprios conforme a receita prescrita pela rezadeira. A rezadeira afirma a existência de uma diversidade de práticas que ela não aceita, utilizados por outros rezadeiras/curandeiros em Esperança-PB:

[...] outras práticas que usam farinha, pedaços de animal, galinha, até preta, bode e cebola, não uso, não concordo, mas aqui, em Esperança, tem de tudo, e muitos dos meus clientes mostram a receita e diz: 'vou, porque em tantos dias, lá disse, vai resolver isso para mim'. Então, digo: 'vá e faça', também são do CAPS [...].

A entrevistada reconhece que as pessoas, não somente a procuram como rezadeira, mas também utilizam, conjuntamente, outras práticas místico-religiosas. Em tais discursos, é evidenciada a exigência na rapidez dos resultados por parte de seus clientes. Essas exigências e cobranças são constantemente referidas nas avaliações das práticas, fato que revela que estas transitam por diversas práticas ao mesmo tempo.

Mesmo discordando de algumas práticas voltadas para o uso do "mal", a rezadeira se contradiz, ao revelar que oferece serviços dessa natureza:

[...] existe o tempo para se fazer algo, questões sobre o amor com lua cheia, práticas de separação, é um lado mal que eu uso, porque chega uma pessoa desesperada com o marido que está com a amante, para a defesa de uma pessoa que é dona dessa pessoa, então, digo: 'vamos tentar lua minguante, lua nova e crescente', uma emergência, mas sempre digo que é bom repetir.

Podemos observar que, mais uma vez, ao utilizar tais práticas, a rezadeira recorre às forças da natureza e sua influência, como as fases da lua no seu trabalho. Este ritual é indicado nos pedidos de ajuda no campo afetivo, no qual as pessoas se encontram em estado de imenso desespero, ou seja, de sofrimento psíquico. Dessa forma, com a finalidade de solucionar casos emergenciais, esse ritual marca questões que transitam entre o profano e o sagrado em nome de cura e tratamento do mal que aflige a pessoa.

Ao falar destas práticas, a entrevistada sempre coloca que tudo tem muitos segredos, mas ela mostra um dos símbolos de poder, localizado em cima de sua mesa, que é o punhal. Na primeira entrevista, ela falou, a todo o momento, segurando, fortemente, o punhal. Em outro encontro, ela explica: “[...] no caso do punhal, que a força do cigano é o poder, não é para furar ninguém, é para agradar o nosso povo [...]”.

Enfatizando o poder das práticas místicas, para satisfazer as necessidades das pessoas acometidas por transtornos mentais na comunidade e obtendo resultados eficazes, a entrevistada confirma a importância da assistência mística para aquelas pessoas que a procuram em busca de tratamento. Isso fica mais evidente, quando, ao nos acompanhar saindo de sua casa, ela aponta “bem pertinho, já tem outro rezador”.

Nesse universo, que oferece uma variedade de práticas místico-religiosas, vamos adentrar nos discursos e vivências da quinta entrevistada, sexo feminino, 69 anos, foi mencionada, durante as entrevistas pela terceira entrevistada, como uma pessoa que tem um terreiro e a ajuda sempre no seu tratamento.

O primeiro contato com a quinta entrevistada foi através de uma ligação telefônica que recebemos de alguém apresentando-se como uma pessoa que atendia em Esperança-PB e disponibilizando-se para ser entrevistada, ressaltando, porém, que as informações por ela prestadas devem permanecer em segredo, mas que já tinha até site na internet, e que era uma pessoa com muita sabedoria.

Um das situações inusitadas do nosso encontro, é que, por coincidência, já tinha sido levada pela minha informante e cuidadora do CAPS à casa de uma usuária do CAPS, que também rezava e não consegui falar com ela. À tarde, quando ligamos para a rezadeira, confirmando a entrevista no mesmo dia, era na mesma casa que havíamos ido pela manhã, ou seja, a usuária do CAPS, considerada pela informante, era a senhora que a terceira entrevistada mostrou o terreiro.

Na primeira entrevista, inicialmente, a usuária parecia nervosa, seu discurso se volta, primeiramente, para a condição de usuária, comentando que já passou por quatro psiquiatras, dois psicólogos, mas lembra:

[...] na época, quando fui para o CAPS, já tinha sido preparada um pouco pelos orixás, mas precisava tomar o remédio para descansar minha cabeça, para me manter em um nível que não chegasse a agredir ninguém[...]. Aos 16 anos, tive umas crises de sono e dormi muito, e quando acordei, *tava aleriada* e levaram para o Rio e terminei fugindo, eu acredito em Deus, primeiro Deus [...], meu pai gastou muito, levou para muitos cantos, conheci o candomblé, que é uma nação, eu tive um problema mais sério e a mulher tirou um

catimbó. [...] Passei cinco meses e oito dias em tratamento no Rio de Janeiro, nas feitorias [...] precisava paramentar os orixás para poder ter a noção das coisas do mundo e foi aí que comecei fugindo, mas chegou um determinado momento, quando as pessoas começaram a me chamar de louca e de tudo que tinha direito aqui em Esperança, quando eu voltava a minha mente, eu tinha vergonha, eu ficava triste, agredia as pessoas de casa e aí aceitei o tratamento [...] entrei para o rancor quando veio tomar conta de mim [...] Então, se fazia de tudo para que meu orixá fosse parimentado e minha memória fosse voltando e começava a sentir os resultados [...].

A narrativa da entrevistada mostra, a partir dos primeiros sintomas apresentados na adolescência, a necessidade de transitar entre diversas práticas místico-religiosas e posteriormente no CAPS. Acerca das práticas místico-religiosas, coloca as crenças cultuadas no universo de Esperança, mas também enfatiza curas em terreiros de candomblé no Rio de Janeiro, ela descreve as práticas utilizadas pelo uso de orixás para se obter tratamento.

