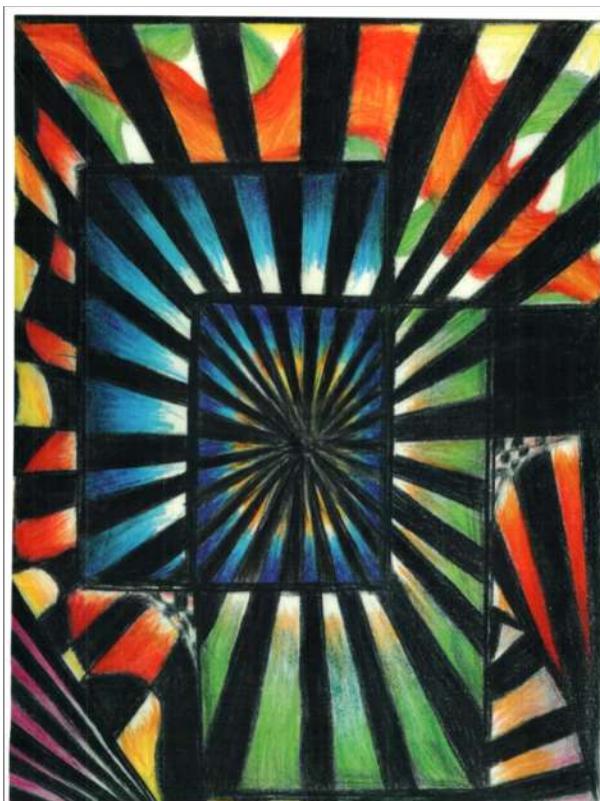


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Programa de Pós-graduação em Antropologia Social

Fernando José Ciello

**A VIDA DO DIAGNÓSTICO:
PRÁTICAS TERAPÊUTICAS E MOVIMENTOS EM UMA
CLÍNICA-DIA**



Florianópolis
2019

Fernando José Cielo

**A VIDA DO DIAGNÓSTICO:
PRÁTICAS TERAPÊUTICAS E MOVIMENTOS EM UMA
CLÍNICA-DIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGAS/UFSC) como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Antropologia Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Esther Jean Langdon.

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ciello, Fernando José

A vida do diagnóstico : práticas terapêuticas e
movimentos em uma Clínica-dia / Fernando José Ciello
; orientador, Esther Jean Langdon , 2019.

346 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas,
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social,
Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. Saúde mental. 3.
Clínica-dia. 4. Diagnóstico. 5. Cotidiano. I. ,
Esther Jean Langdon. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social. III. Título.

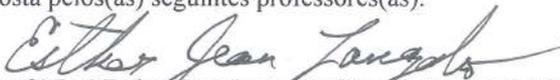
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**A vida do diagnóstico:
práticas terapêuticas e movimentos em uma clínica-dia**

Fernando José Ciello

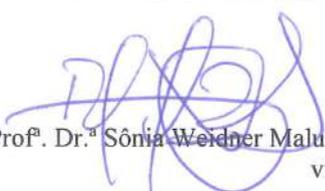
Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Esther Jean Langdon

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos(as) seguintes professores(as):


Prof.^a Dr.^a Esther Jean Langdon (Presidente - PPGAS/UFSC)


Prof. Dr. Nelson Filice de Barros (Examinador externo – Saúde Coletiva/ UNICAMP)


Prof.^a Dr.^a Vânia Zikán Cardoso (Examinadora interna – PPGAS/UFSC)


Prof.^a Dr.^a Sônia Weidner Maluf (Examinadora interna – PPGAS/UFSC) *via videoconferência

Rafael Victorino Devos
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Antropologia Social - PPGAS/CFH/UFSC
Portaria 617/2018/GR de 23/07/2018


Prof. Dr. Rafael Victorino Devos (Coordenador do PPGAS/UFSC)

Florianópolis, 15 de abril de 2019.

AGRADECIMENTOS

Temos falado muito nos últimos anos sobre questões de saúde mental em contextos universitários, principalmente no ambiente da Pós-Graduação e sobre o adoecimento de estudantes ao longo do desenvolvimento de seus trabalhos. Relatos, trocas de experiências e pesquisas têm povoado a cena acadêmica, chamando atenção para as múltiplas formas por meio das quais as pessoas habitam a Universidade e vivenciam um sistema onde habitam, paradoxalmente, diversas histórias, de júbilo e de dor. A escrita da tese nos coloca frente a uma indiscutível vivência do expulsar de si as palavras, onde todo o corpo é chamado a participar, produzindo não somente o texto, mas também cansaço, medo, insegurança, ansiedade.

Imerso nesta sensação de que não é um processo fácil habitar a academia e escrever uma tese escrevo estes agradecimentos para reconhecer, como disse Helena Kolody (*Sinfonia da Vida*, 1997), às muitas passarinhas e passarinhos que se esgueiraram pelos beirais desta caminhada.

Tive amigas e amigos muito dedicados ao longo dos últimos anos, aos quais agradeço pelo suporte, companhia, escuta e presença em minha vida: Rodrigo Müller, Bob Monteiro, Dýjna Andrade Torres, Yérsia Souza de Assis, Wesller Nascimento, Sabrina Testa, Júlia Machado Souza, Denize Refatti, Dayanne Paetzold, Felipe Kruger, Julia Sens, Luiz Barcelos, Arilda Arboleya, Iara Maria Silva, Beatriz Pires Santana, Ísis Jarnicki de Carvalho. Em momentos muito especiais também tive a incrível surpresa de reencontrar grandes amigas, Ana Paula Noffke e Roseny Dalla Valle, que foram amizade, iniciação e caminho em um percurso que precisei aprender a trilhar. Agradeço também à Daniela Fiorese, com quem pude trabalhar questões pessoais e aprender sobre o universo da psicologia. *Shine on you crazy Diamonds!*

Gostaria também de reconhecer a presença de importantes professoras e pesquisadoras em minha trajetória acadêmica, com quem aprendi a reconhecer meus privilégios e também a ter os recursos para compreender, lutar e sentir-me capaz. Agradeço imensamente à minha orientadora, professora Esther Jean Langdon, com a qual compartilhei a quase integralidade de meus

anos de doutorado, inicialmente dividindo o aconchego da casa do Sambaqui, onde – como ela mesma profetizou no primeiro dia que nos vimos – eu “aprenderia muito” e, em seguida, também na construção da pesquisa de campo e na escrita da tese. Agradeço à Jean pelas muitas conversas, aulas, eventos, defesas, seminários, orientações, e também pelos deliciosos almoços e experiências em sua companhia. A força, a intelectualidade, a criatividade, a dedicação e o respeito são marcas indeléveis desta convivência com Jean Langdon e sou muito grato à vida e, sobretudo, à Universidade Pública por proporcionarem este encontro.

Agradeço, também, imensamente, à professora Vânia Zikán Cardoso em cujas aulas sempre aprendi muito e também pelo seu interesse e estímulo constantes para com esta pesquisa. Sou grato por sua incrível capacidade como antropóloga, professora e pesquisadora, das quais fui testemunha em tantos momentos de compartilhamento na/da vida acadêmica.

Agradeço à professora Sônia Weidner Maluf por ter participado em vários momentos desta pesquisa, desde os marcos iniciais da entrada no doutorado, e também pelas importantes discussões no TRANSES, Núcleo de Antropologia do Contemporâneo. Agradeço à Sônia por suas importantes e instigantes contribuições ao campo de estudos da Saúde Mental e da Antropologia da Saúde – que têm sido inspiração em vários momentos ao longo de minha formação. Agradeço ao TRANSES e também ao NESSI, Núcleo de Estudos de Saberes e Saúde Indígena, pela acolhida durante períodos do doutorado e, especialmente, à Eliana Diehl e Mirella Alves de Brito pelo compartilhamento de momentos importantes nesta trajetória.

Por suas inteligentes e comprometidas arguições em minhas bancas de qualificação agradeço, novamente, a Vânia Zikán Cardoso e Sônia Weidner Maluf, assim como às professoras Diana Brown (Bard College, EUA) e Waleska de Araújo Aureliano (ICS/UERJ). À Waleska sou especialmente grato pelas várias conversas e pelo entusiasmo e interesse em minha pesquisa, e à Diana, sou grato pelo cuidado com que sempre leu meu material, buscando dialogar com minhas ideias e inquietações.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social (PPGAS/UFSC) pela oportunidade de convívio com

diferentes sujeitos e suas muitas vivências. Agradeço especialmente às professoras e professores do PPGAS, Esther Jean Langdon, Vânia Zikán Cardoso, Oscar Calavia Sáez, Miriam Pillar Grossi, Maria Eugênia Domingues, Rafael José de Meneses Bastos, pela oportunidade que tive de aprender e crescer em suas aulas.

Agradeço à minha mãe, Dirce Ciello, professora, amiga, ouvidos, força e prova imensa de dedicação e de resistência para habitar este mundo. Ao meu pai, José Ciello, pela cumplicidade, respeito, reconhecimento e amor constante em todos os meus movimentos. Aos meus irmãos, Marcos e Cristiane, meu carinho e meu respeito, além da certeza de que um novo tempo virá e as tantas nuvens que hoje rodeiam se dissiparão. Amo muito vocês!

Agradeço imensamente às muitas pessoas da Clínica-dia, onde mais uma vez fui recebido com muito carinho e respeito para a realização desta pesquisa. Ter estado entre sujeitos que habitam o universo da saúde mental é a razão principal desta tese e à estas pessoas devo meu respeito, meu carinho e minha gratidão pelo compartilhamento de seus conhecimentos. Aprendi sobre a Clínica-dia em diferentes camadas e momentos. Tanto durante a pesquisa, a cada nova etapa, cada relação construída, como ao longo da escrita da tese. A cada capítulo, a cada travamento na escrita, novas Clínicas emergiam, novas possibilidades. Foi muito difícil produzir “recortes” e fazer a “representação” etnográfica desta que foi minha casa por aproximadamente 11 meses. Mas, em todo o processo, e mais ainda agora, ao terminar, fica o sentimento de respeito e amor, assim como o desejo de que a Clínica siga seu trabalho e siga pensando, como sempre fez, em alternativas para o tratamento em saúde mental. A tese também se desdobra em diferentes camadas e, espero, permita ver a cada novo capítulo, a cada nova investida teórica e etnográfica, um pouco mais destes sujeitos com quem convivi, suas dores e itinerários, mas principalmente sua criatividade, sua inventividade e sua paixão. Por nosso acordo de confidencialidade não menciono aqui os nomes destas pessoas, mas elas estão marcadas indelévelmente nesta história que aqui conto, em minha vida pessoal e, tenho certeza, na produção e democratização de conhecimentos sobre e partir do campo da saúde mental. Agradeço à Clínica e seus sujeitos pela amorosa, instigante

e mística jornada que foi a pesquisa de campo. Aprendi e cresci muito com vocês!

Este trabalho foi escrito, essencialmente, a partir dos meses finais de um estágio realizado entre Setembro/2017 e Julho/2018, como Visiting Scholar na Universidade da Califórnia, San Diego. A experiência em outro país, a instabilidade política brasileira e, sobretudo, o sentimento de urgência em compartilhar esta pesquisa fizeram da escrita momentos intensos e difíceis mas, por fim, também muito recompensadores. Deste período em San Diego, agradeço imensamente a Yuning Wang (Kathy), *the best roommate ever, with whom I learned a lot about oriental cuisine and how to navigate beautiful San Diego*, e também à minhas colegas Szilvia Zörgo, *hungarian fulbrighter whose dedication to her research and to our friendship were a constant inspiration* e, também, a Olga Olivas, *com quien conoci La llorona, corridos mexicanos y el Parque Chicano, símbolo de resistencia a través de los tiempos*. Agradeço também aos vários membros do Center for Global Mental Health da UCSD onde fui colaborador durante um período de minha pesquisa, Rogélio Scott-Insua, Giselle Sánchez, Hannah Radner, Alexandra Pryor. Sou muito grato aos meus orientadores na UCSD, professor Thomas J. Csordas e professora Janis H. Jenkins, *for their inspiring Seminars and for opening my mind to new theoretical approaches to mental health. A great deal of the ethnographic analysis available in this dissertation was made in light of their interest in my research and their kind and intelligent feedbacks and ideas*.

Por fim, agradeço também ao meu companheiro João Paulo Roberti Junior, pessoa incrivelmente dedicada e que apareceu nos últimos anos, trazendo consigo grandes transformações e, também, tranquilidade e coragem em momentos importantes. A ele, que me conta histórias para acalmar a ansiedade em dias turbulentos, que aceita meu modo curioso – e as vezes disruptivo – de habitar relações e que, enfim, se interessa e pensa comigo minhas ideias, desejos e projetos, palavras não são suficientes para expressar minha gratidão. Sem você esta tese não seria possível!

Agradeço, por fim, ao CNPq pela bolsa de estudos que permitiu a realização do doutorado e, também, à Comissão Fulbright, pelo financiamento do estágio sanduíche junto à Universidade da Califórnia. Que o Estado, nestes momentos

complexos que atravessamos, continue possibilitando investimentos na Educação, na Pesquisa e, sobretudo, na formação de pessoal capacitado a compreender as complexidades, particularidades e potenciais de nosso país.

Muito se passou nestes últimos anos e eu descobri novos jeitos de me movimentar neste mundo graças ao convívio com estas muitas pessoas. Obrigado!

Nós assumimos um mundo real, objetivamente dado, e quando as afirmações de nossos informantes contradizem esta noção do mundo, vemos confusão em nossos dados, que pode ser satisfatoriamente explicada como uma forma peculiar de “processo de pensamento”. (...) Certo é que a confusão é frequentemente nossa: nós é que assumimos esta imagem de mundo unificado, único, e não eles. Nós tentamos tratar o(s) mundo(s) inteiro(s) de conhecimento de uma outra cultura como um sistema unitário, como o mito da ciência diz que o mundo (realidade) é (...). Nós rotulamos “o outro” de obscuro e misterioso em seu processo de pensamento, quando é mais provável que não tenhamos entendido a relação entre sua “simbolização” e seus padrões de conhecimento e de explicação, bem como a relação de tais padrões com questões práticas.

(Joanna Overring, 1994)

RESUMO

Esta é uma tese sobre a vida cotidiana de uma Clínica-dia para tratamento de “transtornos mentais”. A Clínica que pesquisei faz parte de uma instituição espírita kardecista e tem mantido historicamente uma relação próxima e também as vezes conflituosa com princípios do campo psiquiátrico. Atividades terapêuticas e concepções espirituais circulam de distintas formas no cotidiano, tanto se remetendo aos universos da psicologia, da psiquiatria e da saúde mental, como também a vertentes do campo da espiritualidade, tanto ligadas ao Espiritismo quanto ao que meus interlocutores conhecem como um “paradigma da consciência”. Entendo esta relação como central na maneira como projetos terapêuticos e princípios da Clínica se manifestam mas, ao mesmo tempo, compreendo a inclusão do elemento espiritual como uma forma tanto de diálogo com outros saberes como também uma forma de tensionar práticas psiquiátricas. Tomo como marcos essenciais do desenvolvimento deste texto as ideias de “vida do diagnóstico” e de “movimento”, entendendo que, embora localizado num momento específico do processo de tratar, o “diagnóstico” também aparece em distintos quadros ao longo da vida na Clínica-dia, inclusive para além dos próprios marcos da psiquiatria. Mais do que “rótulos” específicos, ou uma prática especificamente psiquiátrica, as categorias diagnósticas funcionam como operadores que circulam na vida cotidiana, produzindo e agenciando diferentes planos e interpretações. A “vida do diagnóstico” também carrega, em si, a possibilidade de por em relevo as próprias dinâmicas, agências, lutas dos sujeitos com quem convivi, mostrando propriamente a vida e os movimentos que se desdobram no entorno de um diagnóstico. Este trabalho busca ressaltar o aspecto interativo, negociado, relacional das categorias que constituem a vida do tratamento em sua cotidianidade e, ao mesmo tempo, também chamar atenção para os processos nos quais pacientes, diagnósticos e tratamentos ganham vida. Caminho aqui constantemente com uma grande multiplicidade de narrativas, fragmentos de vidas, sobreposição de histórias e, também, ao lado de uma intensa atividade de contar e recontar a vida das pessoas. Sugiro, ao final, que mais do que uma forma esquemática, o

tratamento se desdobra por meio de um jogo constante com diferentes planos interpretativos e, de modo mais geral, em torno de retóricas do sentir e do pensar, em torno das quais orbitam discursos e práticas terapêuticas.

Palavras-chave: Clínica-dia. Diagnóstico. Práticas terapêuticas. Cotidiano. Saúde mental.

ABSTRACT

This dissertation is focused on the daily life of a day-clinic for the treatment of mental illnesses. The clinic I researched is part of a kardecist spiritist institution and has been keeping a close relation, although sometimes also confluous, with the field of psychiatry. Therapeutic activities and spiritual conceptions circulate in different ways in the daily life, relating to the universes of psychology, psychiatry and mental health and also to the field of spirituality, relating both to Spiritism and to what many of my subjects would call a “paradigm of consciousness”. I understand this relation as central in the way therapeutic projects and treatment principles are established in the Clinic but, at the same time, I understand the inclusion of a spiritual element as a form of dialogue with other knowledges as well as a way of tensioning with psychiatric practices. I take as essential milestones in the development of this text, in this regard, the ideas of a “life of the diagnosis” and, also, “movement”, understanding that, although located in a specific moment of the treatment process, diagnostic categories are also portrayed in many different frames during the life of a patient in the day-clinic, also going beyond the models of psychiatry. More than specific “labels”, or specific psychiatric practices, diagnostic categories work as operators that circulate daily life, producing and agencing different interpretations. The “life of the diagnosis” also carries the possibility to highlight the very own dynamics, actions and struggles of the subjects with whom I lived, presenting the life and the movements that unravel around a diagnostic. This work seeks to emphasize the interactive, negotiated, relational status of the categories that constitute the treatment in its every day events and, at the same time, also highlight the processes in which subjects, diagnostic categories and treatment itself come to life. Here I walk a path that is founded in a great variety of narratives, life fragments, overlapping of histories and, also, of an intense and continuous telling and re-telling the lives of people. I suggest, at the end, that more than a schematic endeavor, the treatment unfolds in a constant game with different levels of interpretation and, in a more general look, around

rhetorics of 'thinking' and 'sensing', around which discourses and practices are orbiting.

Key-words: Day-clinic. Diagnosis. Therapeutic practices. Everyday life. Mental health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO, 17

- Hospital Espirita e a ideia de movimento, 19
 - Frentes de pesquisa, 23
- Cotidiano, contexto e heterogeneidade, 25
 - Contar a Clínica, 29
- Pesquisando com/em Saúde Mental, 34
 - Estrutura da Tese, 38

PARTE I – CLÍNICA-DIA, SEUS MOVIMENTOS E ATIVIDADES

Capítulo 1: Primeiros olhares para a Clínica, 42

- 1.1. Equipe, atividades e os fluxos do tratamento, 48

Capítulo 2: Presenças do espiritual, 65

- 2.1. Serviço de Atendimento Espiritual, 75
- 2.2. Ser integral e holismo terapêutico, 81

Capítulo 3: Políticas da espiritualidade, 100

- 3.1. Espiritualidade: *coping* religioso e tensionamentos, 101
- 3.2. Espiritualidade e ampliação do modelo de tratamento, 111

PARTE II – A VIDA DO DIAGNÓSTICO

Capítulo 4: Escritos da doença, 130

- 4.1. A fixação do diagnóstico: anamneses psiquiátricas, 131
- 4.2. Enunciados e narrativa, 151

4.3. Para além da Clínica: atestados e perícias, 169

Capítulo 5: Categorias e diagnósticos em circulação, 177

5.1. Comportamentos, categorias e suas torções, 181

5.2. “Adoecer para melhorar”, 203

5.3. “Personalidade é o pior sintoma”, 213

5.4. Tecendo doenças, 219

Capítulo 6: Espíritos, energias e diagnósticos, 228

6.1. Comunicando com outros mundos e tensionando o psiquiátrico, 228

6.2. Sentindo e dando voz ao desconhecido, 254

6.3. “Uma antena poderosa”, 261

PARTE III – FAZENDO MOVIMENTOS TERAPÊUTICOS

Capítulo 7: Pensar e sentir, 279

7.1. Vida e jeitos de vivê-la: “vida de fora”, metáfora e autonomia, 280

7.2. Sentir, perceber, permitir, 303

CONCLUSÕES, 324

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 332

INTRODUÇÃO

Ao mesmo tempo que os antropólogos tornam explícita a natureza artificial ou etnocêntrica de muitas de suas divisões analíticas, eles se veem num mundo cultural cada vez mais tolerante às narrativas que apresentam uma natureza mista.

Marilyn Strathern (2014, p. 299)

Clínica-dia é um regime de tratamento que tem se tornado muito comum no mundo contemporâneo. Uma pesquisa rápida na *internet* pode conduzir a uma infinidade de instituições e, também, uma diversidade de artigos, trabalhos acadêmicos, escritos legais, propagandas, que mobilizam este modelo em seu conteúdo¹. De modo amplo, o nome parece compreender qualquer tipo de tratamento no qual sujeitos passam por um processo parcial de “internação”.

Qualquer tipo de tratamento parece poder ser realizado por meio desta modalidade² e nos últimos anos ela tem se destacado como um regime que gera menos custos para assistência, o que a tem tornado uma modalidade preferencial em contextos de crise de assistência a saúde (LIOTI, SILVA, CORDONI JUNIOR, 2012), igualmente em serviços públicos e privados.³ Conforme apontado

¹ Na legislação brasileira o regime de Hospital-dia para saúde mental teve, pela primeira vez diretrizes para organização e funcionamento determinados pelo antigo INANPS, por meio da Portaria 224/1992 (INANPS, 1992). O Hospital-dia como uma modalidade de assistência extensiva a outras especialidades foi aprovado, mais tarde, por meio da portaria 44/200 (BRASIL, 2001). Apesar da diferença na nomenclatura, Hospital-dia e Clínica-dia respondem a um mesmo modelo de tratamento, sendo o primeiro o nome preferencial, aparentemente, dentro de serviços públicos, e a segunda em serviços privados.

² As especialidades, muito diversas, incluem Clínicas que realizam somente pequenos procedimentos cirúrgicos, acompanhamento de transtornos alimentares, pacientes de oncologia, hospitais-dia especializados em HIV/AIDS, dependências químicas e alcoolismo. No âmbito do SUS, segundo pesquisas, seriam mais de 440 procedimentos que poderiam ser realizados nesta modalidade de atendimento (LIOTI, SILVA, CORDONI JR, 2012).

³ Embora esta pesquisa não se debruce sobre este tópico, este aspecto também explicita algumas das próprias contradições das reformas brasileiras no campo da saúde, que sugerem um investimento em tratamentos mais humanizados mas, ao

por Lima e Botega (2001), o que assemelha esta variedade de instituições é, ao fim, no entanto, somente o fato de serem todas elas igualmente “parciais”, híbridas, enquanto modelo, da internação completa – onde o paciente permanece pelo tempo do tratamento totalmente institucionalizado – e do atendimento ambulatorial – onde o paciente comparece a consultas, pequenos procedimentos, atendimentos de curta duração.

A presença de Clínicas-dia no campo da saúde mental, no entanto, parece sobrepular a de outras unidades desta natureza e é bastante significativo que este modelo de tratamento, neste campo particular, seja diretamente influenciado por princípios da reforma sanitária e reforma psiquiátrica que marcam a segunda metade do século XX no Brasil (AMARANTE, 1994, 1995, 2007; BIRMAN; COSTA, 1994). Em Clínicas-dia psiquiátricas a dimensão da desinstitucionalização de pacientes é um dos benefícios evidentes do modelo, pois permite um atendimento que prescinde da completa institucionalização dos sujeitos e evoca princípios importantes como o da socialização e autonomia como aspectos terapêuticos (TIKANORI, 1996; TENÓRIO, 2001). Ao mesmo tempo, no entanto, também se tem apontado que os regimes substitutivos, como é o caso de Clínicas-dia, levantaram a responsabilidade do Estado com relação a assistência em saúde mental, deixando este cuidado ao cargo das famílias e outros agentes que, a rigor, não tinham condições de suportar o peso da desinstitucionalização (BIEHL, 2005, p. 48).

Isto significa que apesar de um modelo que tem se tornado preferencial e com benefícios importantes o mesmo também é acompanhado por contradições e ambiguidades, que tornam este tipo de atendimento igualmente importante em termos analíticos e também complexo do ponto de vista clínico e sociocultural. Nesta tese me debruço sobre uma Clínica-dia para tratamento de “transtornos mentais”. Conheci esta Clínica-dia em outros caminhos (CIELLO, 2013) e retorno para ela, neste momento, para investigar sua vida cotidiana e os processos que fazem emergir categorias, sujeitos e diagnósticos. Uma das particularidades de meu campo de pesquisa, como veremos, é o fato de que ele é atravessado pela

mesmo tempo, precisam conviver com a baixa quantidade de recursos.

presença de questões referentes a espiritualidade e concepções de pessoa, saúde e doença diversas do modelo biomédico tradicional.

Muitos dos elementos da Reforma Psiquiátrica, por um lado, portanto, podem ser observados nesta Clínica-dia, sobretudo uma proposta, repetida correntemente por meus interlocutores, de manter os laços sociais dos pacientes e, muito fortemente, “desenvolver autonomia” na vida das pessoas atendidas – uma característica que é quase sempre considerada faltante entre pacientes psiquiátricos. Da mesma forma, o eixo multidisciplinar de organização da Clínica, que se observará na presença de um amplo número de especialidades, também evoca as noções de multi e transdisciplinaridade que compõe diretrizes importantes nas políticas contemporâneas de saúde. Localizo a Clínica-dia com a qual pesquisei, neste sentido, entre as alternativas contemporâneas de desinstitucionalização e, como tal, também como uma instância atravessada pelas questões do campo complexo da Reforma Psiquiátrica.

A Clínica-dia que pesquisei, no entanto, nestes anos em que tenho estado envolvido com ela, sempre se mostrou como um lugar onde também se cruzam outras questões e concepções terapêuticas, e que promove, dentro de uma lógica de multidisciplinaridade, um extrapolamento e/ou tensionamento de concepções diagnósticas e terapêuticas. A Clínica-dia investe, desde o que nomeiam como “projeto terapêutico”, em uma “concepção holística de pessoa”, segundo a qual o ser humano deve ser visto como um “complexo, sistêmico, sinérgico e transcendental”, e onde tanto aspectos psicológicos, quanto familiares, sociais e espirituais devem ser considerados. Ao longo de minha pesquisa de campo conheci o que muitos dos meus interlocutores chamam de “paradigma da espiritualidade” e, neste sentido, estive em contato com um ambiente atravessado por uma variedade de interpretações, tanto de perspectivas psicoterapêuticas e psiquiátricas, quanto também de concepções de saúde mental e de tratamento de origens diversas.

HOSPITAL ESPÍRITA E A IDEIA DE MOVIMENTO

A unidade de tratamento que pesquisei para esta tese de

doutorado é conhecida como Clínica-dia para Transtornos Mentais⁴. Outrora seu espaço fora ocupado por uma imponente residência, e hoje – como muitas das casas antigas e de estatuto nobre nas cidades mais antigas – é ocupada por um espaço de saúde. A Clínica funciona durante os dias da semana, recebendo pessoas para tratamento psiquiátrico, que passam seus dias na unidade e ao fim da tarde retornam para suas casas. No dia seguinte, novamente, pela manhã, as mesmas pessoas, “*pacientes*”, retornam à unidade para outro dia de atividades terapêuticas. A Clínica é parte integrante de um Hospital Psiquiátrico Espírita que oferece atendimento também em outras modalidades, ambulatorial e integral, e que é mantido por uma Federação Espírita. Ao longo do texto, portanto, “Clínica”, “Hospital” e “Federação”, permanecem aparecendo e se deve ter em mente esta relação entre estas instâncias.

Embora alguns serviços do Hospital estejam credenciados na rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) – como é o caso dos atendimentos de urgência e internação – a unidade que pesquisei é tida como um “serviço especializado” e, como tal, é exclusivamente particular e atende convênios públicos e privados. A Clínica-dia com a qual pesquisei, portanto, está dentro de uma rede privada de atendimento. Ao mesmo tempo, como veremos, ela também estabelece conexões interessantes dentro de uma rede de atendimento mais ampla dentro do campo da saúde mental. Durante minha pesquisa convivi com um público de estatuto socioeconômico bastante diversificado, em geral profissionais liberais, servidores públicos, professoras, aposentados e algumas poucas donas de casa⁵.

Quando iniciei a pesquisa de campo com o Hospital em

⁴ Neste trabalho não são identificados os sujeitos da pesquisa, assim como o nome do Hospital ou sua localização. “Clínica-dia TM” (transtornos mentais) é a denominação da unidade que pesquisei.

⁵ O hospital está registrado no CNES/DATASUS como uma entidade sem fins lucrativos. Ao todo, na Clínica-dia, conforme registro no Ministério da Saúde, existem 120 “leitos” disponíveis. Importante notar que, ainda que dentro de um campo em franco processo de reforma institucional e assistencial, tanto na instituição que pesquisei quanto em alguns aspectos das políticas públicas, um vocabulário próprio da era da institucionalização (leito, internamento,...) ainda permanece em uso.

questão, ainda para o desenvolvimento de minha pesquisa de mestrado (CIELLO, 2013) a unidade estava localizada em um outro espaço físico, mais distante do local que pesquisei durante o doutorado, e naquele período ainda era nascente para a instituição a ideia de uma Clínica-dia. Iniciei, naquela época, minha pesquisa junto ao Hospital Espírita, uma antiga e renomada instituição da região, contando uma história de mais de 70 anos de existência, entre aquisição de terreno, construção dos prédios, início de funcionamento. A Clínica-dia estava, então, localizada, no interior desta estrutura maior, antiga, remanescente e aparentada com as grandes instituições psiquiátricas que haviam começado a surgir no país com o alvorecer do século XX.

Desde este início o Hospital está relacionado com a comunidade Espírita⁶ de diversas maneiras. A doação do terreno que deu origem à primeira construção é, por exemplo, um feito reconhecido como tendo sido feito por uma influente personalidade espírita da região, além, também, da presença de Centros Espíritas de suporte e que estavam associados ao Hospital, a presença forte voluntários e funcionários espíritas participando ativamente em atividades, entre outros traços. Além disto toda a estrutura do Hospital é também um departamento de uma das muitas Federações Espíritas existentes na atualidade no Brasil.

Pouco tempo permaneci, no entanto, junto aquela estrutura pois, em menos de um ano, nos idos de 2010/2011, uma reviravolta envolvia a Federação Espírita, e a entrada de um novo grupo que coordenaria o Hospital, estava de alguma forma tensionando os princípios que até então haviam organizado a instituição. Destes tensionamentos emergiu uma rápida venda do terreno da instituição que se seguiu, evidentemente, ao fechamento da instituição e, de modo dramático, a destruição da quase totalidade das estruturas do “antigo” Hospital. A destruição foi noticiada de diversas formas na mídia local e manifestos foram escritos pela comunidade, que não desejava ver o amplo terreno, que ainda

⁶ Salvo quando existir indicação em contrário, quando trato de Espiritismo neste texto, me refiro ao Espiritismo de inspiração kardecista. Interpretação diferente, no entanto, deverá ser dada para o aparecimento de espiritualidade que, como mostrarei no texto, é um objeto diferente e que se endereça a um conjunto algo diferente de práticas, ainda que reiterando zonas de contato com e Espiritismo.

carregava os tradicionais hortos e jardins característicos dos modelos de tratamento do início do século, sendo utilizado por “prédios” ou pelo “interesse monetário”. Nas redes sociais, da mesma forma, grupos de defesa e vários tópicos surgiram para debater o fechamento do Hospital naquele espaço, a rapidez do feito e, para alguns, a “obscuridade” das decisões, que em sua maioria, centravam a Federação Espírita e a nova coordenação da instituição no centro dos debates e das críticas.

Como estava iniciando minha pesquisa junto ao Hospital, fazendo primeiras negociações de campo, passando por Comitês de Ética, entre outros processos dos primeiros momentos dos trabalhos de campo, todas estas questões referentes ao Hospital se faziam muito presentes. Ainda que eu já tivesse, em algumas semanas, vários interlocutores que defendiam a realização da pesquisa, havia a possibilidade de não fazê-la, e uma variedade de “perigos” era apresentada: a nova coordenação do hospital não era vista por alguns de meus interlocutores como confiável, não se sabia se ela permitiria uma pesquisa como a minha; o hospital podia fechar, não se sabia; eu corria o risco de falar com as pessoas erradas, nas horas erradas. Além disto, imediatamente, e até os tempos atuais, circularam sempre o risco da interferência espiritual neste doloroso processo pelo qual passou a comunidade relacionada ao Hospital e uma série de cuidados, envolvendo desobsessão⁷, oração, irradiação de energia⁸, foram empregados para garantir que espíritos mau intencionados não estivessem guiando as decisões da instituição. Como em tudo mais que presenciei ao longo da pesquisa, isto também não era um consenso, mas era flagrante, desde o começo, que meus interlocutores se preocupavam com os riscos de ataques espirituais em praticamente todas as esferas de suas vidas, sendo o cuidado espiritual das dependências do Hospital, da Clínica, objetos frequentes dos pedidos de meus interlocutores em momentos de

⁷ Processo de tratamento no qual médiuns experientes buscam “doutrinar” um espírito obsessivo, “buscando sua moralização através do diálogo convincente, mostrando ao espírito perseguidor, a necessidade de sua transformação, para alcançar a paz e a felicidade.” (EINLOFT, 1994).

⁸ De modo simples, a irradiação, entre os Espíritas, significa a transmissão de energias a distância e, nos termos da instituição “elevar o padrão vibratório da unidade durante o momento da reflexão”.

oração que presenciei, o que também justifica a existência de um grupo específico voltado para a desobsessão espiritual relacionado com a instituição.

Estas histórias e esta intensa mitologia em torno da fundação do Hospital, das influências espirituais e sua relação com os transtornos mentais e com a vida cotidiana, bem como as transformações e constantes movimentos da instituição foram uma primeira marca em minha experiência com a Clínica-dia. Minha relação com estes aspectos caracteriza esta pesquisa de diversas formas e trazem para o presente texto, principalmente, a impressão de movimento constante, oscilação, dificuldade de captar a realidade de uma instituição tradicional que passa por um processo de mudanças, o convívio entre psiquiatria e espiritismo e outros discursos da espiritualidade, entre várias outras interessantes complexidades. Não à toa, portanto, alguns meses após o término desta pesquisa de campo, quando voltei a manter contato com alguns interlocutores, soube que a Clínica tinha “mudado muito, para o melhor”, nas palavras de alguns, e que funcionários haviam sido demitidos, novas práticas adotadas. A mudança, ou “fazer movimentos” como frequentemente diziam meus interlocutores se afirma, assim, como uma dinâmica importante de meu contexto.

FRENTES DE PESQUISA

Realizei pesquisa de campo na Clínica-dia entre os meses de agosto de 2016 e julho de 2017. Minha aproximação e interesse pela instituição, no entanto, se iniciou muitos anos antes dos marcos institucionais do curso de doutorado. Fiz a primeira visita às dependências da Clínica ainda no ano de 2011, quando então desenvolvi minha pesquisa de mestrado e busquei refletir sobre a relação entre a reforma psiquiátrica, o tratamento em saúde mental e o trabalho terapêutico em torno da noção de identidade (CIELLO, 2013). Antes disto, por outros caminhos, também já havia participado brevemente do desenvolvimento de outros projetos acadêmicos de investigação sobre esta e outras instituições psiquiátricas.

O que garantiu minha efetiva inserção na Clínica-dia, no entanto, foi a atuação que tive como voluntário durante a pesquisa

de campo, prática que me foi sugerida ainda nos meus primeiros contatos com o Hospital, em 2011. Como voluntário, posição que se repetiu na pesquisa que ora apresento, eu contribuía para a organização de atividades e, também, oferecia duas oficinas, de antropologia e de música para os pacientes da Clínica-dia. Ter realizado as oficinas permitiu que eu estivesse em contato direto com os pacientes e suas histórias.

Durante o campo eu buscava acompanhar os movimentos dos sujeitos da Clínica-dia – em alguns dias primordialmente assistia aos grupos terapêuticos e, em outros, simplesmente fazia companhia para os vários pacientes que por decisão pessoal não participavam de atividades. Em outros dias acompanhava os caminhos de algum dos profissionais, nas reuniões que participavam, escrita de prontuários, conversas paralelas, intervalos, e principalmente na realização de suas atividades e grupos terapêuticos.

Nas muitas andanças na Clínica-dia, em meados de Fevereiro de 2017, consegui junto ao Hospital a autorização para também observar os prontuários psiquiátricos ativos na Clínica-dia e, na segunda metade da pesquisa, por um período de quatro meses, também participei de Reuniões Mediúnicas associadas às práticas de alguns dos profissionais da Clínica-dia, participação que foi negociada durante longos meses com participantes do grupo, igualmente profissionais da Clínica e voluntários associados com a comunidade espírita.

Em alguns momentos da pesquisa “substituí” profissionais na realização de seus grupos e, em muitos outros, estive também na sala de equipe apenas ouvindo conversas entre profissionais e consultando prontuários. Em outros momentos ainda, estive na sala de estar conversando com pacientes, ou em suas atividades de terapia ocupacional ou de artesanato, fazendo caminhadas na rua, conhecendo seus “casos psiquiátricos” e suas variadas histórias. Em quase todos os dias, por fim, estive em ambos os lugares e também “sujeito” ao próprio ambiente e suas vicissitudes – “crises”, ausência ou faltas de profissionais, tensões entre a Clínica-dia e outras instâncias da instituição, compartilhar e ouvir histórias de vida. Em todo momento, portanto, esta pesquisa de campo se desenvolveu propriamente no *movimento* entre vários lugares e atividades e,

igualmente, no acompanhamento e na vivência dos movimentos das pessoas, profissionais e pacientes, nas suas práticas diárias na Clínica-dia.

A etnografia que é apresentada nesta tese é composta de vários diferentes momentos e também de vários estilos de escrita e de apresentação dos dados. Isto se deve, como tenho apontado, ao fato de que a pesquisa de campo, propriamente, se deu num intenso movimentar entre distintos momentos, grupos. A tese não se ampara exclusivamente na observação participante, mas igualmente em livros indicados por meus interlocutores e interlocutoras, gravações de algumas das sessões mediúnicas das quais participei, trechos de prontuários psiquiátricos, documentos oficiais e propagandas da instituição, entre outras pequenas fontes que aparecerão aos poucos ao longo do texto. Um campo de pesquisa como este que estou apresentando, amparado como está na indefinição de fronteiras, ao lado de uma fidelidade a determinados princípios doutrinários e filosóficos, só pode ser pensado se também a etnografia se abre para a multiplicidade de vozes que – no curso da pesquisa – falam sobre o campo em questão. É neste sentido que busco evocar a ideia de movimento constantemente no texto, para ressaltar o caráter dinâmico de meu contexto de pesquisa e, ao mesmo tempo, sua capacidade de intertextualidade com vários outros planos.

COTIDIANO, CONTEXTO E HETEROGENEIDADE

A quase totalidade do material de campo desta pesquisa provém da própria cotidianidade da vida na Clínica-dia, conversas, histórias, fragmentos de vidas, e da própria convivência com as pessoas em seus momentos de atividades terapêuticas, alimentação e lazer. Como a Clínica-dia é organizada internamente em uma grande variedade de “grupos terapêuticos”, ou “atividades”, outra parte importante da pesquisa de campo provém da observação destes vários “eventos críticos”⁹ da vida cotidiana – “reuniões de

⁹ Empréstado, aqui, de Peirano (2002), em seu trabalho sobre a noção de ritual em antropologia, a ideia de “eventos críticos”. Como sugere a autora, ainda que vulneráveis ao cotidiano e ao imponderável, certos “eventos” tem um caráter mais ou menos estruturado e são percebidos como diferentes na vida social. Uso esta

equipe”, “assembleias” e também dos diversos grupos terapêuticos, que abordavam uma variedade de temas.

Embora este conjunto de atividades componham, por um lado, o próprio viver cotidiano da Clínica-dia, suas práticas e discursos, eles também implicam, ao mesmo tempo, em ângulos diferentes por onde diferentes sujeitos olhavam suas vidas e a de outros dentro da unidade. Este passeio por estes ângulos trouxe uma grande complexidade para o processo de pesquisa dado que sempre ficou claro que o processo terapêutico se dá por meio de um deslocamento constante de sentidos e interpretações por entre estes vários ângulos ou enquadramentos que são, ao mesmo tempo, interpretativos e classificatórios. Nestes deslocamentos conheci muitas histórias e participei de muitos grupos terapêuticos e atividades.

Estar em campo na Clínica-dia foi, assim, uma experiência muito marcante e a cotidianidade do tratamento psiquiátrico e a heterogeneidade de ângulos e interpretações são traços muito marcantes do presente trabalho. *Imagine-se o leitor*, neste sentido, não num ambiente exótico e diferente, ou desprovido de seus apetrechos e objetos de conforto mas, num ambiente muito familiar, de fato a estrutura de uma antiga residência, observando uma pessoa falando de suas atividades bancárias, uma professora descrevendo a dificuldade de trabalhar “hoje em dia”, uma psicóloga que passa vez ou outra por um corredor e pede por alguém, um sujeito que dorme tranquilamente num sofá, um sem cessar de movimentos, conversas, questões, atividades. Se aprofundando no ambiente você vê não “a” loucura, que séculos de alienação ajudou a construir como disparatada, sem razão, violenta, destruidora, mas figuras e quadros dotados de uma certa especificidade e, ao mesmo tempo, familiaridade.