Ao falar a respeito dos seus tratamentos, que sempre são realizados no Rio de Janeiro, a mesma faz mistério e deixa um documento no seu sofá, enquanto se desloca ao seu quarto. Trata-se de seu registro de Iniciação Religiosa, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, desde 1989, mas não autoriza fotografar. A entrevistada relata seu sofrimento e parte desses tratamentos:

[...] lá, as pessoas ficam rezando em mim, em Duque de Caxias, a zeladora de lá paramentou o orixá. Lá, a gente tomava o banho, era um sacrifício, me esquecia das pessoas, fiquei mais de cinco anos paramentada pelos orixás, mas ninguém sabia em Esperança [...]. Eu vivia muito agoniada e pedi pelo amor de Deus para fazer um tratamento, muitas vezes, têm cantos de obulunã, a gente cai, se cruza no barracão [...] (pausa) aguentei tudo isso, porque eu queria ser normal, por isso que eu aguentei reza, muito banho, que não gostava com três vezes capita o cabelo e depois raspa, faz as curas e as oferendas para os orixás. Eu era muito fraca, dormia muito, tomava remédio para controlar a força de mente, e depois que paramentei os orixás fui frequentar psiquiatra, psicólogo, aí fui aprendendo, mas ninguém sabia que era paramentada [...].

Nessa narrativa a entrevistada se refere a um conjunto de práticas utilizadas em terreiros em Duque de Caxias-RJ onde realiza tratamentos há muito tempo e desabafa “[...] estou aqui para contar a história [...]”. Também coloca como diversos sintomas foram amenizados através das técnicas dos terreiros.

Em outro momento, ela se refere à dificuldade de transitar entre as práticas místico-religiosas e as práticas médicas, falando, abertamente, acerca dos profissionais de saúde e

sobre o tratamento nos terreiros, e explica: “[...] o motivo de esconder das pessoas e dos médicos, é porque a maioria não entende, tem até médico que entende [...]”. Ela lembra, uma das vezes, durante uma consulta no CAPS, quando solicitou um pedido de encaminhamento para o Rio de Janeiro e o médico não entendeu, “[...] chorei na barriga da mãe e o médico não concordou, ficou bravo, mandou buscar a prova [...]”.

Ao procurarmos, nos registros do prontuário da entrevistada, no ano de 2009, o médico escreve: “[...] compareceu a este CAPS, a ex-usuária, solicitando uma declaração de que a mesma frequentou este CAPS, para levar para um médico que está atendendo ela no Rio de Janeiro [...]”.

Mas, a usuária desconversa, revelando que recebeu alta do CAPS, mas que, na verdade, foi realizar tratamento nos orixás no Rio de Janeiro. Outro aspecto a ser reforçado, ao longo do texto, é o discurso dos usuários e familiares acerca das crenças populares, que não são respeitadas pelos profissionais da medicina científica. Esta atitude por parte destes profissionais de saúde leva a diversas estratégias, como omissão de outros tratamentos e a incessante busca por atendimentos mais acolhedores. No caso em questão, parece haver uma relação desse fato, culminando na alta médica dos serviços do CAPS.

Após os relatos de situações, que lhes causaram desconforto, a entrevistada parece mais motivada ainda para falar de sua condição de rezadeira, ou como ela mesmo lembra “zeladora dos orixás”, descrevendo uma das práticas por ela utilizada:

[...] coloco os búzios, tenho que amaciar as mãos e tem que colocar uma coisa que tem lá dentro, aqui tem muita fala [...], na oração de orixá, e a força da minha mente com a sua, se a pessoa pensar algo errado, cai ali mesmo, então, vou perguntar a você se foi aquilo mesmo, então, vou buscar tentar ver tudo de novo e, aí, quando acontece com muita gente, uma vez coloquei para uma senhora e caiu também no filho dela [...]. No búzio, eu coloco um pó chamado gongá [...].

A rezadeira enfatiza a questão do pensamento quando utiliza os búzios, no momento do tratamento, tanto dela, quanto da pessoa doente, porém, traz essa questão, de forma muito secreta, transparecendo ocultar detalhes e lançando mão de uma linguagem confusa e rápida. Mas, além da força mental e do pensamento, ela também ressalta uma das questões muito importantes, nesses rituais, como as rezas acontecem:

[...] isso não deve ser feito através de livros, deve usar o poder de Deus, a gente pega os ramos para rezar, mas a primeira coisa que eu faço é rezar o Pai Nosso e a Ave Maria e começo a implorar a Deus pelo problema da pessoa e me curvo diante da pessoa, pois sou pequena e ele é grande, dependendo do caso, eu entro com tudo [...], as pessoas se sentem bem e se sentem felizes.

As narrativas apresentam trechos de como acontecem às rezas nos momentos cruciais no tratamento. Esses rituais se constituem de vários níveis de rezas, exigindo percepções, ações específicas, bem como conhecimento na utilização de vários níveis de rezas, que vão desde a de preparação, como as consideradas mais profundas. Tudo isso, visando oferecer efeitos positivos, através das rezas, no controle dos espíritos, que varia de acordo com cada caso.

As experiências desta rezadeira confirmam a interpretação de Mauss (1979) segundo a qual, a prece é um dos fenômenos centrais da vida religiosa, exercendo participação na natureza do rito e da crença. Consoante Mauss, a prece deve ser entendida como uma palavra, uma forma de linguagem no momento religioso, na qual ação e pensamento estão em harmonia, reforçando, ao mesmo tempo, o agir e o pensar. Com isso, os rituais de preces são repletos de ideias, sentido, força e eficácia (MAUSS, 1979, p.103-104).