Minha pesquisa com a Clínica, desde os primeiros momentos, sempre foi o encontro não com o irracional, mas com o flagrantemente familiar. A loucura “contemporânea”, e isto não é

categoria não para sugerir uma comparação das atividades com o conceito de ritual, mas para evocar este aspecto de estrutura que perpassa – como veremos – as “atividades terapêuticas” da Clínica-dia: ainda que plurais, elas são estruturadas e estruturam, da mesma forma, o “processo terapêutico” da Clínica-dia.

novidade, é talvez, por um lado, a própria vida vivida em suas tantas idiossincrasias: pessoas que não aceitam separar-se de seus companheiros; idosos e idosas que parecem as vezes abandonados pela família; adolescentes que sofrem por não corresponder a expectativas dos pais; o sonhar e conviver com imagens perturbadoras; o medo; a vergonha; o chorar e o querer morrer.

Ao mesmo tempo, no entanto, a facilidade com que meus interlocutores pulam entre muitos planos ou níveis de discussão sobre a “realidade”, trazendo simultaneamente alucinações, espíritos, luzes, vultos, para a construção do cotidiano, é também um exemplo de como a Clínica é habitada por extraordinário dinamismo, que representam desafios constantes à comunicação entre pacientes e profissionais, dado um privilegiamento implícito por discursos “coerentes”, mas que também constantemente aponta para os limites dos saberes psiquiátricos e psicoterapêuticos na lida com o fenômeno do transtorno mental. Do início ao fim, em meu conhecimento da Clínica-dia, meu fazer etnográfico é, assim, também atravessado pelos fazeres e falares da Clínica-dia em suas muitas complexidades e é neste terreno da vida e do tratamento psiquiátrico que tento me debruçar nesta tese, pensando como esta complexidade faz emergir um tratamento e suas possibilidades interpretativas.

Pela forte presença que a Clínica-dia tem tido em minha formação e também por entender que a Clínica-dia, como qualquer ambiente, só pode, de fato, existir, por meio de sua constante reconstituição – o que de fato é uma marca muito forte desta instituição – eu resisto, aqui, a qualquer processo de contextualização que limite ou circunscreva de maneira taxativa os modos e processos nos quais a Clínica-dia se constitui como tal.

Como apontei anteriormente a Clínica-dia está, de uma maneira ou outra, inegavelmente conectada com o universo mais amplo da reforma psiquiátrica, seja ideologicamente, seja pelas próprias redes de assistência em saúde mental que se constituíram na esteira de tais políticas, e das quais a Clínica não deixa de fazer parte; seja pelas práticas profissionais, já orientadas para uma consideração de aspectos do universo da desinstitucionalização; seja pelos próprios dilemas da atenção em saúde mental, que inevitavelmente estão no centro dos debates da Reforma Psiquiátrica.

A mobilização de explicações, para dizer de modo amplo, que se remetiam ao “mundo espiritual”, somadas a histórica relação do Hospital com a comunidade Espírita, por sua vez, indicariam que talvez uma chave de leitura da Clínica também se encontraria nos meandros da relação entre psiquiatria e Espiritismo no contexto da Clínica-dia e da própria história da psiquiatria no Brasil. Sempre ficou claro, afinal, que persiste no cotidiano, sobretudo nas falas de interlocutores “mais velhos de casa” – pacientes ou profissionais –, uma narrativa sobre a história, as relações políticas, epistemológicas, os vieses terapêuticos, sempre se remetendo à forte presença da comunidade Espírita e aos modos de conhecer e tratar particulares daquele universo.

Percebo a Clínica-dia como uma realidade que, no entanto, extrapola estas possibilidades analíticas, seja da Reforma, seja da relação entre Espiritismo e Psiquiatria. Ao longo desta pesquisa de doutorado passei a ver a Clínica-dia como um ambiente poderoso e envolvente, no sentido de que parece constantemente solicitar e compelir os sujeitos a viver e sentir as dinâmicas cotidianas, o que atraiu minha atenção para o próprio cotidiano e para as interações. Para além disto, ao longo da pesquisa, a presença do *modelo holístico de pessoa*, do *paradigma da espiritualidade*, paralelos às práticas psiquiátricas, os tensionamentos entre estes campos, acabaram ocupando mais espaço na maneira como habitei aquele ambiente e de como, para mim, meus interlocutores produziam suas realidades.

Seguindo este caminho analítico proponho, neste sentido, que esta tese versa *também* sobre Reforma Psiquiátrica e *também* sobre Espiritismo, mas não pretende se endereçar diretamente a nenhum destes campos de pesquisa já bastante desenvolvidos na Antropologia brasileira. Não vou me ocupar do desenvolvimento histórico das relações entre Psiquiatria e Espiritismo, nem tentarei dar uma resposta para como a Clínica-dia se produz como instituição e lugar de tratamento dentro das intrincadas redes contemporâneas de assistência em saúde mental. Todas estas teses seriam possibilidades interpretativas do material de campo que possuo e, em seu próprio direito, contribuições importantes para pensar o campo da saúde mental brasileiro.

Deixo ao/a leitor/a a tarefa de descobrir, enfim, como a tese lida com estas questões, mas adianto que o que aqui está escrito se endereça a pensar como a convivência de enquadramentos diagnósticos e terapêuticos e a heterogeneidade discursiva produzem o tratamento psiquiátrico num lugar particular. Ao mesmo tempo, não me prendo aqui ao compromisso de oferecer respostas definitivas mas, principalmente, mostrar processos nos quais pacientes, diagnósticos e tratamentos ganham vida. Entendo que é nas intrincadas concepções e processos terapêuticos que acessei, assim como nos vários eventos da vida cotidiana, que a *vida* do tratamento psiquiátrico vai sendo propriamente precipitada. Tento, assim, ser fiel a esta heterogeneidade e reconhecer que os caminhos, falas e práticas, ainda que dispersos ou tortuosos, produzem coisas.

Em outras palavras, esta tese permite problematizar sobre a relação entre etnografia e a ideia que se tem de contexto, sobretudo na pesquisa do universo complexo e polissêmico da saúde mental e também, direta e indiretamente, do campo ainda mais complexo e polissêmico da espiritualidade. Além de determinantes histórico-político-institucionais que possam vir a ser investidos como potenciais *contextualizadores* das vidas com as quais pesquisei, entendo que, na Clínica-dia, as falas de pacientes e profissionais, suas experiências e formas de ver o mundo, também geram, elas próprias, processos que contextualizam suas vidas e o próprio processo terapêutico que vivenciam na Clínica.

CONTAR A CLÍNICA

Postos estes marcos sobre a importância do cotidiano e das muitas histórias com as quais convivi, o problema que se configurou em meu processo era propriamente relacionado ao modo de textualizar esta vida cotidiana e às escolhas que eu faria para *contar a Clínica* aos meus leitores. Seguindo as pistas das reflexões de W. T. J. Mitchel, na abertura do livro *On Narrative* (1981), me questionei sempre qual o enredo mais adequado para propor uma discussão sobre este contexto complexo do qual falo. O que seria relevante informar? Qual o começo? O começo deveria ser uma preocupação? Qual história eu gostaria de contar? No caso de

Mitchel, que abre um texto seminal contendo várias, e em alguns casos contrastantes, perspectivas sobre narrativa, ele se questiona se a história a se contar seria aquela dos organizadores do simpósio, com suas propostas para reunião das pessoas que ali iriam apresentar suas reflexões. Ou, por outro lado, se seria melhor contar uma história baseada na própria genealogia do conceito de narrativa, retrazando o percurso intelectual longínquo. Ou, ainda, se questiona o autor, se não seria melhor focar nos “fatos”, passando a limpo tudo que foi feito e dito, e por quem, e quando.

Similarmente, minha questão era sempre a de que a Clínica me oferecia muitas “versões” de si mesma, a partir de diferentes perspectivas claro, mas ainda assim versões em seu próprio direito, que valeriam a pena ser olhadas e pensadas. Ao fim, as múltiplas histórias que conheci, ouvidas de pacientes e profissionais, filtradas em várias outras conversas, algumas ditas a mim em primeira pessoa, outras ditas a mim já em terceira ou quarta mão, discutidas e rediscutidas ainda outra vez nos grupos terapêuticos e nas assembleias e nas reuniões de equipe, acabaram assim se tornando o principal material desta pesquisa. Tento assumir nesta tese, assim, uma posição de reflexão sobre/a partir deste conteúdo fragmentar e, ao mesmo tempo, elementar da vida na Clínica-dia; e também sobre a possibilidade de que aquela realidade encontra umnexo, um sentido, precisamente neste processo as vezes fragmentários.

Sou inspirado neste processo de contar a Clínica pelos trabalhos de Langdon (1994), Jenkins (2015), Maluf (2003; 2017), Cardoso (2007), entre várias outras autoras e autores, que chamam atenção, cada um/a à seu modo, para os lugares da experiência, da narrativa, dos processos sociais como constituintes de categorias e sujeitos, e assim por diante. Evidentemente há várias nuances teóricas nestes trabalhos e eu os apresento aqui também num ir e vir constante, pensando amarrações possíveis com as teorias disponíveis.

Em seu próprio contexto de pesquisa Maluf (2003) afirma que a coerência na experiência de praticantes envolvidos em novas culturas religiosas deve ser encontrada nos itinerários percorridos e nas experiências individuais e coletivas e não propriamente nos limites e restrições dados em formas institucionais. Esta abordagem leva a autora a constituir uma perspectiva teórica e

etnográfica que privilegia os sujeitos implicados e a experiência, e não os sistemas religiosos (p. 163). Em Andrade e Maluf (2017), problematizando o uso da palavra “usuários” para sujeitos em experiências de tratamento psiquiátrico em contextos institucionais, vemos, de modo complementar, o uso da categoria “experientes” para resgatar precisamente o “caráter irredutível da complexidade e da integralidade das experiências dos sujeitos a qualquer tipo de denominação” (p. 276).

Uma primeira dimensão, portanto, da compreensão dos múltiplos fragmentos de histórias de vida e narrativas com os quais lido aqui está relacionada minimamente com esta perspectiva que privilegia o próprio processo e as interações, perseguindo relações e movimentos. Ainda que eu não trate propriamente de uma nova cultura religiosa, o universo ao qual muitos de meus interlocutores se remete se beneficia da indefinição de fronteiras, na experiência subjetiva, no itinerário percorrido ao longo de um tratamento. Neste sentido, estas abordagens se mostram cruciais em meu trabalho. Tomo fragmentos, neste sentido, não como elementos aquém de uma narrativa completa ou insuficientes, mas como a forma mesma do contar na Clínica-dia, disperso e diluído em diversas etapas e momentos.

Nas perspectivas de Langdon (1994) e Jenkins (2015), onde a experiência aparece como uma categoria importante, mediadas no primeiro caso pela antropologia simbólica e interpretativa, e no segundo, pela antropologia psicológica, também encontro um suporte para reflexão sobre meu campo, na medida em que as autoras propõem um olhar para a “doença”, e a doença “mental” (no segundo caso), como processos experienciais e onde muitos atravessamentos podem ser observados. Ainda que eu próprio não tenha muitas considerações sobre experiência (como categoria teórica), considero importante aqui o resgate do caráter processual da emergência das categorias da vida na Clínica-dia e, igualmente, do reconhecimento da natureza essencialmente fragmentaria da etnografia (Comaroff e Comaroff, 2010). Busco constituir uma escrita etnográfica que permita incluir as múltiplas histórias que conheci em sua aparente incoerência e sem a pretensão de estabelecer ou descortinar um sentido oculto das narrativas que emergem da vida na Clínica-dia.

Algumas nuances da discussão teórica sobre contexto dá a oportunidade de fazer uma primeira consideração sobre as inquietações que relacionei anteriormente a respeito das muitas formas de contextualizar meu campo de pesquisa. Hanks (2008) resgata a existência de distintas abordagens e definições de contexto, variando de acordo com preferências disciplinares, e ao mesmo tempo, chama atenção para a presença de formas hegemônicas de perceber a isto que chamamos de contexto. Para Dilley (1999), desde Malinowski antropólogos/as tem recitado a fórmula de que fenômenos sociais e culturais devem ser postos em contexto e que tudo o que rodeia um fato constitui aquilo que contextualiza, informando de maneira crucial o modo como os textos antropológicos vem ao mundo. Dilley (idem) sugere que o contexto não seja tomado como não problemático e que se questione em torno da ideia de que o contexto é sempre anterior ao fenômeno propriamente. Hanks (2008), por sua vez, sugere a existência de uma concepção de contexto que se dá propriamente em camadas e em processos de contextualização, e não como uma entidade de contornos facilmente definíveis e reconhecíveis. Esta problematização pode ser particularmente interessante para a antropologia, onde se lida com campos de pesquisa que cada vez mais evidenciam a profusão de sentidos, sujeitos e objetos envolvidos na construção do “social”.

Em suma o apelo de Hanks (2008) se volta para a percepção de interações, campos sociais, intencionalidade, entre outras abstrações teóricas, como realidades fluidas e interconectadas. A discussão de Bauman e Briggs (2006) sobre contexto também se mostra particularmente importante aqui, pois resgatam essencialmente o problema da “falsa objetividade” da noção de contexto. Num primeiro lugar, afirmam os autores, a equação segundo a qual o contexto é um conjunto de dados objetivos que circulam os enunciados gera o problema de que sobra ao pesquisador definir o que entra em uma definição do contexto relevante para a caracterização de uma cena. Para os autores (idem) diminuindo, com isto, o potencial de discernir quais elementos da interação social são considerados relevantes pelos seus próprios atores. Em segundo lugar, ainda, esta perspectiva “objetiva” oculta a forma como “a fala dá forma ao cenário,

frequentemente transformando as relações sociais”. (ibid., p. 200), o que para o caso da Clínica-dia, por exemplo, é um apontamento muito importante para a compreensão das relações ali constituídas.

A própria vida cotidiana do tratamento, suas conversas, histórias, performances narrativas, diagnósticos, espíritos, vultos, alucinações, imagens, sonhos, luzes e, por fim, também doenças, diagnósticos e remédios, são matérias relevantes do contexto da Clínica-dia, bem como de sua transformação. Sugiro que isto constitui uma *paisagem narrativa* na Clínica-dia, mais do que um discurso bem acabado sobre a vida do tratamento; uma paisagem que é habitada por esta multiplicidade, e que se movimenta e circula de modos algo insondáveis. Não obstante, é também desta e nesta multiplicidade que emergem as próprias categorias da vida na Clínica. Como sugere Cardoso (2007), falando de seu contexto de pesquisa, estes objetos se congregam as vezes em um imaginário e em um “ver o mundo” (p. 317) que pode ser distinguido nas práticas de alguns de meus interlocutores. A partir de sua pesquisa sobre as macumbas cariocas e em seu conceito de narrativização, Cardoso (2007) ressalta que o modo fragmentado e disperso de contar, característico de seu contexto de pesquisa, também faz com que os próprios “sujeitos da experiência” propriamente venham ao mundo, isto é, sejam engendrados pela própria prática narrativa. (pp. 318-319).

Esta pesquisa foi feita na companhia de histórias que priorizavam perspectivas e lugares diferentes, de acordo com os agentes envolvidos. Os usuários da Clínica-dia buscavam enfatizar suas histórias pessoais, itinerários¹⁰, momentos em que a doença iniciara, experiências na rede de tratamento em saúde mental, e não

¹⁰ Utilizo “itinerário” para indicar os caminhos percorridos pelas pessoas em sua busca de cuidado, tanto no sentido atribuído por Langdon (1994), quanto por outros autores (ALVES, 2015; CABRAL; MARTINEZ-HEARNÁEZ; ANDRADE; CHERCHIGLIA, 2011). O conceito, no entanto, é amplo, e vastamente utilizado em antropologia, com uma série de conotações. Neste texto me benefico na maior parte do tempo, das ideias de jornada, carreira, trajetória, para indicar principalmente o período de tratamento de uma pessoa na Clínica-dia, me aproximando principalmente da ideia de “carreira”, conforme desenvolvida por Goffman (2010). O trabalho de Langdon (2001), ainda, sobre como a doença emerge dentro desta jornada, mediada pelas próprias narrativas, também é uma inspiração importante para este trabalho.

necessariamente a “doença”. Ao mesmo tempo, no entanto, os interlocutores de minha pesquisa também depreendiam uma alta dose de reconhecimento e de alívio quando enfim podiam dizer que estavam doentes de alguma daquelas categorias que circulavam, o que também fazia com que a própria história no tratamento fosse, em alguma medida, também a própria história sobre os modos como “doença” emergia no contexto da Clínica-dia e nas histórias (re)contadas por meus interlocutores. Os profissionais, ainda que eu tenha encontrado em meu campo uma variedade de especialidades de saúde não são, ao fim, somente “especialistas” em suas áreas, mas ocupam um lugar de apresentar e fazer circular as categorias com as quais trabalham.

É essencial, neste ponto, ter em mente a natureza processual e dinâmica do “contar” dos sujeitos da pesquisa: conheci histórias que mudaram grandemente entre um internamento e outro, antes e depois de terapias e outras que permaneceram as mesmas, mesmo com os tratamentos. Isto é, ouvi as mesmas histórias e também histórias diferentes, e muitas transformações delas. Muitas destas histórias, igualmente, são contadas em uma temporalidade bastante própria da vida na Clínica-dia. Conhecer um paciente e ouvir sua narrativa não era nunca um processo único, mas que se distribuía por semanas, meses até, e que ocorria entre intervalos, ausências, mudanças. Conheci também muitas pessoas por meio de suas próprias perspectivas e também por meio das perspectivas de outros agentes, sobretudo a escrita de suas vidas nos prontuários e também da opinião dos profissionais. Este é um aspecto elementar da vida na Clínica: os nexos, os sentidos, são encontrados precisamente neste processo de tecer com vários fios a realidade e busco mapear alguns destes sentidos.

PESQUISANDO COM/EM SAÚDE MENTAL

Os procedimentos éticos para a realização de investigação de sujeitos do campo da saúde mental foram sempre objetos de intensa reflexão em minha experiência de pesquisa (CIELLO, 2013). Embora não sem as usuais demoras, a investigação que ora

apresento foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa¹¹. No entanto, para além dos marcos burocráticos, em todo o processo de pesquisa fui sempre acompanhado e beneficiado pelo generoso contato com dirigentes da instituição que pesquisei e pelo apoio inesgotável de coordenadores que passaram pela Clínica-dia.

O estado muito sensível de muitos pacientes e, ao mesmo tempo, a aura de cuidado e de perigo imposta muitas vezes pela equipe, sempre me colocou na necessidade de estar não somente acompanhado, mas também de sempre acompanhar a outras pessoas, profissionais da Clínica, em suas andanças diárias. Como afirmei acima, esta tese se baseia nos encontros coletivos, na participação de grupos, em muitas conversas cotidianas. Todas estas eram situações em que a legitimidade da minha presença estava sempre relativamente incontestada, até por que na quase totalidade das vezes, pelo menos mais no início da pesquisa, os pacientes eram sempre consultados a respeito da possibilidade de minha participação em cada atividade singular da qual eu participava.

Eu estava, no entanto, sempre em contato com as fragilidades de minha posição, como quando fui acusado por um paciente de tê-lo assediado logo nos primeiros dias que estive na Clínica. Não estivesse eu ausente em tal dia e não fosse o argumento profissional de que o paciente estava *'alucinando'* seria difícil sustentar que não tivesse feito o que quer que ele tivesse dito. Em outros momentos, ainda, minhas palavras foram usadas por alguns pacientes para, supostamente, granjear benefícios junto a equipe, o que também colocou meu discurso na mira de algumas pessoas, levando a sugestão de que eu deveria sempre “mexer o menos possível com a cabeça das pessoas”. Era sempre bom, para os profissionais com quem convivi, evitar a mais remota possibilidade de aumentar a “paranoia” dos pacientes, buscando ao contrário sempre criar um ambiente de escuta, confiança e respeito com os pacientes e, portanto, também não faltando às minhas atividades, cumprindo com os deveres que havia assumido junto à Clínica e mantendo uma certa constância na maneira de me comportar junto a todos, pois,

¹¹ Processo 66723617.1.0000.0121, do CEP da Universidade Federal de Santa Catarina, via Plataforma Brasil.

afinal, isto tudo seria também terapêutico para aquele contexto. Parecia relativamente difundida a ideia de que mudanças drásticas de comportamento e de práticas poderiam ser o gatilho também para transformações nos comportamentos dos pacientes.

Em alguns momentos eu tive mais facilidade de anotar coisas em seu momento de fala, mas isto limitava grandemente minha interação com o ambiente, sobretudo por que “meu papel” junto a Clínica nunca foi o de um observador alheio ao que acontecia. Mesmo em grupos de atendimento familiar, ou nas assembleias, a equipe de profissionais com muita frequência anunciava a presença do “antropólogo” e “pesquisador” e, não raro, era interpelado por familiares, pacientes e profissionais a emitir opiniões, pensar junto a eles as situações que apresentavam. Em algum momento, por fim, eu próprio me apropriei parcialmente deste papel e, ainda que do meu lugar híbrido, também partilhava com os demais minhas percepções, angústias, questões, ideias, interpretações. Ao longo da maior parte da pesquisa de campo, portanto, minhas anotações foram sempre feitas posteriormente, quando já em minha casa. Isto não impediu, no entanto, que tivesse sempre inúmeros cadernos de notas junto comigo, que contribuíram grandemente para a escrita do diário e da tese.

Ao longo da escrita deste trabalho também refleti constantemente sobre o modo de apresentar textualmente meus sujeitos de pesquisa, especialmente em relação às suas identidades de gênero e, de modo geral, também em relação a proteção de sua confidencialidade e privacidade. A presença de mulheres na Clínica, por exemplo, tanto entre pacientes quanto entre profissionais, era na maioria do tempo, sutilmente superior. Estratificando este dado, no entanto, veria sempre que entre os quatro profissionais da psiquiatria e os quatro profissionais da psicologia, somente um deles, em cada categoria era mulher. No caso da psicologia, interessantemente, duas outras profissionais mulheres ainda atuavam na Clínica, porém não com a função de psicólogas. Assim, apesar da predominância de mulheres nos números mais gerais da Clínica, nas categorias profissionais que são tomadas pela equipe como centrais para o andamento da Clínica a presença de mulheres é bastante inferior ou, no mínimo, desigual.

Enquanto isto, nas atividades de artesanato, limpeza, cozinha, funções administrativas, enfermagem, voluntárias de Reiki e de artes, musicoterapia, e nas atividades alternativas de modo geral, a presença de mulheres era sempre bastante significativa, para não dizer exclusiva em alguns casos.

À primeira vista o uso do masculino genérico me auxilia a evitar que algumas pessoas sejam identificadas, sobretudo por que, dado o número maior de homens em algumas categorias profissionais, nomear as mulheres imediatamente possibilitaria que as mesmas fossem identificadas. Em contrapartida, o uso do masculino genérico, também nestes casos, implicaria em uma forma implícita de invisibilizar a presença e o papel das mulheres, já sub-representadas, nestas mesmas categorias profissionais.

Ainda que não seja o objeto desta tese, não é meu interesse possibilitar o surgimento de uma etnografia que não chame atenção para as muitas sutilezas e complexidades de instituições psiquiátricas, entre as quais questões de gênero certamente são um tópico relevante. Tomando, por exemplo, as profissionais da limpeza, categoria inteiramente ocupada por mulheres mesmo quando em substituições, textualizar de modo rápido ou acrítico esta diferença do gênero poderia sugerir, novamente, a marcação de uma categoria profissional com um gênero específico, reproduzindo um preconceito de gênero. Por outro lado, ainda, não textualizar estas diferenças também reduziria o potencial analítico e de crítica a partir destas clivagens.

Em minha experiência de pesquisa Hospitais Psiquiátricos são espaços nos quais, em geral, a presença de homens é bastante significativa, sobretudo entre profissionais da medicina. Isto reforça não só a própria clivagem já existente em nossa sociedade com relação a participação da mulher no mundo do trabalho, como também relações de gênero presentes no próprio campo da medicina. Num certo sentido, portanto, a Clínica reproduz a sociedade na qual está inserida e, ainda que tristemente, de um ponto de vista sociológico não nos estranha a presença da mulher seja maior em trabalhos que historicamente são considerados “mais adequados” para mulheres, tais como a limpeza, organização, decoração, artesanato, enfermagem. Pensando nestas complexidades, decidi por adotar, em alguns momentos do texto a

troca de nomes de meus interlocutores – para proteger seu anonimato – mas mantendo o gênero da forma como adotado por meus sujeitos de pesquisa, principalmente quando uso como recurso os nomes para melhor textualizar os cenários etnográficos, o que não faço em todas as situações. Em outros momentos, dado que convivi com muitos sujeitos, apenas utilizo iniciais (A., P.) para indicar lugares de fala.

Considero importante ressaltar como mulheres e homens são percebidos/as e tratados/as em ambientes de saúde como este onde estive e também para refletir sobre como diferentes gêneros habitam o universo profissional da saúde mental. Sempre, no entanto, coloco o anonimato em primeiro lugar. Talvez seja mais certo, portanto, deixar meus leitores e leitoras avisados/as de que esta pode ser uma fraqueza do texto e anunciar que um estudo mais atencioso para estas questões precisaria necessariamente ter condições de evitar algumas restrições que tive nesta pesquisa. Em suma, este não foi um tema fácil de abordar e busquei tomar diversos cuidados ao longo da escrita, tanto para garantir o anonimato quanto para não produzir uma antropologia ou uma etnografia gendrada.

ESTRUTURA DA TESE

O texto que segue está estruturado em três partes constituintes sendo a primeira (I) dedicada à organização da Clínica-dia, suas atividades e grupos terapêuticos. Ainda que assentada na ideia de movimento e de fluidez entre suas atividades, abordo como a Clínica-dia constitui uma narrativa própria sobre o que constitui o tratamento e, neste sentido, é imaginada em torno de terminadas etapas, processos, momentos e comportamentos. Veremos ainda na primeira parte, que inclui os capítulos um, dois e três, sobre os modos com que o espiritual se torna presente na vida cotidiana e, em suas ambiguidades, tensionamentos e concepções, informa aspectos dos projetos terapêuticos e do processo de tratamento que se propõe.

Na segunda parte da tese (II) me dedico de maneira alongada e descritiva a discutir o que constitui, propriamente, a “vida do diagnóstico”, tendo como recursos prontuários psiquiátricos,

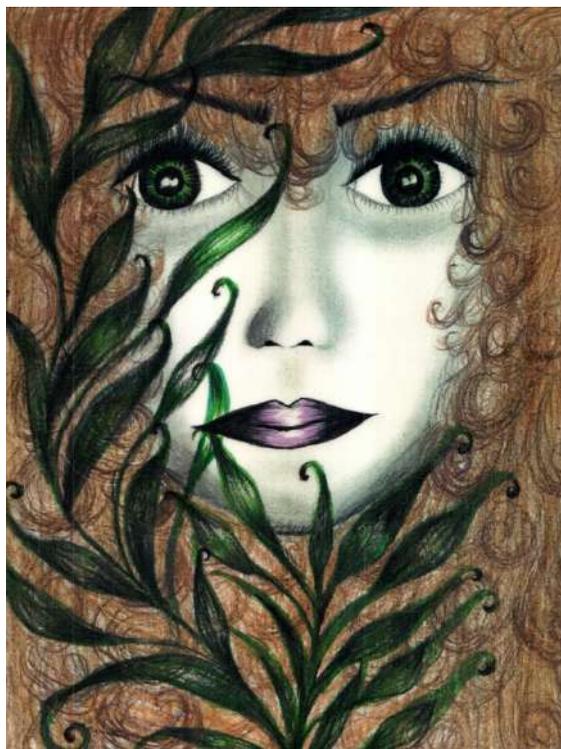
conversas no contexto das reuniões de equipe e em grupos terapêuticos e, também, gravações e anotações de minha participação em Reuniões Mediúnicas. Busco, de modo essencial, descrever como a prática da psiquiatria – ainda que situada em uma parte importante da experiência do tratamento em saúde mental – é extrapolada pelas práticas e discursos que se precipitam na vida cotidiana. Neste sentido, para além de um enquadre psiquiátrico e classificatório, busco apontar como se anunciam na Clínica-dia a importância de categorias como “manipulação”, “verdade”, “personalidade”, “doença”, “espiritualidade”, “espíritos” como formas que ora complementam e ressaltam uma transversalidade das categorias da Clínica, e ora tensionam a centralidade do diagnóstico psiquiátrico. Ao mesmo tempo, falar da “vida do diagnóstico” também me permite falar sobre a própria experiência da doença mental, ressaltando as lutas, vivências, itinerários dos sujeitos com quem convivi.

Por fim, na terceira parte (III) tento pensar o que constitui o processo de tratamento ou, mais precisamente, quais seriam as formas retóricas em torno das quais se busca engendrar processos terapêuticos. Como já afirmou Cardoso (2002) doenças psiquiátricas, especialmente a esquizofrenia, são largamente reconhecidas como doenças anideicas, isto é, aonde os sujeitos não apresentam discursos no formato de uma sequência de ideias. Paradoxalmente, o tratamento que observo na Clínica-dia se beneficia largamente das capacidades de fala e da elaboração de ideias como modos terapêuticos, o que coloca imediatamente à margem do tratamento sujeitos que apresentam dificuldades com seu discurso. Veremos que, de fato, a capacidade de falar, expor ideias, demonstrar autonomia, agência, são características centrais de pelo menos uma das retóricas do tratamento, centrada nas capacidades de gerenciamento e de organização da vida dos pacientes. Este horizonte nos mostra uma importante dimensão dos processos terapêuticos da Clínica-dia, onde os enquadramentos, modelos interpretativos, categorias e discursos vão e vem, constituindo políticas específicas do diagnóstico e da doença.

Ainda nesta terceira parte, me dedico também a pensar como categorias do “sentir” e “permitir” aparecem como formas capazes de amarrar a complexidade do tecido geral das atividades e, ao

mesmo tempo, também potencializar sentidos do espiritual, de mistério e de poder que habitam o imaginário da Clínica-dia.

PARTE I – CLÍNICA-DIA, SEUS MOVIMENTOS E ATIVIDADES



Os desenhos que ilustram capa e as partes constituintes desta tese foram criados por uma das pacientes da Clínica-dia que aflorou como uma poderosa artista durante minha estadia em campo. Aqui reproduzo um pouco de sua arte com a condição de não a identificar.

CAPÍTULO I – PRIMEIROS OLHARES PARA A CLÍNICA

Durante a pesquisa de campo, diariamente, em torno das nove ou dez horas da manhã, me dirigia para a Clínica-dia de transtornos mentais do Hospital Espirita de Psiquiatria, saindo da casa – distante apenas alguns quarteirões – onde morei durante o período da pesquisa. A Clínica-dia é uma casa de dois andares, relativamente ampla para os padrões de uma residência, porém limitada em termos de sua capacidade de abrigar os mais de 60 pacientes que por lá passam diariamente¹². As pessoas que diariamente visitam a Clínica são diagnosticadas como possuidoras de algum (ou alguns) dos vários transtornos psiquiátricos: depressão, transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, para citar apenas alguns, talvez os mais comuns em minha pesquisa de campo. Em geral convivi com pessoas em várias faixas etárias, com uma grande concentração de sujeitos na faixa dos 40 anos. Em vários momentos, no entanto, a Clínica atendeu também pacientes mais jovens, de 17 e 18 anos e, também, mais idosos, com 70 ou mais anos de idade.

A Clínica-dia está localizada em um contexto essencialmente urbano e é cercada por bancos, universidades, transporte público, supermercados, edifícios comerciais e residenciais, escolas, e uma variedade de outros serviços. O bairro em que está localizada tem as marcas de anos de transformação urbana, de diferentes estilos de arquitetura e da recente ocupação de algumas das casas mais amplas por Clínicas e escritórios, como é o caso da própria Clínica. Segundo dados do município, mais de 92% da população do bairro é branca e a renda média das famílias que ali residem é até duas vezes maior do que a média do município. Na rua em que se situa

¹² Durante a pesquisa a Clínica chegou a ter um total de mais de 100 pessoas atendidas. O número diário médio de atendimentos, no entanto, variava sempre entre 40 e 60 pacientes. Durante o período de pesquisa alterações importantes na carga horária da Clínica também influenciaram a quantidade de pacientes atendidos. Nos primeiros meses de observação a Clínica atendia em dois horários diferentes – manhã e tarde, com dois grupos diversos de pacientes. A estrutura que será descrita aqui é a que permaneceu por mais tempo durante minha investigação – de um só grupo atendido, com início as 09:30 da manhã e término as 16:30.

a Clínica é possível ver, além de uma das entradas para associados de um clube de futebol, uma escola particular, uma Clínica de uma Universidade destinada para tratamento de doenças neurológicas infantis e, também, uma Clínica-dia para tratamento do uso de álcool e drogas pertencente a mesma instituição cuja Clínica eu pesquisei.

O fato de estar em um lugar nobre da cidade não reflete necessariamente as pessoas atendidas na Clínica. Havia, sim, muitas pessoas detentoras de condições socioeconômicas mais confortáveis, que acessavam a Clínica em sua maioria por meio de planos de saúde ou recursos particulares. Mas havia também sujeitos de camadas mais populares, que acessavam o tratamento com o auxílio financeiro de parentes, auxílios doença, empréstimos. Muitos pacientes residiam em bairros distantes e dependiam do sistema de transporte público para participarem do tratamento, sendo que uma das funções, por exemplo, dos profissionais de serviço social, viria a ser a organização de documentação para pleitear isenção tarifária do transporte coletivo quando a renda familiar alcançava no máximo três salários mínimos.

De toda forma, o espectro socioeconômico pode ser melhor observado se pensamos no contraste envolvendo a própria instabilidade que perpassa, em muitos casos, a experiência da doença mental. Há vários casos de sujeitos atendidos na Clínica cujo agravamento da doença não possibilita a manutenção de posições de trabalho regulares, ainda que tenham tido ou tenham profissões de maior rentabilidade. Assim, para muitos, a experiência da doença envolve perder recursos, gastar poupanças, perder empregos, perder progressões trabalhistas, funções desempenhadas, gratificações e, derradeiramente, perder também o suporte de familiares, amigos e suas redes pessoais de apoio. Envolve, também, rompimentos de vínculos relacionados ao universo do trabalho bem como de trajetórias imaginadas dentro de empresas e instituições. A narrativa mais comum, neste sentido, envolve não um desemprego imediato dado que, na maioria dos casos as pessoas estão amparadas pela legislação e não podem ser desligadas de seus empregos caso necessitem de auxílios-doença. Mas, sim, do desemprego exatamente no momento em que os pacientes retornam aos seus empregos e estão desamparados pela

legislação. Doença e inserção no mundo do trabalho, aprendi, são traços das narrativas dos pacientes que raramente estão dissociados. Tratamentos continuados, assim, geralmente acompanham também trajetórias que relacionam demissões e, principalmente, episódios de humilhação por chefes ou colegas, pressões para que as pessoas se demitam, entre outras formas de assédio em ambientes de trabalho. Veremos, neste sentido, que uma das principais falas dos pacientes – o desejo de “*voltar a ser como era antes*” – está em total consonância com estes rompimentos bruscos das trajetórias sociais dos pacientes no “*mundo fora da Clínica*”.

Muitos pacientes, apesar de disporem de relações que permitam o pagamento de planos de saúde, vivem condições de extremo alienamento social e de fragilidade econômica exatamente pelos gastos altos com medicação e instituições durante períodos prolongados ou por que, também em vários casos, pertencem à planos pagos por familiares. As dinâmicas econômicas são muito variadas, mas parecem sempre estar relacionadas com o campo familiar, havendo desde pessoas que herdaram valores de parentes até sujeitos que são inteiramente mantidos por filhos, pais, tios, primos, etc. O pagamento da Clínica-dia e dos medicamentos são preocupações constantes para muitos, havendo casos em que os pacientes param e reiniciam o tratamento por várias vezes até conseguirem ajustar a fonte de pagamento das diárias ou resolverem conflitos familiares relativos a pagamento de planos de saúde e os vários gastos com o tratamento psiquiátrico. Os diferentes conflitos com trabalho, parentes, filhos, cônjuges, em suma o próprio contexto socioeconômico e familiar de cada paciente, a disponibilidade de apoios governamentais, Políticas Públicas, contribuem para a instabilidade (ou não) dos pacientes em atendimento – tanto no nível financeiro como emocional.¹³

¹³ O itinerário de um paciente psiquiátrico possui muitos pontos em uma complexa rede de serviços, demandando grande planejamento e investimentos de uma pessoa que persiga as possibilidades disponíveis. Isto inclui, de modo central, a aquisição de medicamentos. Alguns fármacos, principalmente medicações para ansiedade e depressão, bem como para sintomas associados com transtornos bipolares e/ou esquizofrenia, as vezes eram disponibilizados em amostras grátis pelos psiquiatras (Oxalato de Escitalopran, Hemifumarato de

Pessoas afastadas do trabalho, aposentadas, em licença médica ou desempregadas eram a principal paisagem com relação ao universo do trabalho, neste sentido. A Clínica atendia vários funcionários públicos, dentre eles professores nas redes municipal, estadual, funcionários do INSS, Tribunal de Justiça, policiais, bombeiros, militares e, também, um número bastante expressivo de funcionários/as de Bancos. Havia um número ainda de pacientes que, não possuindo vínculos empregatícios formais, realizavam pequenos trabalhos ou confeccionavam artesanatos.

A Clínica suporta a produção de artesanato através das atividades artísticas realizadas por uma Terapeuta Alternativa e uma Terapeuta Ocupacional (TO) e varias outras voluntárias. As técnicas de artesanato, pintura, desenho, crochê, tricô, entre várias outras, ensinadas aos pacientes nos grupos, resultavam em produtos diversos que poderiam ser possuídos pelos pacientes (as vezes com algum custo dos materiais) ou também vendidos em feiras mensais para o próprio público interno. Eventualmente algum recurso proveniente da feira era destinado para a própria Clínica, para aquisição de novos materiais, mas artesãos e artesãs que assim desejassem também podiam, com o acordo prévio da TO, apresentar e vender seus produtos na Clínica-dia para seu ganho pessoal. Existe, por fim, um grande número de pacientes sem vínculos empregatícios; aposentados; pessoas interdadas juridicamente; donas de casa – todos casos em que na maioria das vezes o dinheiro provém e/ou é administrado por familiares ou cuidadores designados.

Quetiapina, Clonazepan, entre outras) mas nem todos os pacientes se adequam à “qualidade” destes remédios e acabam precisando trocar muitas vezes de medicação – ou somente de laboratório fabricante – durante o tratamento. Um pequeno estoque de medicamentos resulta deste processo e fica disponível para a integralidade dos pacientes que eventualmente necessitem. Especialmente para pacientes esquizofrênicos, ainda, cujo custo das medicações pode variar grandemente de acordo com o estágio do adoecimento e o tipo de medicação (comprimido, gotas, injetável), alguns pacientes conseguem medicação gratuitamente através do Estado mediante cadastramento e acompanhamento também em outras instituições. De modo geral, no entanto, a aquisição de medicamentos é uma das principais queixas envolvendo as dificuldades do tratamento psiquiátrico.

Toda a estrutura da Clínica se adapta criativamente ao espaço que originalmente fora pensado para ser ocupado por uma residência. É possível observar por todos os lados a marca da improvisação em suas paredes, nas proteções de janelas, na tentativa de isolamento de determinados espaços, colocação de divisórias, adaptação de espaços para funções administrativas e de comensalidade. Tudo, no entanto, é feito também com cuidado e muito esmero por uma equipe que constantemente se vê as voltas com o problema da falta de espaço e de condições melhores de trabalho. Os corredores estreitos e as salas de tamanho limitado não impedem a grande ebulição de vida e de histórias que representa o cotidiano da unidade. Em qualquer momento do dia, durante seu horário de funcionamento, é possível observar pessoas *em atividade*, como costumeiramente se diz. Além dos grupos terapêuticos – essencialmente baseados na fala – onde as pessoas compartilham suas vidas e onde os profissionais realizam seu trabalho terapêutico, também os corredores e ambientes comunais, mesmo as salas eventualmente vazias, são ocupadas por pessoas em pleno exercício de sociabilidade e comunicação. Pelos corredores, eventualmente, filas de pacientes esperando serem atendidos por algum dos psiquiatras ou aguardando o início dos seus grupos terapêuticos. Nos meandros destes grupos e deste contar incessante é que emergiu a possibilidade etnográfica desta tese e, portanto, também as histórias, interpretações, perspectivas sobre as quais buscarei refletir neste texto.

A despeito das limitações no espaço, que constantemente demandavam soluções criativas da coordenação e também dos profissionais para a ocupação das salas, além, claro, de tensões envolvendo quem poderia ocupar quais delas, a Clínica-dia conta com um grupo bastante heterogêneo de ambientes. De modo geral os espaços estão distribuídos em quatro categorias: “consultórios” (salas menores ocupadas por terapeutas em atendimento individual, principalmente psiquiatras e psicólogos); “salas de atividade” (ocupadas para atividades coletivas e grupos terapêuticos); “refeitório” (ocupando uma área grande da Clínica, no sub-solo); e “salas da equipe” (coordenação, posto de

enfermagem, “leito”¹⁴, sala de equipe e espaço administrativo).

Existe, no entanto, um dinamismo no uso destes espaços. Os consultórios, por exemplo, seriam também ocupados em determinados dias da semana pelas voluntárias do Reiki e, eventualmente, dada a presença de macas em algumas destas salas, também ocupadas para o descanso de pacientes após aplicação de medicação ou quando os mesmos passavam por crises e necessitavam tirar um cochilo ou mesmo ficar a sós um tempo. Da mesma forma, as salas maiores, assim como o refeitório, seriam eventualmente usadas para realização de festas e de confraternizações, momentos de descanso e de sociabilidade entre pacientes. Especialmente a sala 08, importante espaço da Clínica, abrigava simultaneamente as atividades de artesanato e educação física, como também todos os materiais destas atividades (tintas, colchonetes, bolas, etc) e, igualmente, instrumentos musicais, uma pequena biblioteca, além de muitas mesas e cadeiras. O uso do espaço, neste sentido, acompanha a própria dinâmica dos processos de tratar na Clínica-dia.

Ainda que exista uma grade de atividades a ser seguida, que discrimina horários e os tipos de grupos terapêuticos oferecidos na unidade, qualquer interação entre profissionais e pacientes pode ser tomada como terapêutica em um certo sentido. Da mesma forma como aconteceu comigo que, ao chegar à Clínica logo nos primeiros dias, fui convidado a “fazer um grupo” para substituir uma profissional que estava ausente, também constantemente os profissionais reúnem-se, as vezes de modo inesperado, com os pacientes em grupos e em conversas. Ainda que isto seja visto, também, de certa forma, como uma função da Clínica – dado que os pacientes estão expondo seus problemas uns aos outros e também aos seus terapeutas – a ocupação simultânea das salas por grupos oficiais e grupos não oficiais faz com que o espaço, como um todo, fique bastante limitado. Encontros não planejados entre sujeitos, assim como as muitas conversas com terapeutas ou a emergência de questões pela própria imponderabilidade da vida

¹⁴ Espaço para os pacientes que necessitam terem medicação venosa administrada e também para descansarem, terem conversas particulares com pessoas da equipe em momentos específicos.

cotidiana fazem, assim, com que as salas vão sendo também ocupadas aos poucos ao longo do dia. Um dos resultados é a própria paisagem da Clínica que já descrevi anteriormente, onde é possível observar pessoas engajadas em movimentos, conversas e atividades por quase todos os lados.

1.1. EQUIPE, ATIVIDADES E OS FLUXOS DO TRATAMENTO

Para compreender o funcionamento da Clínica-dia, sobretudo o quadro de funcionários e as atividades desempenhadas é crucial ter em mente que os vários profissionais da unidade são regidos por diferentes vínculos com a instituição e também diferentes pertencimentos profissionais. Embora com algumas alterações, o quadro de funcionários permaneceu similar durante a pesquisa, e foi composto basicamente pelas seguintes especialidades profissionais e respectivo número de sujeitos: psiquiatria, 4; psicologia, 3; serviço social, 2; Clínica geral (medicina), 1; enfermagem, 1; técnico/a em enfermagem, 1; educação física, 1; terapia ocupacional, 1; terapia alternativa, 1; musicoterapia, 1; nutricionista, 1; coordenação da Clínica (psicologia), 1; assistente em administração, 1; administração do refeitório e cozinha; 1; limpeza, 1. Eventualmente haviam ainda profissionais – principalmente da psicologia – que vinham do hospital exclusivamente para o atendimento de pacientes de algum convênio específico, como aconteceu com pacientes vinculados a corporação policial do estado, que tinham uma psicóloga específica para os grupos semanais de psicologia. Em várias ocasiões, ainda, a Clínica-dia recebia estagiários de cursos de Psicologia e visitas de estudantes de enfermagem que, eventualmente, também conduziam grupos com os pacientes e realizavam estágios obrigatórios de seus cursos na instituição.

Já o grupo de voluntários, uma outra parte essencial da vida do tratamento na Clínica-dia, era composto por duas pessoas vinculadas à atividade de artesanato – uma oferecendo formação para pintura em caixas e em tecido e outra na criação de mosaicos com azulejos; três voluntários do SAE (Serviço de Atendimento Espiritual), com atividades de oração e *valorização da vida* e, uma das voluntárias, durante algum tempo, com atendimentos

individuais para inquirir sobre influências espirituais no curso da doença e posterior encaminhamento para grupos de desobsessão; uma arteterapeuta e; por fim, duas reikianas. Semanalmente, ainda, três voluntárias compareciam para a organização de um grupo de *contação de histórias* e, em várias ocasiões especiais, como confraternizações ou nas Festas de Natal e Festa da Primavera, uma voluntária para realização de *dança circular* e grupos diversos com apresentações musicais. No período da pesquisa também eu estive envolvido nas atividades do voluntariado, como uma forma de contrapartida por minha presença como pesquisador, conduzindo oficinas de música (canto coral, musicalização, aquecimento vocal, respiração) e também oficinas de antropologia.

Os profissionais da área de enfermagem movimentam-se intensamente durante todo o dia na Clínica e desempenham diversas atividades, que variam desde a administração de medicação até a criação de grupos quando é necessário, portanto a carga horária destes profissionais é bastante intensa, sendo os primeiros a chegar e os últimos a deixar a Clínica. Já os profissionais da psiquiatria e da psicologia trabalham com cargas horárias diferenciadas entre si dado que atendem em diversos lugares e, no caso da psiquiatria, eventualmente apenas comparecendo à Clínica em algum dos dias da semana somente para consultas psiquiátricas. Dentre os profissionais da psicologia, da mesma forma, há uma variação entre aqueles que cumprem carga horária de 36 horas semanais e os que cumprem 20 horas semanais, havendo alguns profissionais que vem à Clínica todos os dias.

Além disto, várias atividades terapêuticas, sobretudo aquelas mais diretamente relacionados às práticas alternativas e artísticas, são desempenhadas, como se viu, por voluntários, o que soma uma dificuldade extra na organização de horários e ajustamento entre as agendas de todos, além de colocar a maioria destas atividades em uma situação frágil diante de sua não institucionalidade. Os diferentes tipos de vínculos, carga horária, atividades desempenhadas, criam um enigma para a terapeuta ocupacional e a coordenadora da Clínica – responsáveis pela organização dos horários – as quais em alguns momentos chegaram a reorganizar a grade de atividades várias vezes numa mesma semana.

Um instrumento essencialmente dinâmico, portanto, os

cronogramas de atividades foram modificados praticamente todos os meses de minha pesquisa de campo e apesar de eles deverem ser seguidos à risca é muito comum a troca de salas, de horários e de terapeutas. As considerações que seguem a seguir, portanto, devem ser pensadas dentro da própria estrutura que buscam estabelecer mas, igualmente, da dinamicidade que lhes é inerente.

* * *

CLÍNICA-DIA – TM GRADE DE ATIVIDADES										
SEGUNDA					TERÇA					
09:30	Lanche (Refeitório)				09:30	Lanche (Refeitório)				
09:50	Abertura e agenda do dia Enfermeiro (Sala 08)				09:50	Abertura e agenda do dia Enfermeiro (Sala 08)				
10:15	Despertar Educadora Física (Sala 08)				10:15	Despertar Educadora Física (Sala 08)				
10:30	Roda de Conversa Acolhimento (Sala 03) Participação (Sala 08) Conscientização (Sala 01) Integração (Sala 01)				10:30	Psicologia José Conscientização e Integração (Sala 04)	Charles Grupo Médico (Sala 02)	TR Ana Maria (Sala 01)	Educação Física (Sala 08)	Oficina de Artesanato Terapeuta Alternativa (Sala 07)
12:00	Almoço (Refeitório)				11:30	Assembleia (Sala 08)				
13:00					12:00	Almoço (Refeitório)				
13:00	Valorização da vida Voluntário SAE (Sala 03)	Antropologia Fernando (Sala 01)	Oficina de Artesanato Terapeuta alternativa (Sala 07)		13:00	Valorização da Vida Voluntário SAE (Sala 01)		Acolhimento Terapeuta Ocupacional – TR Victor (Sala 03)		
14:00	TR Victor A (Victor – Sala 04) B (Fernando – Sala 03)	TR José Dr. Pedro (Sala 01)	Acolhimento TO TR Ana Maria e TR José (Sala 08)	Oficina de Artesanato Terapeuta Alternativa TR Ana Maria e TR José (Sala 07)	14:00	Atividade Física – Educadora Física (Sala 08) ¹⁵		Oficina de Artesanato Terapeuta Alternativa (Sala 07)	Grupo de Psicologia Victor (Sala 01)	Oficina de Artesanato Voluntária Pintura (Sala 08)
15:00	TR Victor A (Fernando – sala 03) B (Victor – sala 04)	TR José Dra. Carla (Sala 01)	Socialização Terapeuta Ocupacional TR Ana Maria e TR José – Dr. Pedro (Sala 08)		15:00	Socialização Terapeuta Ocupacional TR Victor e TR José (Sala 03)	Psicologia Psicólogo José Acolhimento e Participação (Sala 04)			
16:00	Lanche (Refeitório)				16:00	Lanche (Refeitório)				
16:30					16:30					

¹⁵ Esta atividade normalmente acontece nas ruas em volta da Clínica, em forma de caminhada.

CLÍNICA-DIA – TM										
GRADE DE ATIVIDADES										
QUARTA					QUINTA					
09:30	Lanche (Refeitório)				09:30	Lanche (Refeitório)				
09:50	Abertura e agenda do dia Enfermeiro (Sala 08)				09:50	Abertura e agenda do dia Enfermeiro (Sala 08)				
10:15	Despertar Educadora Física (Sala 08)				10:15	Despertar Educadora Física (Sala 08)				
10:30	Contação de História (Sala 01) 15/15 dias	Educação e Saúde Enfermeiro (Sala 03)	Musicoterapia Musicoterapeuta (Sala 08) Expressão Corporal - Dança	Oficina de Artesanato Terapeuta Alternativa (Sala 07)	10:30	Grupo TO Acolhimento Terapeuta Ocupacional TR José e TR Victor (Sala 08)	Musicoterapia Musicoterapeuta (Sala 08) Gincana Musical	Oficina de Artesanato Terapeuta Alternativa (Sala 07)	Atividade Física Educadora Física (Sala 08)	Grupo Médico Dra. Luiza (Sala 02)
12:00	Almoço (Refeitório)				12:00	Almoço (Refeitório)				
13:00	Grupo Nutrição Nutricionista (Sala 08)	Música Fernando (Sala 01)			13:00	Valorização da Vida Voluntário SAE (Sala 01)	Musicoterapia Musicoterapeuta (Sala 03)		Oficina de Artesanato Voluntária Pintura (Sala 08)	Reiki Voluntária Reikiana (Sala 06)
14:00	Grupo TO Terapeuta Ocupacional (Sala 08)	Valorização da Vida Voluntário SAE (Sala 04)	Oficina de Artesanato Terapeuta Alternativa (Sala 07)	Psicodrama Psicóloga Ana Maria (Sala 01)	14:00	Grupo de Educação Física Educadora Física (Sala 08)	Musicoterapia Musicoterapeuta (Sala 03)	Oficina de Artesanato Terapeuta Alternativa (Sala 07)		
15:00		Grupo Psicologia Psicólogo José (Sala 04)			15:00					
16:00	Lanche (Refeitório)				16:00	Lanche (Refeitório)				

CLÍNICA-DIA – TM				
GRADE DE ATIVIDADES				
SEXTA				
08:00	Café da Manhã			
08:30	(Refeitório)			
08:30	Abertura e agenda do dia - Enfermeiro (Sala 08)			
09:00	Despertar – Educadora Física (Sala 08)			
09:00	Grupo de Psicologia Ana Maria (Sala 04)	Grupo de Papéis José (Sala 01)	Arteterapia Arteterapeuta Voluntária (Sala 03)	Reiki Voluntária Reikiana (Sala 06)
10:00	Lanche			
10:30	(Refeitório)			
10:30	Grupo Transpessoal Psicólogo Victor (Sala 01)	Grupo de Educação Física Educadora Física (Sala 08)	Arteterapia Arteterapeuta Voluntária (Sala 03)	
11:00				
11:30				
11:30				
12:00	Almoço			
13:00	(Refeitório)			

Em primeiro lugar, apesar da variedade de atividades, existem grupos que são obrigatórios dentro da estrutura da Clínica, começando, por exemplo, pela participação nos Grupos de TR e nos Grupos de Psicologia. Ainda que uma pessoa participe de outros grupos, a ausência nos grupos de psicologia é fatalmente considerada um deslize do paciente e ele estará sujeito a diferentes interpretações na medida em que avança no tratamento e dependendo dos modos e contextos nos quais tais ausências são negociadas, interpretadas e justificadas.

Semanalmente, psicólogos tem duas horas em grupos de TR e mais duas horas para organização de atividades terapêuticas livres, embora na prática as diferentes cargas horárias de cada profissional influenciem diretamente na organização destas atividades. Como se vê na grade, alguns profissionais realizam, além de suas atividades como terapeutas de referências, também grupos abertos para todo o público da Clínica. O grupo de TR é um grupo que varia de acordo com o terapeuta responsável. Em geral,

no entanto, são momentos onde o psicólogo leva as fichas de presença, Projetos Terapêuticos Individualizados (PTI) e suas eventuais anotações para verificar com cada paciente o andamento do seu tratamento, anotar ausências, *intercorrências*, responder a solicitações de licença ou mudanças de horário e discutir coletivamente aspectos do tratamento.

Durante minha estadia na Clínica, muitos dos profissionais relataram sua dificuldade em compreender os motivos que haviam feito com que a instituição decidisse impor que somente profissionais da psicologia ocupassem a posição de Terapeutas de Referência. Para alguns dos psicólogos, esta ocupação não era diretamente terapêutica e, sim, de gerenciamento e de acompanhamento das rotinas, encaminhamentos, receitas, e outras vicissitudes do processo diário de tratamento. Por um lado, o que parecia estar em jogo, era o excesso de funções “administrativas” para profissionais cuja formação não era para aquela área e, paralelamente, também um entendimento de que os psicólogos poderiam ser melhor “aproveitados” em atividades diretamente relacionadas com suas áreas. Por outro lado, também, o que era resgatado nestes discursos era justamente o papel importante da Reforma Psiquiátrica e dos CAPS, onde outros profissionais podiam exercer papéis de maior responsabilidade no processo terapêutico. Este arranjo não só de funções, mas também de forças, dentro da Clínica-dia era o principal estopim para muitos debates entre profissionais.

Não todos os psicólogos estavam envolvidos nestes debates, mas parecia haver sempre uma oposição entre profissionais de TO, artesanato, musicoterapia, e outros profissionais da área da Psicologia. As queixas envolviam desde dúvidas destes últimos sobre o papel efetivamente terapêutico de atividades como mandala ou pintura, até o excessivo discurso autoritário de psicólogos e psiquiatras com as áreas “alternativas” do tratamento, em algumas ocasiões. Portanto, não somente psicólogos reclamavam de ter que ocupar a posição de TR, mas também profissionais alternativos entendiam que seu trabalho na Clínica deveria ser mais reconhecido, sobretudo por entenderem que também se tratavam de atividades terapêuticas.

Cotidianamente, também, ainda que a coordenação da Clínica sempre reforçasse que não se tratava de um tratamento individual e, sim, de um tratamento de grupo, os psicólogos quase sempre se envolviam em relações individuais de cunho terapêutico com alguns pacientes. Não se tratava do estabelecimento de horários para atendimentos individuais, mas da própria insuficiência – na perspectiva de muitos pacientes e profissionais – das atividades de grupo. Muitos pacientes não iriam se abrir quando nos grupos e/ou não entendiam a ideia de uma “terapia de grupo”. Neste sentido, a própria ideia de tratamento, ou terapia, que circulava dentro da Clínica, também oscilava entre modelos diferentes de abordagem da doença. Enquanto nos grupos haveria uma atenção menos individualizada para questões pessoais, a trajetória de alguns pacientes, e assim por diante, nos atendimentos individuais, suponho, era possível trabalhar mais diretamente o que o paciente apresentava.

De toda forma, o que parecia estar em jogo, neste sentido, era a própria concepção terapêutica envolvida nos grupos de TR – para muitos psicólogos este não se tratava de um grupo propriamente terapêutico mas, ao mesmo tempo, também uma das poucas oportunidades para acessar, em termos psicoterapêuticos, o adoecimento de cada paciente. Por esta razão o grupo tinha sempre este aspecto misto entre aspectos de gerenciamento, organização do tratamento e, também, paralelamente, também um investimento nestas metáforas relativas aos modos de viver.

Seguindo nossa descrição das práticas, é importante também ressaltar que todos os pacientes são *triados* por um psiquiatra logo em sua chegada. Depois disto, ao longo da estadia na Clínica, periodicamente os pacientes têm consultas agendadas com seus psiquiatras responsáveis. Participar das consultas psiquiátricas é uma obrigação dos pacientes mas, diferente dos grupos de psicologia, em geral são os próprios pacientes que requerem o agendamento destas consultas e elas são aguardadas ansiosamente pelos mesmos, tamanha é a importância dos documentos que são fornecidos por este profissional, principalmente receitas médicas, atestados e laudos psiquiátricos. Estas atividades da psicologia e da psiquiatria estão relacionadas com um traço importante da estrutura da Clínica-dia, relacionado à distribuição dos pacientes

entre três equipes de profissionais, conhecidas como *mini-equipes*, compostas por um psiquiatra, um psicólogo, um assistente social e um enfermeiro. Cada paciente é, assim, atendido somente por um psiquiatra e um psicólogo da unidade e deve, em princípio participar dos grupos destes profissionais. Psicologia e psiquiatria, portanto, são dimensões terapêuticas e atividades que estão imbuídas de uma certa centralidade dentro do sistema do tratamento.

Como ficará claro em outros momentos da tese, os únicos atendimentos individuais que existem são realizados por profissionais da psiquiatria e, também, por psicólogo/as. Os atendimentos de psiquiatras são, no entanto, exclusivamente individuais – *consultas* – enquanto que os atendimentos individuais de psicólogos – que ocupam o cargo de *terapeutas de referência* na unidade – são agendados às margens do próprio modelo de tratamento. Não há uma ideia de terapia individual que perpassa as práticas terapêuticas da Clínica, no sentido usual da psicoterapia conforme usualmente realizada por profissionais da psicologia. Tanto é assim, que toda a grade de atividades está organizada em torno das ideias de *grupo, atividade, oficina*, que, no mais, remetem aos coletivos e aos encontros entre pessoas (como nas atividades de artesanato) como unidades centrais do tratamento. Para os psicólogos que conheci na Clínica-dia, o modelo mais coletivo de tratamento, no entanto, não era suficiente para as necessidades de alguns dos pacientes.

Uma tensão que percorre a relação entre pacientes e profissionais diz respeito a realização ou não de atendimentos individuais. Por um lado, a Clínica não oferece tratamento individualizado, pois os psicólogos não são *psicoterapeutas* no sentido mais geral do termo mas, sim, *terapeutas de referência*, oferecendo somente aconselhamento e “coordenando” o tratamento do paciente exclusivamente durante aquele período. Os pacientes são encorajados, neste sentido, a terem psicoterapeutas fora da Clínica com quem possam tratar de maneira mais direta e regular sobre suas questões específicas. Por outro, os atendimentos individuais são muito comuns e diversos pacientes reclamam que este “serviço” não seja realizado com todas as pessoas da Clínica. Por parte da equipe, por sua vez, parece difícil equacionar o fato de

que a psicoterapia oferecida somente deve ser conduzida em grupo e que, ao mesmo tempo, fiéis a prática mais comum na saúde mental, os atendimentos de diversos casos seja individual, sob argumento do respeito a privacidade e maiores condições de compreender os “quadros psiquiátricos”. Convivem no tratamento, portanto, o modelo de terapia de grupo para a grande maioria das atividades da Clínica-dia; consultas psiquiátricas individuais e atendimentos psicológicos também individuais, embora estes sejam encaixados fora do cronograma semanal.

Após a realização de sua consulta inicial com um psiquiatra e definição de sua mini-equipe o paciente é formalmente admitido na Clínica e recebe um crachá da cor correspondente ao seu médico/psicólogo e, dentro de cada crachá, uma tarjeta menor com a palavra *ACOLHIMENTO*. Conforme o tratamento se desenrolar o paciente pode ser *evoluído*¹⁶ para as categorias de *PARTICIPAÇÃO*; *CONSCIENTIZAÇÃO* e *INTEGRAÇÃO*, sendo que idealmente o momento de alta está localizado no período da integração.

O período de internamento é muito variado. Embora alguns defendam a ideia de um tratamento em quatro meses, outros profissionais acreditam que pelo menos dois meses em cada categoria de tratamento seriam necessários para um bom tratamento. Para pacientes diagnosticados dentro do espectro da esquizofrenia e, sobretudo, para pacientes já *cronificados*¹⁷, a equipe defende, por outro lado, a importância da Clínica-dia para as funções de *socialização*, dado que muitos destes pacientes não tem trabalho, estão interditados judicialmente e/ou não possuem mais familiares em seu cuidado. Nestes casos a internação pode durar muitos meses ou mesmo anos, com ocorrência de algumas semanas de “férias” da Clínica – como se dizia jocosamente as vezes. A evolução para cada categoria, portanto, e o conseqüente fim do

¹⁶ Veremos mais sobre este conceito da Clínica nas sessões seguintes. Por hora, é importante ter em conta que os pacientes não somente “passam” de um nível a outro do tratamento em termos de seu processo pessoal de melhora mas, também, em função de atos dos profissionais em seus prontuários. Os pacientes não somente navegam as etapas do tratamento como, também, são navegados pelos profissionais e suas práticas.

¹⁷ Quando a doença tornou-se crônica, em geral em função de muitos internamentos e muitos anos de tratamento.

tratamento ou a ocorrência da alta, se dão por uma variedade de motivos que precisarão ser avaliados com mais calma. Dentre eles estão o desligamento por falta de adesão; retorno para internamento integral; *perda do momento certo da alta*; falta de evolução no tratamento; melhora no quadro psiquiátrico, entre outros.

Assembleia e Roda de Conversa, pertencem a uma outra classe de atividades na Clínica que são chamadas as vezes de atividades estruturais e que são igualmente obrigatórias para todos. Elas são grupos onde a totalidade dos pacientes da Clínica é convidada a participar, independente de seu TR e de seu psiquiatra. Muitos pacientes faltam a estas atividades e geralmente existem várias tensões entre profissionais e pacientes em torno da participação destes, a *importância da presença*, o *compromisso*, entre outras pré-dicas. Ao mesmo tempo, no entanto, a cobrança desta participação varia muito com o tipo de relações que os profissionais têm com pacientes específicos e com quem esteja se ausentando dos grupos. As cobranças também variam de acordo com o estágio de tratamento de cada sujeito, os acontecimentos do dia – *ocorrências* –, bem como o comportamento de cada sujeito com relação às atividades. De toda forma, se um paciente repetidamente deixa de participar destes grupos coletivos de debates e, na pior hipótese, mesmo estando na Clínica não frequenta os grupos, invariavelmente poderá ser interpretado com relação ao seu desejo ou não de participar do tratamento, sua *real necessidade*, ou ainda, principalmente, com a relação deste comportamento de ausência com alguma possibilidade diagnóstica, mudança no quadro psiquiátrico, eventos na vida pessoal. Uma parte importante do modelo de tratamento da Clínica-dia está relacionado com a autonomia dos pacientes, que deve ser expressada – entre outras práticas – por meio da participação ativa nas atividades e da presença na Clínica-dia. Em suma, um comportamento pode frequentemente, levar a uma variedade de desdobramentos no contexto do tratamento.

Em geral os pacientes dão muito suporte uns aos outros dentro destas dinâmicas e sempre que há algum movimento em direção de alguma atividade o grande grupo convida os demais, prática que é também repetida pelos terapeutas sempre antes do

início de suas atividades. A participação ou não de qualquer atividade da Clínica e, principalmente, dos grupos de psicologia, que são considerados centrais por vários membros da equipe, influencia diretamente a maneira como os pacientes são percebidos pelos profissionais. Uma categoria importante – *adesão* – começa já a ser construída a partir da maneira como, entre outros aspectos, os pacientes reagem aos lembretes para participar dos grupos. Um paciente que prefere ficar cochilando ou que, supostamente, *finge* não entender, não acordar e que, em geral, oferece esta resistência – de diversas formas – à participação, será visto com atenção particular nas reuniões de equipe.

Quando chegam na Clínica-dia pela manhã os pacientes assinam sua presença, retiram seu crachá e, é bastante provável, irão procurar a Grade de Atividades que se encontra afixada em vários lugares da unidade. Algumas pessoas já têm ideia dos grupos ou atividades que terão que participar, mas a frequente mudança nos horários, bem como das salas de atividades faz com que a grade seja um instrumento visitado com frequência por todos, para navegarem cotidianamente pelas terapias e grupos oferecidos. Não é incomum, no entanto, que os pacientes aleguem não saber onde se encontram afixadas as grades de atividades, como uma explicação por não estarem participando de grupos nos momentos que são interpelados pelos profissionais.

Situações como esta evidenciam um problema comum na vida cotidiana da Clínica-dia, relacionado com os movimentos de pacientes e profissionais em torno da veracidade de narrativas envolvendo doença, indisposição, crises, ausências, e várias outras questões recorrentes ao longo do tratamento. Alegações como não saber onde estava afixada a grade de atividades, independente de sua veracidade, poderiam ser sempre recapturadas pela equipe como mais uma das muitas maneiras pelas quais os pacientes poderiam manipular ou mentir sobre sua realidade para obter “ganhos secundários” ou esquivar-se do tratamento. Para a equipe de profissionais é muito importante, em termos de sua atuação, sentir que os pacientes atendidos têm atenção com o tratamento, estão disponíveis e participam dos grupos e, por esta razão, veem com muita suspeita aqueles que constantemente ausentam-se da Clínica em horário de tratamento ou “manipulam” aspectos de sua

história. Manipulação, especialmente, é outra categoria importante que veremos mais adiante na tese. Para os pacientes, por outro lado, é muito importante serem reconhecidos em suas doenças e o impacto de um diagnóstico em suas vidas é muito significativo, pelos agenciamentos que ele possibilita e também pela legitimação que o marco biomédico/psiquiátrico do diagnóstico oferece.

O número de assinaturas na lista diária é, por fim, contabilizado regularmente e médias diárias e semanais são criadas e posteriormente enviadas para a administração do Hospital. Da mesma forma as assinaturas, logo após o início do dia, são utilizadas por algum dos profissionais para preencherem prontuários com a informação da presença ou não de cada paciente na Clínica. Se um paciente está presente na Clínica, sua presença pode ser contabilizada e depois cobrada em forma de diárias do seguro de saúde, por exemplo; se uma paciente não está, este valor não é devido. Quantidade de crachás e assinaturas são eventualmente confrontadas para saber a quantidade de pacientes na Clínica: se algum paciente está presente e não pegou o crachá ou se pegou o crachá mas não se encontra na Clínica. Organização burocrática, controle social e tratamento se encontram nesta simples tarefa diária e mantém tanto o paciente vinculado à Clínica para tratamento quanto para a organização dos pagamentos e do tratamento. Não poucas vezes a instituição solicita da Clínica-dia que envide esforços para manter pacientes regularmente em tratamento, que aumente o número de pacientes aceitos e, que busque alternativas para evitar faltas. Da mesma forma, com certa regularidade, a própria equipe resiste a estas pressões e produz discussões em suas reuniões sobre a importância de colocar a “saúde” em primeiro lugar, o que também eventualmente gera tensionamentos entre os profissionais – entre si e com o próprio Hospital.

Na primeira hora do dia, como vemos na grade de atividades, um pequeno conjunto de atividades já deve ser observado pelos pacientes. A primeira delas, o lanche da manhã, é um momento rápido – aproximadamente 20 minutos – e nem todos os pacientes participam desta refeição seja por morarem longe e preferirem chegar no horário de início dos grupos terapêuticos, ou por que preferem tomar café em outros lugares. Logo em seguida, o

enfermeiro da Clínica se reúne na sala 08 com todos os pacientes presentes e comunica, de modo geral, as atividades que serão desenvolvidas naquele dia, informando também se alguma das pessoas da equipe ou voluntariado não está presente e se haverá alteração na grade. Este encontro com o enfermeiro, chamado de *abertura e agenda do dia*, é acompanhado por uma oração – geralmente um *Pai-Nosso* – e leitura de uma mensagem do livro “Minutos de Sabedoria” (PASTORINO, 2009). O profissional carrega consigo, além do livro de mensagens, as agendas dos médicos psiquiatras da Clínica e encaixa aqueles que necessitam de atendimento naquele dia, atendendo uma a uma as pessoas que fazem fila em frente à sua mesa. Algumas vezes é preciso solicitar se alguém necessita de atendimento e, outras, rapidamente uma fila já está formada na frente da pequena mesa antes mesmo que ele inicie os agendamentos.

As solicitações para o enfermeiro – que podem originar ou não uma consulta, de acordo com a avaliação do pleito de cada paciente e com a disponibilidade do psiquiatra – variavam desde problemas para dormir, solicitação de prescrições de medicamentos, consultas urgentes para solicitação de novos atestados, solicitação de laudos médicos para entrega no INSS, reclamações envolvendo efeitos da medicação, agendamentos para conversas ou tirar dúvidas, entre outras questões (“*queixas*”). Não é diário, mas acontece com frequência que os pacientes questionem o porquê de os médicos não os atenderem nos horários marcados ou quando necessitam, ou o porquê de eventualmente não estarem presentes na Clínica.

Muito frequentemente alguns dos psiquiatras – sobretudo aqueles com cargas horárias menores no Hospital – viriam a estar em algum tipo de atraso com os pacientes, seja por não terem comparecido ou se atrasado à alguma consulta importante na Clínica ou por não fornecerem documentos, laudos e prescrições em tempo hábil. Muitos psiquiatras, ainda, são frequentemente criticados por profissionais e pacientes por não terem agido com a devida atenção e respeito, o que também gerava mal-estar muitas vezes entre pacientes e equipe. Sem entrar, neste momento, no mérito das práticas dos psiquiatras, se evidencia aqui um papel do enfermeiro que, muitas vezes, acaba sendo o de avaliar no cotidiano

o quadro psiquiátrico e distinguir entre casos a serem encaminhados; que podem aguardar ou; muito comum, casos que não terão alguma atenção específica salvo a que a equipe já provém a partir de suas atividades. Neste sentido, além do agendamento em si, as atividades iniciais criam a necessidade de uma mediação ou comunicação entre pacientes e psiquiatras que é realizada pelo enfermeiro ou técnicos de enfermagem. Estas posições ou funções destes profissionais de mediação são muito frequentes na Clínica e deles depende o funcionamento da unidade, seja de maneira explícita ou nos próprios meandros da vida cotidiana, na medida em que permitem um deslocamento de diversas narrativas.

Por esta razão esta primeira breve reunião do dia é muito importante para os pacientes e o curso do seu tratamento, ainda que nem sempre seja vista desta forma. Estes encontros e conversas, e o modo como uma variedade de narrativas vai sendo deslocada alimenta a vida do tratamento. Terminado o momento da agenda do dia, a educadora física da Clínica, entrando também no espaço da sala 08 e, em princípio, com todos os pacientes que estão presentes, realiza a atividade do *despertar*. Esta atividade consiste na execução de alongamentos, caminhada leve dentro do espaço da sala e um momento de finalização com todos os pacientes de mãos dadas onde eventualmente se reza mais uma vez um pai-nosso (embora nem sempre), e se encoraja a todos a falar um *bom dia* coletivo em voz alta.

O conjunto destas atividades iniciais da primeira hora do dia se desdobram todos os dias e, logo após sua ocorrência, as atividades são essencialmente diferentes. Como cada paciente, em princípio, tem grupos diferentes para participar – por que tem também terapeutas diferentes – cada sujeito (ou grupo de sujeitos) navega diferentemente pelas atividades da Clínica. Durante algum tempo algumas pessoas eram responsáveis, em acordo com a Terapeuta Ocupacional, a ajudar os demais pacientes a encontrar as atividades e entender os grupos da Clínica, sobretudo nos primeiros dias de tratamento. A função, no entanto, de entender os horários e estar atento as atividades é algo a ser desempenhado individualmente e se espera que os pacientes tenham esta habilidade de navegarem pelas atividades da Clínica.

Tomadas em sua totalidade, portanto, as práticas terapêuticas da Clínica-dia – das quais os grupos e atividades na grade constituem uma de suas partes – envolvem um esquema complexo de circulação de diferentes categorias, discursos e também concepções de tratamento.

Dentro da Clínica-dia os pacientes e profissionais estão sempre ao redor da organização e da participação em grupos e em encontros com pequenos grupos ou com o coletivo dos pacientes. Uma ferramenta, no entanto, é muito comum para a prática terapêutica, a *escuta*, que é um tópico que me parece crucial para começarmos a pensar como o tratamento é atravessado constantemente por várias questões. “Escuta” é um termo comum entre profissionais da psicologia da Clínica. Ela parece sempre indicar a capacidade de, realmente, se estar disponível para as pessoas quando elas necessitam comunicar-se, desabafar e também oferecer um atendimento inicial e de acolhimento aos pacientes por meio da atenção ao outro.

Para alguns autores trata-se de uma “competência de comunicação interpessoal” (MESQUITA; CARVALHO, 2014) mais do que propriamente uma técnica ou conhecimento teórico, ainda que eventualmente precise ser aprendida pelos profissionais. Em minha experiência de pesquisa a escuta ficava evidente nos modos como, todos os pacientes, independente da gravidade de suas histórias, em algum momento receberiam alguns minutos da atenção dos profissionais e, igualmente, em uma certa propensão de muitos dos profissionais para compreender, estar atento, curioso, disposto a pensar e a ajudar aos pacientes.

Também outros pacientes, em outras etapas, em outros níveis de experiência com o tratamento psiquiátrico, seriam estes agentes da escuta. As vezes estes minutos ou instantes em que uma pessoa ouve a outra e oferece algumas palavras de conforto mas, principalmente, de *atenção*, eram preciosos para a maneira como muitos pacientes experimentavam o tratamento. Situações – *ocorrências* – que aconteciam no cotidiano do tratamento ou mesmo na vida familiar, do trabalho, ao surgirem na Clínica, colocavam sempre o problema de tentar compreender os impactos que um evento teria na vida de alguém – *aquela situação conduziria a uma piora? Em alguns casos, um suicídio? O vínculo com o tratamento*

estaria em perigo? Assim, a escuta não é só uma capacidade de escutar propriamente, mas também envolve um senso de urgência e de domínio do tempo necessário para produzir outros efeitos desejados a partir daquela experiência de contato com o outro.

A escuta é um dos modos por meio dos quais o processo de tratamento também vai se produzindo, em suas diferentes maneiras. Com muita frequência, em algum canto da Clínica, ou dirigindo-se para uma sala mais afastada, conversando nos balcões do posto de enfermagem, nas mesas do refeitório, sempre algum dos profissionais conversava individualmente com um ou um pequeno grupo de pacientes. Estes encontros não só abasteciam os profissionais de muitas histórias e narrativas que, depois, apareceriam em reuniões ou encontros da equipe, como também possibilitavam que questões individuais que eventualmente não pudessem ou não fossem compartilhadas em público, pudessem emergir em outros enquadramentos posteriormente. Estas conversas também eram utilizadas como hipóteses diagnósticas em outros casos, como formas de compreender a trajetória do paciente. Em outra chave, ainda, muitos destes momentos de escuta se desdobravam numa disponibilidade para *o outro*, fenômeno que me parece central para o desenvolvimento de relações de confiança entre profissionais e pacientes. Ainda que as conversas alimentem processos diagnósticos, muita também sequer vêm ao conhecimento de toda a equipe e permanecem circulando num circuito paralelo, íntimo e mesmo secreto entre poucas pessoas dentro da Clínica.

A coletividade do tratamento na Clínica-dia, portanto, em um certo sentido, está suportada na variada rede de relações entre os sujeitos. Como veremos, nos grupos terapêuticos, na maioria das vezes, as perguntas dos profissionais – *E aquela questão?* – não se remetia, sempre, a um processo construído coletivamente mas, muitas vezes, a conversas individuais e conhecimentos compartilhados somente entre aquela pessoa e o/a terapeuta. Num certo sentido portanto, o tratamento percorre tanto pelo caminho coletivo quanto também pelo caminho individual.

CAPÍTULO 2 – PRESENCAS DO ESPIRITUAL

Cheguei à Clínica-dia no primeiro dia oficial de pesquisa por volta das nove horas da manhã. Sofia, profissional de seus 50 anos, da terapia ocupacional, foi uma das primeiras com quem tive contato neste dia e com quem manteria uma importante interlocução por toda minha estadia na unidade. Ao me apresentar aos pacientes, neste dia, após claramente discutir consigo mesma em que categoria me encaixar, afirma que o que eu fazia era “*como um estágio*” e que, enfim, eu estava ali para observar e também para ajudar com o que precisasse. Já nos dias seguintes, a aceitação da equipe de profissionais e também dos pacientes se mostraria bastante fácil e rápida e em algumas semanas eu já seria chamado por alguns de “*um quase membro da equipe*”.

Neste primeiro dia, participando das atividades da terapia ocupacional, conheci algumas pacientes que se interessaram muito pela pesquisa. Sofia havia avisado a elas que eu organizaria duas oficinas no período em que lá estivesse, uma de antropologia e uma de música e que eu iria ficar participando e observando as práticas terapêuticas da Clínica paralelamente. Estávamos na sala 08 nesta ocasião, uma sala que frequentaria muitas vezes, dado que o artesanato, a fabricação de mandalas, mosaicos, a educação física, assembleias semanais e rodas de conversa – ou seja, uma grande parte das práticas terapêuticas da Clínica-dia - eram realizadas naquele ambiente.

Após debatermos sobre a validade da antropologia, a qual disse poderia contribuir para “expandir os horizontes” dos pacientes sobre os temas de saúde, doença, loucura, saúde mental, sou informado sobre a existência, naquela mesma sala 08, de um pequeno recuo, uma pequena sala, com grades metálicas e que supostamente fora uma cela para um antigo morador daquele prédio, que outrora fora uma imponente residência naquele bairro. Embora não comprovado, circulava o boato de que os antigos donos da casa tinham um filho “doente” e que o mesmo precisava ser mantido em contenção, razão pela qual se explicava a existência de uma pequena passagem por onde supostamente poderia entrar um prato de comida e também razão pela qual uma boa parte dos pacientes, com capacidades mediúnicas, alguns sensitivos e outros,

ainda, capazes de captar o invisível, costumavam relatar a presença eventual de observadores, as vezes um peso, uma “*coisa ruim*”, uma “*presença*”.

Vim a saber ao longo da pesquisa que, no entanto, não importando o passado da casa, muitos cuidados – orações, limpeza espiritual – haviam sido tomados quando do aluguel daquele espaço para onde a Clínica se mudara há não muito tempo, seguindo os efeitos de uma inesperada transformação na história da instituição. Não são todos, certamente, mas muitos de meus interlocutores habitam um mundo povoado por energias, luzes, espíritos e dimensões espirituais e também, alguns, são exímios pesquisadores não de uma espiritualidade que consideram somente em termos de “auxílio” mas em termos da constituição de nossa própria humanidade, um *paradigma da espiritualidade*, oposto ao mero *materialismo*¹⁸. Os profissionais da Clínica, pela minha experiência em suas reuniões e conversas, estão acostumados ao passeio por interpretações sobre o mundo da espiritualidade, dos espíritos e das energias, que certamente não são abraçadas por todos, mas que ocupam os espaços da unidade inevitavelmente, tanto como interpretações possíveis quanto como um extrapolamento da psiquiatria.

Ao longo de minha pesquisa de campo, neste sentido, convivi com muitas palavras, discursos, histórias, práticas que tinham como uma de suas características a mobilização do “espiritual” como um de suas características. Embora muitos dos sujeitos da Clínica-dia estejam relacionados com uma variedade de perspectivas que

¹⁸ Sobre este aspecto ver Beaugard et al. (2014), contendo o “*Manifesto para uma ciência pós-materialista*”, assinado por cientistas de várias áreas (psiquiatria, antropologia, psicologia,...), dentre eles o psiquiatra brasileiro Alexander Moreira-Almeida. Uma corrente forte de debates científicos tem se desenvolvido no Brasil e em outros lugares do mundo especialmente sobre a relação entre saúde e espiritualidade e os limites do que chamam materialismo (a ideia de que a matéria é a única realidade). A corrente parece investir fortemente em diálogos com princípios do campo espírita (reencarnação, experiências fordo-corpo, quase-morte, dimensão espiritual, entre outros), paralelamente a uma purificação científica destes tópicos e da espiritualidade como um todo. Na capítulo 03 veremos com um pouco mais de minúcias como estes elementos aparecem também na gramática do espiritual dentro da Clínica-dia.

resgatam experiências e pertencimentos religiosos, “espiritualistas”, “espirituais”¹⁹ percebo o espiritual aqui como uma realidade que não pode ser facilmente capturada por fronteiras muito fixas entre identidades religiosas ou, sequer pela ideia de uma identidade religiosa. Por um lado, busco acessar esta dimensão do espiritual como um conjunto algo genérico de dizeres e prescrições no cotidiano, que envolviam tanto a capacidade de reconhecer a existência de uma porção espiritual no humano, quanto a espiritualidade como maneira de enfrentar a doença e o tratamento. Por outro lado, era um ponto comum nestes diálogos e prescrições que o humano é capaz de estabelecer pontes de comunicação com o mundo espiritual e, igualmente, que o mundo espiritual também pode se comunicar e realizar coisas no mundo físico.

Pensar a existência destas falas num contexto psiquiátrico foi um grande desafio para esta pesquisa, que se evidencia, principalmente, no fato de que o “espiritual” está *presente* na Clínica-dia – por meio de certas expressões, falas, atividades, histórias, imagens, memórias – mas não é tomado, no entanto, como estando, *de fato*, presente, num sentido institucional ou explicitamente como parte do programa terapêutico. É muito ilustrativo disto que, certa vez, quando conversava com dois dos profissionais da Clínica que são coletivamente reconhecidos como relacionados a um tratamento espiritual e associados com muitas das interpretações espíritas que circulam na unidade, um deles me disse sem muita cerimônia que, ali, não havia “nada de espiritual”. Dito de outra forma: o que eu iria querer pesquisar sobre espiritual se ali não havia “espiritual”?

Não houve um dia em minha pesquisa de campo em que eu não estivesse curioso, neste sentido, a respeito de como meus interlocutores pensavam o fato de estarem num Hospital Espirita, se pensavam ou não sobre influências espirituais, como davam conta dos comentários espirituais que surgiam frequentemente e

¹⁹ Durante a pesquisa era frequente a interlocução com pacientes e profissionais Espíritas kardecistas, mas também conheci pessoas de Umbanda, Candomblé, Johrei, Igreja Messiânica, Evangélicas de várias denominações, Católicas, “espiritualistas”, mencionando rapidamente apenas algumas das denominações que conheci de minha experiência com a Clínica.

como equacionavam este encontro com o campo *psi*. Quando o assunto finalmente emergia, no entanto, mimetizando a postura dos profissionais, na maioria das vezes os discursos de pacientes dispensavam a interpretação de que o Hospital era espírita, no sentido de que pudessem ser localizadas ali práticas espíritas. Assim, este conjunto de coisas que mencionei, estão presentes no discurso das pessoas com as quais convivi e também em várias atividades da Clínica, mas ao mesmo tempo está paralela uma narrativa de sua não presença.