Apesar de reconhecer que a religião sofreu evoluções, tornando-se mais espiritual, uma vez que antes consistia em ritos mecânicos, materiais e precisos, a prece deve ser entendida como um fenômeno social, desde seu conteúdo e sua forma, pois, mesmo quando ela é mais individualizada e livre, e mesmo quando as pessoas escolhem, a seu gosto, de acordo com o momento: “[...] os ritos se tornaram atitudes da alma, mais do que atitudes do corpo, se enriqueceram de elementos, de sentimentos e de ideias [...]” (Ibid., p. 105).

No caso em estudo, a prece como um ritual místico possui a finalidade de tratamento nas doenças mentais. O misticismo apresenta características livres e, muitas vezes, individualizantes para atender as necessidades do quadro de cada usuário e, mais ainda, manifestam-se através de uma grande riqueza de elementos mentais, sentimentos e ideais. E, com tudo isso, a prece se consolida em sua eficácia e também na perpetuação dos valores culturais e na organização social e familiar, reforçando um sentido social.

A “zeladora dos orixás”, ao falar das rezas, cita o uso dos cantos em seus rituais:

[...] depois, os cantos dos orixás, têm um objetivo de tocar às pessoas que vão para o barracão. As pessoas querem saber de macumba, então, falei que, devido a problema de dinheiro, essa pessoa tava com depressão e atingiu o espírito, além da matéria, mas tinha mais coisa, nem tudo que vimos, temos o direito de confessar, temos que tratar, não revelei e não vou revelar, faz parte. Aqui, em Esperança, tem muita explicação de macumba, nós temos que ajudar em silêncio, não temos a ordem para isso [...].

Essa prática evidencia a importância do canto como forma de tocar a emoção e a partir dela, alguma questão sobre a vida das pessoas, uma vez que os cantos expressam uma linguagem, capaz de provocar mudanças no modo de sentir, pensar e agir acerca de situações dolorosas. Mas, segunda assegura a rezadeira, esses cantos envolvem muitos segredos que ela não pode revelar.

Ao longo da pesquisa, vários, entrevistados mencionaram o segredo como parte dos rituais. Ferreti (1995), na obra “Repensando o sincretismo”, defende que, nas religiões brasileiras, o problema do segredo é muito sério e complexo, pois, por um lado, pode contribuir para aumentar o prestígio de um grupo, impedindo a banalização, e, por outro, o excesso do segredo é responsável pela perda de algumas tradições. Ferreti (1995) ainda lembra que “[...] o antropólogo não pode escrever sobre tudo o que vê e observa [...]” (p.28).

Ao nos voltarmos para o universo das práticas místico-religiosas de Esperança/PB, diríamos que a categoria segredo está, em parte, relacionada ao prestígio dos praticantes, enquanto que na prática popular terapêutica parece estar relacionada a questões profundas relacionadas ao conhecimento místico e sua divulgação, e durante os rituais, para se alcançar bons resultados.

Outro ponto que ganha destaque em Ferreti (1995) é a discussão do significado do conceito sincretismo religioso afro-brasileiro, no qual reúne diversas opiniões de estudiosos sobre o tema como Arthur Ramos, Nina Rodrigues, Gonçalves Fernandes, Waldemar Valente e outros. As diversas expressões são entendidas como fusão e dualidade de crenças, justaposição de exterioridade de ideias religiosas, associação, adaptação e equivalência de divindades, intermistura de elementos culturais, interfusão, simbiose entre componentes de culturas em contato, etc. Em síntese, procurando seu significado uso e sentidos do termo, constata que são muito diversificados e aproximativos, porém, junção, fusão e mistura são as mais utilizadas (FERRETI, 1995, p.90).

Ferreti (1995) explica algumas características do sincretismo afro-brasileiro:

Podemos dizer que existe convergência entre ideias africanas e de outras religiões, sobre a concepção de Deus ou sobre o conceito de reencarnação; que existe paralelismo nas relações entre orixás e santos católicos; que existe mistura na observação de certos rituais pelo povo-de-santo [...] e que existe separação em rituais específicos de terreiros, como no tambor de choro ou axexê, no arrambam ou no lorogum, que são diferentes dos rituais das outras religiões (FERRETI, 1995, p. 91).

Existem dimensões ou sentidos de sincretismo afro-brasileiro que estão presentes em cada circunstância, nos mais diversos momentos e rituais. Diante das narrativas apresentadas, constatamos que os rituais de tratamento das práticas místico-religiosas se constituem de um universo muito amplo de elementos sincréticos. Percebemos que o uso das práticas se mistura com elementos das religiões afro-brasileiras, catolicismo, e de outras tradições como a cigana por exemplo. Vimos que diversas práticas se misturam, adaptando-se, como o uso das rezas católicas, que depois se unem aquelas das religiões afro-brasileiras para expulsar espíritos, encostos, catimbós; a utilização dos cantos nos terreiros; a utilização dos búzios, cartas; os banhos, sacrifícios, a devoção pelos orixás e santos católicos; a presença de pedras, amuletos, evidenciando vários santos e significados. A importância dos punhais, da cultura cigana; técnica da cartomancia. Todas as práticas ditas, com seus não-ditos e segredos demonstram um universo com características sincréticas. Suas misturas, adaptações e paralelismos são estratégicos para atender, em cada momento, as vivências dos entrevistados nestas consultas, que segundo declaram, oferecem alívio e cura a quem necessita.

Outro aspecto interessante nesta pesquisa sobre as práticas místicas e transtornos mentais, é a frequência com que alguns usuários e ex-usuários, depois de obter bons resultados com seu uso, passam de paciente a curador, tornando-se mestres-mestras curadores místico-religiosos. A cura impulsiona essas pessoas a ajudar outras que sofrem do mesmo mal, constituindo-se como mais um elo, no amplo sistema público-popular, científico-religioso em busca da saúde mental.