Indo um pouco mais adiante na caracterização deste contexto, é importante dizer que um grande número de profissionais na Clínica-dia é relacionado com o Espiritismo²⁰ Kardecista, uma vertente do espiritismo associada primordialmente com as obras de Hippolyte Léon Denizard Rivail (1804-1869), que se imortalizou sob o nome de Allan Kardec. Estes profissionais eram tanto sujeitos que haviam, em alguns casos, nascido dentro da tradição espírita, e possuíam muitos vínculos com esta comunidade, como também profissionais que se professavam católicos ou de outras religiões, mas que tinham distintos níveis de aceitação e de participação no Espiritismo, fosse na crença mais geral em *espíritos*, ou na participação em palestras e *passes* em Centros Espíritas.

Outros profissionais também estavam associados com formas que consideravam “mais científicas” de Espiritismo e de espiritualidade, como apontei anteriormente, citando frequentemente que o próprio Allan Kardec teria reconhecido em vida que sempre que a ciência provasse que o Espiritismo está errado este precisaria retificar-se. Muitas destas correntes contêm elementos do Espiritismo mas também dialogam com “a Ciência” (física quântica, ideia de um multiverso, espaço-tempo) e também com elementos da Nova Era. De modo principal estes princípios

²⁰ Para efeitos de compreensão do texto, sempre que Espiritismo – com “e” maiúsculo – aparecer, estarei me referindo ao Espiritismo de inspiração Kardecista. Aqui, no entanto, não assumo que farei uma discussão sobre a relação entre o Espiritismo e meu campo de pesquisa, preferindo abordar as relações da espiritualidade – como uma forma que inclui de alguma forma o próprio Espiritismo – mas que ao mesmo tempo tem outras dinâmicas que, ao mesmo tempo, incluem e vão além de outras formas religiosas e doutrinárias em sua forma de perceber questões como espíritos, energias, saúde e doença.

apareceriam encapsulados em ideias como a “ciência da consciência” e um “paradigma da espiritualidade”.

Uma característica importante que qualifica, assim, a presença deste universo espiritual na Clínica-dia é o de que ele está tanto investido de uma fidelidade doutrinária com o Espiritismo como também aparece como conhecimentos diversos que são mobilizados no cotidiano, se referindo a concepções científicas e a outros universos cosmológicos. Práticas da Clínica-dia como os Grupos de Psicologia Transpessoal, o Reiki, e mesmo cotidianidades como a toma de Florais, o recurso a “*energia*” como forma de explicar adoecimentos e melhoras pareciam sempre conectados com esta fluidez entre uma forma mais doutrinária e uma forma mais solta de espiritualidade.

Uma reflexão que se torna importante, neste sentido, é sobre as relações entre meu contexto de pesquisa e o campo das terapias alternativas e espirituais no contemporâneo. A partir do estudo das culturas espirituais/terapêuticas que se desenvolveram no sul do Brasil em torno dos anos dois mil com o desenvolvimento das chamadas “espiritualidades da Nova Era”, Maluf (2003) oferece uma reflexão importante sobre o conceito de pluralidade terapêutica e ajuda, ainda que indiretamente, a pensar a concepção de espiritual com a qual estive em contato durante minha pesquisa com a Clínica-dia:

A pluralidade terapêutica é caracterizada pelas práticas informais em relação aos processos de doença e cura. Essas práticas aparecem não apenas na utilização de técnicas e fórmulas “caseiras”, tradicionais ou naturais de cura, mas também nas práticas disseminadas de auto-medicação, **da circulação de um conhecimento terapêutico popular que incorporou o discurso médico e científico e, sobretudo, de uma larga difusão de um jargão ou dialeto médico, terapêutico e psicoterapêutico.** (2003: 162) [Grifos meus].

Não era tão comum encontrar na Clínica-dia o emprego de técnicas caseiras, tradicionais ou naturais de cura no sentido

atribuído por Maluf (2003), mas os jargões médicos e psicoterapêuticos eram largamente disseminados, sobretudo no viés “espiritual” empregado pelo SAE, onde Espiritismo, espiritualidade e “racionalidade” sempre apareciam mobilizados para construir um sentido para o tratamento. O fato de que “ter motivação”, “vontade de viver”, entre outros temas do grupo de *Valorização da Vida*, podem aparecer tanto num discurso Espírita quanto num discurso psicoterapêutico/psiquiátrico/“racional”, é um traço muito importante desta transversalidade da espiritualidade e, também, para a disseminação do jargão terapêutico e espiritual dentro da Clínica-dia.

O emprego de técnicas naturais é, na maioria das vezes, rechaçado e criticado por muito pacientes, que relatam uma busca de uma “verdade” em seu tratamento. A definição de um diagnóstico e consequente produção de uma legitimidade para suas doenças é um traço muito importante do tratamento psiquiátrico. Isto tudo, no entanto, deve ser olhado, no caso da Clínica-dia, juntamente as práticas “alternativas” como a Terapia de Florais de Bach, Reiki, passes energéticos, que são comuns dentro da Clínica-dia mas que aparecem envoltos de uma concepção de racionalidade que, a um só tempo, as inclui no tratamento e busca expurgar qualquer margem de não cientificidade que possa pairar no terreno do “natural” e “alternativo”.

Para Maluf (2003), as então novas culturas espirituais são marcadas por uma aparente fragmentação da experiência religiosa, que não é por sua vez definida nos termos de instituições, doutrinas ou sistemas religiosos tradicionais. A coesão, neste caso, estaria de fato situada em diversos momentos da experiência social dos sujeitos para a qual determinados sentidos comuns poderiam ser atribuídos, tais como a transformação pessoal e o “tornar-se outro”. A fragmentação em diversas e aparentemente incongruentes alternativas terapêuticas e religiosas, argumenta a autora, na verdade, revela o projeto de “fabricar uma nova pessoa”, um projeto comum nestas culturas espirituais (MALUF, 2003, pp. 163-164).

Apesar de não estar vinculado a uma proposta “espiritual” ou explicitamente “espiritual/terapêutica” vinculada a Nova Era; mas sim, um contexto clínico/hospitalar, a Clínica-dia compartilha de muitos destes sentidos que foram trazidos por Maluf (2003). É na

própria “indefinição das margens”, evocando aqui o trabalho de Aureliano (2011), que os movimentos do espiritual na Clínica-dia parecem investir, contando exatamente com a possibilidade de que a própria transversalidade do discurso capte os múltiplos sentidos que já circulam e já estão construídos nas representações dos pacientes. Também é na produção de uma “nova pessoa” que se encontram a maioria dos esforços terapêuticos da Clínica-dia, sobretudo estes que dialogam com o campo da espiritualidade e práticas alternativas.

As margens porosas entre religioso e terapêutico, no entanto, acabam por evocar, também, as próprias margens já em si indefinidas das próprias formas religiosas que constituem o lado “religioso” deste binômio e aqui, evidentemente, do próprio Espiritismo. Para o caso do Espiritismo, em cujos princípios circulam uma série de concepções terapêuticas da Clínica-dia, também é importante pensar a porosidade de suas fronteiras dentro do contexto brasileiro:

O espiritismo no Brasil, para além de uma religião, pode ser visto enquanto um campo religioso-terapêutico de fronteiras porosas, o que historicamente tem permitido o trânsito de categorias e práticas do interior dos seus vários grupos para o universo de outros agentes sociais e, inversamente, possibilitado que tais grupos absorvam e coloquem em tensão elementos externos com os quais eles têm ao longo dos anos constituído suas práticas. Deste modo, creio que não há um ou vários espiritismos no Brasil, mas sim um campo de práticas espíritas complexo e heterogêneo em contínuo processo de transformação marcado por uma constante redefinição de fronteiras e pelo caráter eminentemente terapêutico de suas práticas. (AURELIANO, 2011: 118)

Um momento importante desta complexidade envolvendo o espiritual está relacionado com o Projeto Terapêutico da Instituição e com a proposta de tratamento que a Clínica-dia oferece aos

pacientes, que passam por um projeto de tratamento individualizado e onde uma noção de pessoa como “bio-psico-culturo-espiritual” aparecem. O espiritual, portanto, participa não só como uma dimensão do tratamento e da vida de muitos profissionais como, também, faz parte dos movimentos e enquadramentos cotidianos que rodeiam as concepções de doença e de diagnóstico na Clínica-dia. Antes de ir adiante para a introdução do leitor à estas dinâmicas da Clínica-dia, as quais a rigor funcionam como estruturantes em sua proposta de tratamento, faço uma breve digressão sobre o encontro destas formas de espiritualidades na Clínica-dia.

Em primeiro lugar estou consciente de que reservar o termo “espiritual” ou “espiritualidade” em muitos momentos não é melhor maneira de descrever os fenômenos que observei. Nem todos os meus interlocutores veem que a participação em passes ou palestras espíritas, ou mesmo, como veremos adiante, o envio de nomes para uma reunião mediúcnica, implique em práticas necessariamente associados com espiritualidade ou religião. Para alguns isto está relacionado, também, a uma lógica de complementaridade ao tratamento medicamentoso ou, mesmo como um comportamento que permite uma integração de práticas diversas, uma abordagem mais abrangente e total da saúde. Opto aqui por manter a rubrica “espiritual”, e sobretudo “espiritualidade” – ainda que tentando descrever o que elas produzem na Clínica-dia – pois, mesmo dentro do complexo campo das teorias complementares, a “espiritualidade” parece já ter alçado um patamar em que podemos olhar para ela ao mesmo tempo aproximando-a de seu histórico conceitual dentro do campo dos estudos da religião, e tensionando seu conteúdo claramente disruptivo deste mesmo campo e sua capacidade de descrever novas dinâmicas no campo religioso e também da saúde.

Em minha pesquisa, além disto, o “espiritual” é em alguns momentos quase um mantra, uma categoria fulcral, que qualifica tudo o que demais não é biomédico na experiência do tratamento, assumindo um caráter também bastante local. Essa categoria serve como uma forma de captar as “experiências extraordinárias” da doença mental e, ao mesmo tempo, também consegue facilmente

se conectar com os saberes psicoterapêuticos difundidos na Clínica-dia.

Pensar a existência deste espiritual num contexto psiquiátrico, como tenho afirmado, é um grande desafio e só foi possível chegar a uma narrativa etnográfica que, me parece, fosse capaz de dar conta de seus movimentos e complexidades, tensionando tanto o lado espiritual quanto o lado psiquiátrico desta equação.

O “espiritual” é uma força inegável nas práticas e concepções terapêuticas da Clínica-dia e outra concepção corrente ainda, explicava que, na verdade, incluir a espiritualidade cumpria justamente os papéis de humanização, ressocialização, integralidade que já seriam característicos da instituição e, para alguns, também próprios da Reforma Psiquiátrica.

Ao mesmo tempo, no entanto, tais discursos também não abriam mão não necessariamente da “importância do espiritual”, do “agarrar-se com Deus”. Em uma nota mais histórica a este respeito é importante ter em mente que, ainda que no alvorecer do século XIX, hospitais psiquiátricos tenham se tornado importantes manifestações das comunidades Espíritas por todo o país, no desenvolvimento da Psiquiatria, nas décadas que seguiram, tanto o Espiritismo quanto suas iniciativas encontraram muitas críticas e impedimentos para o desenvolvimento de que costumeiramente chamam de sua “obra assistencial”, central em sua cosmologia. O próprio Espiritismo, assim, se misturou e se adequou as dinâmicas políticas e religiosas da nação, produzindo diversas zonas de contato, como são exemplos as associações médico-espiritas ou os próprios hospitais espiritas. Ao mesmo tempo, no entanto, o discurso científico também gera tensionamentos com a ideia de tratamentos espirituais, trazendo o desafio do anonimato em alguns casos e a necessidade da comunidade espírita de proteger-se politicamente frente a instâncias normatizadoras advindas do campo médico. Tudo isto deve ser visto, evidentemente, à luz do fato de que no Brasil o Espiritismo é também particularmente associado com as classes médias e, ainda, ao mesmo tempo, especialmente praticado pela classe médica (SOARES, 2008; STOLL, 2002; 2003; 2004). Enfim, é um campo de tensões e também de acomodações de diversas formas que impactam de

modo importante nas maneiras pelas quais o Espiritismo vai se produzindo enquanto alternativa terapêutica em seus distintos contatos com outras práticas.

No contexto da Clínica-dia ainda que em um diagnóstico psiquiátrico, como veremos, a marca das classificações tradicionais se insinuasse, no cotidiano argumentos sobre a presença de espíritos obsessores e mediunidade era cogitada não como uma explicação que suplantasse a psiquiatria mas que era tomada, embora não por todos, como acessória. Veremos que, de fato, o cotidiano, os falares sobre a doença, a espiritualidade, assim como as interações que aos poucos vão fazendo emergir categorias de doença, tudo isso tensiona e amplia as noções de diagnóstico na Clínica-dia, fazendo circular muitas categorias e concepções terapêuticas.

Quando falo, aqui, desta circularidade das categorias, incluindo aí o “espiritual”, tenho em mente, em primeiro lugar, as posições assumidas por diferentes sujeitos com quem convivi. Dar o nome “espiritual”, por um lado, é uma forma de apontar um caráter distintivo de certos elementos na Clínica-dia e, mais importante, também de reconhecer a presença deste idioma no cotidiano. Reforço que o espiritual não circula como uma forma acabada, ou intrinsecamente relacionada com movimentos religiosos, mas tem um idioma muito particular: ela se refere aos pacientes que tributam seu adoecimento a presença de questões espirituais, sejam “macumbas” ou “trabalhos”, sejam em contaminações inter-religiosas, ou ao trazer o espiritual e o religioso como formas que explicam infortúnios e doenças. O espiritual, além disto, também está importantemente situado no *próprio* discurso psicopatológico, que identifica como religiosos os conteúdos das alucinações de muitos pacientes, fazendo circular o espiritual também no falar sobre algumas formas de adoecimento deste uma perspectiva técnico-científica. Por fim, ainda, também se distingue um “espiritual” no diálogo na atuação do Serviço de Assistência Espiritual, na presença de explicações energéticas, energias, Reiki, etc.

Falar sobre espiritual no contexto da Clínica é, assim, um grande desafio como afirmei, sobretudo por que cada um destes agentes reivindica uma característica e uma interpretação próprias

para esta categoria. Assim, evoco “espiritual” constantemente ao longo da tese, sobretudo como uma categoria útil para pensar o contexto que pesquisei, entendendo principalmente que é uma categoria que também está em movimento e que (se) torna real e (se) presentifica de diferentes formas e em diferentes acomodações com outros saberes. O fato de que o espiritual se encontra, de diferentes formas, em cada segmento da Clínica é um indicativo, para mim, central, de que esta categoria ou modo de conhecimento, circula no cotidiano da unidade, sendo importante pensar que tipo de realidades produz.

Assim, tento refletir neste capítulo sobre os modos de presença do Espiritismo e da espiritualidade na Clínica-dia, buscando respeitar em primeiro lugar os limites que os próprios sujeitos da Clínica interpunham entre presença e ausência destas práticas. Tento demonstrar em torno de que situações e contextos “o *espiritual*” aparece, entendendo que movimentava ideias e práticas na vida cotidiana. As reflexões deste capítulo são baseados num conjunto heterogêneo de materiais e situações etnográficas. O que está aqui inclui, em primeiro lugar, apostilas de circulação interna sobre a história da instituição, o projeto terapêutico do Hospital, materiais informativos da Clínica-dia, documentos que acumulei ao longo dos vários anos de pesquisa de campo e, também, várias conversas com um terapeuta e pesquisador de espiritualidade. A observação participante na vida cotidiana da Clínica-dia e a participação em atividades do grupo conhecido como “Valorização da Vida” também aparecem aqui, pois é a partir delas que tento mobilizar a ideia do “espiritual”, não como religião, nem como doutrina, exclusivamente, mas como um *modo de conhecer e tratar* próprio da realidade complexa que observei.

2.1. SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPIRITUAL

Desde pelo menos os anos 1980 o Hospital Espírita que pesquisei possui entre os serviços oferecidos um Serviço de Atendimento Espiritual (SAE), constituído por pessoas da comunidade Espírita e que busca, nas palavras de um de seus participantes, “resgatar com os pacientes sua vontade de viver, suas decisões e motivação”. O SAE realiza suas atividades tanto nas alas

de internação quanto nos ambulatórios e Clínicas-dia e, ao longo dos anos, sofreu uma diminuição na sua presença junto às práticas terapêuticas do Hospital, talvez uma das muitas consequências das transformações pelas quais passou a instituição pelo menos nos últimos 10 anos²¹. As atividades que pratica hoje são apenas uma pequena parte do que, em algum momento, representava a presença de abordagens espirituais no contexto da instituição. Antigamente o SAE era associado com a realização de atividades musicais, de meditação, fluidoterapia, momentos de reflexão com equipes e pacientes, atendimentos familiares, irradiações, desobsessão²², livrarias e biblioteca Espíritas e, também cursos destinados a profissionais, pacientes e ex-pacientes objetivando esclarecer e avaliar a presença de influências espirituais.

(...) SAE é um dos Serviços do Hospital, formado todo ele por voluntários, pessoas que de boa vontade doam algumas horas de trabalho para que este serviço desenvolva uma Assistência Espiritual, integrado aos trabalhos terapêuticos aqui desenvolvidos. As atividades do SAE são baseadas na Filosofia da Doutrina Espírita, codificada por Allan Kardec e nos resultados de pesquisas desenvolvidas pela Ciência Espírita e pela Parapsicologia (Projeto Terapêutico. Clínica-dia).

Esta presença de práticas espíritas na instituição, ainda que tenha diminuído substancialmente ao longo dos anos, constrói importantes sentidos na vida da Clínica-dia ainda na atualidade. Pacientes que já estão na instituição há muitos anos, que conhecem profissionais antigos, que já participaram de outras atividades, profissionais que também já vivenciaram aquele período, entre

²¹ Na introdução desta tese explico, ainda que rapidamente, aspectos da instituição que permitem compreender – ainda que anonimamente – aspectos da historicidade do hospital, da Clínica-dia e de sua relação com o Espiritismo.

²² Na apostila da instituição: “Evocar os espíritos que estejam imantados vibratoriamente aos pacientes, procurando orientá-los”. Mais sobre este tema será debatido no capítulo 4.

outros tantos que de alguma forma conheciam a quase centenária instituição, traziam constantemente, a possibilidade de uma *relação* entre saúde mental e Espiritismo/espiritualidade. O espiritual ocupa tanto um lugar que pode ser praticado, que classifica, que interpreta, como também está entranhado inegavelmente na história da instituição, em sua “mitologia” particular, como observei na abertura desta tese. Assim, ainda que no momento atual o SAE tenha uma presença diminuta, convivi com um discurso da história da instituição, do *tempo em que o SAE estava dentro do Hospital* que, ainda que distantes temporalmente, tornavam presentes os problemas e abordagens que lá se constituíram. A maioria dos meus interlocutores na Equipe vem daquela época da instituição, inclusive alguns pacientes, o que torna esta presença do espiritual ainda mais intensa.

Da mesma forma, ainda que a maioria daquelas atividades não sejam mais praticadas de um ponto de vista institucional, a ideia geral de um tratamento espiritual, muitos elementos deste processo, permanecem, e são veiculados no cotidiano da Clínica por estes voluntários e outros profissionais relacionados com o Espiritismo.

Uma breve nota sobre a cosmologia espírita, neste sentido, é importante aqui. De acordo com o Espiritismo kardecista cada um de nós tem um espírito que tem passado por um longo e contínuo processo de evolução. Cada espírito também é, essencialmente, dotado de “livre arbítrio”²³ para a realização do bem e do mal. As sucessivas encarnações do espírito em diferentes vidas materiais oferecem repetidas possibilidades de que um espírito desenvolva ações de bondade, caridade, amor ao próximo, auto desenvolvimento – princípios centrais da pessoa no Espiritismo. Em razão deste livre arbítrio cada espírito pode, no entanto, empreender ou não tais ações, resultando em trajetórias indefinidas do espírito ao longo de sua evolução. Neste processo, o espírito habitará diferentes corpos, países, enfrentará diferentes desafios, na busca do aperfeiçoamento e de aperfeiçoamento moral. Dada a

²³ É amplamente divulgada a seguinte expressão que, com algumas variações, foi repetida diversas vezes na Clínica-dia: “Livre arbítrio é a capacidade de plantar o que você quiser. Justiça é colher exatamente o que você plantou”.

sucessão de encarnações, o espírito carrega memórias, traumas e experiências de outras vidas, as quais podem eventualmente se manifestar em cada “novo” corpo, na forma de doenças, marcas corporais, lembranças, e uma variedade de outras manifestações.

Uma noção aproximada de “carma”²⁴ se pronuncia aqui de modo particular, especialmente nas formas da “lei da causa e efeito” ou da “lei de retribuição universal”, assim como da noção de “reencarnação”, elementos centrais para as concepções de saúde e doença que são produzidas no Espiritismo. Um espírito irá reencarnar tantas vezes quantas sejam necessárias para realizar os intentos divinos e/ou retribuir a outros espíritos pelos feitos que tenha causado a estes em outras encarnações. Este sistema de reencarnação e retribuição, um dos elementos centrais da cosmologia Espírita, faz com que uma vez reencarnado um espírito esteja em contato com as possibilidades e provações necessárias para poder evoluir.

Aureliano (2011) aponta, no entanto, que no Espiritismo, diferente do Hinduísmo ou Budismo, outras tradições reencarnacionistas, não há uma crença de que o espírito retornará para um “todo indiferenciado” ou uma “consciência unificada” após o desencarne, ou morte do corpo físico. Ao contrário, mesmo após a morte, os espíritos mantêm um certo grau de “individualidade” e podem acessar – dependendo de seu próprio estágio evolutivo – conhecimentos a respeito de suas outras vidas. Neste íterim, a *mediunidade*, um elemento que foi muito presente ao longo de minha pesquisa de campo e que é central para o Espiritismo, fornece umnexo importante para a cosmologia espírita e para as práticas que se relacionam com saúde e doença da perspectiva destas pessoas.

Os médiuns, e suas diferentes especialidades, são canais, ou meios, que permitem que os espíritos encarnados entendam ou reconheçam sua constituição e ligação com o plano espiritual, por meio de consultas, comunicações, suporte, além também de, indiretamente, facultar o conhecimento sobre vidas passadas e sobre as múltiplas conexões das pessoas com espíritos. De acordo com Aureliano (2011), em geral, desequilíbrios energéticos nas

²⁴ Segundo estudos a palavra *carma* não aparece nas obras de Kardec.

porções que constituem o “corpo”²⁵ de uma pessoa são vistas como causas principais de doenças e esses desequilíbrios estão, por sua vez, relacionados a experiências de vidas passadas. Algumas doenças – incluindo as doenças mentais – podem resultar, ainda, de um contato com outras pessoas ou práticas que *emanam vibrações inferiores*. A relação de uma pessoa, por exemplo, com práticas moralmente tomadas como inferiores, tais como beber descontroladamente, fumar, inveja, avareza, desamor, podem atrair espíritos que compartilham das mesmas vibrações destas práticas, o que pode conduzir a diversos tipos de adoecimento – espirituais e físicos – e, especialmente, em casos extremos, ao processo conhecido como *obsessão*, que indica uma relação simbiótica entre uma pessoa e um espírito, onde o segundo geralmente causa danos direta ou indiretamente a pessoa *obsessionada*.

Assim, o olhar espírita para saúde e doença está relacionado com esta compreensão mais geral de como funciona a vida humana e o universo. As experiências de uma determinada encarnação, dependendo de sua seriedade, podem permanecer como “marcas” ou “manchas” no próprio espírito de uma pessoa em outras encarnações daquele espírito. Em outras vidas isto se manifesta como tumores, deficiências, adoecimentos menores, entre outras doenças. A doença em si, em um sentido, pode ser vista como a própria maneira de cura proposta no sistema cosmológico espírita, pois é através da “retribuição ética” (AURELIANO, 2011) que a doença possibilita que as características inferiores de um espírito vão sendo desaprendidas, dando lugar a formas “mais evoluídas” de agir/habitar o(s) mundo(s).

De certa forma, não faz sentido dentro da cosmologia do Espiritismo, portanto, evitar que uma pessoa esteja em contato com suas próprias doenças, por que – na direção do encontro entre racionalidade/filosofia/religião que caracteriza este conjunto doutrinário – elas seriam uma consequência “racional” de algo feito por este mesmo espírito nesta ou em outras vidas. Logicamente,

²⁵ Um “corpo” é constituído de uma porção propriamente espiritual, o espírito, o corpo material, e ainda o “perispírito”, que permitem a acoplagem do espírito no corpo material. Todos estes são, em seu próprio direito, constituintes do corpo que cada sujeito possui.

dentro deste sistema, a doença deixará de existir assim que o mau causado ou os erros cometidos sejam suplantados e o espírito desenvolva uma conduta de boas ações, que invariavelmente se remetem a um ser evoluído.

No entanto, especialmente no contexto brasileiro, o Espiritismo parece ter assumido particularidades importantes no que tange a questões de saúde. Embora uma perspectiva de cura e tratamento não esteja necessariamente presente nos escritos de Kardec, no Brasil o Espiritismo se aproximou de aspectos religiosos e terapêuticos (AURELIANO, 2011; STOLL, 2002), inclusive tensionando e ressignificando sua proximidade da ciência e da racionalidade que lhe são historicamente características. O Espiritismo brasileiro, neste sentido, tem particularidades, sobretudo em face de seus esforços de associação e contraste com outros sistemas religiosos, especialmente o catolicismo e os espiritismos de matriz africana. No Brasil, a organização da comunidade espírita em torno de “centros espíritas” é uma de suas principais formas de expressão e eles estão fortemente conectados à instituições filantrópicas e obras caritativas (BRAGDON, 2012). Práticas como os passes magnéticos ou fluidoterapia, “passes”, cirurgias espirituais, psicografias, para falar apenas de alguns serviços da comunidade espírita, são fortemente marcados pelas ideias de cura e/ou alívio de perturbações físicas ou espirituais, o que torna o Espiritismo uma alternativa terapêutica em diversos contextos, para além de uma possibilidade “religiosa” *per se*.

Na Clínica-dia a principal tônica do SAE está, de fato, relacionada com esta agenda de “*auxílio para o tratamento*”, “*resgate*”, “*busca de bem-estar*”, “*cura*”, “*alívio de males pessoais*”, entre uma diversidade de palavras que compõe o amplo espectro de atuação do Espiritismo no campo da “doença”. Durante minha pesquisa de campo o SAE teve como principal atividade o grupo conhecido com “Valorização da Vida”, que tinha os mesmos moldes de outros grupos terapêuticos, com a apresentação em grupo de um tema e a realização de debates. Em alguns momentos apareceu também a expressão “Atendimento Fraterno”, para caracterizar as atividades de uma voluntária específica que, como veremos, fazia atendimentos individuais, durante um tempo, com os pacientes. O Atendimento Fraterno não era um grupo presente na grade de

atividades da Clínica-dia, mas esta expressão pareceu sempre ser usada de modo transversal para qualificar a própria abordagem do SAE e seus princípios, que se voltavam para os temas do amor, da caridade, da fraternidade e da generosidade. Vim a saber, ao longo de minha pesquisa, que o Atendimento Fraternal – enquanto um título ou uma forma específica de atendimento – é um nome comum em muitas Casas Espíritas e que esta expressão também nomeou grupos antigos do Hospital, especializados na recepção e auxílio de pessoas que necessitavam de qualquer tipo de amparo, bem como outros grupos em diversos Centros. Assim, ainda que diminuto, o SAE parecia sempre retomar os princípios espíritas e também o passado mítico da instituição em seu cotidiano, tentando sempre recapturar os sentidos que aproximavam a perspectiva espiritual do tratamento psiquiátrico.

2.2. SER INTEGRAL E HOLISMO TERAPÊUTICO

Esta dinâmica do SAE, de movimentação do espiritual, não é isolada dentro da Clínica-dia, mas está em diálogo com outros enquadres onde a espiritualidade é apresentada. A *dimensão espiritual*, como é chamada, ocupa um lugar importante na concepção de pessoa que é advogada pela instituição e compõe, também, o modelo de tratamento que é adotado na Clínica-dia. As principais questões que observei com relação a estes tópicos chegaram a mim por uma diversidade de fontes. Conheci sobre as ideias de holismo e integralidade tanto por meio da conversa com os profissionais ao longo dos anos como, também, pela leitura de um projeto terapêutico que me foi dado por membros do Hospital em um momento muito inicial de minha negociação com a instituição²⁶. Em seu conteúdo o projeto já não descreve mais a totalidade dos processos que estão sendo empreendidos pelo

²⁶ O projeto foi atualizado e repensado em muitas ocasiões. Após término da pesquisa, uma versão ainda mais focada em aspectos psiquiátricos e “purificando” o espiritual em termos científicos foi produzida pela instituição. Este movimento parece estar em consonância com o contexto atual mas seria necessário pensar sua atualização face a movimentos mais globais relativos à espiritualidade.

Hospital, mas foi relevante que este projeto tenha sido oferecido como uma forma de compreender a instituição mesmo nos seus passos mais contemporâneos. De fato, evoco trechos deste documento exatamente por que penso que ele ainda ressoa com a maneira com que muitas das pessoas com quem conversei abordam a espiritualidade e, principalmente, de que maneira estas concepções chegam à organização de elementos centrais da estrutura terapêutica que veremos adiante.

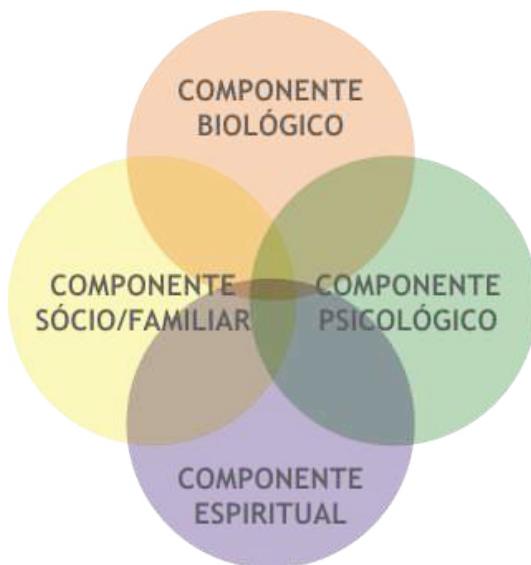
Lemos, assim, neste projeto terapêutico da instituição, que:

Numa visão **holística**, todas as **dimensões do ser humano, bio-psico-culturo/sócio-espiritual**, são importantes e ele é entendido como um **SER INTEGRAL**. A nenhuma de suas dimensões se reserva um segundo plano e a mais importante, dependerá de cada momento, das situações emergenciais e emergentes. Mas, a um Hospital Espírita, cabe a responsabilidade de desenvolver e **dar atenção à dimensão espiritual**, sem negligenciar a qualidade e o rigor técnico-profissional do atendimento das outras dimensões do SER, pois de outra forma não se justificaria o movimento espírita dedicar-se a criação ou manutenção de instituições psiquiátricas. (Projeto Terapêutico do Hospital. Clínica-dia). [Grifos meus].

Observa-se neste pequeno trecho que palavras como visão holística, ser integral, dimensões do ser humano, ocupam um lugar central na composição do sistema “bio-psico-culturo/sócio-espiritual” e, de modo mais importante, também indicam o lugar que se pensa encaixar o espiritual dentro da instituição: nem inferior nem superior a outros temas, mas em estado de diálogo e complementaridade com as outras dimensões do ser. A mobilização de um modelo alternativo ao da biomedicina clássica, evoca, por assim dizer, a própria noção “biopsicossocial” (ENGEL, 1977) que já é bastante difundida em diversas áreas de conhecimento, mas recebe, na instituição, também o elemento “espiritual”, que frequentemente era tomado como uma forma de ampliação do

escopo do tratamento e também como uma tentativa de capturar a complexidade do ser humano.²⁷

O modelo bio-psico-culturo/sócio-espiritual, ou conforme alguns membros da equipe falavam sobre ele, simplesmente o “modelo integral da pessoa”, “modelo holístico”, “modelo do ser integral”, aparecia frequentemente no discurso de muitos de meus interlocutores, mas o que predominava não eram os discursos a seu respeito. Ao longo de minha estadia na instituição documentos, imagens, cartazes na Clínica e no Hospital, pareciam ser as principais fontes de uma reflexão sobre esta forma de conceber o ser humano e, nestes contextos, imagens, evocando os campos *biológico, sócio/familiar, psicológico e espiritual* eram muito comuns, conforme as imagens abaixo:



Fonte: Clínica-dia. Pesquisa de campo.

²⁷ A inclusão do elemento espiritual também tem se tornado mais comum, mesmo em serviços que não estão relacionados diretamente com instituições religiosas ou mantidas por instituições religiosas. Toniol (2017; 2015a; 2015b) desenvolve um trabalho relevante no entendimento destas dinâmicas, resgatando, entre outros, a complexificação do modelo da OMS de saúde e também a produção de políticas públicas que buscam se alinhar a presença de uma dimensão espiritual.

IDENTIFICAÇÃO

OBJETIVO

É parte fundamental no seu tratamento, identificar possíveis dificuldades em diferentes áreas.
Indique nos campos abaixo suas dificuldades.

SAÚDE MENTAL E FÍSICA

VIDA FAMILIAR

**VIDA AFETIVA
SEXUAL/SOCIAL**

VIDA PROFISSIONAL

**VIDA PESSOAL
ESPIRITUALIDADE**

IDENTIFICAÇÃO

OBJETIVO

Elabore propostas de mudanças, visando melhoras em sua qualidade de vida.
Indique nos campos abaixo as propostas de mudanças possíveis.

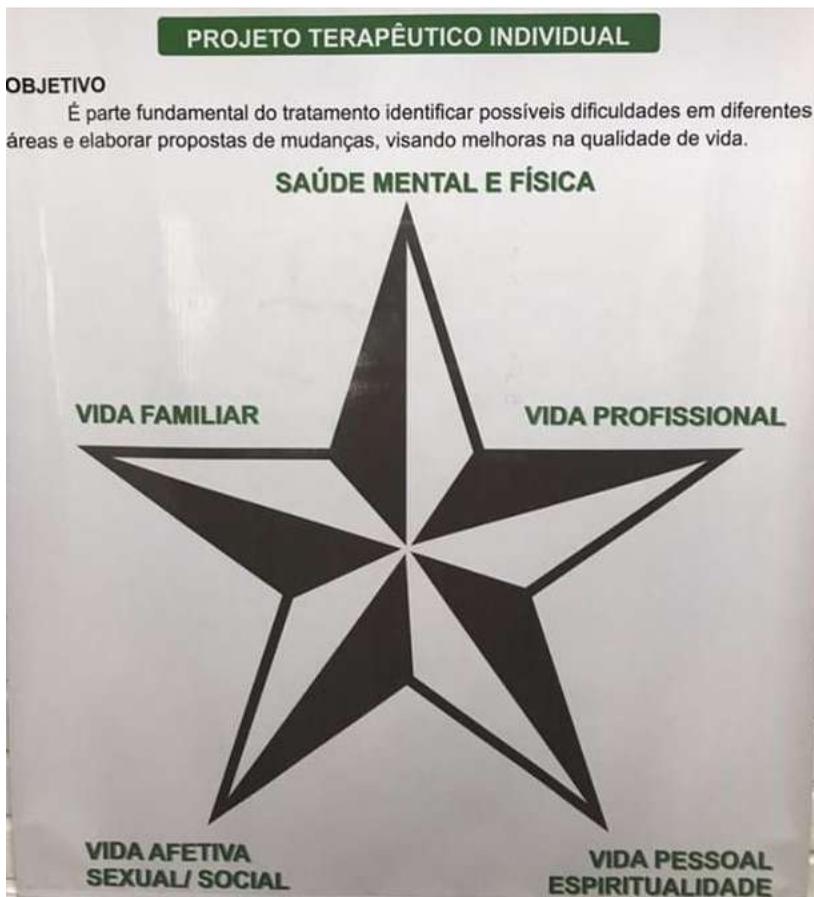
VIDA FAMILIAR

**VIDA AFETIVA
SEXUAL/SOCIAL**

VIDA PROFISSIONAL

**VIDA PESSOAL
ESPIRITUALIDADE**

Fonte: Clínica-dia. Pesquisa de Campo.



Fonte: Clínica-dia. Pesquisa de Campo.

Enquanto a primeira figura investe na apresentação de quatro círculos que se encontram, as duas seguintes – um modelo de PTI, Projeto Terapêutico Individualizado, e também um banner da Clínica – apresentam estrelas, em cujas pontas estariam os campos constituintes do tratamento. Desdobramentos distintos podem estar implicados em cada uma destas imagens.

Em primeiro lugar, na imagem de círculos, o fato de que

existe uma zona de contato entre todos os campos pode evocar a complementaridade entre os componentes e, também, o cruzamento entre cada um dos campos – o que são mensagens muito comuns na Clínica-dia. Em seguida, também na primeira imagem, o modelo bio-psico-culturo/sócio-espiritual – presente no projeto terapêutico – teve a dimensão “cultural” suplantada ou, possivelmente, subsumida ao “social” e é bastante interessante observar que, em alguma medida, tanto na representação escrita quanto na representação gráfica do modelo, “biológico” e “espiritual” ocupam polos opostos.

De fato, se forçamos um pouco a interpretação a representação em círculos possibilita uma zona na verdade menor de contato entre estes componentes se comparada com as demais. Na equação proposta pela imagem, e se assumimos esta ideia de que biológico e espiritual parecem ser sempre colocados em posições contrastantes ainda que dentro de um modelo complementar, vemos ainda que – tanto na forma escrita quanto de círculos – social, familiar, cultural e psicológico ainda aparecem como formas intermediárias entre biológico e espiritual. É interessante notar ainda que, no PTI, diferente do projeto terapêutico e também dos materiais institucionais, elementos como “vida profissional”, “vida sexual”, “vida afetiva”, “vida pessoal”, aparecem como componentes, as vezes também associados com outros campos. A vida familiar, por exemplo, que no primeiro modelo, aparece associada com a dimensão espiritual e, no segundo, com a dimensão social, aparece no PTI, sozinha. Enquanto isto, a dimensão espiritual, que no modelo anterior já estava sozinha, é associada, no PTI, com a “vida pessoal”. A vida social, por sua vez, é adicionada dos campos sexual e afetiva, e o psicológico apare sob a rubrica do “mental”, na ponta mais superior da estrela.

Imagens como a primeira, relacionando os quatro campos do tratamento e seu encontro, são difundidas nos materiais informativos da instituição, em sua página de internet e também em alguns banners existentes em várias unidades do Hospital. Curiosamente, ainda que relacionando quase todos estes quatro campos, no PTI, cada campo está na realidade separado, apontando para direções diferentes, o que parece ser um discurso visual

radicalmente diferente do “círculo”.

Evidentemente estas interpretações são insuficientes para termos em conta a presença da espiritualidade e, da mesma forma, não disponho de muito material imagético que me permita aprofundar no simbolismo destas figuras e destes documentos. Ainda que as três imagens que apresentei se dirijam, pelo que depreendo de minha experiência de campo, a instigar a noção de integralidade, de complementaridade, de tratamento em várias dimensões, elas também são objetos culturais diferentes e é difícil afirmar, antropologicamente, em que medida uma se desdobra na outra. Elas parecem apontar, antes de tudo, o estado de tensionamento em que parecem estar os campos do tratamento, o que não necessariamente indica uma característica negativa, mas sim, ao mesmo tempo, o movimento e a recusa destes próprios termos (e das realidades que nomeiam) em ser reduzidas a um ou outro polo.

Mais do que representações talvez pouco fortuitas das concepções advogadas pela Clínica, estas imagens e as múltiplas interpretações que podemos ter a partir delas, indicam com relativa precisão os tensionamentos presentes em uma proposta tal de inclusão do elemento espiritual no tratamento e, especificamente, também minhas inquietações ao navegar pelo funcionamento da Clínica. As imagens indicam principalmente o caráter transformador e altamente relacional de suas categorias, um potencial que será essencial para as maneiras como, no cotidiano, múltiplas categorias são evocadas no processo de tratamento. O modelo holístico do qual se fala no tratamento, portanto, busca trazer para dentro da unidade não só a integralidade e a complementaridade, mas é um objeto que se baseia essencialmente na transformação, relacionalidade e no constante tensionamento de suas categorias – o que é uma consequência talvez impremeditada das imagens que apresentei. Estou assumindo, portanto, que o próprio tensionamento também produz coisas, está incluído na narrativa do tratamento.

Uma vez que é admitido na Clínica o paciente deverá criar, em conjunto com as atividades de Terapia Ocupacional (TO) e o Terapeuta de Referência (TR) um Projeto Terapêutico Individualizado (segunda imagem). Este projeto contém uma

descrição de metas a alcançar em cada um dos campos (biológico/sócio/familiar; psicológico e espiritual). Também no PTI há um projeto geral para o tratamento, que a rigor deve nortear aquele processo. No tratamento, conforme um dia relatou a coordenadora da Clínica, *o paciente não está na Clínica para resolver um problema abstrato ou algo que ainda será descoberto pela equipe e por ele, mas sim para dar resolução para um tema, de sua escolha, uma dificuldade que pretende trabalhar no período de seu tratamento.*

Neste sentido, de modo central, o PTI busca compartimentar em cada uma das dimensões constituintes do humano as dificuldades e propostas particulares de cada paciente que o preenche. É interessante pensar, neste sentido, sobre os encaixes da noção de integralidade no contexto da Clínica e, especialmente, onde entra a dimensão espiritual neste processo. O ser humano, a partir do modelo holístico, possui – simultaneamente – várias dimensões, dimensões que em alguma medida se cruzam e que constituem uma totalidade do humano. A integralidade, por outro lado, no sentido empregado no PTI, implica que cada tema, especificamente, possa ser olhado em sua dimensão particular. Para que a integralidade da pessoa seja garantida e reconhecida é preciso antes, portanto, quebrar a noção de totalidade que é premente e compartimentar em categorias os problemas que precisarão ser tratados. Ao fim, em alguma medida, os tópicos do tratamento não são percebidos necessariamente por um olhar que totaliza os fenômenos mas, ao contrário, por meio de um esforço de distinguir o que são problemas espirituais de problemas familiares, psicológicos, familiares, de trabalho, etc.