Para Eliade (1998, p.16), os etnólogos, com o intuito de evitar equívocos, adotam os termos “xamã” e “xamanismo”, para denominar estas práticas curativas, ao xamã se atribui a competência de curar, operar milagres extraordinários, como ocorre com todos os magos primitivos e modernos e, além disso, é psicopompo e pode, ainda, ser sacerdote, místico e poeta.

Nessa condição de vocação mística e recrutamento, Eliade (1998) aponta diversas condições para se tornar um xamã, em diversas culturas. Algumas são mais predominantes,

como a coexistência do xamanismo hereditário; xamanismo outorgado, diretamente, pelos deuses e pelos espíritos, e a outra é a frequência dos fenômenos mórbidos, que acompanham a manifestação espontânea. Alguns indivíduos em estados alterados de consciência e sujeitos a ataques de epilepsia, é interpretados como um encontro com os deuses, outros achados como a equivalência entre xamanismo e doença mental, são alguns exemplos de situações encontradas nas vocações xamânicas (ELIADE, 1998, p.27-34).

Ainda acerca da vocação xamânica e do recrutamento, podemos afirmar que no meio cultural no qual pesquisamos, as rezadeiras e “zeladores de orixás”, estão associados às pessoas com transtornos mentais ou sofrimento psíquico, as quais transitam num rico universo de crenças, adquiriram conhecimentos e em consequência desenvolveram dons místicos, além disso, se submeteram a diversos tratamentos mágico-religiosos como atestam esses discursos:

Entrevistada 4:[...] é uma forma de ajudar as outras, não custa nada, é uma sabedoria é como um livro fechado, que nunca leu, tem que passar, não custa nada, você passa coisas boas, claro, para outras pessoas, só vai trazer boas influências, uma palavra muda o destino de qualquer pessoa, Deus nos deu o dom para a gente tomar conta dos animais, das pessoas [...].

Entrevistada 5: quando agente nasce com dom de paramantar o orixá, fazer a maracuiã, todas as obrigações para se tornar um abaixonã. Esse momento de ajudar as pessoas, isso faz parte da cura [...].

Essas pessoas, com características tão peculiares, que absorveram conhecimentos e continuam trazendo elementos novos para as consultas místico-religiosas, exercem uma das formas de equilíbrio em sua própria saúde e para outras pessoas. Mas, também, com essa tendência de alguns se tornarem rezadores e/ou curandeiros legitimam o poder e a eficácia das práticas místico-religiosas, as quais ofertam cura e alívio tratando aqueles que os procuram. Além disso, também, perpetuam os valores e crenças culturais.

4.3 Comparação entre as Lógicas Curativas Científicas e Mágicas: aproximações e distanciamentos

Neste tópico, apresentaremos as visões dos usuários CAPS sobre as práticas e efeitos de dois sistemas curativos diversos aos quais se submetem em busca da cura para seu mal.

Levaremos em consideração os discursos em que os entrevistados demonstram pontos de aproximação e divergências entre estas duas formas de tratamento: as práticas místico-religiosas e as práticas científicas nos momentos do tratamento.

Um dos aspectos presentes em ambos os sistemas, ressaltados pelos entrevistados, tanto nas práticas médicas, quanto nas místico-religiosas, é que, ambos exigem consultas a especialistas, e o profissional que os atende avalia o estado e as possibilidades dos pacientes. Na visão médica, essas avaliações se pautam no olhar do médico diante de um conjunto de sinais e sintomas, para os e só depois faz o diagnóstico.

A avaliação também é citada pelos entrevistados quando se referem às consultas místico-religiosas, ao mencionar os pontos em comum entre os dois tratamentos.

De acordo com a quinta entrevistada: [...] a gente faz uma entrevista e depois a gente compara essas perguntas que vocês faz mesmo [...]. A avaliação que a entrevistada menciona se refere à causa do mal que a aflige. Na consulta mística, a consulente consulta seus mestres, santos, orientadores espirituais, elementos da natureza, ou simplesmente seus conhecimentos e/ou intuição para verificar se o caso é de ordem espiritual e material.

Porém, por mais bem intencionada ou inocentemente aproximações entre as duas formas de avaliação do paciente nestes dois sistemas, logo nos deparamos com a enorme distância que existe entre os dois, até porque, as práticas médicas são respaldadas num conhecimento que desconsidera inteiramente os fatores que tenham como origem supostas causas não materiais. Do mesmo modo, as práticas do CAPS também obedecem às normas estabelecidas pelas políticas públicas de saúde mental, que passaram por constantes mudanças na forma de tratar as doenças mentais, mas sempre dentro das regras oficialmente estabelecidas.

As práticas místico-religiosas, ao contrário, além de um conhecimento popular difuso adquirido ao longo do tempo adotam constantemente novas roupagens e re-significações para melhor se adequar as necessidades de tratamento nesse disperso universo cultural.

Em outras palavras, o respaldo das práticas do CAPS é a partir do saber da ciência e o das práticas místico-religiosas é o poder do curandeiro(a), a confirmação de um saber religioso que se perpetua no meio cultural. Contudo, mais uma vez encontramos uma aproximação, ambas confiam no poder e eficácia de seu conhecimento e se propõem ao mesmo fim, que é o de oferecer meios mais eficazes, cada uma com suas técnicas ou estratégias, para a cura do sofrimento.

Outro aspecto que as aproxima é a importância que a fé do paciente exerce para alcançar eficiência no tratamento.