Em algum sentido, portanto, o PTI é na verdade um outro plano ou uma outra dimensão da integralidade proposta no tratamento da Clínica-dia, que nem sempre está em diálogo com uma característica central que abordaremos na segunda parte da tese, relacionada a uma definição interativa e relacional das doenças. Talvez por isto, o PTI nunca foi usado de modo consistente por todos os terapeutas e, mesmo os pacientes, em alguns momentos, perdiam contato com o que haviam proposto em seus projetos individuais. Sempre foi comum em minha convivência com os profissionais ouvir sobre traços do comportamento dos pacientes que são *da pessoa* e não *da doença*, e vice e versa, o que de certa

forma acaba minando a própria autonomia do paciente ao escrever em seu PTI sobre suas doenças e objetivos, dado que dimensões importantes sobre seu tratamento acabam sendo definidas fora desta instância. As doenças – assim como os diagnósticos – são feitos à luz do comportamento dos pacientes, do que diz respeito à *personalidade* e do que diz respeito *ao adoecimento*. Também por isto, reconhecer quando um paciente mente ou tenta enganar é um traço importante do processo de definir onde se situa o problema que deve ser tratado. Neste processo o PTI é somente um dos planos e não necessariamente um guia para o processo de tratamento.

A ideia de que cada paciente tem somente um tema para ser tratado em cada internamento também não é condizente com a própria realidade dos pacientes atendidos, que em sua grande maioria é constituída por pessoas que já estão institucionalizadas²⁸ há muitos anos e onde parece impossível abstrair “um tema” central ou privilegiado para tratamento. As urgências dos tratamentos de cada sujeito, a complexidade da experiência da doença mental faz, ao contrário, que a quantidade de temas seja ampla, que uma mesma doença se relacione com vários campos da vida de uma pessoa e que, no curso do tratamento, as possibilidades interpretativas se multipliquem. O modelo do PTI, neste sentido, também não é um modelo para todos os sujeitos atendidos na Clínica-dia, dado que ele talvez represente um tipo (ideal, possivelmente) de processo de tratamento, que privilegia uma autonomia que, a rigor, nem sempre é possuída integralmente pelos sujeitos e que, igualmente, nem sempre é propriamente reconhecida ou valorizada pela equipe.

Independente disto, ainda que a proposta do PTI não parecesse sempre colar com o funcionamento diário da Clínica, ele representava um princípio e um elemento importante no *enredo* do tratamento psiquiátrico. Isto é, descobrir um problema, escrever a seu respeito, propor ações para melhorar, frequentemente voltar a

²⁸ Pensar institucionalização, aqui, não somente como o internamento prolongado, mas como os próprios resultados destes internamentos. Mesmo com a reforma da assistência psiquiátrica, muitas pessoas permanecem em idas e vindas entre Clínicas, CAPS, comunidades terapêuticas, o que, de certa forma, ainda mostra os efeitos que a institucionalização tem na vida das pessoas.

este plano de ação e objetivos e, enfim, todas as etapas que pareciam rodear a prática terapêutica do PTI, isto tudo veiculava ideias importantes do processo de tratamento: *autonomia, adesão, desejo de melhorar, envolvimento*, entre outros sentidos correlatos. Além disto, o PTI também dá uma existência terapêutica para o “espiritual”, tratando-o como mais uma das dimensões que precisa ser olhada durante o tratamento, ainda que ele opere tanto particularizando quanto generalizando as dimensões que lhe compõe.

Especificamente no momento em que “espiritual” e “vida pessoal” se aproximam é que o terreno para as atividades do SAE parecem se tornar mais férteis. Para Joanna²⁹, interlocutora que me guiou pelos meandros das questões espíritas e me apresentou a outras pessoas dentro da instituição, o “espiritual” deveria ser pensado pela via da vida cotidiana das pessoas, suas histórias, famílias, até mesmo seus corpos, impressões e relações sociais. Era nestes domínios que o espiritual iria se manifestar e ali, nos vícios, nas dúvidas, nas decisões, que o suporte ou resgate espiritual feito pelo SAE iriam agir. É interessante observar, neste sentido, que no PTI “espiritualidade” aparece lado a lado com “vida pessoal”, buscando uma relação entre estes campos que em minha experiência não é tomada como “religiosa”, mas como parte da vida pessoal – com todos os múltiplos sentidos que esta categoria carrega. Nos PTI que conheci, geralmente predominava no campo “vida pessoal/ espiritualidade” tentativas de “*relacionar-se bem com familiares*”, “*aceitar*” mais à outras pessoas, “*rezar mais*”, “*participar de alguma religião*”, dar mais “*atenção para o campo espiritual*”, entre outras propostas.

Em uma das conversas que tive com Joanna, ela atendia um paciente que, segundo ela, já estava “sofrendo” pela influência de um espírito por muitos anos. O paciente atendido por ela, de aproximadamente 60 anos, discutia ardentemente com um espírito que o perturbava e ambos chegavam a travar lutas físicas, que afetavam emocionalmente e fisicamente ao paciente, que pelos anos de influência já se encontrava severamente prejudicado, sobretudo em sua vida social e também em sua saúde física.

²⁹ Nome fictício.

Enquanto me falava sobre este paciente – que eu conhecia da convivência na Clínica-dia como um homem muito religioso, inclusive pastor de uma pequena igreja neopentecostal, e também como diagnosticado com um transtorno depressivo maior com episódios de alucinação – a voluntária me mostrava folhas contendo formulários onde fazia “anamneses” de todos aqueles que já haviam sido atendidos por ela. Com as informações do formulário, que continham uma extensa reconstrução da história de cada sujeito atendido, dados como religião, profissão, família, e a própria conversa com cada pessoa, ela seria capaz de oferecer suporte e/ou encaminhar para alternativas terapêuticas – que ali se relacionavam diretamente com atendimentos em Centros Espíritas, tomada de passes energéticos e também a entrega do caso para uma *Reunião Mediúnica* (ver capítulo 6).

Joanna guardava cuidadosamente uma extensa quantidade destes formulários, os quais não permitia que fossem vistos por outras pessoas, descrevendo os documentos como confidenciais e úteis somente para seu uso pessoal. Era muito forte em seu discurso o tema da existência de Deus e de espíritos, assim como da influência que estes últimos podiam causar. Ao mesmo tempo, estava também sempre presente uma maneira científica e ao mesmo tempo questionadora – que mais tarde observei era sua marca registrada no trato com outras pessoas – de demonstrar suas opiniões. Na maioria das vezes ela lançava antes uma pergunta para, somente em seguida, após uma resposta, poder então dizer o que pensava. Esta dinâmica se repetia indefinidamente com perguntas que tematizavam a existência de Deus, da energia, sensações corporais, sonhos, instintos, e muitas outras percepções que indicavam para ela a presença dos Espíritos em nossas vidas, reconhecimento de porções de encarnações passadas, entre outros temas.

Mais tarde, em uma reunião de equipe eu iria observar uma conversa sobre a situação do paciente sobre o qual falara com Joanna, tanto corroborando, de certa forma, a explicação de Joanna – que por sua vez também era corroborada pelo próprio paciente nas conversas que tive com ele – quanto apontando para como outras formas psicoterapêuticas poderiam explicar o que se passava com o paciente:

(Psicóloga): “Ele precisa ficar doente fisicamente”

(Coordenadora): “Ele está somatizando?!”

(Psiquiatra): “Não, pelo contrário, o corpo está pondo para fora”.

(Psicóloga): “Ele nunca está no corpo, por isso não está conectado”.

Olhando o trecho da reunião de equipe e os elementos sobre a história deste paciente, fica evidente um cruzamento interessante de muitas questões, que explicita o que quero ressaltar sobre a presença do espiritual na Clínica-dia. *Precisar adoecer fisicamente, somatizar, estar ou não estar no corpo, por pra fora* são expressões que podem estar num vocabulário psicoterapêutico mais lato quanto podem fazer parte da gramática habitual da discussão do SAE.

Convivi, assim, não somente com as imagens do modelo holístico, espalhados em vários espaços da Clínica-dia, mas também com o intenso trabalho de alguns voluntários do SAE, como Joanna, que ao *oferecer* a possibilidade de um “resgate” aos pacientes, fazia repercutir na Clínica muitos aspectos da cosmologia Espírita, assim como fazia circular o “espiritual”, de modo geral, como uma categoria possível no contexto do tratamento psiquiátrico. Nos grupos de Joanna que assisti, tudo geralmente se passava, mais ou menos, como no trecho do diário de campo que trago a seguir:

Joanna desenhou no quadro uma cabeça humana e inicia a descrever a formação da cabeça (ela tem formação, mestrado e doutorado no campo da Biologia): veias, “venículos”, “capilares” entre outros, com o objetivo de descrever a glândula pineal e sua importância no ser humano. A exposição é sempre relacionada à doutrina espírita, sobretudo envolvendo a importância da vida, e espírito e o perispírito, a energia, reencarnação, etc. Joanna inicia a reflexão sobre o espiritismo descrevendo as grandes descobertas da Física Quântica (no campo das

partículas, das subpartículas, fótons e etc) e como já está comprovada a existência da troca constante de energia entre os seres, a existência de uma partícula primeira que nos constitui e que – ao contrário do que se supõe – é composta de pura energia e não matéria. Joanna questiona se alguém não acredita em Deus, sugerindo que não importa qual Deus as pessoas acreditem mas que todos tem uma crença. Para surpresa da maioria uma paciente contraria Joanna e responde que não acredita, dizendo que já que Deus existe por que permite que tanto mal aconteça no mundo. A tensão persiste entre as duas e para provar o “espiritual” Joanna solicita que as pessoas se toquem e sintam seu corpo, o conheçam e fiquem relaxadas, para o que a mesma paciente recusa prontamente, dizendo que manter as pernas cruzadas gera um suporte para seu joelho machucado e que ela não iria fazer o que estava sendo solicitado (...). (Diário de Campo).

Em outro grupo do qual participei, Joanna, novamente, inicia seu grupo perguntando às pessoas presentes se acreditavam na reencarnação e em Deus (pergunta que ela repetiria várias vezes em outros grupos). Após uma maioria de respostas negativas e abstenções, como também veio a acontecer em vários de seus grupos, diz que, sendo ela alguém que estava certa de que a reencarnação era um fato, iria descrever como a evolução espiritual acontecia, bem como a constituição energética da existência humana, como provas da existência de Deus.

A voluntária explicava sempre, em várias ocasiões que conversamos que, *mesmo a matéria*, em suas porções mais ínfimas, era constituída de *pura energia*, fato que já havia sido comprovado, segundo contava, pelos estudos da física quântica. Já se sabia, sempre me relatava entusiasticamente, que a luz podia se comportar tanto como onda quanto como partícula – diferente do problema físico proposto na física clássica – e que, em nível quântico, a matéria era basicamente constituída de *fótons*, de

energia pura. Como era possível que negássemos nossa constituição energética, *divina*, em face destas questões? Sempre me questionava.

Assim, com estas abordagens, a presença de energia em nossos corpos era constantemente reevenciada. Meus grupos, principalmente de música, na mesma linha do que apontei rapidamente sobre a reunião de equipe, acima, eram tomados como muito importantes neste sentido, pois sendo a música uma atividade que era percebida como associada à vibrações, conexões entre emoções e corpo, ela seria também uma possibilidade de apontar às pessoas para esta sua constituição espiritual/energética/vibracional. Minha familiaridade com este terreno, por sua vez, também geralmente fazia com que minha interlocução com estas pessoas fosse bastante facilitada³⁰.

A voluntária passaria, em outros grupos que frequentei, a trazer uma série de exemplos de como a energia se manifesta em nossas vidas, principalmente por meio da exposição de algumas imagens associadas com a técnica de Kirlian, ou kirliangrafia³¹, onde se evidencia a irradiação de energias dos corpos; vídeos demonstrando a atração entre as pessoas; e trazendo muitos

³⁰ Uma questão interessante do trabalho com sujeitos relacionados com o mundo da espiritualidade é que sempre estavam bastante curiosos sobre basicamente tudo que eu estava disposto a fazer e, algumas pessoas, as vezes, também entendiam que eu seria uma pessoa mais sensível, mais propensa a entender das dinâmicas espirituais dado minha proximidade com a música, com antropologia. A presença de auras de determinadas cores em volta de meu corpo, uma preocupação com meus sonhos e imagens que eu relatava assim como minhas próprias experiências no campo espiritual eram sempre apontados por alguns interlocutores. Neste sentido, portanto, eu também fui constantemente interpretado e classificado pelas pessoas com quem convivi.

³¹ A definição da Kirliangrafia é contestada e tensionada em diferentes explicações. Em algumas fontes ela aparece como um resultado de pesquisas do campo da parapsicologia e, em outros, como trabalhos acidentais no campo da eletrografia, campo da física que está associado com o registro fotográfico dos campos magnéticos de qualquer objeto animado ou não. Para minha interlocutora, assim como em diversos registros do campo Espirita, a foto com o aparelho de Kirlian permite visualizar aspectos do corpo físico, espiritual, mental da pessoa assistida e, portanto, seria um método eficaz de verificar a irradiação de energia dos corpos antes e após a realização de tratamentos espirituais.

exemplos do cotidiano.

Mais adiante, em outras atividades deste grupo e conversas com esta voluntária, noções como a de que estamos todos em *faixas vibracionais* diferentes e de que estamos sujeitos a diferentes influências energéticas ficariam mais claras, construindo o que parece ser a ideia central de doença veiculada nos grupos de “Valorização da Vida” e “Atendimento Fraternal”: desequilíbrios no pensamento, na vida cotidiana, influências de outras pessoas, *valores morais*, todos estes aspectos podem conduzir a desequilíbrios na energia da qual é constituído um corpo, provocando – entre outras coisas – o surgimento de doenças.

Apesar destes princípios lembrarem aspectos da doutrina Espirita, que apresentei anteriormente, e certamente estarem relacionados a ela em alguma medida, eles dotados, em si mesmos, de uma grande transversalidade e um potencial de referencialidade com outros muitos campos de sentido, dentre os quais – evidentemente – o próprio campo dos saberes *psi*. Assim, temas como desequilíbrio, amor, valores, circulavam – ainda que em marcos diferentes – em diferentes atividades da Clínica. Paradoxalmente, portanto, um dos efeitos de grupos tais como estes sobre os quais falei rapidamente, é precisamente o de reforçar o jargão cotidiano da psicologia, ao invés de promover uma sensibilidade para questões espirituais, o que ficará também evidente no próximo capítulo.

Outro contexto que carrega o espiritual dentro da Clínica-dia está relacionado com o discurso de pacientes que identificavam suas doenças como doenças espirituais. O atendimento de Joanna, e dos voluntários do SAE de modo geral, não somente abordavam temas do Espiritismo, portanto, mas acabavam canalizando para si a maioria dos casos psiquiátricos que tinham, em seu curso, conteúdos espirituais, que se relacionavam com a percepção de espíritos, demônios, vultos, ocorrência de sonhos premonitórios, pacientes sensitivos e, enfim, toda uma vasta e variada fenomenologia da experiência religiosa e da saúde mental. Além disto, muitos dos transtornos distinguidos nos manuais de classificação também elencam entre seus descritores percepção de questões religiosas ou de espíritos como sintomas particulares de algumas. Mais do que um contexto aberto ao espiritual – portanto

– também havia sempre a própria abertura criada pelo processo diagnóstico da psiquiatria, que confere um lugar dentro de seus processos classificatórios, para este tipo de experiências. O espiritual, portanto, é transversal tanto no sentido dos seus conteúdos específicos – como temas que habitam vários contextos explicativos – como no sentido de sua própria presença como um *idioma por meio do qual pacientes psiquiátricos podiam expressar seu adoecimento*. Esta linguagem possível da doença mental não necessariamente se relaciona com a cosmologia Espírita, mas ela encontra na Clínica um lugar de existência e legitimidade.

É o caso, por exemplo, de uma das pacientes que conheci, de aproximadamente 30 anos, que me diz que estava na Clínica por que possuía o *mal da pornografia*: todas as noites um espírito a visitava e fazia sexo com ela, impunha a ela vontades e o ímpeto de matar outras pessoas, mostrava imagens e movimentos sexuais em sua cabeça. Quando perguntava a ela o que o mal da pornografia implicava e como as vontades se iniciavam ela somente me dizia que, em seus sonhos, ao fechar os olhos, sua cabeça era tomada por imagens pornográficas, das quais ela tinha muita vergonha de falar. Em seus sonhos, ainda sonhava muito com *macumbaria*, *velas*, *espíritos negros*. Pedi a ela em uma ocasião se pensava em falar sobre este sonho no Serviço de Atendimento Espiritual, para os voluntários, e ela então me disse que não tinha nada contra, que “achava interessante” [a abordagem do SAE], mas que se tratava de uma outra fé, e que tinha medo de misturar as coisas. Seu pastor, da Congregação Cristã do Brasil, já havia anunciado a ela que seria salva, mas que precisava orar mais, seguir à risca as normas de Deus. Por quase todo período em que convivi com ela, esta paciente estava sempre orando, jejuando, *pedindo a Deus*, como dizia, *para ter o coração puro e honesto*, pois Deus havia dito a ela que iria melhorar. Neste sentido, não tinha necessidade de participar das atividades daquela outra fé.

Como esta paciente, muitos que participavam de minhas oficinas, afirmavam com muita clareza que estavam ali pois seu problema era espiritual – “*Há momentos em que eu sei que não sou eu*” – e buscavam o Hospital especificamente por que ali existiam psiquiatras e psicólogos com formação espírita – que já conheciam ou não anteriormente – e que poderiam ajuda-los a melhorar. A

doença, nestes casos, existia realmente, como uma entidade *localizável*, e ela era causada por “questões espirituais”. O hospital, neste sentido, acabava recebendo pessoas que direta ou indiretamente procuravam tratamento psiquiátrico porém sabendo também da existência de problemas no plano espiritual. Olhando por este viés específico já se pode ter uma dimensão dos próprios agenciamentos e também da capacidade de autonomia que invariavelmente circulam processos existenciais da doença mental.

Outro paciente que conheci, explicitamente dizia que tinha duas temáticas principais em suas visões, que ele nomeava de *evangélicos* e *candomblé*. Suas visões, dizia, eram sempre de santos, demônios, muitas pessoas, homens muito grandes e negros, que o incitavam a *falar mal da igreja*. Para ele, era necessário ir para alguma igreja evangélica, nas quais apesar de não acreditar, tinha certeza que seu problema poderia ser *corrigido*. Segundo me contava, ele tinha a visão de um grande poder que emanava de *cerimônias evangélicas*, o que havia confirmado seu desejo de ser atendido nestas cerimônias. Sua família, no entanto, teria preferido o tratamento no hospital psiquiátrico espírita, por razões que ele disse não saber explicar.

Outros pacientes iriam relatar, muitas vezes, ainda, a visualização de vultos negros, uma experiência comum segundo os psicólogos nas manifestações de alguns quadros psiquiátricos, principalmente envolvendo as chamadas psicoses. Muitos, no entanto, iriam associar isto diretamente com *terreiros*, *trabalhos feitos*, *entidades* e, como aconteceu com a paciente que mencionei, visualizar velas, cruzes e outros elementos sumariamente vistos como parte de macumbas ou de contatos tidos como não fortuitos com este universo.

A relação mais comum que parecia se estabelecer entre doença mental e, neste caso, o universo complexo da “macumba”, era a de que contatos com pombas-giras, exus, no passado, haviam gerado a doença mental, como numa espécie de contágio ou fraqueza que a família tivesse tido. A situação era corroborada por muitos dos voluntários, que abertamente associavam *energias mais baixas* com práticas de umbanda e candomblé.³² Não havia

³² É importante aqui pensar sobre como “vultos negros”, “homens negros”,

preconceito da parte do SAE, segundo eles, mas o reconhecimento – como também disse a paciente que conheci – de que aquela era “outra fé”, com outros princípios. Nestes casos em que outras religiosidades espíritas emergiam, diferente do que acontecia com o Espiritismo propriamente, que era abordado transversalmente, por meio da Ciência e da vida cotidiana das pessoas, havia o emprego de um discurso que, em geral, direcionava umbanda e candomblé para um terreno de religião, magia, “magia negra”, bruxaria, entre outras expressões. O Espiritismo, em contraposição, era científico, comprovado, uma forma de interpretar as escrituras cristãs, num discurso que tinha o poder de, ao mesmo tempo, eliminar o “mágico” e o “religioso”, e habilmente relacionar-se com novas formas de religiosidade, mais voltadas ao desenvolvimento pessoal e espiritual.³³

O espiritual é, por um lado, relacionado à vida pessoal, é “corriqueiro”, como sempre ressaltava Joanna. Isto é, o bem estar, o amor ao próximo, a vontade de viver, o auto-cuidado, a própria “saúde mental”, num sentido mais amplo são temas que tanto podem aparecer em atividades psicoterapêuticas – como tem ficado claro sobre as discussões dos grupos terapêuticos – como também, na interpretação dos voluntários do SAE, fazia parte de uma dimensão propriamente espiritual. O bem-viver, o bem-estar, só poderia ser alcançado por meio da inclusão do espiritual. Assim, estes grupos sempre traziam ideias como praticar o bem, a caridade,

“espíritos de macumba”, e manifestações semelhantes em quadros psicóticos parecem reproduzir a própria engenharia racista de nossa sociedade, ainda que dentro das manifestações psíquicas de cada quadro psiquiátrico. Ao mesmo tempo as próprias relações entre o espiritismo kardecista e os espiritismos de matriz africana também acabam aparecendo sutilmente nestes dados que apresento, reforçando uma narrativa racista. Uma investigação mais cuidadosa sobre isto precisa ser feita, sobretudo a respeito dos modos como o racismo estrutural de nossa sociedade parece poder aparecer na forma de sintomas e diagnósticos. O transplante acrítico destes fenômenos para manuais diagnósticos também parece um problema grave a ser enfrentado.

³³ Apesar de generalizado isto também não era estaque em alguns casos. Veremos adiante que sujeitos na Clínica tinham uma afinidade e participação mais íntima com a vida nos terreiros de Umbanda. Estes sujeitos também eram consultados em alguns casos. Mesmo assim, existia sempre uma tensão entre diferenciamento e aproximação entre as *formas* de espiritismo.

o respeito a si mesmo e aos outros, a prática de “bons pensamentos”, a fé em Deus, “vontade de viver”, motivação, tomar decisões saudáveis, afastar-se de amizades ruins, entre uma série de outras preleções sobre o “bem viver”. O espiritual que se desdobra, portanto, não é necessariamente o resultado da presença da doutrina espírita exclusivamente, ou de um tratamento consequente no resultado de questões espirituais, mas principalmente do caráter transversal dos temas abordados nas atividades e, também, a própria existência concreta de uma linguagem do espiritual que, espero, ficará clara ao longo da tese.

CAPÍTULO 3 – POLÍTICAS DA ESPIRITUALIDADE

A situação da psiquiatria ocidental no que diz respeito à saúde e doença mental, diagnose Clínica, estratégia geral de tratamento e avaliação dos resultados terapêuticos é um tanto confusa e deixa muito a desejar. Razão e funcionamento mental saudáveis são definidos pela ausência de psicopatologia e não há uma descrição positiva de um ser humano normal. Raramente entram nas considerações psiquiátricas conceitos como ativa alegria de viver, capacidade de amar, altruísmo, reverência pela vida, criatividade e auto-realização. As técnicas psiquiátricas atualmente disponíveis dificilmente chegam à meta terapêutica definida por Freud: “Trocar o sofrimento excessivo do neurótico pela miséria normal da vida diária”. Resultados mais ambiciosos são inconcebíveis sem que se introduzam a espiritualidade e a perspectiva transpessoal na prática da psiquiatria, da psicologia e da psicoterapia (Grof, 1987, 24)

Refletindo sobre a implantação do Reiki como terapia complementar em um hospital para tratamento de câncer no Sul do Brasil, Toniol (2017) descreve algumas configurações da relação entre religião e espiritualidade. Enquanto para o SUS se enfatiza o caráter não religioso do Reiki e, ao mesmo tempo, seu potencial de “atentar para a dimensão espiritual da saúde humana”, nos discursos de gestores hospitalares se enfatizaria principalmente o potencial do Reiki de atender de modo “controlado e seguro” as demandas espirituais dos pacientes que possuíam crenças religiosas, sem no entanto abrir margem para os “perigos” das “práticas religiosas” (TONIOL, 2017, pp. 161-162).

Embora falando de um contexto etnográfico particular, com relações políticas particulares, Toniol (idem) toca em pontos importantes da dinâmica que a espiritualidade assume também no contexto da Clínica-dia e que podem nos ajudar a conhecer um pouco mais do contexto de tratamento na unidade. A situação etnográfica descrita por Toniol (2017) evoca o que parece ser uma política da espiritualidade em contextos de saúde, onde diferentes sujeitos (gestores, pacientes, políticas públicas, etc) posicionam-se diferentemente face a demandas e contextos apresentados. Ela também mostra uma dinâmica onde o “religioso” é, simultaneamente, ressignificado via sua interpretação por meio de

um holismo da pessoa, e submetido, ou controlado, por este mesmo paradigma, na medida em que ele permite, na visão dos administradores, evitar partes menos desejáveis da prática religiosa. É muito importante perceber que, como no caso apresentado pelo autor, também na Clínica-dia *diferentes atores vão produzir e fazer circular interpretações e formas de conceber o “espiritual”*. Isto contribui para pensar a porosidade e a potência das explicações que se relacionam com o universo da espiritualidade, o que inclui também a preocupação dos sujeitos em tecer fronteiras ou distinções entre a multiplicidade de saberes apresentados.

Neste capítulo apresento outra “presença” do espiritual em meu contexto de pesquisa, tentando dialogar com as dinâmicas de suas práticas com outras atividades da Clínica-dia, principalmente a associação de noções de consciência, transcendência, espiritualidade, e práticas do Reiki, antroposofia, ho’oponopono, meditações e toma de Florais. A espiritualidade parece ser uma categoria que contém outras formas cosmológicas, filosóficas e místicas no contexto da Clínica-dia e que, ao mesmo tempo, está assentada tanto em uma aproximação quanto em um tensionamento com categorias da “ciência” em alguns contextos. Não busco aqui uma descrição extensa de práticas alternativas mas, somente indicar uma circularidade destas em torno de um paradigma comum e que parece ser dotado de grande transversalidade no contexto da Clínica-dia.

Busco, aqui, a partir da própria oposição entre um espiritual mais associado com a doutrina Espírita – ainda que essencialmente investido também de um diálogo com outros saberes – e um espiritual que abre-se para o “paradigma da consciência”, ressaltar o caráter dinâmico das classificações relativas a espiritualidade e, ao mesmo tempo, ressaltar como este campo se mostra como um dos quadros possíveis de interpretação diagnóstica e terapêutica na Clínica-dia. As dinâmicas da espiritualidade na Clínica indicam diferentes modos de negociar com o “espiritual”, o que leva a diferentes níveis e formas de tensionamentos com a presença dos vários elementos deste campo.

3.1. ESPIRITUALIDADE: COPING RELIGIOSO E TENSIONAMENTOS

Nesta sessão apresento duas situações etnográficas que ilustram a presença do espiritual no cotidiano e tento, em seguida, pensar uma das funções desta espiritualidade no cotidiano, associada com o que é chamado de *coping religioso*³⁴.

Começo retomando o caráter “opcional” do SAE, que em minha experiência com os pacientes sempre foi uma realidade altamente questionada. Para os pacientes a presença nestes grupos tinha um peso muito importante. A palavra “oferecimento”, que acompanha a maioria das atividades daquele Serviço, é muito significativa aqui, pois o SAE se constrói eminentemente como um serviço relacionado à cosmologia Espírita, e portanto, arraigado em ideias de “caridade”, “fraternidade”, “amor”, onde também consta quase como um dever moral oferecer auxílio a pessoas em seus processos de evolução espiritual.

A ênfase no “oferecimento”, no entanto, também tem outra dimensão, relacionada a própria narrativa do tratamento psiquiátrico na Clínica-dia e a “responsabilidade” dos pacientes em participarem ou não das atividades. A problemática ao redor das escolhas dos pacientes é bastante complexa e trabalharemos mais sobre isto ao longo da tese, mas de modo geral optar por estar nos grupos indica, geralmente, adesão ao tratamento. Também para as concepções Espíritas, por sua vez, “escolher” é um ato importante de um sujeito, que indica seu desejo de melhora, de evolução, de transformação.

Predomina, no entanto, entre muitos pacientes a imagem de que as atividades do SAE são “muito maçantes”, “difíceis de acompanhar”, “sem abertura para diálogo” e, em função do enquadramento moral forte em torno da decisão ou não em participar dos grupos, também alguns pacientes sentem-se coagidos a participarem, desrespeitados pela forma como alguns voluntários tomam a liberdade de solicitar que fizessem certas posturas corporais – como descruzar as pernas e braços. Não poucas vezes,

³⁴ Enfrentamento ou “uso” da religião, religiosidade, espiritualidade para enfrentamento de situações estressoras. Ver Panzini e Bandeira (2007) para uma discussão dentro do campo da psiquiatria/psicologia a respeito do impacto do *coping religioso* em tratamentos de saúde.

nas oficinas de antropologia, os pacientes iriam se referir a participação nestas atividades como “homilias”.

Na maioria das atividades de um dos voluntários do SAE era comum que se solicitasse dos pacientes que evitassem cruzar pernas, cuidando para repousar as mãos sempre abertas em cima das pernas, e não cruzadas junto ao corpo. Esta postura indicava, segundo o voluntário, a aceitação de participar, atraía boas energias e demonstrava a “abertura do corpo” para o conteúdo das atividades. Para muitos pacientes esta “abertura” era vista, na verdade, como invasiva, desrespeitosa até. Para outros, no entanto, é importante dizer, as atividades do SAE sempre eram tomadas com grande estima, sobretudo por que, como diziam, os voluntários do SAE queriam apenas “*o bem da gente*”. Salvo algumas exceções, a maioria dos voluntários eram já pessoas de mais idade, com aparência e discursos que indicavam muita sabedoria, atenção, respeito. Para várias pessoas, assim, os voluntários do SAE eram também sujeitos a serem respeitadas pelo seu conhecimento e pela disposição em estarem lá e não raro ocupavam também importantes posições no próprio processo de escuta junto aos pacientes, acompanhamento de suas trajetórias de tratamento e diálogo com a própria equipe.

Como no exemplo do grupo de Joanna que trouxe anteriormente, existia sempre algum ou outro paciente que iria questionar as solicitações dos voluntários, sobretudo a partir de negativas sobre a existência de Deus ou para não fazerem as atividades solicitadas. Em principio uma “rebeldia” qualquer, o ato de rebelar-se nos grupos do SAE era muito prejudicial para os pacientes da Clínica-dia, pois imediatamente os voluntários levavam para a Equipe comentários sobre os pacientes, sua “má-vontade”, “desrespeito”, “desatenção”, que colocavam em movimento uma série de enquadramentos sobre os pacientes, e produzindo diferentes classificações. No caso do Espiritismo especificamente, uma das principais formas de adoecimento está relacionada com o contato com determinadas energias e vibrações, assim como o próprio contato com comportamentos e práticas vistas como inferiores. Não é preciso dizer que o “mau comportamento” nos grupos do SAE gerava imediatamente a dúvida e a sombra de

que houvesse ali problemas energéticos, transtornos de fundo espiritual, influências negativas, entre outros.

A segunda situação etnográfica vem de uma das atividades que desenvolvi junto aos pacientes em minha pesquisa de campo, as oficinas de música.³⁵ Em certa ocasião em uma destas oficinas, quando fazia um exercício de percussão com os participantes, recebi o aviso da coordenação de que o SAE estava solicitando modificação das músicas para canções mais “leves”, que tivessem “mais harmonia” e/ou que minha oficina fosse mudada para outros horários, em que não houvesse choque de horários com o grupo de Valorização da Vida. A atividade de música, assim, acabou sendo mudada de horário e, também a atividade com tambores acabou não sendo realizada muitas outras vezes.

Mais tarde, o voluntário do SAE que havia solicitado que eu trocasse de músicas, me explica que no hospital integral havia um piano e que eventualmente alguém tocava músicas clássicas para os pacientes, o que os acalmava e trazia harmonia. As músicas de percussão, no entanto, “não por preconceito”, reiterou, “invocavam” outras energias e podiam desestabilizar os pacientes, o que ia contra a própria proposta do grupo de Valorização da Vida. Mais tarde, durante o almoço, para provar que não havia preconceito e, ao mesmo tempo, também me mostrar a legitimidade do que dizia, pediu para uma outra funcionária da unidade, médium incorporadora em um famoso terreiro de Umbanda da cidade se, de fato, não era verdade que os tambores invocavam outras energias, que podiam ser prejudiciais. Quando responde, a funcionária diz de forma direta, ainda que sem muitas explicações, que sim, que os tambores eram utilizados em contexto ritual para “trabalhar” com outras energias.

³⁵ Em geral, nestas oficinas, utilizávamos instrumentos musicais disponíveis na Clínica, tais como chocalhos construídos artesanalmente pelos pacientes, um teclado que havia sido doado por uma antiga voluntária e, eventualmente, instrumentos de percussão emprestados de outra unidade do Hospital. Também na maioria das ocasiões fazíamos exercício de vocalização e aquecimento e, posteriormente, canto de trechos de música coral, cânones e música popular brasileira.

Esta mesma funcionária é uma que, ao longo de toda a pesquisa de campo, juntamente com outros membros de Centros Espíritas, populava o universo da Clínica, principalmente em conversas entre a equipe, com muitas histórias pessoais, conselhos, dicas, reflexões, que situavam o espiritual não numa instituição distante, mas na vida dos pacientes, em suas próprias, trazendo seus sonhos, visão de luzes, pessoa, espíritos. Certa vez, após uma “crise” de Maria, cuja história conheceremos adiante, escuto desta funcionária que

“...estes pacientes estão assim, que veem coisas, surtam por que não tem condições de distinguir o que é a realidade e o que não é. Eu também vejo, mas diferente destas pessoas, eu *to* em desenvolvimento mediúnico, hoje eu consigo distinguir”.

E continua, contando que, certa vez, enquanto passava férias com família, em um dia chuvoso, se preocupou com tantas crianças que estavam fora da casa, se molhando. Ao apontar para as crianças e contar para a mãe o que via, escuta da mesma que não havia criança nenhuma, que ela devia “estar louca”. História como esta aconteciam frequentemente em minha vida na Clínica-dia e compunham uma atmosfera onde espíritos, luzes, “ver coisas”, sonhar e acontecer, eram tornados presentes. A presença desta funcionária, participante e médium em desenvolvimento em um Terreiro de Umbanda, também evidenciou outras complexidades do espiritual na Clínica-dia. Pelo menos uma vez, ao longo do tratamento, presenciei uma conversa entre profissionais que relataram que haviam situações espirituais que os terapeutas pediam para esta funcionária intervir, devido a natureza “diferente” do tratamento na Umbanda.

As situações que descrevi anteriormente indicam traços importantes do espiritual na Clínica-dia. Em primeiro lugar, estes tipos de tensão explicitam não somente a presença de interpretações espirituais, mas também dos vieses que estas perspectivas impõem sobre o cotidiano. Isto mostra que o SAE ocupa uma posição importante na estrutura da Clínica e também

que, minimamente, os argumentos a respeito dos domínios espirituais mobilizam outras dinâmicas dentro da unidade, relacionada as próprias ideias que os profissionais tem dos sujeitos em atendimento e também gerando diversas formas de intervenção.

Por um lado, não se pode falar que não exista uma forma de simetria entre os saberes propostos na Clínica, o que perpassa o tema da espiritualidade e dos demais saberes da unidade e, por outro, não se pode também deixar de notar que a presença destas atividades e destes voluntários mais associados com o Espiritismo criam estes tensionamentos com concepções cotidianas e com as próprias atividades do tratamento. Ao mesmo tempo, um outro modo de tensionar a estrutura da Clínica, também se relaciona com a difusão do “espiritual” como uma categoria potente, tema que explorarei de modo mais contundente nas próximas partes da tese.

Para um dos psicólogos da Clínica-dia, que costumeiramente se colocava como mais próximo da psicanálise como modo de abordagem psicoterapêutica, a espiritualidade parecia estar mais próxima do que é conhecido como *coping religioso*, a possibilidade de enfrentamento de dificuldades da vida por meio da adoção de uma prática ou “crença” religiosa. Os modos como o Espiritismo e o SAE acessam temas da espiritualidade, portanto, acabam sendo paralelos com esta outra concepção e, neste sentido também aparece nos modos como categorias referentes a espiritualidade aparecem no cotidiano.

Em muitos de seus grupos “religião” é uma das funções ou práticas que preenchem a vida de uma pessoa, uma atividade que as pessoas têm e que dão sentido, relações, campos a preencher na vida. O tratamento, para ele, em seus grupos de psicologia, está fortemente amparado na ideia de função, como no trecho a seguir em um de seus grupos de TR:

“Ter uma função... isso é importante para o nosso ego. Poxa, sou mãe, sou irmã, cuido da casa...”/ “É um componente da nossa pulsão de vida”/ “O trabalho nos ajuda a criar um laço social”/ “E religião é uma das áreas da nossa vida”.

Em um de seus grupos que participei, conhecido como “Grupo de Papéis”, o psicólogo inicia suas explicações desenhando no quadro um triângulo dentro de um círculo, representando “o indivíduo”, e em seguida puxa vários outros círculos ao redor deste círculo do indivíduo, os quais preenche com informações que vai pedindo aos pacientes. “*Que dimensões temos na nossa vida? Onde exercemos papéis?*”. Assim, aos poucos, várias “áreas” vão surgindo: religião, vida social, família, trabalho, lazer, entre outras. São nestes campos que, para este profissional, o tratamento deve atuar, para “*empurrar o paciente pra vida*”, fazer a pessoa perceber suas conexões com o mundo pois, em princípio, os pacientes chegam a Clínica desconectados de seu convívio com grupos sociais e outras pessoas.

Um discurso muito potente da Clínica-dia, neste sentido, é o de que os pacientes que chegam precisam ser reconectados com o mundo, que a doença causa um afastamento das relações³⁶ e que tudo que possa fazer o sujeito voltar à sua vida deve ser empregado. Neste sentido, para muitos profissionais, como o psicólogo sobre o qual falamos aqui, o espiritual não deixa de ser um dos elementos que configuram as várias funções do humano em sociedade e que podem, por esta razão, aparecer no tratamento. A espiritualidade, nesta dimensão, pode ser percebida não necessariamente por sua inclusão como central no tratamento – ainda que ela seja uma das formas qualificar o espiritual – mas, principalmente, pela recusa de um lugar central ou associado a alguma religião em particular³⁷,

³⁶ Ainda que semelhantes, este princípio da Clínica-dia, que podemos chamar de ressocializador, também é sutilmente diferente de alguns dos princípios, por exemplo, da Reforma Psiquiátrica. Enquanto para a Clínica a própria doença é dotada deste potencial de descolar as pessoas de suas vidas, demandando delas a reconquista da autonomia, participação, motivação para melhorarem, na segunda a doença parece não ser um objeto em si, mas sim as relações desta com um modelo de tratamento que desmobiliza e desagenda os sujeitos em suas relações. Não deixa de ser importante pensar, no entanto, que de certa forma, os sujeitos da Clínica-dia também praticam um tipo de Reforma Psiquiátrica, ocupando um plano possível das efetivações deste movimento. Sobre planos e platôs etnográficos e sua articulação com pesquisa de campo em saúde mental ver Maluf (2011); Andrade (2012); Andrade e Maluf (2017).

³⁷ Giumbelli (2010) oferece uma reflexão interessante sobre as articulações entre presença e recusa no contexto da constituição da Umbanda no Brasil. Ao aludir

uma recusa que, não obstante, matiza o gradiente da espiritualidade na Clínica-dia e, ao mesmo tempo, não deixa de reconhecer um lugar para formas mais doutrinárias.

Em um dos Grupos de Papéis que participei conhecemos a história de um paciente de aproximadamente 30 anos, que passava por um momento muito forte de crise. Contava que havia saído recentemente de sua casa por que não aguentava perceber que não conseguia – pela sua depressão – não cuidar da esposa, grávida, e também não ajudar a cuidar de seu filho. O paciente contava que não sentia vontade de ajudar ou de levantar da cama para cuidar do filho quando o mesmo chorava. Conta que sentia muita vontade de dormir, tinha muitos altos e baixos e esta situação deixava a esposa incomodada, dizendo sempre a ele que o mesmo havia se tornado um “terceiro filho” para ser cuidado. Conta como enfim a relação estava muito abalada em razão de seu adoecimento. A esposa já havia sugerido que ele fosse se cuidar na casa dos pais, porque ela não estava mais aguentando. Sua história encerra, entre suas lágrimas, dizendo que gostaria de *sentir vontade*, de *ser como era antes*, trabalhar durante o dia, chegar em casa, brincar com os filhos,... mas que não tinha mais vontade.

O psicólogo, por sua vez, quando se direciona ao paciente, afirma que ele precisava, naquele momento, tratar a si mesmo e já que estava fora de casa, prestar atenção em si, “se tratar primeiro”, e depois tentar ajudar a esposa. Exemplifica que quando duas pessoas, ainda que muito próximas, “pisam num prego por acidente”, nenhuma das duas vai ter disponibilidade para cuidar uma da outra, mas que ambas irão lutar por sua própria sobrevivência, sua dor pessoal. O humano, em sua perspectiva, “é naturalmente egoísta na sua dor”. Isto era o que o paciente precisava fazer – cuidar da sua ferida, para depois voltar e cuidar da sua família e poder “*desempenhar seu papel de pai e esposo*”.