Com efeito, experiências científicas comprovam hoje a importância da fé na cura do doente. Não apenas a fé no médico ou curandeiro, como no tratamento, bem como, em sua capacidade e recuperação e até mesmo o poder da fé religiosa do paciente. Várias experiências de portadores de câncer condenados à morte que foram salvos por causa de sua fé no seu poder de cura foram constatadas, o mesmo pode ocorrer no caso da restauração da saúde mental. Vimos, em várias passagens, como a confiança é citada pelos usuários nas consultas e como essas questões se refletem nos resultados de qualquer prática terapêutica. Em outras palavras, a relação de confiança estabelecida entre usuários, familiares, médicos, rezadores torna-se um elemento preponderante na eficácia do tratamento. Daí a importância da atitude do profissional para com o paciente, para que ele não se desgoste e abandone o tratamento, como mostrado no caso das segunda e quinta entrevistadas.

O distanciamento nas relações de confiança, vivenciadas nas duas práticas em foco, são evidentes. Enquanto nas práticas místico-religiosas muitos relatam contato desde a sua infância com essas tradições, outros se referem à familiares que sempre acreditaram na crença, ou, até mesmo, familiares que lançaram mão de práticas dessa natureza colocando essas práticas numa posição de privilégios.

Acerca dessas relações de confiança, em muitos aspectos estes evidenciam a dificuldade de levar em consideração suas crenças frente a alguns questionamentos colocados nos procedimentos médicos dos CAPS. O que muitas vezes, torna-se razão de descontentamento, devido a ausência de clareza para os usuários do porquê de alguns procedimentos durante o tratamentos.

Apesar disso, as duas práticas, em muitos relatos, são colocadas como complementares e não discordantes, pois na visão destes há aproximação, uma vez que acreditam que as práticas médicas são responsáveis pelo tratamento material e a espiritualidade ficaria com as práticas místico-religiosas. Porém, apesar do aspecto da complementaridade ser algo que as aproxime, em muitas falas elas se distanciam, nas narrativas que apontam as lacunas da ciência no tratamento das doenças mentais.

Um dos aspectos mais divergentes entre as duas lógicas que não pode ser omitido, diz respeito ao fato de que, enquanto na médica as doenças são apontadas como responsabilidade do ser humano, hereditariedade, maus hábitos, vícios, etc., nas tradições místico-religiosas, as doenças mentais, resultam da influência dos espíritos brincalhões ou maldosos. Algumas vezes por dívidas espirituais nesta ou em outras encarnações. O fato é que a persistência destas tradições e seus efeitos nos faz despertar para o fato de que a biomédica não têm resposta para tudo e finalmente reconheceu que necessita de outros saberes para compreender

melhor o ser humano, e para isso, precisa conhecer seus hábitos e tradições culturais para poder obter resultados mais satisfatórios em todos os sentidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos debruçarmos sobre a doença mental, procuramos entender através dos usuários e famílias de portadores de transtornos mentais do CAPS de Esperança/PB, como se articulam os discursos científicos e místicos- religiosos e suas lógicas curativas nas práticas cotidianas destes indivíduos.

Sabemos que o avanço científico ofereceu novos modelos e práticas para se pensar e tratar as doenças mentais. Assim, a medicina, especificamente, a psiquiatria, criou mecanismos e estratégias para conquistar espaços de atuação, prometendo técnicas mais eficazes. Para isso, a ciência combateu ferozmente práticas religiosas, mágicas de curandeiros, feiticeiros, entre outros. Dessa forma, revolucionou com seus paradigmas, construindo novos olhares e percepções acerca da loucura. A ciência, primeiramente, ao combater antigas crenças e os antigos métodos de tratamento, criando os manicômios como espaços adequados para as pessoas portadoras de transtornos mentais isolando-as da sociedade. Os modelos adotados foram revistos ao longo do tempo pela própria ciência, propondo novos modelos de cuidado.

Após inúmeros embates entre instâncias médicas, humanísticas, políticas e econômicas, a medicina do século XX rompe com posturas, as quais, algumas daquelas por ela mesma instituída como o encarceramento do louco em hospícios. O movimento vitorioso culminou com a reforma psiquiátrica que visa a desospitalização e a inserção social dos doentes mentais e o respeito às tradições culturais destes. Os CAPS seguem esta linha tornando-se um dos principais dispositivos para o tratamento das doenças mentais em todo Brasil.

Contudo, cada grupo cria seus próprios sistemas e suas lógicas de tratamento, como constatamos em nosso estudo no município de Esperança/PB. As narrativas dos entrevistados nos revelaram que estes utilizam conjuntamente o tratamento do CAPS, e uma diversidade de práticas místico-religiosas. E que em situações de sofrimento e desespero, encontram um vasto panorama de práticas místico-religiosas a seu dispor. Constatamos também que os sistemas simbólicos místico-religiosos, exercem uma importante função neste universo, no sentido de oferecer ajustamento e ordenação diante do caos e das situações de sofrimento provocados pela doença mental. Tanto para aqueles que necessitam, como também para a comunidade em geral, funcionando como um vetor de ordenamento social. Nesse sentido,

poderíamos afirmar que estes recursos são determinantes no tratamento como um todo. Além disso, as falas destes usuários demonstram a importância da fé em qualquer tipo de tratamento, agindo com uma força poderosa muito potente no processo de cura. Conseqüentemente, torna-se fundamental para os profissionais de saúde, conhecer as crenças, noções, percepções, isto é as representações sociais dos doentes sobre a vida e sua doença.

No universo pesquisado, essas visões são passadas de geração a geração, através de vivências com familiares e comunitária, na qual estas crenças e conhecimentos. Alguns usuários declararam-se frequentadores de terreiros e rezadeiras desde a infância. Tais usuários também mencionaram familiares que realizavam consultas dessa natureza, considerados por eles como rezadeiras, macumbeiros – como são algumas vezes referidos. O conjunto de práticas oferecidos nesta comunidade insere constantemente novas crenças e ideias num movimento dinâmico e complexo entre comunidade, indivíduo e as mudanças que ocorrem no Brasil e no mundo, absorvendo novos sentidos e (re)significações.

No que tange a opinião da comunidade sobre a doença mental, a partir dos discursos dos entrevistados, verificamos que estes tornam-se alvo de opressões e “chacotas”, fato que, frequentemente, gera desentendimentos entre vizinhos e familiares. Por outro lado, despertam também atitudes de compaixão e solidariedade por parte de vizinhos e amigos. As relações entre vizinhos são marcadas por atitudes ambíguas como críticas, mexericos, curiosidade que, em alguns casos podem gerar conflitos, como também solidariedade. Nestes casos, muitas vezes, os apóiam e acompanham ou, os orientam na busca e no acesso aos tratamentos. Porém, nem todas as posturas de solidariedade são bem aceitas pelos entrevistados devido aos possíveis julgamentos da comunidade e conflitos culturais entre estes e aqueles que se propõe a ajudá-los.

A comparação das avaliações dos usuários acerca das duas práticas em foco neste estudo revela suas lógicas e estratégias no enfrentamento da doença mental. Acreditam que o tratamento da doença mental exige a combinação das duas práticas. Para eles as práticas médicas são necessárias para tratar o lado material e as práticas místico-religiosas para cuidar da espiritual. Seguindo a lógica da complementaridade, as duas práticas utilizadas conjuntamente teriam o intuito de obter resultados mais eficazes.

Contudo, vimos que a procura pelas práticas místico-religiosas fazem parte do *habitus*, portanto, são mais compreensíveis e mais confortadores para eles do que as práticas médicas do CAPS. Nas avaliações das práticas médicas, os efeitos medicamentosos e a dificuldade de se fazer entender durante as consultas médicas no CAPS foram as mais mencionadas. Em suas avaliações os usuários reconhecem os efeitos positivos dos medicamentos em situações de

crise, porém, os demonstra insatisfação com o uso contínuo destes. Reclamam dos efeitos indesejados, do excesso da prescrição medicamentosa, etc. Alguns se queixam das dificuldades de expressar suas reais opiniões no momento das consultas, diante da relação médico-usuário, resultando em omissões na avaliação do estado do usuário. Acreditam também que alguns procedimentos da Medicina, como os medicamentos, podem sofrer influências do divino e da cosmologia.

Neste caso, observamos que as relações de poder das práticas médicas, baseadas nas verdades científicas, apontam fragilidades para um diálogo aberto durante o tratamento, que não condizem com a proposta dos serviços substitutivos, CAPS, os quais propõem respeitar os valores culturais e o fortalecimento dos vínculos comunitários no cuidado, defende o paradigma da reforma psiquiátrica.

Os entrevistados mencionam a importância do “segredo”, como uma característica marcante nesse universo místico-religioso. Nos tratamentos místico-religiosos, a fé e a mentalização são predominantes. Mencionam também como a ação dos espíritos é apontada como a causa das doenças mentais. Os portadores de transtornos mentais mostram-se dispostos a enfrentar as mais surpreendentes experiências na sua busca pela tão sonhada cura, rezas, cantos dos orixás, cartas, búzios, cartomancia, pedras, amuletos, oferendas, garrafadas, em síntese, todos os não ditos e todos os segredos não foram mencionados.

Portanto, analisando a saúde mental em Esperança /PB, reafirmamos a complexidade que envolve seu tratamento na atualidade. Finalizando, reafirmamos a necessidade dos profissionais de saúde mental repensar suas posturas e/ou práticas e suas verdades científicas, e se aprofundar nos saberes, crenças e opiniões dos grupos nos quais se propõem a oferecer cuidado. Esse estudo abre um leque de possibilidades sobre as diferentes lógicas construídas visando o tratamento das doenças mentais. Nossa abordagem considerou o lado do usuário, e as peculiaridades do seu universo cultural. Inicialmente, pensamos avaliar os resultados desta experiência dois lados envolvidos, usuários, e profissionais do CAPS. Contudo, logo de início, constatamos a impossibilidade de um empreendimento tão ousado numa dissertação de mestrado. Fica a sugestão.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. Ouvir contar. Textos em História oral. Cap. 1. **O lugar da história o fascínio do vivido e as possibilidades de pesquisa.** Rio de Janeiro. Ed. FGV, 2004, p.13-32.

ALVES, P.C. **O discurso sobre a enfermidade mental.** In: ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S. Saúde e doença: Um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. (Coord.). **A constituição do paradigma psiquiátrico e as reformas In: Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância.** Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD, 2003 a.

_____. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil. In: **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação á distância.** Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD, 2003b.

BASTIDE, R. **Sociologia das doenças mentais.** São Paulo: Companhia: Editora Nacional, 1967.

BERGER, Peter Ludwig. **O dossel sagrado.** São Paulo, Paulus, 1985.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas.** 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1982. 361 p.

_____. (2001b). **O poder simbólico.** 4. ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil.

BRANDÃO, C.R. 2004. **“Fronteira da Fé – Alguns sistemas de sentido, crenças e religiões no Brasil de hoje”.** In: estudos avançados, 18-52.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. 15 anos depois de Caracas. Brasília, nov. 2005.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas.** 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1982. 361 p.

CANESQUI, Ana Maria. **Notas sobre a produção acadêmica de Antropologia e saúde da década de 80.** In: ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S. Saúde e doença: Um olhar antropológico. Rio de Janeiro:fiocruz, 1998.

CARVALHO, J.J.1999. **“Um espaço Público encantado: pluralidade religiosa e modernidade no Brasil”.** In: série antropologia 249. Brasília: UNB.