Esta breve digressão nos mostra um desdobramento da perspectiva terapêutica centrada na ideia de funções e papéis

ao elemento africano como ausente, a Umbanda buscava associar-se à presença de outros elementos, como do cristianismo e do kardecismo. A discussão não se remete necessariamente ao meu campo de pesquisa, mas é importante perceber como presença e ausência podem se articular de diferentes formas.

sociais, que não se esgota na dimensão do religioso. Para este profissional, que se posicionava abertamente crítico a uma relação entre saúde mental e “religião”, as instituições espíritas, ou religiosas de modo geral, tinham em seu desfavor a produção de uma barreira para o efetivo oferecimento de um tratamento. Em uma conversa que tive com ele, o psicólogo relatou como era difícil o trabalho dos profissionais de saúde mental, pois em qualquer instituição, os trabalhadores conviveriam com o que chamou de “ranços” e “paradigmas” institucionais, que não seriam difíceis de suplantar ou dialogar. Especialmente em instituições religiosas, contou-me, o que sempre se evidenciava – em sua experiência – era a “não evolução das coisas”, o uso “do mesmo modelo pra tudo”.

Em primeiro lugar o posicionamento deste profissional tensiona de maneira direta alguns quadros onde “espiritual” aparece como relevante no contexto da Clínica-dia. Tanto o SAE, em primeiro lugar, pela sua presença cotidiana na Clínica, sua força na decisão de certas realidades, quanto, também, em segundo lugar, a ideia de que o espiritual é paradigmático e característico de uma integralidade do humano. O que se observa é uma presença sempre tensionada pela possibilidade de questionamentos, de mal interpretações, ou simplesmente de não serem gostadas por pacientes e familiares. No curso histórico da instituição, como afirmei, as atividades diretamente relacionadas com o Espiritismo foram paulatinamente retiradas e, enquanto em cartas e documentos antigos da instituição se reforçava o aspecto “benemerente” do tratamento do Hospital, em contraste com o caráter de “organização empresarial”; em minha experiência de pesquisa recente o caráter empresarial era tomado como mais aparente, o que também é observado por este mesmo psicólogo, para quem a instituição estaria sempre numa “oposição entre saúde versus financeiro”, dizendo ainda que “saúde não dá dinheiro, o que dá dinheiro é doença”.

A espiritualidade, para este profissional, ao contrário da tendência da Clínica, era mais um dos “campos” da vida humana – “*acredito que não somos só uma coisa*” – mas não no sentido empregado na instituição e sim dentro da concepção de que o ser humano está entranhado em muitos grupos e papéis. O espiritual, “religioso” em suas palavras, seria mais um destes grupos – um

ambiente onde desempenhar papéis e produzir relações. Da mesma forma que o paciente, em seu grupo, precisava curar a si mesmo primeiro, para depois ser capaz de *desempenhar* sua função de pai e esposo, também o “religioso” deveria ser uma função a ser desempenhada, mas também em segundo plano, estando o sujeito psíquico em primeiro lugar. A dimensão do espiritual, advogada como complementar, necessária a uma integralidade, parecia – na perspectiva deste profissional e também de outros – tensionada pelas próprias questões financeiras da instituição, pela saliência do religioso em questões administrativas e pela colocação da saúde mental em segundo plano em alguns casos.

Em outras palavras, o que fica evidente, é que há, neste caso, um modelo da pessoa que toma o psicológico ou psíquico como superior a outras manifestações da vida humana, o que também expressa as próprias ambiguidades das imagens ilustrativas do projeto terapêutico da instituição. A presença de “crenças religiosas”, assim, deveria ser instigada, fortalecida, na medida em que ela permitisse que a pessoa *“fortalecesse o eu”* e não ficasse na dependência ou na espera da “providência divina”. Se a experiência religiosa não permitir o ganho de autonomia – *“Importante corresponsabilizar o indivíduo e não só ficar na dependência de Deus”* – então o religioso não seria útil para o tratamento psiquiátrico.

Evidentemente repousa sob as concepções psi apresentadas pelo psicólogo, uma concepção de humano, de sujeito, de relação, que à primeira vista parecem rememorar a própria compreensão holística do tratamento, que defende um ser humano visto de modo integral. Esta reminiscência, no entanto, é momentânea, pois a eleição do psíquico ou psicológico como aspecto privilegiado, na verdade matiza a discussão com a própria noção moderna individualista da pessoa, que em princípio parece se opor ao modelo holístico advogado na Clínica.

Antes de passarmos propriamente a uma discussão do outro modelo corrente na Clínica-dia, o que aqui se mostra pode ser lido, portanto, como uma situação privilegiada para pensar a dualidade entre configurações holistas e individualistas da pessoa, conforme sugerida por Louis Dumont (1997). Enquanto o modelo moderno de pessoa enfatizaria a individualidade e a relação do homem com as coisas, a configuração holística, característica de sociedades

tradicionais, enfatizaria relações hierárquicas, dadas propriamente entre os sujeitos.

A perspectiva que está sendo veiculada por este psicólogo é a de que somos *indivíduos* e de que papéis são acumulados ao longo de nossas vidas – não como dimensões do humano, mas sim como funções sociais que exercemos e que compõe a totalidade da pessoa. Segundo este psicólogo “*Como num time de futebol onde cada um exerce uma parte*”, “*como numa empresa*”, também há funções das quais não se pode escapar. De modo mais claro, o grupo de papéis tenta refletir com os pacientes sobre as funções que as pessoas “têm” que cumprir, mas não localiza na dimensão espiritual (seja ela uma função ou uma parte constituinte da pessoa) nenhum dos problemas ou falhas dos sujeitos. O contrário, no entanto, eventualmente acaba se passando com as interpretações Espíritas, que tendem a responsabilizar os sujeitos em alguma medida pelos sofrimentos pelos quais passam. Ainda que dentro de um escopo individualista, portanto, a configuração que elege o psíquico ou psicológico como anterior ao religioso acaba isentando o sujeito, no sentido da responsabilização moral pelos seus males.

Apesar de que o modelo individualista rememora a configuração bio/psico/sócio/espiritual da instituição ambos são, portanto, coisas diferentes. Isto não significa, no entanto, que estamos tratando de uma situação polar entre “psicologia” (ou uma configuração individualista) e “espiritualidade” (uma configuração holista). Seguindo aqui a reflexão proposta por Maluf (2013) o caminho do meio entre reflexões que apostam por um lado na morte do indivíduo e, por outro, na sua reafirmação, seria justamente lembrar da importância e da complexidade das situações que não se encaixam diretamente em nenhum dos dois modelos. Este parece ser o caso da Clínica-dia em alguma medida, precisamente pela coexistência e pelos múltiplos agenciamentos possíveis que se insinuam a partir do encontro entre saberes *psi* e espiritualidade ao longo do tratamento psiquiátrico.

3.2. ESPIRITUALIDADE E AMPLIAÇÃO DO MODELO DE TRATAMENTO

Um dos desdobramentos do modelo holístico da pessoa advogado pela instituição repousa, ainda, em uma forma específica de espiritualidade, que parece dialogar também com noções específicas de ciência, racionalidade, comprovação científica. Para outro psicólogo da Clínica-dia, que se coloca como praticante do que chama de um “*paradigma da espiritualidade*”, que também anunciava as vezes como um “*postulado da consciência*”, haveriam duas formas de se pensar a relação entre espiritualidade e a psiquiatria/ciência.

A primeira forma, que está sendo mais estudada, e... principalmente, aqui no Brasil,... na Universidade de Juiz de Fora, junto, coordenado pelo Alexander Moreira Almeida. **É aquela linha aberta pelo Harold Koenig**, nos Estados Unidos,... que... são os trabalhos de pesquisa, ele fez uma imensa revisão de literatura, com...é... **todas as pesquisas a respeito do poder da fé, da oração, é... da importância da religiosidade, espiritualidade**, ... como *coping*, né, o *coping* religioso, a forma, o enfrentamento das dificuldades da vida, é...com a ajuda da fé, ou com a ajuda da frequência a um culto religioso. Então, essa é a forma ainda mais abrangente, mais aceita, hoje, e inclusive sendo incluída pela própria Associação Mundial de Psiquiatria e, também, pela Brasileira. **A outra forma** de relação entre ciência e espiritualidade... **que eu considero de fato aquela que é mais... eficiente e... permite um aprofundamento na compreensão da mente humana... é aquela que segue um caminho aberto por algumas doutrinas, por algumas religiões espiritualistas**. No Brasil, talvez, maiores representantes sejam o Espiritismo, né, que é kardecista, a umbanda, a própria umbanda, é... creio que também a doutrina da ordem rosa cruz. (Diário de Campo).

A dimensão que este segundo psicólogo apresenta, que contrasta com a perspectiva do primeiro em alguma medida, é certamente um dos campos semânticos do “espiritual” na Clínica-dia. Isto é, este modelo também é um modelo que negocia muitos de seus princípios e sentidos com as perspectivas Espíritas mas, ao mesmo tempo, também reivindica uma maior pureza da compreensão de certos fenômenos, que seria facultada pela ciência.

Para este psicólogo o “outro modelo”, “mais eficiente” de abordar o espiritual estaria relacionado com caminhos já abertos por várias doutrinas espiritualistas e, como veremos, com a capacidade de reconhecimento da existência da realidade espiritual e das implicações desta dimensão para a vida das pessoas. É interessante notar que o Espiritismo aparece nas práticas das quais falamos até o momento como uma forma de “fortalecimento” dos pacientes e como uma forma de oferecer um caminho para enfrentarem o adoecimento mental e; também, na fala deste psicólogo, como um dos campos que permite ampliar os caminhos por meio dos quais a espiritualidade aparece em tratamentos de saúde, precisamente para além da ideia de fortalecimento. De alguma maneira, portanto, a perspectiva que será defendida por este psicólogo e que tem desdobramentos importantes em outros domínios da vida na Clínica-dia (ver capítulo 6) permite um passeio por vários dos elementos que estão presentes nesta gramática cotidiana da espiritualidade. A um só tempo, ainda, o que veremos neste domínio do “paradigma da espiritualidade” se propõe tanto ao fortalecimento do paciente quanto à (re)produção de um modelo de espiritualidade que contrasta com o lugar da “religião” ou do *coping* e, ainda, em um nível crítico, também engendra novas concepções, agenciamentos e relações dentro disto que se chama espiritualidade.

Esta “política da espiritualidade”, ou seja, a necessidade de compreender a espiritualidade não como um conceito acabado, mas a partir de seus “usos, situacionalmente, a partir das configurações de poder e de conhecimentos com os quais ela se articula cada vez que é enunciada” (TONIOL, 2017, p. 146) é o que venho tentando mostrar a partir das distintas práticas da Clínica-dia nas quais Espiritismo e distintas espiritualidades circulam. Por fim, nesta sessão, retomando alguns elementos das sessões anteriores e

abordando outras práticas da clínica-dia (Chakras, Energias, psicologia transpessoal, Reiki, Florais, etc.) busco pensar como a espiritualidade contribui para o que seria uma *ampliação* do tratamento.

A Clínica-dia reserva, desde meus primeiros contatos com a instituição, alguns dias da semana para a realização de atividades de Reiki. Nesta atividade uma voluntária (seriam duas por semana, revezando-se) de um instituto de estudos reikianos da cidade ficam disponíveis por longos períodos do dia em um dos consultórios da Clínica-dia.

No consultório, onde também se encontra uma maca onde alguns pacientes vão repousar ou receberem atendimento quando necessário, cada voluntária, de acordo com o dia, realiza o Reiki com os pacientes, por tempo que varia entre 15 e 30 minutos. Na porta do consultório existe sempre um pequeno quadro plástico improvisado onde as pessoas interessadas anotam seus nomes para o atendimento. A lista faz com que haja um fluxo constante de atendimentos e, literalmente, a cada momento, nos dias em que a voluntária do Reiki está na Clínica, as pessoas vem e vão do consultório ininterruptamente e há uma grande dificuldade das próprias voluntárias em fazerem refeições e conseguirem algum tempo de folga, tamanha é a procura pelas atividades. Cada paciente que sai da sala busca pelo próximo e avisa que a Reikiana está disponível – caso o mesmo já não esteja à espera, na porta do consultório – o que também, de certa forma, faz uma divulgação desta atividade entre os pacientes que estão circulando pela Clínica e que eventualmente não estejam cientes da presença das voluntárias.

Algumas vezes o Reiki se iniciava com uma conversa breve entre a aplicadora e o paciente atendido e, outra vezes, o paciente somente entrava na sala e já se dirigia para a maca onde o Reiki era aplicado. Esta diferença parecia estar relacionada com o nível de formação de cada voluntária e o tipo de intervenção que cada voluntária poderia fazer. Assim, para a voluntária que tinha uma formação menos avançada no Reiki, a aplicação tinha como principal função o equilíbrio energético direcionado sobretudo as questões da doença mental, e das vezes que realizei o Reiki com ela, também uma preocupação central com a possibilidade de

relaxamento, trazer tranquilidade e paz para os pacientes. Com a outra voluntária, no entanto, o Reiki parecia obedecer uma lógica de “consulta”, onde a aplicadora solicitava os tipos de problemas da pessoa atendida, o que mais o sujeito precisava naquele momento, para que então energias fossem direcionadas.

As experiências que tive com o Reiki durante a pesquisa de campo não foram muito diferentes do que observei em outro período de pesquisa junto a instituição (CIELLO, 2013). O que é central no Reiki, no entanto, e pode ser demonstrado por meio destes contrastes entre as aplicadoras que conheci, é que ele mobiliza o tema da energia e, junto a ele, uma variedade de outras metáforas para conduzir o atendido ao relaxamento, à meditação e à sensação de que acontece uma troca/renovação de energias. Em todas as atividades do Reiki – como viria a acontecer em atividades de meditação e relaxamento, realizadas semanalmente pela professora de Educação Física – estariam presentes músicas para relaxamento e a solicitação aos pacientes para que visualizassem imagens específicas durante cada atividade.

Este discurso mais geral, por sua vez, era também associado a existência dos Chakras, pontos nevrálgicos existentes no corpo humano, que funcionavam como pontos emissores e receptores de energias. Os Chakras, no vocabulário cotidiano dos terapeutas que conheci, podiam ter determinados bloqueios que poderiam levar a desequilíbrios não somente na área imediata do ponto de energia (chakra) como também em outras áreas do corpo físico ou espiritual do sujeito. No reiki, por exemplo, energias seriam direcionadas para estes pontos afim de equilibrar estas energias e, também em outras atividades este discurso das energias também seria comum. Os chakras não foram objeto de nenhuma explicação pormenorizada em nenhum momento de minha estadia na Clínica, mas tanto no Reiki, quanto nas atividades de meditação e também na psicologia transpessoal, trazer os chakras é algo comum.

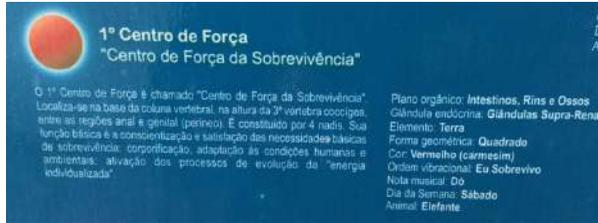
De acordo com a figura disponível na Clínica seriam sete estes pontos e cada um também conteria um pequeno universo de aspectos corporais e outras instâncias que tem relação com cada “centro de força”. Cada centro de força, ou chakra, está relacionado com determinados órgãos no que é chamado de “Plano Orgânico”, “Glândulas endócrinas” específicas, um dos quatro “elementos”,

uma “Forma geométrica”, uma “Cor”, uma “ordem vibracional”, um dia da “semana” e, por fim, também um “animal”.



Fonte: Clínica-dia. Pesquisa de campo.

O primeiro centro de força, por exemplo, localizado no períneo, chamado como centro da Força da Sobrevivência teria a seguinte caracterização:



Fonte: Clínica-dia. Pesquisa de campo.

Os outros centros seriam, conforme imagem abaixo, iniciando do primeiro centro no períneo, os centros da “Sensibilidade”, localizado na região dos órgãos genitais, da “Identidade e da Personalidade”, localizado no abdômen, da “Emocionalidade”, localizado no tórax, da “Expressão Criativa”, localizado na face anterior do pescoço, da “Percepção e Síntese”, localizado na glabella³⁸ e, por último, no topo da cabeça, associado com a glândula pineal, o centro da “Espiritualidade”.

Um exemplo importante do uso dos Chacras, no entanto, vem das atividades da psicologia transpessoal, que era radicalmente diferente dos grupos terapêuticos que descrevi até agora. Não necessariamente em sua organização, pois esta era virtualmente idêntica para a quase totalidade dos grupos, mas principalmente nos comentários feitos pelo terapeuta, nos modos de abordar o sofrimento narrado pelos pacientes, e principalmente num investimento em contar sobre os vários elementos do que estaria relacionado com o “postulado da consciência”. Em outras palavras, a experiência, em si, do grupo transpessoal, era uma que levava a uma outra compreensão da saúde mental.

Retomando uma das conversas que tive com o terapeuta responsável por esta atividade (que também foi interlocutor sobre os temas que abordei no início da sessão), é possível talvez demonstrar como um gradiente de fatores estão conjugados na constituição do paradigma da espiritualidade. Também os Chakras aqui não representam um discurso ou categorias auto-contidas, mas estão sujeitas a diferentes interpretações conforme são acionados por diferentes atores no cotidiano do tratamento. O mesmo se passa

³⁸ Osso entre as sobrancelhas.

com a espiritualidade, como tenho afirmado, e com outras categorias evocadas dentro deste campo.

“(...) há eventos que a história foi mostrando possíveis,...descobertas, como a sincronicidade de Jung, as reflexões de Linus Pauling, que ajudaram a ir compondo o paradigma energético, o paradigma da consciência (...) um postulado espiritualista, postulado da consciência”. (Diário de Campo).

O postulado da espiritualidade, postulado da consciência é, antes de tudo tomado como parte de um acumulo de experiências e reflexões filosóficas que, ainda que não tivessem necessariamente conectados o Espiritismo ou, mesmo com qualquer concepção de espiritualidade, teriam mostrado que era “possível” um outro modelo, para além do “modelo materialista”. Neste devir, histórico e também espiritual, pois para os defensores desta perspectiva existe uma concepção subjacente, de evolução e transformação implacável do universo, elementos como os trabalhos acadêmicos que tem se dedicado a relação entre saúde e espiritualidade e que tem crescido exponencialmente nos últimos anos³⁹, “*a falência do materialismo, do racionalismo, dos complexos autônomos de Jung, os trabalhos de David Hume e William James*” seriam relevantes para a construção do que ficaria conhecido como “*estudos da consciência*”, segundo este psicólogo. Neste sentido, entram no discurso deste terapeuta um conjunto diversificado de referências, que vão desde os trabalhos de Harold Koenig, Stanislav Grof, entre outros que já citei, até as experiências místicas de Santos da Igreja Católica e também experiências em outras culturas:

³⁹ Um dos interesses de meus interlocutores na minha pesquisa, sobretudo estes mais atinados com questões espirituais, sempre foi o de que ele apontava que as pesquisas e interesses das pessoas estão se transformando. Isto as vezes seria tanto um resultado do trabalho de pessoas, como meus interlocutores, que anteriormente, desenvolvera pesquisas neste âmbito, como também, incluindo a todos, parte de um processo evolutivo e transformador implacável, que incluída o aumento

“(...) no campo da psicologia, a partir da década de 60, nos Estados Unidos, é.. com a psicologia transpessoal, que surge como um desdobramento da psicologia humanística, é... de Maslow, e... alguns autores, alguns profissionais, principalmente com Stanislav Grof, que... participou de pesquisas na Universidade, com o uso de LSD, ...é...começaram então a trazer pro campo da pesquisa psicológica, da investigação sobre a mente humana, é.. os estados modificados de consciência, estados alterados de consciência e estados ampliados de consciência. É...essa terminologia bastante abrangente, ela inclui as experiências que ocorreram, ocorrem sempre, na história da humanidade e... relatados em diferentes tradições e literatura, que são as experiências místicas, ou as experiências demoníacas, por outro lado, ...é...enfim...os estados alterados de consciência que podem ser eliciadas, desencadeadas por uso de substâncias psicoativas, né, os psicotrópicos, então são as experiências psicodélicas como eram chamadas, e.. é.. Ou então, aqueles estados alterados de consciência, alcançados nas doutrinas orientais, principalmente pela prática da meditação. Ou então, os estados de transe, também encontrados ..é... nas práticas mediúnicas, por exemplo, é... em outras culturas, como por exemplo nos derviches dançantes, que entravam num outro estado de consciência a partir da forma como eles rodopiavam. Nós temos também relatos na própria igreja católica, com alguns vamos dizer, padres místicos, como São João de la Cruz, é...como Teresa d’Ávila, enfim... no Brasil ganhou força essa pesquisa a partir da psicologia transpessoal: o estudo dos estados modificados de consciência e a sua utilização na psicoterapia. É,... dá pra dizer que quase como se fosse um desdobramento desse campo, as psicoterapias chamadas de regressão

de memória, ou, de acesso a memória profunda, que.. se obtém também, é... induzindo algum estado de ampliação da consciência e, portanto, da própria percepção.

A psicoterapia baseada no modelo de Stanislav Grof (1987) é um dos elementos que mais é resgatado por este meu interlocutor, que tem uma vasta experiência no campo da pesquisa e também como um experiente praticante tanto da regressão como de outras modalidades de contato com esta dimensão do ser humano. Como veremos mais adiante, este terapeuta será, também, um dos meus principais interlocutores nas Reuniões Mediúnicas que participei.

Todo o seu discurso, como podemos ver, é direcionado para uma aplicação destes modelos no campo do tratamento psiquiátrico, num primeiro momento como uma forma de “naturalizar” as experiências ou estados alterados de consciência, que na verdade poderiam também facultar possibilidades de contato com o sagrado e, em segundo lugar, também evidenciar a necessidade de uma reconsideração das classificações psiquiátricas:

É bem atual, é bem recente agora,... no Brasil. Nos Estados Unidos está em vias de legalização pelo FDA, é... a utilização do MDMA, que é a substância ativa do... *ecstasy*, usado pelos jovens nas festa *rave* pra ficarem bastante alertas, né.. e destemidos. Essa droga está sendo pesquisada pra se transformar num medicamento pra tratamento do stress pós-traumático, por que ela age numa glândula, na amígdala, né, no cérebro, é ... responsável pelo controle do medo. Então, o que se afirma é que, em principio, ela diminui o medo, e o stress pós-traumático, ele está profundamente ligado a uma experiência de pânico, né, de grande medo... por um...um evento qualquer que tenha gerado isso. Eu vejo grandes possibilidades, se houver de fato essa ..é.. essa droga disponível no mercado, pra utilização em pacientes que possam ter passado pela experiência traumática, mesmo na sua

infância, como é tão comum infelizmente os casos de abuso sexual,... que deixam marcas profundas e que acabam se tornando a cunha, digamos, aberta pra.. pras experiências chamadas psicóticas... que você Fernando observou na Clínica,... pacientes, que a gente consideraria de estrutura neurótica normal, que possuem algum tipo de transtorno é.. de humor, como o.. maníaco depressivo, né, o transtorno bipolar, é...ou mesmo apenas depressivo, e eventualmente com aqueles fenômenos é.. de alteração de percepção, como ouvir vozes de comando ou perceber e visualizar vultos escuros como é o mais frequente. As vozes de comando pra suicídio, as vozes de comando, ahm, pro próprio homicídio... auto e heteroagressão.

E continua, nesta mesma oportunidade, descrevendo também o que compreende pelo modelo da “consciência”.

Bom, o que decorre... disso, dessas pesquisas e investigações é um novo modelo pra compreensão da mente humana,... que seguindo os passos de alguns físicos mais visionários, a partir da física quântica, chamaríamos de consciência, então, de uma forma ampla. Mas... a nossa mente, enquanto parte dessa consciência infinita, partindo-se do princípio que o universo é uma vasta consciência que chamamos Deus. A parte que nos cabe como co-criadores ou como pequenos criadores, também, da nossa realidade,... É,... esse modelo em que a nossa mente pode participar de múltiplos níveis, múltiplas camadas do próprio universo onde a vida se manifesta, é... apenas diferenciada por faixas de frequência,...é... esse modelo permite que possamos incluir as experiências ditas psicóticas, numa investigação multidimensional, onde as causas, onde as

percepções, aparentemente, que chamamos apenas de alucinatórias passam a ganhar algum tipo de realidade. É... ressaltando que de qualquer maneira, sempre, é.. chamaremos de realidade psíquica,... por que não existe outra realidade a não ser a realidade psíquica. A realidade é a leitura que fazemos do real. E..., cada um de nós, enfim, instrumenta essa leitura, é... a partir da sua própria percepção, e.. e a nossa percepção é determinada pela nossa história, é... pessoal, emocional, afetiva... enfim, pelas nossas memórias. É como se sempre nós estivéssemos percebendo, lendo, a realidade a partir do nosso passado.

Em um dos grupos Transpessoais que participei o terapeuta inicia a atividade fazendo uma pequena fala, trazendo elementos que haviam sido debatidos em outros grupos. Após este breve momento começa a discorrer sobre como a emoção também teria “efeitos físicos”. Para o terapeuta, isto ficaria muito evidente na categoria das “doenças físicas de origem emocional”, da qual mitos pacientes ali na Clínica eram parte. O terapeuta descreve como outras medicinas estavam se dedicado a pensar estes efeitos, tais como a medicina chinesa e a acupuntura, as “medicinas vibracionais”. Comenta ainda, a partir do caso de uma das pacientes que, entre outros, o ódio era uma emoção que poderia causar problemas no fígado e no intestino. A paciente sempre oscilava entre sentir muito ódio de alguns familiares, e dizer que na verdade eles não tinham culpa de nada que lhe havia acontecido.

O comentário do terapeuta, neste sentido, buscava trazer o problema que ela quase sempre apresentava nos grupos, por um outro viés, de que aquilo poderia causar mais danos ao seu corpo, o que já se supunha acontecia fortemente com ela. A paciente, assim como a grande maioria das pessoas no grupo, era instigada a refletir sobre o que constituiria a experiência que tinha com sua doença, o que sentia, a que ideias aquilo remetia, quais perguntas fazia a si mesma, entre outras perguntas. Para este psicólogo:

“O princípio da psicoterapia é conseguir transformar os nossos sintomas/ a nossa dor física em perguntas (...) o terapeuta ajuda a perguntar e o bom terapeuta sabe que a resposta está dentro da pessoa”

O terapeuta enfatizava sempre a importância do ato de se perguntar, de deixar um ponto de interrogação sobre os eventos da vida, questionar-se, pois seria por meio destes questionamentos que as respostas e a própria melhora, num certo sentido, seriam construídas. Ao mesmo tempo, neste comentário, vê-se também o lugar que o terapeuta ocupa dentro deste modelo interpretativo que defende, não de um organizador da experiência ou da narrativa da pessoa, mas de um mediador e, como diria, “facilitador” do desenvolvimento pessoal do paciente. Em um dos grupos conversa com uma paciente que já é diagnosticada como esquizofrênica há muitas décadas e que, durante a estadia na Clínica-dia, revelou estar grávida, o que mais tarde foi descoberto ser uma “gravidez psicológica”:

(Psicólogo): “Qual a sensação que você tem?”

(Paciente): “Espera. Espero que o que eu quero aconteça. Mas eu nem sei se é real.”/ “Oscilo entre esperar pelo resultado, aparecer grávida, e torcer para que fique grávida mesmo”.

(Psicólogo): “Você quer estar grávida?” (...)

Nesta conversa com a paciente, pergunta, entre outros, se ela havia estado em contato com homens, se havia transado, como ela se sentia com tudo aquilo. Apesar de, por um lado, este esquema de perguntas e interpelações não ser muito diferente do modelo psicoterapêutico usual ao qual eu tive acesso durante a pesquisa, este terapeuta seria o único que jogaria a experiência da doença para o terreno da “sensação”, como no caso desta paciente, onde está interessado, diria, na *fenomenologia* daquilo que a paciente narra a partir de sua dúvida sobre sua gravidez. Em nenhum momento entra em questão a facticidade de sua gravidez, mas se trava uma conversa a partir da narrativa que já estava posta. Ainda, portanto, que articulada a um terreno que flertava sempre com a

responsabilização do paciente – como afirmei sobre os modelos holísticos, acima – a proposta de uma ampliação do tratamento a partir desta abordagem da consciência, de outras dimensões (espirituais), também conduzia a um processo de auto-conhecimento, reflexividade e mesmo crítica de questões importantes que perpassavam o processo de tratamento.

Este terapeuta esteve também relacionado com o tratamento mais direto de casos que – como afirmei no capítulo anterior – tinham conteúdos espirituais inscritos tanto nos critérios psicopatológicos quanto na experiência e interpretação cotidiana dos pacientes. A experiência de Laura, por exemplo, sobre a qual falaremos melhor na próxima sessão era de intenso contato com experiências fora do considerado “normal”, ouvir pedidos de ajuda de pessoas já mortas, ter visões de Jesus e outros santos, receber comandos divinos, e também como no modelo, de efeitos muito dramáticos em seu corpo físico, atestando a inter-relação das varias dimensões que constituem o ser humano. Nos prontuários, como veremos, o terapeuta não anotava muitos elementos de sua abordagem da temática espiritual no tratamento de Laura, mas nos grupos Transpessoais, quando participei, assim como acontecia no SAE, ela e outros pacientes, tinham a possibilidade de apresentar estas questões. Enquanto para outros terapeutas a visão de espíritos ou vultos era vista como uma representação de outras demandas ou formações psicológicas, subjacentes à narrativa de conteúdo espiritual, para o terapeuta transpessoal e outros profissionais da Clínica, estas eram narrativas que continham sentido em si mesmas. Elas podiam ser abordadas, transversalmente, pela via espiritual e pela via psicológica, o que vai nos levar ao debate sobre a potência do espiritual no contexto da Clínica-dia, tema ao qual voltaremos mais ao final da tese.

Era o caso, também, de outra das pacientes, de aproximadamente 20 anos, que apesar de jovem, já entrara na Clínica com o diagnóstico de esquizofrenia. Nas conversas da equipe sobre a paciente o que era principalmente abordado era o fato de seus pais terem se separado num passado recente, as dificuldades da jovem menina em lidar com a situação, episódios psicóticos na escola, durante as aulas. A paciente, no entanto, não se recordava dos eventos do qual participava e dos feitos que eram

atribuídos a ela, nem se recordava bem o porquê de ter feito as coisas. Na Clínica, atendida pelo terapeuta transpessoal, ela era tratada a partir da possibilidade de que estivesse em contato com porções de sua memória espiritual de outras encarnações. Em uma experiência passada ela teria morrido afogada, por suicídio, razão pela qual uma das vozes que tomava seu corpo em alguns momentos, pedia que ela se matasse, se jogasse no mar. Estas “vozes” algumas vezes tomavam controle de seu corpo e se comunicavam com o mundo exterior, causando a impressão de que haviam ali várias personalidades (portanto um transtorno de personalidade).

É relativamente difundido entre os defensores de perspectivas espirituais na Clínica-dia que, na verdade, não carregamos somente um espírito dentro de nosso corpo, mas outras memórias de vidas passadas, marcas de outras encarnações, também outros espíritos em alguns casos, e que na verdade nosso corpo é um “condomínio espiritual”. O acesso a estas porções de outras etapas seria o caso desta última paciente, por exemplo. Por meio de regressão em alguns casos e também por meio de conversa com os outros espíritos, que em alguns atendimentos individuais, manifestavam-se através da paciente, o terapeuta estava tentando manter a paciente fechada para aquelas experiências. O atendimento sempre era feito, no entanto, com o consentimento dos pacientes segundo soube, ainda que eventualmente outros profissionais discordassem destas investidas.

A visão multidimensional e multiexistencial, ou seja, a... hipótese da reencarnação, sendo que então o... princípio divino,... o princípio da consciência que podemos chamar espírito é.. na sua jornada evolutiva, é... trás consigo as suas múltiplas experiências, as suas múltiplas memórias, que como informação paragenética, participam ativamente da construção do próprio corpo físico, né, dum novo corpo físico, e também da própria personalidade,... Essa forma ampliada vai além, então, da determinação da nossa genética... comum, do genoma conhecido, é... embora aceitemos,

claro, a epigenética, esse princípio que nos ensina, hoje, mais recentemente, que o cérebro continua aprendendo sempre...é... E,... quando admitimos essa hipótese de que essa informação paragenética e... que trazemos conosco em nosso patrimônio evolutivo é participativamente então da construção do corpo, por consequência eventualmente, é.. de doenças genéticas ou congênitas, né... talvez a forma mais simples de compreender são as famosas marcas de nascimento que, com frequência nos achados na psicoterapia regressiva, das terapias de regressão de memória, podem ser associados a memórias do passado, a forma como aquele ser, é,.. passou pelo processo da morte num outro espaço-tempo.

Sobre o papel do que chama de “modelo ampliado” no tratamento psiquiátrico, o terapeuta afirmava, ainda:

Esse modelo ampliado, e existem diversos mapas da consciência, chamados cartografias da consciência, é... eu gosto de chamar de modelo informacional da consciência... é.. esses modelos permitem uma compreensão, então, diferente dos chamados transtornos mentais. É... não exclui todos os estudos que já foram desenvolvidos no campo da psicologia, na psicanálise ou todas as demais teorias, inclusive as derivadas dos recentes avanços da neurociência, as psicoterapias cognitivo-comportamentais, por exemplo, elas têm avançado pela terapia do esquema, que é baseada na imaginação ativa, que é.. enfim, se origina com Jung. Então.... Aliás, apenas um parêntese, Jung seria considerado por nós como um.... um dos grandes precursores da psicologia transpessoal,... Freud poderia ter sido se não tivesse abandonado a hipnose logo no início, por receio, por medo do efeito

sugestão. Né... ele perdeu uma grande ferramenta de investigação da mente humana. Então,... esses modelos multidimensionais nos permitem uma compreensão diferenciada das chamadas patologias psíquicas ou mentais, é.. e nos dão ferramentas de tratamento, de terapia, de psicoterapia bem mais eficazes. É... eu disse que não exclui nenhum conhecimento por que ao mesmo tempo, é... esse novo paradigma, ele também se fundamenta numa visão transdisciplinar, ou seja, no diálogo permanente entre as descobertas da ciência, o avanço da ciência, as filosofias, ... e também as tradições de sabedorias, religiões... e as artes.

Numa outra oportunidade, por fim, o terapeuta comenta também sobre o poder das *terapias vibracionais* e como elas se propõem a reestabelecer a vibração própria de cada corpo, de cada órgão. Seriam terapias diversas e dentre elas as musicais, as de relaxamento, entre várias outras. Comenta sobre o filme “O som do coração” onde uma vibração é sentida pelo menino, que encontra seus pais e retrata a frase final como um elemento importante a ser resgatado para aquela atividade: “A música é tudo que nos rodeia. Tudo que você tem que fazer é sentir”. A frase é trazida na medida em que se encaixa perfeitamente na ideia de uma energia, vibrações, cores, que habitam e que circundam os sujeitos que estão presentes no grupo transpessoal e em várias atividades da Clínica.

Permitir-se, sentir(-se), rever, repensar, relaxar, são palavras de ordem dentro deste paradigma da espiritualidade, que se conecta a outras práticas terapêuticas da Clínica, especialmente aos modelos de espiritualidade empregados no contexto de algumas práticas alternativas da Clínica-dia (como o Reiki, Chakras, etc.) e também nos grupos conhecidos como Transpessoais. Voltaremos a este tema na terceira parte da tese.

PARTE II – A VIDA DO DIAGNÓSTICO



To go beyond the issue of diagnosis in the strict sense to the cultural definition of illness, disease, and distress, it must be recognized that what counts as therapy depends first upon what is defined as a problem.

(Arthur Kleinman e Thomas Csordas, 1990)

The stories people tell do not just present grids of meaning. They also convey a lot about legs, shopping trolleys, or staircases. What people say in an interview doesn't only reveal their perspective, but also tells about events they have lived through. If you agree to go along with this possibility for a while, and listen to patient interviews in a realist mode, the question becomes "what are the events people report on?"

(Annemarie Mol, 1993)

Para muitas das pessoas que conheci na Clínica-dia, ainda que a doença fosse considerada algo “antigo” em suas vidas, isto é, já as acompanhasse “há muito tempo”, “desde criança” em alguns casos, o efeito do diagnóstico confirmado por um profissional representava um momento novo e importante, de (re)conhecimento do inominável e de início de um tratamento. O diagnóstico confere assim uma existência e uma realidade para fenômenos que, para muitos pacientes, são vistos como sem sentido, vergonhosos, ilegítimos. Encaixar o turbilhão de suas experiências em algum modelo de adoecimento que comporte o que é visto como a natureza ambígua de suas doenças é uma tarefa muito difícil para muitos e o diagnóstico psiquiátrico cumpre um papel importante na interpretação desta complexidade de fenômenos. O evento da consulta com psiquiatra e a consequente definição de um diagnóstico evoca, por um lado, a importância do modelo biomédico para a própria experiência subjetiva da doença e não somente o processo classificatório intrínseco no diagnóstico. Assim, não somente a prática da psiquiatria está envolvida na tarefa de distinguir doenças, como também o itinerário imaginado por muitos pacientes em seu tratamento, inclui serem reconhecidos em seu adoecimento.

Apesar de relacionado com a biomedicina e a psicopatologia, o diagnóstico psiquiátrico, no entanto, está também cercado por muitas ambiguidades relacionadas ao próprio lugar do transtorno mental na biomedicina de modo geral, especialmente pelo seu duplo pertencimento a um terreno que é tido como biológico e mental/cerebral ao mesmo tempo. Localmente, ainda, na Clínica-dia, dimensões do processo diagnóstico também aparecem relacionadas à presença de elementos espirituais, ampliando os modos com que estes processos de classificação e de reconhecimento se processam no cotidiano. As dimensões possíveis do espiritual, sobre as quais falamos rapidamente nas sessões anteriores, também investem igualmente em processos classificatórios mas, ao mesmo tempo, permitem contrastes com o elemento biomédico está presente no processo de classificar doenças. O resultado é um ambiente habitado não pela centralidade do processo diagnóstico psiquiátrico, mas pela circulação de modos de pensar o diagnóstico e também de categorias diagnósticas

distintas. Veremos, também, que mesmo dentro dos marcos da psiquiatria, a circulação dos diagnósticos entre profissionais se dá de um modo difuso e bastante flexível, se apoiando nas próprias interações e comportamentos dos sujeitos. Um diagnóstico presente nos prontuários não impede, assim, que outras categorias circulem e que igualmente produzam efeitos no processo terapêutico.

Nesta segunda parte da tese busco explorar estes processos que fazem emergir categorias e sujeitos ao longo do processo terapêutico.

CAPÍTULO 4 – ESCRITOS DA DOENÇA

(16/02/2017 – Psiquiatria): “Paciente com quadro de Transtorno Esquizoafetivo, com sintomas psicóticos, com alucinações auditivas em menor intensidade, lhe xingam, de comando. Estava internada em regime integral, recebeu alta dia xx/xx/xx. Em uso de: Clozapina 100mg 2M 3N, Clonazepam 2mg 1N. F25.0”

(Anamnese psiquiátrica no prontuário de Maria).⁴⁰

A psiquiatria é um saber que está ausente do cotidiano das atividades e grupos terapêuticos (no sentido da grade de atividades e dos movimentos que descrevi no Capítulo I), restringindo suas

⁴⁰ Todas as informações contidas neste capítulo sobre o processo de construção dos prontuários advém da observação direta de uma variedade muito grande de prontuários da Clínica-dia, aos quais tive acesso durante a pesquisa, e também de conversas com os profissionais e da observação de suas atividades diárias. Anamneses e outros trechos dos prontuários, citados diretamente, foram extraídos de seis prontuários específicos, cujo conteúdo foi copiado por mim, em partes, durante a pesquisa de campo. O trabalho com os prontuários foi permitido pela instituição em carta específica concedida ao pesquisador, onde se permitia somente leitura e observação dos mesmos, não havendo autorização para cópia integral, empréstimo ou retirada destes documentos da Clínica. Por esta razão alguns elementos não estão presentes, bem como existe um esforço de proteger o anonimato dos sujeitos, tanto profissionais quanto pacientes, envolvidos. Este capítulo é uma análise possível de uma inserção possível, embora com muitas limitações, de uma pesquisa com prontuários psiquiátricos.

práticas aos momentos de entrada de pacientes na unidade e em consultas agendadas com os pacientes de acordo com as necessidades de cada um. No cotidiano os psiquiatras também são buscados – por intermédio da atuação da equipe de enfermagem – para emissão de novas receitas médicas, laudos, atestados, agendar consultas, responder a mudanças percebidas nos comportamentos de pacientes e nos efeitos colaterais das medicações. A psiquiatria, assim, ainda que de certa forma descolada do que é o modelo central de tratamento – grupos terapêuticos – ocupa um lugar importante na Clínica-dia, pois contribui de modo determinante na definição das categorias e doenças que circularão durante o tratamento.

4.1. A FIXAÇÃO DO DIAGNÓSTICO: ANAMNESES PSIQUIÁTRICAS

Quando um paciente chega pela primeira vez na Clínica imediatamente é agendada uma triagem com um psiquiatra⁴¹. Quer para pacientes que vêm de dentro do próprio Hospital, quer para pacientes que vêm de outras instituições, ou de consultas ambulatoriais, o processo de tratamento na Clínica-dia se inicia propriamente pela realização desta consulta, que dará abertura a um prontuário junto a unidade. A triagem as vezes pode demorar alguns dias ou semanas dependendo do médico, uma vez que dentro da Clínica cada médico cuida apenas de determinados convênios. Pacientes que vêm do internamento integral, por já terem um prontuário aberto na instituição, esperam alguns dias a mais em alguns casos. Todas as pessoas atendidas na Clínica passarão, igualmente, no entanto, por uma primeira consulta psiquiátrica para que seja aberto o prontuário junto a Clínica-dia. O produto principal desta consulta inicial com psiquiatra é a produção

⁴¹ Minha proximidade com psiquiatras da Clínica-dia foi bastante limitada ao longo da pesquisa pois, como mencionei acima eles não participam da estrutura semanal de atividades. Em geral, além disto, os médicos da Clínica atuam também em consultórios particulares e outras instituições paralelamente ao seu trabalho na Clínica-dia. Meu conhecimento de suas práticas ou posicionamentos veio sempre através de falas de outros sujeitos da Clínica ou então de seus escritos nos prontuários médicos, embora também tenha tido várias conversas breves com alguns dos psiquiatras.

de uma *anamnese*, que abrirá o prontuário de cada paciente, e que elencará elementos centrais referentes a trajetória do paciente e seu diagnóstico.