CARVALHO, I.S. (2008). **A clínica da psicose na clínica do Caps:** Reflexões a partir das perspectivas do paciente, de sua família e de profissionais que o atendem num CAPS de São Luís-MA. Tese apresentada pelo programa de Pós graduação em Psicologia clínica e Cultura da Universidade de Brasília(UNB).Disponível em http://btd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5150

CERQUEIRA, Renata Ferreira. **Religiosidade e os espaços de produção de sentido: um olhar sobre o território da saúde mental.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: [s.n], 2007.

COELHO, M.T; ALMEIDA, F. **Conceitos de Saúde em discursos contemporâneos de referência científica.** Rev. Ciências. Saúde. Manguinhos, vol. 9, n.2 Rio de Janeiro, mai./ago. 2002.

COLVEIRO, L.A. (2004). **Família e doença mental:a difícil convivência com a diferença.** Rev. Esc. Enfermagem. USP, 38(2): 197-205. Acessado em 12 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>

COSTA, J. F.(1944).**História da psiquiatria no Brasil:um corte ideológico,**3 ed.rev. Rio de Janeiro,Campus:1980.

_____. (1983). **Ordem Médica e Norma Familiar.** Rio de Janeiro, Ed.Graal, 2 ed.

COSTA, J. M. M.(2008). **A construção da política de saúde mental em Itajaí S/C: o caso CAPS ad.** Dissertação de mestrado do Programa de mestrado profissional em gestão de políticas públicas da Universidade do Vale do Itajaí-SC, 116p. Disponível em <http://siaibib01.univali.br/pdf/Janaina%20Moura%20Machado%20da%20Costa.pdf>

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Ed. Cortex, 1991.

CUNHA,J.A.Psicodiagnóstico-V/ Jurema Alcides Cunha, 5 ed. revisada e ampliada-Porto Alegre- Artes médicas, 2000.

- DALGALARRONDO, P. **Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais.** Rev. Psiq. Clín., 34, supl. 1; 25-33, 2007.
- DOUGLAS, M. **Pureza e perigo.** São Paulo: Perspectiva, 1966.
- DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- EVANS-PRITCHARD, Edward E. **Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande.** Rio de Janeiro; Zahar editores, 2005.
- ELIADE, M. 1998. **O xamanismo.** (Prefácio e Cap. I). São Paulo: Martins Fontes.1951.
- FARIA, J. B. **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura.** Brasília: UnB, 2004.
- FERREIRA, J. **O corpo sócnico.** In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.) Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FERREIRA, M.M. História Oral e tempo presente. In: Bom Meihy, José Carlos Sebe (org), 1996.(Re) **introduzindo História Oral no Brasil.** SP: Xamã,p.11-21.
- FERRETI, Sérgio Figueiredo. **Repensando o sincretismo: Estudo sobre a Casa das Minas;** prefácio Reginaldo Prandi- São Paulo: editora da Universidade de São Paulo; São Luís:FAPENA, 1995.
- FOUCAULT. M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979, 295 p.
- _____. (1926-1984).**O nascimento da clínica,** 7 ed.Rio de Janeiro:Forense Universitária , 2011.
- _____. (1926-1984). **História da loucura: na idade clássica;** tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2012.
- GEETZ. C. **Uma descrição densa: Por uma teoria interpretativa da cultura: In: A interpretação das Culturas.** LTC, Rio de Janeiro, 1989.

GEETZ, C. **A religião como sistema cultural**. In: *A interpretação das Culturas*. LTC, Rio de Janeiro, 1989.

_____. **“Ethos”, Visão de mundo e a análise de símbolos sagrados**. In: *A interpretação das Culturas*. LTC, Rio de Janeiro, 1989.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**: tradução de Maria Célia Santos Raposo. 17,Ed- Petrópolis, Vozes, 2009.

HERVIEU-LÉGER, Danièle, 1947- **O peregrino e o convertido: a religião em movimento**; tradução de João Batista Kreuch- Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

IRIART, Jorge Alberto. Bernstein. **Concepções e representações da saúde e da doença: Contribuições da Antropologia da Saúde para a saúde coletiva**. Salvador: Texto Didático, 2003. ISC-UFBA. P. 2-12.

KAPLAN, Harold I. **Compêndio de psiquiatria: ciência de comportamento e psiquiatria**; trad. Dayse Batista-7 ed- Porto Alegre. Artes médicas, 1997.

LANG, A.B. **História Oral e pesquisa sociológica :a experiência do CERU**. 2 ed. Alice Beatriz da Silva. São Paulo: Humanitas, 2001.

LAGDON, E. J. (2010). **Antropologia saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18(3): [09 telas] mai-jun. Acessado em 1 de janeiro de 2013.
Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf

LAPLANTINE, François. **A doença e o sagrado, a medicina e a religião, a cura e a salvação: da antropologia médica á antropologia religiosa**. In **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LÉVI-STRAUSS. C. **A eficácia simbólica**. In *Antropologia Estrutural*. 6.ed. Rio de Janeiro, 2003.

LEWIS, I. M. (1977). **Êxtase religioso**.(Prefácio e Caps. 1, 2, 3). São Paulo: Perspectiva. 1971.

_____. **O feiticeiro e sua magia**. In *Antropologia Estrutural*. 6ed, Rio de Janeiro.

MARTELLI, Stefano. **A religião na sociedade pós-moderna**. São Paulo: Paulinas, 1995.

MAUSS, M., 1979: "A **Prece**" In: M. Mauss. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo: perspectiva. 1872-1950.

MENEZES, M. A. **História oral: uma metodologia para o estudo da memória**. In *Vivência*, n.28, 2005, p. 23-36.

_____. **Construindo narrativas orais: interações sociais no trabalho decampo**. In *Cadernos de Campo*.n.12, 2004,p.57-69.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Abrasco, 1994.