Não tive a oportunidade de acompanhar nenhuma consulta inicial entre psiquiatras e pacientes, dado que as consultas de entrada acontecem a portas fechadas e participam dela exclusivamente o profissional e a pessoa atendida. A partir da observação dos prontuários e das conversas com os profissionais, no entanto, fica claro que se trata de um momento importante da vida na Clínica-dia. Diferente de outras consultas que acontecerão ao longo do internamento, este primeiro contato com psiquiatra leva mais tempo e tende a produzir informações mais pormenorizadas sobre os “*casos psiquiátricos*”.

A relação entre as normas profissionais, manuais classificatórios e a prática psiquiátrica tem um papel importante na demarcação dos diagnósticos que vão aparecer nas anamneses. Podemos olhá-la por diversos caminhos. Kleinman (1991) chama atenção para o processo de descontextualização que as entrevistas Clínicas podem ocasionar nas narrativas dos pacientes. Mediados por categorias profissionais, os profissionais tenderiam a pinçar das narrativas dos pacientes somente as informações necessárias para encaixar a experiência em alguma categoria diagnóstica. As próprias entrevistas seriam, no sentido dos critérios e da lista de especificações, um roteiro a percorrer e não um modelo aberto de compreensão da trajetória do sujeito.

Em um estudo sobre a prática Clínica de psiquiatras nos Estados Unidos e na China, Kleinman (1980; 1991) observa que no encontro com pacientes, profissionais da psiquiatria se direcionam para processos que priorizam o enquadramento dos fenômenos observados em critérios diagnósticos pré-estabelecidos, limitando assim a interpretação psiquiátrica aos descritores oferecidos pelas associações profissionais. A partir do trabalho de Monteiro (2012) podemos inferir também que, já no processo de formação do psiquiatra, nas residências em psiquiatria, se promove uma intensa especialização e supervalorização da técnica, em detrimento da percepção do contexto e das mediações socioculturais do encontro clínico entre pacientes e médicos. Como acontece na pesquisa de Kleinman (1991), Monteiro (2012) também observa

entre seus interlocutores a primazia que o discurso das hipóteses e da investigação ocupa na prática psiquiátrica, assim como a importância do uso de manuais para a produção de diagnósticos. No caso de Kleinman (1978; 1980; 1991), apesar da crítica à psiquiatria, sua proposta se volta para o aprimoramento do sistema médico via o desenvolvimento de uma competência cultural dentro do âmbito das práticas biomédicas, bem como de uma sensibilidade dos psiquiatras para com as distintas formas de adoecimento em distintas culturas.

O tema do diagnóstico e da prática psiquiátrica aparece, no entanto, em outras vertentes teóricas, seja a partir da figura do psiquiatra no universo da loucura ou a partir da formação em psiquiatria ou, ainda, dos atravessamentos sociais das categorias médicas. Michel Foucault (2006), refletindo sobre a natureza do hospital psiquiátrico no século XIX, descreve o médico como uma figura central dentro da estrutura hospitalar, dado que é ali que a doença passa a ser não somente classificada e diagnosticada – função intrínseca da instituição de internamento – mas também “produzida” pelo psiquiatra – dado que é no saber do médico que a “verdade” sobre a loucura pode ser descrita e submetida. Os papéis do internamento, da instituição hospitalar, da medicina e também da figura do médico se cruzam de modo importante nas reflexões de Foucault, pois o poder de cada uma destas instâncias advém da autoridade outorgada pelas demais, gerando um sistema complexo de saber/poder. A figura do psiquiatra, portanto, não pode ser desconectada da estrutura de poder que o mantém e que o faz figurar como o detentor do saber e da competência científica que possibilitam a produção da realidade da doença mental (Idem).

Nas observações que teço a seguir, vou buscar observar sobre alguns elementos que constituem, em termos de seu conteúdo e estrutura, as anamneses psiquiátricas, e também os elementos que as distanciam umas das outras e que nos permitem pensar numa dinâmica do diagnóstico para além da psiquiatria.

* * *

Durante minha pesquisa de campo li e observei, na maioria do tempo na companhia de profissionais da Clínica, uma grande

diversidade de prontuários psiquiátricos. Copiei em meu diário de campo, no entanto, trechos de somente seis destes documentos, dado que foram os prontuários indicados para mim pela equipe como “mais interessantes”. Apesar da autorização para observar os prontuários, esta pesquisa não foi montada para uma análise extensiva destes documentos e a oportunidade de trabalhar com eles apareceu já no meio da pesquisa, quando eu tinha um grande envolvimento com outras frentes da pesquisa. Ainda assim, os prontuários foram uma importante parte da maneira como percebi os movimentos relativos ao diagnóstico dentro da Clínica-dia e faço aqui um uso destas observações dos prontuários para pensar como os escritos sobre a doença produzem versões sobre as vidas das pessoas e do tratamento oferecido na Clínica. Como afirmei na introdução da tese, estive na companhia de muitas versões das pessoas ao longo de minha pesquisa – as muitas versões emergentes na vida cotidiana, as versões das reuniões de equipe, as versões dos próprios pacientes, as versões dos prontuários. Falo sobre versões não para sugerir que haja alguma “irrealidade” nestas muitas histórias que conheci, mas para demarcar a existência de uma profusão de modos de narrar e interpretar a vida das pessoas com quem convivi.

A anamnese é um documento do universo médico onde um profissional produz uma versão breve sobre a história de vida, sintomas, tratamentos e diagnósticos de um paciente. No caso da Clínica-dia ela é uma versão que apresenta a perspectiva psiquiátrica, conforme narrada nos prontuários e que, de maneira importante, se apresenta – diferente das outras ‘versões’ sobre as quais falarei – encerrada na objetividade do texto e, também, dentro dos marcos da biomedicina e da psicopatologia. As anamneses e os enunciados profissionais contidos no prontuário serão constantemente recapturados dentro da vida cotidiana para produzir e reproduzir relações atreladas ao próprio tratamento psiquiátrico. Os prontuários vão estar relacionados tanto com o controle da história dos pacientes dentro da Clínica, quanto com o atestado da presença dos sujeitos atendidos que, posteriormente, tornaria possível que a instituição recebesse pagamento dos convênios de saúde.

Os prontuários e, principalmente, seu conteúdo, também permitem que os pacientes possam movimentar questões burocráticas e jurídicas fora da Clínica, tais como auxílios de saúde, aposentadorias e processos judiciais. No dia a dia do tratamento, a leitura dos prontuários também parece poder orientar tomadas de decisão da equipe com relação aos pacientes e como proceder com seus tratamentos. Confrontados, ainda, diariamente por profissionais, os prontuários também seriam objetos capazes de testemunhar – tanto internamente quanto externamente – a “evolução” dos pacientes durante o tratamento, nos vários sentidos que, veremos, esta palavra pode ter naquele contexto. A definição de um diagnóstico – parte essencial de uma anamnese e do prontuário como um todo – é ainda crucial para obtenção de laudos psiquiátricos, atestados, prescrições médicas, autorizações e, enfim, toda uma série de documentos e movimentos fora da instituição.

A anamnese é um procedimento comum na prática médica. A rigor, sua definição não é necessariamente clara e diferentes pesquisadores e também profissionais da medicina apresentam diferentes aspectos deste documento. Parece haver uma diversidade de formas de pensar sua constituição, que circulam entre um “exame clínico” (MONTEIRO, 2012), uma “história de vida do paciente” (ROSALEN, 2018) e, até mesmo um “interrogatório de pacientes” (BARROS, 2004). Dentro da medicina, ainda, a anamnese tem sofrido também adaptações, dos modelos mais clássicos, centrados na doença, à modelos mais contemporâneos, centrados na biografia do paciente (JADRESIC, 1972). Como na expressão “interrogatório”, a anamnese parece representar também um momento assimétrico entre paciente e médico, a “entrevista Clínica”, onde existe um movimento de verificação de hipóteses e de tentativa de obter respostas específicas para o preenchimento de critérios diagnósticos (KLEINMAN, 1991). Localmente, na vida de meus interlocutores, a anamnese é ainda um escrito que está intrinsecamente conectado as práticas dos psiquiatras da Clínica-dia e elas também representam, centralmente, “elementos que corroboram alguma hipótese de diagnóstico” (BEATO FILHO, 1994, p 41).

As anamneses que observei apresentam, em geral, três momentos essenciais: uma abertura, contendo uma apresentação

sobre o paciente e, geralmente, eventos de sua história e sintomas; e em seguida, nem sempre nesta ordem, uma descrição de medicações e, por fim, um código, quase sempre extraído do manual diagnóstico conhecido como Código Internacional de Doenças (CID⁴²). Mais raramente, as anamneses também apresentam dados extraídos do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatra (DSM), mas segundo uma das psiquiatras da Clínica, o DSM teria mais utilidade como instrumento de estudo do que propriamente como um guia para classificação diagnóstica. Assim, o DSM seria utilizado para produzir propriamente um entendimento do diagnóstico dos pacientes, mas o código em si seria extraído do CID. Pelo menos em princípio, portanto, este processo permitiria construir uma narrativa mínima sobre a vida do sujeito que é atendido por um médico em um encontro clínico. Ela é um instrumento associado com a prática de vários profissionais da saúde e, no caso da Clínica-dia, descrevem de maneira sucinta alguns dos vários elementos que estão associados com a(s) doença(s) de cada paciente.

“Faz um ano que está tentando tratar de depressão e não melhora. Tem um trauma com o [sic] urina – já ficou sem conseguir urinar. No trabalho sofreu assédio sexual e depois ficou com um fungo nos ouvidos que depois se espalhou no corpo todo. Eu não consigo ficar parada – fico com medo de não fazer xixi. As vezes sente que o coração sangra, como se tivessem enfiado uma faca. Quando vai em velórios os mortos costumam lhe pedir ajuda.

Faz uso de: Alprazolam 0,25mg 0-0-1 + Quetiapina 25mg 0-0-1 + Rivotril 0,5mg 0-0-1 + Sertralina 50mg 1-0-0 + Lamitor 50mg 0-0-1 + Haldol GTS 5-0-5

Faz psicoterapia 1x por semana.

⁴² Em sua edição mais recente, CID-10, este instrumento passou a ser chamado de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde.

EEM – colaborativa, orientada, humor depressivo, pensamento ansioso, repetitiva, cognitivo, crítica e insight preservados.

F31.1 + F41.3

Admitida na Clínica-dia e mantido a medicação em uso.”

(Anamnese psiquiátrica do prontuário de Laura. Diário de Campo.)

Na anamnese acima é possível distinguir claramente os momentos que referi anteriormente. O sujeito atendido está tentando fazer tratamento há um ano e não apresenta melhora. Em sua trajetória, eventos de assédio no trabalho, fungo nos ouvidos, medo de não fazer xixi parecem ser evocados como modos de amarrar um sentido pernicioso que o assédio acarretou e que desembocou em outras formas de adoecimento. Completando o histórico, o psiquiatra relata que a paciente sente o coração sangrar e que os mortos as vezes tentam falar com ela. Na sequência, respectivamente, as informações passam para o que costumeiramente era chamado de um “exame mental” (EEM) do paciente e para a descrição de medicações e dos códigos diagnósticos.

O exame mental é um momento que vai se repetir em várias anamneses que observei e, de maneira geral, parece um tipo de exame ou de observação típica da prática psiquiátrica em sua atuação dentro da Clínica. Em conversas entre os profissionais, comentários rápidos na sala da equipe, palavras como “colaborativa”, “orientada”, e outras, envolvendo o “humor”, ou o “afeto” dos sujeitos atendidos, seriam sempre trazidas como uma forma de caracterizar os pacientes, e elas aparecerão de modo central nas anamneses que observei, também como formas de descrever o *estado* do/a paciente no momento da entrevista Clínica.

Monteiro (2012) descreve que no aprendizado da psiquiatria o “exame do estado mental”, seguido da avaliação de sintomas são elementos tomados como cruciais para um processo diagnóstico.

Ela afirma que o exame é um procedimento

em que se observam características gerais do paciente, se ele aparenta “sobriedade”, se há congruência entre o que fala e o modo que fala, se tem tiques involuntários, se aparenta ansiedade, etc. Em suma, é realizada uma avaliação inicial sobre o modo que o paciente se apresenta. Nesse momento inicial também é realizado um levantamento da história do paciente em relação aos sintomas, no qual o médico/psiquiatra procura avaliar aspectos que pareçam mais centrais e emergentes dentre as queixas do paciente. (MONTEIRO, 2012, p. 100).

Ainda que possamos abstrair nas anamneses, momentos em que um histórico do paciente é um elemento do texto, também ficará evidente que a descrição de sintomas – em muitos casos – equivale ao próprio histórico em si. Ou seja, sintomas e história pessoal, são em alguma medida dotados de intercambialidade no contexto das anamneses, sobretudo por que elementos da vida de um sujeito podem – ainda que talvez extemporâneos – serem trazidos como traços da doença. Existe não só uma alternância entre as posições ocupadas por estes aspectos do diagnóstico, como também eles indicam distintas possibilidades de combinação de aspectos da vida de uma pessoa com os sintomas e doenças apresentados, o que impactará de modo determinante na definição de diagnósticos.

No caso do paciente abaixo, por exemplo, eventos anteriores relacionados ao comportamento e a questões mais cotidianas, tais como como quebrar vidros, morder-se, rir, aparecem como traços do histórico do paciente que ocupam a parte inicial da anamnese:

“xx anos, solteiro, sem filhos, mãe acompanhou consulta, contam que pcte teve crise há 1 ano, quebrou crise, quebrou objetos se mordendo, risos imotivados

PCTE⁴³ egresso do hospital, 2º internamento, crise após briga com namorada, DX⁴⁴ prévio F25

Pcte em uso de Lítio 600 mg, Citalopran 20Mg, QTP 100 mg,

HX⁴⁵ familiar: desconhece

Nega uso de SPA⁴⁶

Nega alergia medicação

Nega comorbidades⁴⁷

Intolerância Haldol???

Eutímico⁴⁸, afeto aplanado⁴⁹, colaborativo, sem alt⁵⁰ de sensopercepção

CD⁵¹ > mantenho prescrição”.

(Anamnese psiquiátrica do prontuário de Apolo. Diário de Campo.)

No prontuário deste paciente só existe a menção a um diagnóstico anterior, de transtorno esquizoafetivo, “F25”. Diferente da anamnese que havia apresentado anteriormente a organização do texto, de modo geral, parece mais simplificada. Como acontece com muitas outras anamneses, existe uma tendência à abreviação de várias palavras em algumas anamneses e também fica evidente uma escrita mais rápida e as vezes gramaticalmente imprecisa e

⁴³ Paciente.

⁴⁴ Diagnóstico.

⁴⁵ Histórico.

⁴⁶ Substâncias psicoativas.

⁴⁷ Presença de duas ou mais doenças simultaneamente, onde existe a possibilidade de uma relação entre as doenças.

⁴⁸ Linguajar comum em alguns dos prontuários que observei, indicado um estado de humor do paciente. Neste caso, eutímico, indica tranquilidade, estado normal de ânimo, sem indicação de ansiedade ou de humor deprimido. O sufixo aparece recorrentemente na medicina, em termos como ciclotimia, distímia, lipotímia entre outros.

⁴⁹ Relacionado a expansão ou não do humor. O afeto aplanado seria uma pessoa com restrições na demonstração do humor.

⁵⁰ Alteração.

⁵¹ Conduta.

com uso de vocabulários as vezes incomum. Na anamnese de Apolo, também diferente da anterior, o uso destas expressões diversas e o encontro de todas elas em um único texto retratam um caráter excepcional e incomum em sua totalidade, comparado com os demais, indicando mais uma lista do que propriamente um texto.

Podemos também comparar a anamnese deste paciente com o trecho do prontuário que apresentei na abertura desta sessão, que conta um pouco da história de Maria, uma paciente que acompanharei em outros momentos da tese. Ela já havia sido internada em outros momentos e, quando da abertura do prontuário junto a Clínica, sua anamnese parece apontar para a ideia de um tratamento em continuidade e não demarca muitas dúvidas sobre o “quadro” psiquiátrico da paciente. Ela já havia estado internada e seu diagnóstico é anunciado, como vimos, logo ao início da anamnese – transtorno esquizoafetivo – sendo que o CID – F25.0 – aparece somente ao final. A rapidez do texto, evidenciada pela escrita algo desconexa, não deixa de chamar atenção para a demarcação de um diagnóstico, de um conjunto de sintomas relacionados à hipótese diagnóstica e, por fim, também da definição da medicação.

Ao passo que na anamnese de Maria a situação de sua entrada na Clínica pode ser remetida a um internamento recente e, supostamente, não houvesse razão para explorar em torno do histórico da paciente; na anamnese de Apolo, logo acima, por outro lado, e a partir de seu “exame do estado mental”, muitas informações, sobre as quais sequer podemos ter ideia na anamneses de Maria, estão presentes, começando pela própria idade do paciente. Ficamos sabendo pela anamnese de Apolo, aspectos sobre seu “afeto”, aspectos de sua vida pessoal relativos à briga com namorada, internamentos passados, possibilidades – indicadas pelo uso das interrogações – de alergias, idade do paciente, entre tantos outros aspectos. Vamos saber a partir da anamnese de Apolo, que apesar de uma especialização terminológica, nem todos os textos conferem uma tônica na ideia de hipótese diagnóstica e nem sempre existe um momento específico para descrever um código diagnóstico.

Podemos olhar para este encontro de palavras e de expressões nas anamneses como resultantes do próprio “local” de onde emerge

este gênero textual, isto é, mediado pelas próprias particularidades e funcionamento da psiquiatria dentro da biomedicina. Um aspecto importante dos prontuários está relacionado, neste sentido, com o próprio saber psiquiátrico e com as restrições que os manuais diagnósticos e o próprio universo profissional interpõem à prática psiquiátrica e diagnóstica. Ainda que nesta última anamnese não observemos a centralidade do código diagnóstico, uma vez que a psiquiatra resume este campo a informar que houve um diagnóstico anterior de F25⁵², o conteúdo do texto aponta para uma relação mais ampla com os manuais diagnósticos. O que deve ser observado, portanto, é o que pendor classificatório das anamneses não está somente na categoria de doença propriamente mas também nos elementos que compõe os critérios diagnósticos, um traço muito importante do processo de classificação como um todo.

No CID 10, por exemplo, o código F25 caracteriza o campo mais geral dos transtornos esquizoafetivos, que em seguida se dividem em F25.0, F25.1, em diante, em que o mesmo transtorno pode ser de vários tipos (maníaco, depressivo, misto, entre outros). Se lê no manual que estes transtornos são “episódicos”, portanto diferente de transtornos puramente esquizofrênicos ou depressivos, onde existe permanência dos sintomas em um dos quadros. Além disto, no transtorno esquizoafetivo, “tanto os sintomas afetivos quanto os esquizofrênicos são proeminentes” e não se justifica um “diagnóstico quer de esquizofrenia quer de episódio depressivo ou maníaco” em si mesmos (OMS, 2006).⁵³

Já no DSM-V (APA, 2014), por outro lado, existe um investimento maior em torno da classificação propriamente: duração dos sintomas, diagnósticos diferenciais, critérios a serem observados para chegar a um diagnóstico, entre outros. Comparando transtornos de natureza psicótica dentro do que o

⁵² Pela minha convivência com a Clínica é possível afirmar que o manual preferencial para as classificações seja o CID-10, pelos motivos que explicitarei acima. No entanto, a ausência do nome da doença relativo ao código utilizado pode eventualmente gerar dúvidas para os leitores. Diferentes manuais apresentam diferenças em seus códigos.

⁵³ Esta e outras citações do CID-10 está disponível no Datasus, <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Consulta em 20/02/2019.

manual chama de “espectro da esquizofrenia”, no DSM-V, lê-se que:

A esquizofrenia dura pelo menos seis meses, incluindo ao menos um mês de sintomas da fase ativa. No transtorno esquizoafetivo, um episódio de humor e sintomas da fase ativa da esquizofrenia ocorrem concomitantemente, tendo sido antecedidos ou seguidos de pelo menos duas semanas de delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes de humor (APA, 2014, p. 89).

Ainda nesta edição do DSM, mais adiante, na sessão específica do transtorno esquizoafetivo, vamos encontrar os chamados critérios diagnósticos, os quais não só diretamente relacionam tópicos a serem preenchidos pela manifestação da doença do paciente, como também outras condições e especificações sobre como o próprio critério pode se sobrepor a outros de outras doenças:

A. Um período ininterrupto de doença durante o qual há um episódio depressivo maior ou maníaco concomitante com o Critério A da esquizofrenia. Nota: O episódio depressivo maior deve incluir o Critério A1: humor deprimido.

B. Delírios ou alucinações por duas semanas ou mais na ausência de episódio depressivo maior ou maníaco durante a duração da doença ao longo da vida.

C. Os sintomas que satisfazem os critérios para um episódio de humor estão presentes na maior parte da duração total das fases ativa e residual da doença.

D. A perturbação não pode ser atribuída aos efeitos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição

médica. Determinar o subtipo: 295.70 (F25.0) Tipo bipolar: Esse subtipo aplica-se se um episódio maníaco fizer parte da apresentação. Podem também ocorrer episódios depressivos maiores. 295.70 (F25.1) Tipo depressivo: Esse subtipo aplica-se se somente episódios depressivos maiores fizerem parte da apresentação. (APA, 2014, p. 105-106).

As especificações que se seguem a estes critérios no manual são ainda muito superiores em quantidade aos próprios critérios diagnósticos em si. O profissional deve estar atento, por exemplo, a presença ou não de catatonia⁵⁴ (e se ela está associada ou não a transtornos mentais ou outros eventos); se a duração da primeira crise do paciente foi suficiente para classificar um tipo depressivo ou maníaco ou psicótico; se houve remissão entre os eventos de crise; quantas crises o sujeito apresentou em dado período e de que natureza, entre muitos outros critérios. Em outras palavras, nos manuais – embora mais no DSM do que no CID-10, os quais citei aqui – existe um investimento extensivo de classificação e detalhamento de doenças, que resulta não na adoção de um processo hermenêutico por parte dos profissionais médicos, mas sim de verificação de critérios, hipóteses, classificações.

Vemos, por exemplo, que a maioria dos elementos elencados nos dois casos em que o diagnóstico está dentro do espectro da esquizofrenia (F25.0) cumprem o que os critérios diagnósticos relacionam para a doença de transtorno esquizoafetivo, tais como a reiteração de eventos de crise no passado e o tipo de eventos (briga, quebrar coisas) em que esteve envolvido, e também a ausência de uso de substâncias psicoativas. Desta forma, ainda que categorias específicas estejam ausentes de muitas anamneses, como na que está logo acima, existe uma ressonância entre este processo classificatório que demonstrei a partir dos manuais, e a descrição realizada por alguns psiquiatras.

As anamneses, assim, são um universo que apresenta, conforme aponta Beato Filho (1994), um exercício essencialmente

⁵⁴ Desajuste no sistema motor que impede a pessoa de mover-se normalmente.

interpretativo e onde pacientes e psiquiatras exercem uma reflexividade sobre a relação entre sintomas e diagnósticos. Como apontei anteriormente, não somente psiquiatras estão envolvidos com o processo de diagnosticar mas, também, muitos pacientes esperam um diagnóstico de seus encontros. Assim, este exame de estado mental – que a rigor é um exercício de observação e abstração médica sobre comportamentos – permite que os profissionais produzam um conjunto de hipóteses possíveis para o quadro de sintomas apresentado. Permite, também, para os pacientes, embora fique evidente que nem todas as consultas permitam este tipo de interação, verem na consulta uma oportunidade para contarem sobre seu adoecimento, o que também resulta na própria interação no encontro Clínico. Para os psiquiatras, ainda segundo Beato Filho (idem), um dos momentos mais importantes de uma anamnese deveria ser precisamente saber onde parar este processo interpretativo, ou evitar a “interpretação da interpretação”, que poderia jogar o sujeito numa regressão infinita em sua vida na busca de razões para o adoecimento (p. 41).

Outro traço importante das anamneses que observei, assim, está relacionada com o lugar destinado à fala ou a voz dos pacientes. As muitas complexidades da vida dos sujeitos raramente aparecem descritas nas anamneses psiquiátricas e se soma a isto uma tendência a empregar expressões como “relata”, “conta que”, “segundo o paciente”, como maneiras de vincular de maneira inequívoca as impressões e comentários tecidos no prontuário com o conteúdo explicitado pelos pacientes. Ainda que a própria natureza do encontro entre médicos e pacientes possa, em teoria, nos autorizar a sugerir que ambos contribuem para a emergência do que está escrito nas anamneses, na maioria do tempo é somente a voz do psiquiatra que se encontra reproduzida. Mesmo que legalmente o prontuário, de maneira geral, seja um instrumento do qual os pacientes são os legítimos “proprietários”, seu conteúdo, incluindo as anamneses, não parece feito para ser lido por eles.

“Conta que tem esquizofrenia paranóide de longa data. Dorme bem a noite, apetite exagerado, passa o dia na cama, **afeto embotado**, delírios persecutórios. **Nega**

alucinações, ideação suicida. Encaminhado pelo seu médico para internamento.

CID.10: F20.0

Carbolitium CR 450 mg 1M

Haldol 5mg 1N

Akinaton 2mg 1N

Rivotril 2mg 1N”.

(Anamnese psiquiátrica do prontuário de Renato. Diário de Campo.)

Não deixa de ser interessante notar que o uso destas expressões de referenciamento ou de uma autoria externa da narrativa, assim como na escrita etnográfica (CLIFFORD, 1991), busca deprender uma autoridade a partir da evidenciação de que o outro – o paciente, neste caso – de fato, possui aquilo que está sendo relatado e que ele disse coisas que poderiam corroborar o texto médico. As anamneses, assim, não escapam de um uso reducionista das palavras dos pacientes a fim de transformar aquela matéria vivida em texto e em autoridade dentro do contexto do prontuário e, diretamente, no contexto da Clínica-dia.

Os aspectos que aparecem na anamnese acima e que parecem ser estratégicos para a transformação da “matéria” da vida dos pacientes em texto/documento, ou na “realidade da doença” estão focadas, portanto, em evidenciar sintomas existentes (*delírios persecutórios*), descartar sintomas que poderiam representar outras complexidades para o tratamento (*ideação suicida* ou *alucinações*), objetificar um “estado geral” do paciente (*afeto embotado, passa o dia na cama*). A definição de uma medicação, como uma etapa da anamnese, também contribui para evidenciar, de certa forma, um regime de verdade sobre os sintomas e histórias relatadas pelo psiquiatra.

Conversando com Renato, por exemplo, ao longo da pesquisa, soube que familiares seus eram responsáveis pela administração de seu dinheiro e do salário mensal dado que havia sido interditado legalmente. O paciente na verdade residia com uma cuidadora e a família da mesma, num arranjo bastante diferente do comum, onde basicamente sua cuidadora recebia para ter o paciente como seu próprio familiar. Este quadro era, como era

de se esperar, acompanhado por muitos relatos – da equipe, da cuidadora e do próprio paciente – de que alguns dos familiares tratavam Renato muito mal, não tinham interesse de se responsabilizar por ele, e mesmo não aceitariam tê-lo em sua presença, entre outras questões.

Estes traços mais vivenciais e a própria experiência do sujeito com sua doença passam ao largo da anamnese feita pelo profissional, não tanto por que se trate de um profissional ruim mas, como vimos, por que o espaço da anamnese em alguma medida produz uma leitura culturalmente informada (isto é, dentro de um modelo específico) da realidade do paciente e, mesmo, de sua experiência. Quando os pacientes são tomados apenas em termos de suas categorias diagnósticas ou de suas descrições nas anamneses – o que veremos, nem sempre é o caso na Clínica-dia – fica evidente que uma categoria não somente “classifica” mas ela anima todo um conjunto de impressões e também pressupostos sobre o que reside por traz dela. Apesar de limitar, por um lado, a complexidade da experiência dos pacientes, a categorização também é capaz de criar e fazer circular imagens sobre eles. Neste sentido, falar sobre esquizofrenia paranoide, afeto embotado, apetite exagerado, entre outros elementos trazidos pelo profissional na anamnese, também implicam em um retrato, ou uma imagem possível, dos sujeitos atendidos. O que está em questão, neste sentido, não parece ser tanto a categoria, mas os jogos de poder e da interação social que tornam a descrição psiquiátrica, com as particularidades que lhe são características, *mais verdadeira* ou autorizada a caracterizar a doença mental.

Nem todas as anamneses que observei, portanto, apresentam a mesma estrutura ou, sequer, a mesma maneira de textualizar sintomas, histórias de vida e medicações, mas é possível distinguir nelas um modelo específico, centrado na descrição de sintomas e também algumas particularidades textuais que fazem emergir a autoridade do psiquiatra na definição da doença. Ao mesmo tempo, é importante seguir a dica de Beato Filho (*idem*) e pensar também como cada profissional rompe o ciclo interpretativo ou, ainda, que tipo de informações são consideradas suficientes para produzir uma anamnese.

Compreendi, ao longo da pesquisa de campo que, apesar

destas constantes, relacionadas aos manuais psiquiátricos e a prevalência de uma lógica classificatória na construção das anamneses, existem muitos tipos de psiquiatras: aqueles que fazem consultas muito “rápidas e rasteiras”⁵⁵, sem ouvir aos pacientes; psiquiatras atenciosos, que escutam, que tentam compreender a vida da pessoa para além do transtorno e; também, psiquiatras com um foco na espiritualidade, nas experiências que os pacientes têm a narrar. Estas não são, evidentemente, categorias estanques e, na realidade, a maioria dos profissionais da psiquiatria, dentro ou fora da Clínica, mencionados por meus interlocutores, parecem sumariamente divididos entre “bons” e atenciosos, e os “maus”, não atenciosos.

Ainda outra dinâmica pode ser, portanto, abstraída do fato de que existem anamneses bastante descritivas, e que fazem recurso a fala e a história dos pacientes, e outras que são essencialmente breves e focadas nos sintomas e diagnósticos. Aparentemente elas também reproduzem esta clivagem observada por meus interlocutores. Nas anamneses de profissionais mais relacionados ao campo da espiritualidade se observa um uso talvez mais complexo e pormenorizado das palavras dos pacientes, que incluem citações diretas de fala dos sujeitos e um esforço em trazer elementos da história pregressa das pessoas, sobretudo questões relacionadas a espiritualidade.

“Vem só. Relata que sofreu um acidente e viu a esposa, sogro, sogra e enteado morrerem queimados. Fazem 8 anos. Depois disso começou a beber e ficou desgostoso da vida. Vinha bebendo bastante, quase todos os dias – está em abstinência há 30 dias. Eu sonho com eles pedindo ajuda – todos eles ficaram no meio das ferragens.

⁵⁵ Durante a pesquisa de campo uma das pacientes ofereceu ao psiquiatra mandar uma foto dela mesma em seu lugar. Segundo ela, durante a consulta, o médico sequer a olhava ou buscava saber o que havia se passado. Para esta paciente, a consulta psiquiátrica não avalia o andamento do tratamento mas, sim exclusivamente, atualiza receitas médicas.

Sou muito família.

Esteve internado no Hospital xxxxx por 30 dias (alta em xx/xx/xxxx) e foi encaminhado para continuidade do tratamento em Clínica-dia.

EEM⁵⁶ – colaborativo, orientado, humor depressivo, dependência de bebida alcoólica – em abstinência há 30 dias.

F33-2 + F10.2

Conduta: admitido na Clínica-dia e mantido a medicação em uso.

LÍTIO 300mg 1-0-1

VENLAFAXINA 150mg 1-0-0

QUETIAPINA 25mg 0-0-2

DIAZEPAN 10mg 0-0-1”.

(Anamnese psiquiátrica do prontuário de Jonas. Diário de Campo.)

Esta diferença nos modos de escrever as anamneses não implicam necessariamente que não sejam, os profissionais, mediados pela mesma busca da objetividade ou da evidenciação da factualidade dos sintomas e diagnósticos. Quer para uma intervenção mediada por temas espirituais ou por temas exclusivamente biomédicos, ou ambos, os profissionais que falam nestas anamneses falam a partir de um lugar da hipótese diagnóstica e pinçam das histórias que ouvem, elementos que corroborem sua intervenção. No entanto, observo que uma maior complexidade de algumas anamneses também serve ao próprio desenho do processo terapêutico dentro da Clínica-dia, onde se valoriza de modo importante a existência de momentos na história onde as pessoas tenham tido algum tipo de aprendizado ou descoberta. Da mesma forma, a presença de certas informações, como as experiências espirituais, visões, também são reforçadas

⁵⁶ Exame de estado mental.

nestas anamneses pois também serão recapturadas na vida cotidiana da Clínica-dia, por meio das práticas de outros profissionais.

Uma breve digressão a partir da discussão de Beato Filho (1994) pode nos ajudar a pensar esta situação. Em uma pesquisa com médicos plantonistas, o autor aponta que na escrita de suas anamneses não existia uma necessidade de justificativa ou de referência a realidades e objetos fora da anamnese ou aos contextos que fizeram emergir as expressões que eram por eles utilizadas (p. 43). Isto é, a indexicalidade – referenciamento a outros objetos no contexto do qual o signo faz parte – era constantemente preterida pelos profissionais. O não fornecimento do contexto, ou de elementos indexicais, indicava, por um lado, afirma Beato Filho (1994), que o conteúdo das anamneses poderia ser presumido por outros atores dentro do contexto institucional, especialmente médicos, que teriam condições de compreender as razões pelas quais determinadas categorias teriam emergido em detrimento de apresentar ou não seu contexto. Em segundo lugar a ausência do contexto também evocaria a própria força do *relato médico* em sua suposta capacidade de apresentar os fatos e a verdade sobre a doença (Idem, pp. 42).

A pesquisa de Beato Filho (1994) também nos indica que, apesar disto, existe uma dependência intrínseca entre as anamneses e seu contexto e os agentes envolvidos em sua produção e compreensão dentro do sistema social mais amplo. No caso que o autor apresenta, os entendimentos que outros psiquiatras e profissionais teriam do texto da anamnese não dependeriam necessariamente de seu conteúdo, mas da própria circulação de conhecimentos particulares aqueles profissionais, que permitiriam a eles presumir e tomar como dadas as categorias utilizadas na anamnese, ainda que elas não estivessem integralmente presentes.

No caso da Clínica-dia a dinâmica envolvendo as anamneses não é a mesma que a apresentada por Beato Filho (1994) mas a situação descrita por ele nos aponta para duas questões importantes para pensar o contexto da Clínica. Em primeiro lugar, o fato de que muitas anamneses apresentam-se desindexicalizadas aponta, novamente, para como as anamneses são investidas – dentro da própria conjuntura da biomedicina e da psiquiatria – de uma

capacidade de “verdade”, literalidade, factualidade sobre a doença. Em segundo lugar, o fato de que nem todas as anamneses têm o mesmo tipo de detalhamento e, não obstante, produzem as mesmas categorias ainda que sem correlações com manuais diagnósticos em alguns casos, pode ser pensado pela própria circulação de uma compreensão sobre doenças que é intrínseca ao fazer psiquiátrico e que nem sempre é traduzido nos prontuários.

Podemos levantar, neste ponto, uma questão importante sobre a comunidade para quem se destinam as anamneses feitas pelos médicos psiquiatras e sobre as dinâmicas do diagnóstico e da vida cotidiana do tratamento dentro da Clínica-dia. Essencialmente diversos em termos de suas formações os profissionais psiquiatras da Clínica-dia quase raramente se encontravam e, da mesma forma, raramente também liam ou se envolviam no tratamento de pacientes de outros profissionais. Raramente, veremos, os psiquiatras participavam das reuniões de equipe ou de outros encontros entre profissionais, onde casos psiquiátricos eram discutidos. Em alguma medida, portanto, a versão psiquiátrica, da anamnese, permanece algo isolada dentro da vida cotidiana da Clínica-dia. A própria estrutura de tratamento da Clínica faz com que cada psiquiatra tenha seus próprios pacientes e que nenhum outro médico se envolva, pelo menos não necessariamente, com os tratamentos. Isto significa que, pelo menos em principio, cada psiquiatra da unidade é sua própria e intrasferível comunidade, dado que ele próprio será o sujeito que passará o seu conteúdo sob análise. Neste sentido a dinâmica e o papel das anamneses dentro da comunidade mais ampla da Clínica deve ser buscado também em outros lugares.

Por um lado, portanto, a prática psiquiátrica na Clínica-dia é determinada por um variado conjunto de normas e valores profissionais, que envolvem, entre outros, o papel dos códigos de associações profissionais e os manuais diagnósticos (KLEINMAN, 1991, p. 92). Ao mesmo tempo, ao invés de se tratar de um universo coeso em sua maneira de representar o adoecimento nas anamneses, os psiquiatras individualmente parecem constituir sua própria comunidade de avaliação e de controle sobre o conteúdo das anamneses e, igualmente, parecem existir importantes variações nas maneiras com que os profissionais constroem suas

anamneses. Isto significa que ainda que a prática psiquiátrica exerça um poder de definição dos diagnósticos, a anamnese em si não parece reforçada internamente pelas práticas de outros profissionais, o que nos sugere que existam outras realidades dentro do cotidiano da unidade que capturam estes diagnósticos e que o uso que é feito das anamneses não passa necessariamente pelo reforço da comunidade profissional ou pela necessidade de produzir um modelo único de anamnese.

A ausência de uma rede profissional, no modelo de Beato Filho (1994), que fosse capaz de gerar uma (retro)avaliação de prontuários por outros pares e, mais ou menos, moldar um modelo de anamnese constante, não é responsável inteiramente pelas disparidades existentes nas anamneses. Pelo contrário, a rede de atores, profissionais, pacientes, voluntários da Clínica-dia, com suas múltiplas formas de captar o adoecimento e de fazer circular interpretações sobre doença mental, nos mostram um papel diferente para as anamneses.

4.2. ENUNCIADOS E NARRATIVA

Na continuidade da escrita do prontuário, após a escrita da anamnese, outros profissionais da Clínica-dia se envolvem com a escrita sobre a vida do paciente em seu tratamento. Opto aqui por considerar estas inserções de outros sujeitos como “enunciados” por que, no sentido empregado por Batktin (1997), eles não surgem como unidades isoladas dentro da produção de informações sobre pacientes, mas emergem de interações sociais e também estão em uma situação dialógica entre si. Mais do que isto, no entanto, considero que estes enunciados produzem um discurso específico sobre as pessoas e constroem uma narrativa institucional sobre o que é (ou deve ser) a jornada do paciente em seu tratamento.

O processo de construção de um prontuário está relacionado com o que é conhecido, na Clínica-dia, como “evolução”. Este é um processo realizado por alguns dos profissionais da Clínica-dia, das áreas de psicologia, terapia ocupacional, educação física e enfermagem e está relacionada com uma dinâmica cotidiana na qual os profissionais se organizam para realizar o preenchimento do prontuário.

Na Sala de Equipe, um espaço diminuto da Clínica-dia, é onde encontram-se cotidianamente os profissionais da unidade – para momentos de descanso, intervalos entre atividades e, principalmente, para “fazer evolução”, como costumeiramente se diz. Outras salas possuem também computadores com acesso ao sistema de prontuários, os *consultórios*, mas como na maioria do tempo estão ocupados por profissionais da medicina, o computador da sala de equipe é disputado pelos profissionais que precisam abastecer o prontuário e também, a todo instante, consultar o sistema, observar detalhes sobre pacientes, acessar a internet, entre outros afazeres. Também nesta sala encontra-se uma estante metálica, que ocupa a quase totalidade de uma das paredes da sala, contendo várias caixas-arquivo onde são guardados os prontuários ativos na Clínica-dia. Em outra das paredes da sala, em uma folha de sulfite afixada na parede os dizeres: “Evolução dos prontuários” e, logo abaixo dela, uma tabela com os dias nos quais cada especialidade deve trabalhar no prontuário e, ainda, uma espécie de organizador de correspondências suspenso na parede onde os prontuários que ainda não foram evoluídos aguardam para serem pegos pelos profissionais.

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Serviço Social	Educação Física	Enfermagem	Terapia Ocupacional	Psicologia

A tabela serve como um guia para que os profissionais das especialidades especificadas façam a evolução naqueles respectivos dias. Cotidianamente, no entanto, nem sempre os profissionais conseguem trabalhar nos prontuários nos dias especificados e, na prática, é possível encontrar a quase todo momento alguém fazendo evoluções dos pacientes – seja porque o profissional está atrasado com evoluções passadas, seja por que não quer perder informações de ocorrências específicas.

A psiquiatria não tem um dia específico onde precisa obrigatoriamente preencher os prontuários. A consulta psiquiátrica depois da admissão do paciente somente acontece, se agendado com o enfermeiro previamente, uma vez por semana, e atendendo a solicitação de cada paciente para troca de receitas ou por solicitação do/a médico/a para acompanhamento do tratamento. Em alguns casos, o psiquiatra vê o paciente mais vezes durante o início do tratamento, ainda que sejam em encontros rápidos. De toda forma, somente no dia de seus atendimentos o psiquiatra informará algo em seu prontuário. Nos demais dias os vários profissionais é que alimentam o sistema eletrônico de prontuários. “Fazer evolução” é, literalmente, neste sentido, tomar um momento do dia para abastecer o sistema com informações sobre ocorrências, andamento do tratamento referentes a cada paciente e, como veremos, principalmente para registrar a presença ou ausência dos pacientes.

“Paciente presente na Clínica-dia. **Calmo, limitado**, adaptando-se ao tratamento”

“Paciente presente na Clínica-dia. **Calmo, isolado, evolução estável**”.