PUTTINI, R. F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. **Interface – Comunic., Saúde. Educ.**, Botucatu-SP: Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP), v. 12, n. 24, p. 87-106. jan./mar. 2008.

NAGAOKA, A.P. **Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e sua vivência com a doença**. *RevEscEnferm USP*, 2011;45(4):912-7.
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a17.pdf>

RABELO, M. C. **Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9(3):316-325, jul./set. 1993.

_____. **Religião, ritual e cura**. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.) *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Signos , Significados e Práticas relativos à doença mental**.In: ALVES, P. C.;SOUZA,M.S. *Experiência de doença e narrativa*: editora fiocruz, 1999, 43-71.1999.

SCHRANK,G; OLSCHONWSKY,A.(2008). **O Centro de Atenção e as estratégias para inserção da família**. *Rev.Esc.enferm.USP*,42(1):127-34. Acessado em 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>.

SENA,J.M.F. **Produção do cuidado nos centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE.limites e desafios na construção da autonomia do usuário**.Dissertação de mestrado em Saúde Pública.Universidade Estadual do Ceará,2010, 140p. Disponível em http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/juliana_sena.pdf.

SILVA, M. B. C.; SADIGURSKY, D. **Representações sociais sobre o cuidar do doente e mental em domicílio.** Rev. Bras. Enferm, Brasília, 2008 jul-ago: 61(4): 428-34.

SILVA, M. C. G. **Ciência, Religião e Cura: disputa e resistência entre diferentes campos de saber.** In Simpósio Internacional de Ciências das Religiões. João Pessoa, julho de 2007.

_____. **Holismo e Saúde: o despertar mágico da ciência?** Conferência de abertura na I JORNADA DE ESTUDOS SOBRE RELIGIÃO, SAÚDE E CULTURA na Universidade Federal da Paraíba/ PB. João Pessoa, de 29 a 30 de novembro de 2010.

SOUSA, D.L.M.(2008) **Abordagens terapêuticas grupais e a produção do cuidado em Saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza-CE.** Dissertação apresentada ao curso de mestrado acadêmico em saúde Pública-UECE. Disponível em:<http://www.uece.br/cmasp/index.php/dissertacoes>

SOUSA, M. S. **O poder de cura em diferentes sistemas curativos: reflexões na perspectiva de Bourdieu e Foucault.** João Pessoa/Campina Grande, UFPB- MMCR/PPGCS-UFCG, 2012.

SOARES, L.E.(1994)“Religioso por natureza : Cultura Alternativa e Misticismo Ecológico no Brasil”.In: **O rigor da indisciplina. Ensaios de Antropologia Interpretativa-** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1989.

STRAUSS, ANSELM. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada;** tradução Luciane de Oliveira da Rocha.2. Ed Porto Alegre: Artemed, 2008.

TRENTINI, F.V. **Representações Sociais sobre o sofrimento mental e os modelos de tratamento psiquiátrico: o olhar dos familiares cuidadores e dos trabalhadores em saúde mental de Ponta Grossa-PR.** Dissertação de mestrado em Ciências Sociais Aplicadas- Universidade Estadual da Ponta Negra-PR, 2011. Disponível em http://bicentede.uepg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=632

VASCONCELOS, Maria Odete. **Curas através do Orúm: rituais terapêuticos no Ilê Yemanjá Sába Bassami.** Tese de doutorado apresentada à Universidade Federal do Pernambuco, 2006. 313 p.

VILLARES, C. C.; REDKO, C. P.; MARI, J. J. **Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.** Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 21, n. 1, São Paulo, jan./mar. 1999.

VON SIMSON, O.M. **Experimentos com histórias de vida.** (Itália-Brasil) SP. Vértice, 1998.

VON SIMON, O. R.M. (org). **Os desafios contemporâneos da História Oral.** Ed. Unicamp, 1997.

ZAGO, A.C. **Adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários dos CAPS em Pelotas, RS, com transtorno de humor e esquizofrenia.** Universidade Católica de Pelotas. Dissertação de mestrado em saúde e comportamento, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a17.pdf>

ANEXOS

Roteiro das entrevistas semi-estruturadas para pesquisa de Campo

Nome:

1. Sexo: Feminino () Masculino () Idade: _____ anos.
2. Estado Civil: Solteiro/a () Casado/a () Divorciado/a () Viúvo/a () Separado/a ()
3. Cidade de origem /UF: _____
4. Moradia:
 - Onde você mora? Casa () Outro _____ É Alugado () Próprio ()
 - Com quem você mora? Com o cônjuge sem filhos () Com o cônjuge e filhos ()
 - Sozinho/a () Com seus pais () Com outros parentes () Especifique

Quantos moram na casa? _____

1.0 Porque o senhor (a) levou seu/sua filho, irmão, pai) familiar para se tratar no CAPS?

1.2O que você acha do tratamento do seu familiar no CAPS?

- a) As oficinas;
- b) Os medicamentos;
- c) cuidados com o usuário;
- d) Orientações aos familiares;
- e) Atenção aos usuários e familiares;

2.0 O senhor (a) observou alguma mudança no seu (a) (filho (a), marido, irmão) depois do início do tratamento no CAPS?

Se sim, quais?

Se não, quais?

3.0 O senhor (a) acha que o tratamento oferecido pelo CAPS deveria mudar alguma coisa, pessoa, tratamento? Se sim o que e como ele acha que deveria ser?

3.1.0 O senhor (a) têm procurado outros tratamentos, além do Caps para seu filho (a), esposa ?

3.2. Se sim, quais?

3.3 Comoseu familiar (filho (a), esposa (a), etc..fica depois dessas consultas?

Fotos autorizadas pela quarta e quinta entrevistadas