“Paciente presente na Clínica-dia. **Calmo, isolado, contato empobrecido, evolução lenta**”.

“Paciente presente na Clínica-dia. **Calmo, adequado**, limitado, **sem queixas**”.

“Paciente presente na Clínica-dia. **Calma**, sentindo-se melhor, **nega alucinações**”

“Paciente presente na Clínica-dia. **Calma, adequada, sem queixas**”.

“Paciente presente na Clínica-dia. **Calma, adequada, sem queixas**”.

“Paciente presente na Clínica-dia. **Calma, adequada, menos queixosa**”.

“Paciente presente na Clínica-dia. **Calma, mantendo evolução**”.

A anotação da presença ou ausência dos pacientes é um aspecto crucial dos prontuários da Clínica-dia. Como apontei anteriormente, existe uma relação entre alguns aspectos burocráticos – como assinar a lista de presença e utilizar crachás – e o próprio processo de tratamento. Alguns argumentos terapêuticos também são erigidos em torno desta necessidade dos pacientes em assinarem a lista de presença, dentre os quais as ideias de responsabilidade, autonomia, participação, adesão ao tratamento, todas ideias que circulam ao redor de princípios terapêuticos que deveriam ser observados pelos sujeitos atendidos. Do ponto de vista do prontuário, isto reforça a ideia de que a presença implica em interesse no tratamento, e uma sequência de presenças na Clínica será vista como positiva para os pacientes. Do ponto de vista da instituição, dado que o prontuário é propriamente um documento (inclusive para efeitos legais) do processo de tratamento, o registro destas presenças ainda serve, também, para o faturamento mensal da instituição.

Mensalmente, o profissional responsável pela administração da Clínica-dia, revisa um a um todos os prontuários ativos e grifa em amarelo a expressão PRESENTE nos prontuários. Posteriormente, eles são enviados para a administração geral da instituição, que procede com uma revisão destas informações e com a cobrança dos dias que cada plano de saúde deve ao hospital. Embora não seja raro que algum/a profissional esqueça de informar este dado em suas evoluções, a expressão “Paciente presente na CD” e/ou “Paciente ausente na CD” são extremamente comuns e, dado este contexto, praticamente obrigatórias.

Uma vez que o número de pessoas atendidas na Clínica é muito alto, quase sempre a evolução demora um longo tempo e não são raras as vezes em que se podia distinguir no prontuário enunciados repetidos ou incompletos, seguindo a própria dinâmica cotidiana que coloca os profissionais em constante movimento.

Além disto, também é bastante comum que os profissionais sejam convocados para atividades subitamente, que tenham que atender pacientes, o que torna o processo de evolução bastante fragmentário, demorado, interrompido. Soube que para agilizar o processo muitos profissionais acabavam copiando e colando frases mais genéricas – tais como o *calmo/a*, *adequado/a*, *sem queixas* – para os pacientes que eram lembrados como estando em fases melhores do tratamento. As evoluções, neste sentido, não são feitas necessariamente para particularizar ou explorar individualmente o tratamento de cada paciente, mas quase como uma obrigação diária de construir um documento sobre o paciente.

De toda forma, depois das anamneses, os prontuários são preenchidos por um grande número destes enunciados e, dada a dinâmica da evolução, logo após a consulta, a trajetória do paciente já começa imediatamente a ser construída através dos enunciados. Diferente das anamneses, no entanto, por mais que possamos distinguir traços comuns, os enunciados dos demais profissionais parecem mais atentos para questões de comportamento do que propriamente em tecer considerações sobre sintomas, a partir de comentários como ser “calma/o”, “adequada/o”, “sem queixas”, como vimos acima.

Um dos traços importantes destes enunciados é o de que eles imediatamente nos indicam um tensionamento da categoria da evolução. Uma pessoa atendida na Clínica-dia é *evoluída* pelos profissionais, como vimos, no sentido de que se escreve sobre ela nos prontuários. Um paciente pode também, no entanto, “evoluir” em termos do seu comportamento pessoal ou em termos do “quadro” específico de sua doença (depressivo, ansioso, deprimido, etc.), indicando uma melhora ou indicando ainda a mudança de uma etapa para outra do tratamento (participação, conscientização, integração). A evolução também pode indicar um desdobramento ou desenvolvimento de um destes quadros para outros diagnósticos. Em geral o que se lê nos prontuários, como segue abaixo, são enunciados curtos, retomando quase sempre traços que indiquem melhora, estabilidade e, como aparece em alguns destes enunciados, também a própria noção da evolução do paciente. O resultado é que o prontuário tece, nestes processos de escrita, uma

narrativa sobre o processo de tratamento, que conta a vida dos pacientes desde a perspectiva do prontuário.

Isto vai ficar evidente na continuação do prontuário de Maria, cuja anamnese psiquiátrica apresentei na abertura da sessão anterior:

(17/02/2017 – Psiquiatria): “Paciente presente na Clínica-dia. Calma, adequada, mantém alucinações, adaptando-se ao tratamento”.

(21/02/2017 – Psiquiatria): “Calma, isolada, adaptando-se ao tratamento”.

(22/02/2017 – Psicologia): “Paciente presente na Clínica-dia. Realizo entrevista inicial. Maria, 40 anos, casada, 3 filhas, católica, Ensino Médio, Vendedora. Mora com o marido e as filhas em xxxx. Egressa do internamento integral, estava fazendo CD⁵⁷ anteriormente. Durante internamento integral foi transferida para o Hospital Clínico, devido trombose pulmonar, ficou na UTI. “durante a crise eu estava muito agressiva com as outras pessoas, no hospital me sedaram, tenho uma vaga lembrança do que aconteceu” (sic). No momento queixa-se de falta de memória, “fico procurando minha memória e ela me falta e isso me deixa com raiva” (sic). Alucinações auditivas (zumbidos, vozes, gargalhadas de deboche[ver história pessoal]). Com dificuldades de se organizar, confusa. Ideação suicida (???), receio de cuidar das filhas. Irá marcar consulta com pneumologista. Em fase de acolhimento”.

(23/02/2017 – Terapia Ocupacional): “Paciente participa das atividades com interesse”.

⁵⁷ Clínica-dia.

(03/03/2017 – Psicologia): “Realizo atendimento individual. Paciente relata impulsividade, brigou com a filha adolescente, chegou a agredi-la com um tapa no rosto, alucinações auditivas (“escuto vozes”), relata lapsos de memória, isolamento social, choro imotivado, preocupada com o que pode vir a fazer fator que gera muita angústia. Refere humor deprimido, isolamento social. Irá passar por avaliação com o Psiquiatra nesta data”.

(03/03/2017 – Psiquiatria): “Paciente quando fica ansiosa, torna-se agitada, as alucinações aumentam, torna-se agressiva”.

(10/03/2017 – Psicologia): “Melhora da participação nos grupos, marido comparece no AF e informa que aos poucos Maria esta se reestabelecendo. Ocasionalmente tem alguns conflitos com a filha (adolescente).”

(10/03/2017 – Psiquiatria): “Paciente presente na Clínica-dia. Conta que está se sentindo melhor, não teve mais crises de ansiedade. Alucinações continuam, com barulho do ambiente, elas pioram. Clozapina 100mg 1M3M (N) Clonazepam 2mg 1N.”

(13/03/2017 – Psiquiatria): “Paciente presente na Clínica-dia. Calma, sentindo-se melhor, nega alucinações”

(16/03/2017 – Terapia Ocupacional): “Paciente presente na Clínica-dia. Paciente isolada, estimular habilidades interpretativas”.

(17/03/2017 – Psiquiatria): “Paciente presente na Clínica-dia. Calma, adequada, sem queixas”.

(20/03/2017 – Serviço Social): “Paciente presente na Clínica-dia. Presente no grupo de Roda de Conversa com o tema

“Procrastinação”, com boa crítica e percepção sobre o tema”.

(20/03/2017 – Psicologia): “Paciente presente na Clínica-dia. Participativa na Roda de Conversa, expõe suas opiniões no grupo, insight presente, discurso conexo, evoluindo bem no tratamento”.

(21/03/2017 – Psiquiatria): “Paciente presente na Clínica-dia. Calma, adequada, sem queixas”.

(21/03/2017 – Educação Física): “Paciente presente na Clínica, participa bem da atividade física, bom contato”.

(22/03/2017 – Enfermagem): “Paciente presente na Clínica-dia. Calma, adequada e participativa nas atividades. Segue em observação.”.

(23/03/2017 – Terapia Ocupacional): “Paciente presente na Clínica-dia. Paciente não permanece nos grupos de atividades”.

(24/03/2017 – Psiquiatria): “Paciente presente na Clínica-dia. Calma, mantendo evolução”.

(27/03/2017 – Serviço Social): “Paciente presente na Clínica-dia. Presente no grupo de roda de conversa com o psicólogo; tema motivação”.

(27/03/2017 – Psicologia): “Paciente presente na Clínica-dia. Apresentando melhora gradativa, alucinações auditivas presentes, porém apresenta remissão das alucinações táteis e olfativas”.

(28/03/2017 – Psiquiatria): “Paciente presente na Clínica-dia. Calma, adequada, menos queixosa”.

(30/03/2017 – Terapia Ocupacional):
“Paciente presente na Clínica-dia. Participa das atividades quando estimulada”.

A trajetória de Maria, em todos os internamentos no Integral ou nos atendimentos na Clínica dos quais tomei conhecimento pareciam sempre acompanhados de uma intensa experiência pessoal com sua doença. Alucinações, paranoias, medos, insegurança, muitos eram os rótulos que a acompanhavam, além de se desdobrarem muitos dramas familiares, trabalhistas, afetivos durante seu tratamento. Seu prontuário, no entanto, apresenta uma anamnese bastante breve e sucinta, evidenciando a presença de sintomas psicóticos. Em alguma medida tanto sua experiência com a doença mental quanto a brevidade de sua anamnese e descrições no prontuário, são na realidade um aspecto comum da maioria das pessoas e prontuários com quem convivi. Seu caso, no entanto, é particularmente interessante pois além desta intensa experiência pessoal e social com sua doença, também no cotidiano, como veremos, ela era uma paciente interpretada por meio de perspectivas espirituais. A rapidez dos comentários sobre esta paciente no prontuário ao lado da riqueza de experiências que ela trazia em sua vida e em seu tratamento apresenta um interessante contraste, em torno dos quais fica claro mais uma vez que existe um investimento de construir uma determinada abstração sobre o processo de tratamento, baseada em uma narrativa da própria Clínica-dia sobre o que é o tratar.

Neste sentido, por mais que a experiência pessoal de Maria com a doença pudesse eventualmente produzir dias muito ruins e que, logo que chega do Hospital, pelo menos de acordo com a anamnese, ela ainda relatasse visões e vozes de comando, logo nos dias que se seguem a sua chegada já se pode observar no prontuário que ela começa a melhorar. Em menos de um mês ela já é tida como uma paciente participativa, em processo de melhora, ainda que eventualmente mantenha seu fluxo de alucinações. Mas não quero sugerir com isto que os enunciados não são precisos ou, menos ainda, produzir uma oposição entre “realidade do cotidiano” e “conteúdo do prontuário”. Ao contrário, isto reforça a ideia de que

o prontuário oferece uma versão do itinerário de tratamento dos pacientes dentro da Clínica-dia, uma versão que expressa não a heterogeneidade de fatores que existem – independente de serem percebidos ou não – mas a idealização de um tratamento normal.

Outras categorias e situações, no entanto, também podem surgir nas evoluções, fazendo com que a equipe se mobilize em torno de determinados temas e problemas que venham sendo sentidos coletivamente. Na sequência do prontuário de Apolo, cuja anamnese apresentei anteriormente, vamos ver a concentração de alguns enunciados no tema do comportamento do paciente. Logo após sua admissão na Clínica se inicia um grande debate entre os profissionais sobre a dificuldade do mesmo em estar presente, sua irresponsabilidade, agressividade no trato com as demais pessoas, constantes brincadeiras, enfim, um paciente que segundo muitos dos profissionais não deveria estar ali:

(06/02/2017 – Psicologia): “Paciente presente na Clínica-dia. Realizado atendimento individual com a mãe do paciente (Psicologia e Serviço Social). Em 2015 os pais se divorciaram, em 2016 começou a quebrar objetos em casa, ‘ele tem dificuldades de falar o que acontece com ele’ (sic). ‘Ele quebrou a casa em outubro se mordendo, rindo, ele pediu internamento’ (sic). Relata que sempre foi introvertido, ‘não tem amigos, muito sozinho’ (sic). Em crise ele fica agressivo, agrediu, ameaçou a mãe com uma faca. Histórico de 2 internamentos Hospital Integral. Sempre teve déficit de atenção segundo a mãe, fazia uso de ritalina desde os 6 anos. ‘Todo ano acontecia algo no Colégio, notas baixas, confusões, repetiu o primeiro ano do segundo grau 3 vezes’ (sic). Mãe foi orientada sobre tratamento, paciente irá ficar na casa do pai. A relação dos pais não é boa, separados há 1 ano e meio. Fone de contato do pai xxxxx – xxxxxx”.

(06/02/2017 – Enfermagem): “Paciente presente na Clínica-dia. Participou do grupo de acolhimento da enfermagem. Inicia clínica dia hoje, **apresenta-se calmo, adequado e sem queixas no momento**. Segue em observação no tratamento.” [Grifos meus].

(07/02/2017 – Assistente Social): “Realizado atendimento individual com paciente. Paciente veio encaminhado do internamento integral. Teve 2 internamentos. Faz tratamento desde os 6 anos de idade (déficit de atenção, dificuldades no aprendizado, notas baixas). Em 2015 os pais se divorciaram em 2016. A relação dos pais não é boa, separados há 1 ano e meio. Paciente está morando recentemente com o pai ‘estamos nos dando bem, estamos fazendo algumas coisas juntos’ (sic). Em crise ele fica agressivo, agrediu, ameaçou a mãe com uma faca. Paciente orientado sobre o tratamento de Clínica-dia. Atividades que são realizadas. Pais serão convidados para os AFs.”

(07/02/2017 – Educação Física): “Paciente presente na Clínica-dia, oriento sobre limites na atividade, observar.”

(08/02/2017 – Assistente Social): “Em atendimento com Serviço Social e enfermagem, **paciente orientado sobre o seu tratamento e suas relações interpessoais na Clínica**”. [Grifos meus].

(08/02/2017 – Assistente Social): “Paciente presente no grupo com serviço social para receber orientação sobre normas, combinados da Clínica, atividades realizadas no tratamento. **Durante o grupo paciente muito inadequado no seu comportamento, sendo desrespeitoso comigo, quando advertido, ironizou a situação, pela postura**

inadequada do paciente tive que interromper e encerrar o grupo”

(08/02/2017 – Enfermagem): “Paciente presente na Clínica-dia. **Apresenta-se influenciável por outros pacientes**, pouco participativo nas atividades. **Realizado consultoria** em conjunto com Serviço Social” [Grifos meus].

(08/02/2017 – Terapia Ocupacional): “Paciente presente na Clínica-dia. Paciente participou do grupo de atividades de pintura em mandalas de CD, **com dificuldades em manter atenção na atividade”**. [Grifos meus].

(s/d – Psicologia): “Paciente presente na Clínica dia. Realizo entrevista inicial (Anamnese). xxxx, 17 anos, solteiro. Ensino Médio Incompleto (1 ano). Mora com o pai atualmente em xxxx. **Quando criança foi diagnosticado com TDAH, “meu pai era muito autoritário, minha mãe me defendia” (sic); há 2 anos os pais se divorciaram, “não sou muito assim com meu pai, não sou muito junto dele” (sic). Relata que sentiu o divórcio dos pais, relata que fazia boxe, chegou a participar de torcida organizada, “um pessoal que gostava de brigar, que iam no jogo para brigar” (sic). Na metade de 2015, se apaixonou por uma menina, que tem um filho e o ex-marido perseguiu as pessoas que se relacionavam com ela” (sic), “ficamos juntos por uns 3 meses”(sic). “Eu deixei de fazer as minhas coisas, ficava esperando ela sair do trabalho” (sic). No ano de 2015 perdeu seus mini-coelhos (“elas morreram, eu não cuidava muito bem”), enquanto estava enterrando a coelha, bateu no cachorro com uma pá. Quando houve o término do namoro, teve a lembrança da separação dos pais, se auto-**

agrediu, ficou triste, chorando, quebrou objetos em casa. “Pensei em me matar ou matar ela, foi ai que pedi ajuda para meu pai, para me internar” (sic) em agosto de 2015, “fiquei 3 dias seguidos chorando, após o internamento” (sic). O segundo internamento (30/12/2016), após presenciar a briga da mãe com o namorado, ficou irritado, impulsivo, ideação suicida, “é muita agitação” (sic), forçava vômito. Refere alucinações visuais (vultos)??, nega ideação suicida/ homicida, juízo crítico preservado, baixa tolerância a frustração?, nega ep. de auto/heteroagressividade. Nega tabagismo, nega etilismo, negou uso de SPA. **Em fase de acolhimento.** Tem pretensão de fazer cursos, estudos”.

(Trechos do prontuário de Apolo. Diário de Campo. Grifos meus).

Chamo atenção, no prontuário de Apolo, para o encadeamento específico de algumas evoluções, as quais estão destacadas na citação acima. A evolução do dia 08 de fevereiro foi feita por um profissional do Serviço Social, o que é bastante incomum pois no dia o profissional responsável seria da área de Enfermagem. Situações como esta aconteciam eventualmente, quando fosse necessário registrar alguma ocorrência específica no dia, principalmente crises, desentendimentos entre profissionais e pacientes ou mudanças súbitas no tratamento, tais como internamentos ou saída da Clínica – categorias que, em alguma medida, podem ser intercambiáveis de acordo com a maneira com que é enquadrada e/ou textualizada pelos profissionais. Embora não disponha aqui de uma amostra substancial para desenvolver este tópico é interessante observar que os enunciados também ajudam a produzir uma representação da crise, ao mesmo tempo em que ajudam a contê-la com outras estratégias retóricas de enquadrar suas motivações. A rigor, uma crise pode indicar qualquer mudança drástica num tratamento e, mesmo no caso de Apolo, que teve um desentendimento com o profissional do Serviço

Social, o próprio processo de construção da narrativa ideal do tratamento é capaz de deslocar sentidos atribuídos a sua má conduta.

No caso de Apolo, a situação se inicia com um desencontro com um dos profissionais, em um dos grupos do qual participara: sua ironia, desrespeito, conforme narrado pelo Assistente Social, havia feito com que o grupo precisasse ser interrompido. Olhando exclusivamente para o prontuário não é possível saber que tipo de situação aconteceu e, olhando para evoluções anteriores, da mesma forma, não se pode saber o que implica a *falta de limites* que já vinha sendo apontada. No entanto, a partir do dia 08 o evento dramático com uma das profissionais, mobiliza outros sujeitos e, além do Serviço Social, também Enfermagem e Terapia Ocupacional envolvem-se na situação. Além disto, em uma das evoluções se aponta a realização de uma *consultoria*, que é quando a mini-equipe se reúne com o paciente para discutir tópicos específicos do tratamento – no caso de Apolo, provavelmente, uma consultoria para discutir o episódio no grupo de serviço social. Além destas especialidades, portanto, também a psicologia fora convocada a opinar sobre a situação.

De uma situação de *desrespeito e ironia*, passamos em duas das evoluções, a um quadro onde o paciente na verdade *apresenta-se influenciável por outros pacientes* e também tem *dificuldades de manter atenção na atividade*. É curioso como pululam alternativas de interpretação sobre o sujeito ainda que, eventualmente, todos estes espectros que foram ventilados possam ser tomados como manifestações de um mesmo quadro. De fato, quando se pronuncia no prontuário, o Terapeuta de Referência, profissional da psicologia que acompanha o paciente no tratamento, parece recapturar toda a situação que até então havia sido enunciada no prontuário e reforçar um possível diagnóstico de TDAH acompanhado de experiências específicas junto a sua família. Na evolução da psicologia, também é interessante notar que, a cada oração em que se anuncia um fato da vida do paciente – tais como o diagnóstico, separação dos pais, agressões – se vê logo em seguida a citação de uma fala do paciente que, podemos imaginar, é presumida como explicativa ou associada com o evento narrado.

Dois traços importantes ficam evidentes a partir da observação destes enunciados e das considerações que tenho feito até aqui. O primeiro deles diz respeito ao processo que observamos mais claramente na situação de Apolo, onde estratégias de limitação e, ao mesmo tempo, de explicação, da doença são desdobrados dentro da própria evolução do paciente. Enquanto um sujeito permanece, como acontece com Maria, dentro de um processo de evolução “normal”, isto é, com enunciados que resgatam sua presença, sua adequação, ainda que permaneçam suas alucinações, o prontuário parece caminhar para a construção do que é o relato esperado sobre o tratamento de um sujeito: admissão, evolução, alta. Por outro lado, no entanto, no prontuário de Apolo, onde eventos acabaram sendo dramaticamente inscritos em sua evolução, descrevendo uma situação inclusive diferente do que já se estava produzindo em seu prontuário (que também indica que ele estava calmo e adequado), estratégias para explicar o ocorrido são imediatamente tomadas. No mesmo dia de sua crise uma sequência de explicações parece tornar a situação mais difusa – dado que explicada por diversas frentes - e, ao mesmo tempo, mais borrado o problema, dado que deslocado para outros sentidos. Sistemáticamente a situação com Apolo (que poderia ter sido uma crise no dia, um episódio de mau comportamento, uma dificuldade de relação com a terapeuta) vai sendo deslocada e reinterpretada, retextualizada. Após poucos enunciados, no entanto, a história também adquire outros sentidos e parece voltar, por fim, a ser reintegrada dentro de uma narrativa “normal”, principalmente pelos atos do profissional da psicologia, que insere o mau comportamento dentro de outros quadros explicativos e de categorias de doença específicas – paralelamente a um processo diagnóstico.

O segundo traço, não necessariamente desconectado do primeiro, diz respeito à própria natureza intertextual dos enunciados (incluindo aqui, em certa medida, também as anamneses) e, paralelamente, ao espírito narrativizante que parece pairar sobre o prontuário. Cada uma destas características parece, no entanto, mais aparente em uma ou em outra das situações que descrevi. Em primeiro lugar, o drama de Apolo indica que constantemente, no prontuário, elementos de outros enunciados

vão sendo citados, retomadas e transformados por outros profissionais. Sua *falta de limites* vai se transformando em outros objetos ao longo do trecho do prontuário (ironia, desrespeito, ser influenciável, TDAH) que observamos e, apesar de ser um intervalo curto deste documento, fica evidente que os enunciados não estão sozinhos ou isolados, mas em um estado de diálogo constante entre si. Conectado a isto, vemos que a capacidade de dialogismo ou intertextualidade dos enunciados não se restringe a uma conversa entre os enunciados, mas também dos enunciados entre si e destes com os modos como os profissionais vão capturando eventos da vida cotidiana. Não se trata, portanto, exclusivamente de que o prontuário reflita ou espelhe o cotidiano mas que, em alguma medida, estes sejam espaços autônomos da vida da Clínica-dia, que se tocam e se afastam em vários momentos. O evento com Apolo é um momento em que se explicita o diálogo com a vida cotidiana e como, em última instância, o prontuário está atrelado ao que fazem os pacientes e às práticas terapêuticas.

Podemos observar isto, também, nas evoluções feitas por psiquiatras espíritas, que mantém sua maior complexidade textual – como apresentei anteriormente – e que também investem numa constante capacidade citacional entre a experiência dos pacientes com suas dores e o que segue escrito na evolução:

“Relata que está melhor, que a Clínica-dia está ajudando. Voltou a ter dificuldades para dormir por falta da Quetiapina. Estimulada a buscar mais atividades no dia. Prescrição: Quetiapina 25mg 0-0-1 + Rivotril 0,5mg 0-0-1 + Haldol GTS 5-0-5 + Sertralina 50mg 1-0-0.”

“Ainda está muito ansiosa, sente dor no peito. Não tem vontade para fazer as coisas, só vontade de dormir. Dor no peito – parece que enfiaram uma faca no peito e está sangrando. Hoje está com coceira no corpo – relaciona com a diminuição do Haldol porque estava acabando, o Haldol é o único remédio que controla sua coceira por ansiedade. Anda muito desanimada, com preguiça e sem

energia. Está sem paciência. Diz que não vê graça na vida que tudo é um tédio.

Prescrição: Quetiapina 25mg 0-0-1 + Rivotril 0,5mg 0-0-1 + Haldol GTS 5-0-5 + Sertralina 50mg 1-0-0

Estimulada a buscar um trabalho, a redefinir seus objetivos e a rever, junto com seu TR xxxxx, o seu aproveitamento na Clínica-dia. Paciente relata que já marcou atendimento psicológico individual.”

(Anamnese psiquiátrica do prontuário de Laura. Diário de Campo.)

O prontuário de Maria, no entanto, no trecho que apresentei, não apresenta os trechos dramáticos de Apolo. A ausência destes escritos não implica, evidentemente, na ausência do caráter intertextual e dialógico que observamos acima, mas ela nos abre para outras possibilidades de perceber as dinâmicas do/com os prontuários. É preciso ter em mente que o prontuário evidencia, seja trazendo-as ou excluindo-as do texto, relações que existem no contexto da Clínica-dia. Enquanto nos parece – pela leitura do trecho do prontuário – que a trajetória de Maria tenha sido bastante mais tranquila, *adequada, calma*, ficamos com a impressão de que Apolo parece ter causado mais problemas no tratamento. Na leitura do prontuário, no entanto, perdemos a dimensão vivida do tratamento, que a etnografia, por outro lado, pode nos apontar. Maria teve inúmeras crises durante minha estadia na Clínica e, diariamente, suas alucinações eram uma grande dificuldade para ela, pois eventos de ansiedade – como se registrou em seu prontuário – precediam o aumento da percepção de visões e vozes. Além disto, eventos familiares, bem como agressividade, dificuldade de relação com outras pessoas e de participação do tratamento eram muito constantes. O que não existia na relação de Maria com a Clínica, no entanto, era o embate direto com a equipe (a ironia e o desrespeito característicos de Apolo). Em suma, o prontuário não deixa de dialogar de alguma forma com a vida

vivida de Maria, mas em um diálogo que resulta em um encaixe de sua experiência para fora dos marcos do prontuário. Reforço, com isto, que existe uma preocupação dos profissionais com o comportamento dos pacientes, com a maneira com que se relacionam não somente com suas doenças, mas também em como se relacionam com a equipe. Quando um paciente é dito calmo e adequado isto talvez diga mais respeito à sua relação com a equipe, do que propriamente sua relação com suas experiências de doença.

A fabricação destas possíveis imagens sobre os pacientes, ou destas perspectivas, não é, no entanto, incompleta, ou imprecisa, mas ela serve ao modelo próprio da Clínica-dia de narrar ou de produzir a jornada de tratamento. O segundo traço, neste sentido, pode ser observado, à luz das reflexões de Hayden-White (1981) sobre o problema da narratividade e os modos de conceber as representações históricas. O ponto essencial de sua discussão é de que em nossa representação histórica se privilegiam os eventos que oferecem a si mesmos como sendo capazes de demonstrar seu caráter narrativo, seu caráter ordenado. (p. 06). Narrativas míticas, por exemplo, entre outras formas de representar o mundo, como anais medievais e crônicas antigas, falhando em demonstrar uma estrutura e uma ordem narrativa intrínseca, acabariam passando ao largo da representação histórica.

Podemos pensar, aproveitando deste debate para o contexto da Clínica-dia, que os enunciados dos prontuários caminham, constantemente, mesmo em suas operações de deslocamento de sentidos e de reintegração dos dramas vividos, construindo uma narrativa do tratamento, um encadeamento de situações que, eventualmente, poderá chegar ao fim presumido da alta⁵⁸. Esta não é uma narrativa, no entanto, que se apresenta com uma ordem auto-evidente ou, em princípio, como muito ordenada e nem a alta

⁵⁸ Importante ter em mente que, no contexto da Saúde Mental, a alta não está necessariamente implicada em cura ou mesmo melhora. Uma alta, como já se apontou (ROSA, 2019), é um nóculo em uma rede de possibilidades: um sujeito recebe um alta para ser integrado a outros serviços, uma alta para novo internamento, uma alta em razão de melhora, entre outras possibilidades. Isto também fica evidente na nomenclatura da Clínica, onde existem *altas melhoradas*, *altas a pedido* e *altas por desligamento*.

é necessariamente um horizonte em todos os casos. Ao contrário, os enunciados do prontuário nos lançam a um universo de dúvidas sobre a estrutura e sobre os critérios que fazem os profissionais procederem com a repetição quase monótona de *Paciente presente na Clínica-dia. Calmo, adequado e sem queixas*.

Não há uma estrutura narrativa implícita e os enunciados que vão se amontoando nos prontuários parecem facilmente distinguíveis precisamente por sua aparente falta de um destino, uma conclusão, um encadeamento. O que entra em questão, no entanto, perseguindo o argumento de White (*idem*), não é o fato de serem limitados, objetificantes ou monótonos, mas precisamente sua capacidade de encaixar em uma forma de representar a realidade. A existência de um impulso, que poderíamos chamar de narrativizante nos enunciados, não está totalmente caracterizado no prontuário, no entanto, e o que se evidencia com os enunciados é sua capacidade de construir junto com outras práticas da Clínica-dia a *realidade* do tratamento.

Acredito que o impulso narrativizante exista, como tenho tentado apontar sub-repticiamente em outros momentos, mas é ainda a partir de outros eventos, que buscarei discorrer em outros momentos da tese, que ficará claro como o discurso do tratamento na Clínica-dia, tomando-o agora como um discurso totalizante, espera determinados eventos para compreender que um tratamento esteja se processando. O prontuário, ao invés de produzir uma narrativa totalitária ou que determina de modo final uma interpretação sobre doença, é mais um dos nódulos do modelo de tratamento que a Clínica produz.

4.3. PARA ALÉM DA CLÍNICA: ATESTADOS E PERÍCIAS

Uma razão para a existência dos prontuários e, dentro deles, particularmente das anamneses, uma vez que elas não são determinantes na produção de uma interpretação diagnóstica única dos pacientes e também nas interpretações sobre doença, pode ser localizada nas dinâmicas que ultrapassam os domínios da Clínica-dia. Uma forma muito comum, se pensamos nessas práticas cotidianas é precisamente o papel da assinatura do psiquiatra, da existência de diagnósticos definidos no prontuário, da existência de

registros escritos, como formas de organizar outras instâncias da vida dos pacientes, tais como a obtenção de licenças, benefícios, instruir processos judiciais, entre muitas outras funções que papéis como laudos e atestados podem ter em uma trajetória de tratamento. Isto reforça, por um lado, o papel que saberes como a psiquiatria e também os processos de classificação ainda possuem no campo da saúde mental⁵⁹ e, também, por outro, evidencia a extensão da rede percorrida/construída pelos diagnósticos psiquiátricos.

Um exemplo mais imediato disto vem, também, do próprio Serviço Social da Clínica-dia que, durante a pesquisa, era responsável pelo acompanhamento (coleta de documentos, comprovantes, organização de solicitações, etc) dos pacientes que iriam pleitear direitos junto a outras instituições e instâncias, tais como o acesso dos pacientes à cursos, oportunidades de emprego e obtenção de auxílio transporte. Mas outras vivências na Clínica nos mostram a complexidade desta que é, de fato, uma busca dos pacientes por reconhecimento de suas doenças e por acesso a benefícios e oportunidades.

Uma forma bastante dramática, ainda, de perceber como pacientes, profissionais e diagnósticos, laudos e atestados estão amarrados é na ocorrência de perícias. Em certo dia da pesquisa chego à Clínica-dia e todos os profissionais parecem mobilizados em torno de Maria. Com alguma frequência ela tinha crises, onde visões e vozes que a perturbavam vinham com mais força, fazendo com que ela ficasse muito assustada, gritasse, se tornasse agressiva, e fazendo com que todos ficassem mobilizados em torno dela. Neste dia, no entanto, não se tratava desta questão. No dia anterior Maria havia feito uma perícia e o resultado de seu laudo pericial anunciara que ela deveria retornar às suas atividades de trabalho e teria seu benefício cancelado pois ela já possuiria “capacidade laborativa”. O trecho do resultado da perícia em que o médico perito justificava sua decisão era, por sua vez, precisamente as palavras que haviam sido escritas no laudo oferecido pela Clínica (um laudo assinado

⁵⁹ Ver, por exemplo, o trabalho de Andrade (2012) onde, entre outras coisas, se aponta para a manutenção de um *ethos* manicomial mesmo em contextos já não mais estruturados como instituições totais.

pelo psicólogo, onde informações tanto psiquiátricas quanto do tratamento eram prestadas). No laudo o psicólogo informava que a paciente estava num momento de *tentar reatar vínculos com o exterior da Clínica, recuperar sua capacidade laborativa* e que, por esta razão, no futuro, iria buscar realizar cursos fora do ambiente da Clínica, quando já estivesse na fase de integração. O perito, no entanto, teria pinçado especificamente a informação sobre a possibilidade de fazer cursos e, de fato, afirmado em seu laudo que a paciente *já estava fazendo* atividades fora da Clínica e que, portanto, já possuía condições para trabalhar.

A situação gerou um intenso agravamento no tratamento de Maria, que segundo os profissionais, passou a ter crises mais graves, mais difíceis de controlar e, também, uma percepção de outras pessoas ao seu redor mais pronunciada, todos *sintomas* que já estariam em fase de *remissão* até antes da perícia. Estando no campo compreendi mais intimamente as razões que fazem as pessoas terem muito medo de perícias, seja no INSS ou em outras instituições. Segundo soube por uma interlocutora, a perícia seria *aquilo que já se sabe, uma humilhação* e um *desrespeito*. Também, como no caso de Maria, as perícias eram uma ocasião em que a construção de suas trajetórias, da própria relação com a doença, é dramaticamente decidida por terceiros. Estas situações, no entanto, infelizmente não eram isoladas. Ao longo do campo muitos eram os pacientes que entravam em crises dias antes de suas perícias ou, então, exatamente antes, durante, ou mesmo logo após do encontro com profissionais peritos. Muitos pacientes relatavam preconceito – mesmo nestes eventos de crise – dado que muitos peritos entendiam que os sujeitos poderiam falsificar as crises ou mesmo suas doenças para conseguirem auxílio doença.

“Te aviso. Eles são absurdos, na maioria das vezes. Somos nós que devemos preparar nossa forma de segurar este dia”/ “Ela não deve estar sozinha no dia”⁶⁰/ “É importante alguém na saída”/ “O que importa mesmo é um laudo bem feito e os CIDs”.

⁶⁰ Na ocasião falávamos de uma terceira pessoa que passaria por uma perícia.

Por causa deste tipo de situações, minha interlocutora afirmou certa vez, era importante encontrar psiquiatras específicos para produzir laudos de confiança. Em nossa conversa sobre uma amiga em comum que passaria por uma perícia, me recomendou um psiquiatra específico, que já era conhecido por produzir *bons laudos psiquiátricos* e também me avisa que era preciso *prestar atenção se o relatório oferecido pelo psiquiatra dela realmente fazia jus ao seu caso*. Fica claro, aqui, para mim, que os tratamentos psiquiátricos parecem se dar no mundo contemporâneo dentro de uma rede de sujeitos e práticas que extrapolam os contextos institucionais imediatos onde acontecem, como é o caso da Clínica-dia.

Essas reflexões sobre perícias são geralmente acompanhadas – ainda que subjacentes a discussão central do mau atendimento médico – do *medo de voltar ao trabalho*, o que aumenta significativamente a ansiedade e aparecimento de crises. A ansiedade nos dias das perícias muitas vezes era a razão pela qual muitos pacientes tinham crises. Não significava que o quadro geral do paciente fosse necessariamente grave ou ainda de crises, mas que o evento da perícia muitas vezes reascendia nas pessoas sensações, emoções, medos, que os jogavam novamente nestes momentos. Situações como esta, por exemplo, onde um laudo eventualmente indicasse casos menos graves, pareciam aumentar a tensão entre pacientes e peritos, os quais desconfiariam do comportamento, não prestariam o atendimento necessário, sugeririam falsidade ou mentira, e todo um conjunto de falas e situações que são percebidas como altamente desrespeitosas pelos pacientes.

Outro dado importante que minha interlocutora me apresentou neste dia, neste sentido, é de que os pacientes dependem – em suas buscas por reconhecimento – da qualidade do relatório ou laudo encaminhado pelo psiquiatra que atende a(o) paciente. Nem todos os/as psiquiatras e/ou profissionais são capazes de oferecer laudos ou relatórios que contenham necessariamente o que desejam os pacientes, ou fazer boas descrições e relatos da doença. No caso de relatórios enviados para perícias junto ao INSS, por exemplo, havia sempre o risco de que

o/a profissional não informasse com a precisão ou a gravidade necessária o adoecimento do paciente. Bons relatórios médicos, neste sentido, ofereceriam evidências suficientes para o perito de que o sujeito precisaria ainda da licença e que não teria capacidades laborativas. Não é espantoso, neste sentido, que um dos elementos mais comuns nas narrativas dos profissionais na Clínica-dia, fosse precisamente o risco de serem enganados, o quanto os pacientes poderiam ser manipuladores, falsos até em alguns casos.

A vida do diagnóstico, como temos visto, começa pelas práticas escritas de muitos profissionais e, principalmente, em pelo menos um dos seus nódulos, está diretamente relacionada com uma fixação na classificação e nas categorias diagnósticas. Como tenho afirmado, esta centralidade e esta fixação vai sendo tensionada por outras práticas profissionais e, ainda veremos, outros conhecimentos participam das dinâmicas que fazem circular diagnósticos e interpretações sobre doença na Clínica-dia. É importante ressaltar, portanto, a partir do que apontei brevemente aqui, que os pacientes não somente ocupam a Clínica-dia para o tratamento, mas eles frequentam outros profissionais, realizam outros exames, participam de outros grupos, cadastram-se em outras instituições, recebem auxílios governamentais enquanto doentes, necessitam de medicamentos, de atestados, prescrições, para falar apenas de um pequeno número de pontos nas redes que vão tecendo e também percorrendo os pacientes psiquiátricos. Enfim, um sujeito está imerso em amplas redes de relações, objetos, processos, onde vai invariavelmente apresentando seu diagnóstico e as comprovações médicas para receber benefícios como auxílios doença, licenças do trabalho, entre outros processos. Ao habitar esta rede não somente o sujeito evidencia possibilidades de agenciamento da doença como também vai se constituindo e sendo constituído como um sujeito doente, por meio dos próprios processos de reconhecimento e de validação que permeiam a trajetória pelas redes do Estado.

Como já afirmei anteriormente, muitas tensões neste sentido advinham do universo do trabalho. Além disto, também os múltiplos vínculos de pacientes psiquiátricos com outras instituições também traziam muitas complexidades. Muitos dos pacientes com quem convivi recebiam medicamentos do município ou do estado, e por esta razão, precisavam regularmente oferecer

relatórios de seus psiquiatras de que ainda faziam tratamento, evidenciar a permanência do diagnóstico. Além dos relatórios também tinham que participar de outros grupos, consultas psiquiátricas, palestras, em suma, estar presentes em outras instituições. Muitos pacientes, também, da mesma forma, estavam em relações complicadas com empregadores e em geral com seus locais de trabalho, que envolviam pagamento de empréstimos, assédio moral e, por estas e outras razões, em alguns casos, não podiam nem sair do trabalho nem necessariamente voltar para ele. *O diagnóstico e o laudo psiquiátrico ofereciam, ainda que talvez de modo frágil e instável, possibilidades de reconstruir aspectos muitas vezes já bastante esgaçados nas relações dos pacientes, com a família, com empregadores e, em muitos casos, também como uma forma de aceitar o próprio fato de que estavam doentes.*

É difícil, no entanto, entrar na discussão que se insinua diretamente para dentro da questão das perícias, relativa aos múltiplos modos por meio dos quais a doença vai sendo agenciada. O que ficou evidente em minha pesquisa, de fato, é que as perícias acabam sempre colocando os sujeitos no que chamaram certa vez de um *mergulho* em um *mundo de emoções*, sobretudo em contextos nos quais a própria doença não é plenamente entendida pelos pacientes. Ao mesmo tempo, a complexidade que envolve a comprovação da doença é, de fato tamanha, e outros sujeitos nesta rede, tais como os próprios profissionais com os quais convivi, iriam sempre reforçar que conseguiam distinguir com clareza os pacientes que pretendiam enganar uma doença ou que vinham à Clínica somente para conseguir atestados e escapar do trabalho por alguns meses. Segundo alguns profissionais, alguns pacientes de fato não conseguem manter mais vínculos trabalhistas e acabam dependendo quase por toda a vida destas redes, bem como dos seus próprios internamentos, como modos de existência para além do estar doente ou não.

* * *

Passando para o próximo capítulo é oportuno levar em consideração o questionamento que Mol (2002) lança ao afirmar, em sua pesquisa sobre arteriosclerose em um hospital na Holanda,

que estava interrogando não “o saber ocidental da biomedicina”, mas um conjunto de objetos e eventos particulares a um ambiente específico (p. 02). Seu argumento aí é de que os estudos sobre saúde e medicina enfatizaram e reificaram a produção deste objeto de estudo que é a biomedicina e que este objeto é multiplicado nas pesquisas sem a devida interrogação de como práticas específicas se inscrevem e se relacionam entre si. Ela propõe, portanto, não um estudo da biomedicina ocidental, com suas qualificações usuais, *alopática, cosmopolita, moderna*, mas das múltiplas medicinas e corpos que são praticados (“*enacted*”) no hospital. Um objeto pode ser tomado como singular, segundo a autora, quando na realidade ele abrange múltiplas dimensões e abordagens:

If practices are foregrounded there is no longer a single passive object in the middle, waiting to be seen from the point of view of seemingly endless series of perspectives. **Instead, objects come into being—and disappear—with the practices in which they are manipulated.** And since the object of manipulation tends to differ from one practice to another, **reality multiplies.** The body, the patient, the disease, the doctor, the technician, the technology: all of these are more than one. More than singular. (MOL, 2003: 5).

As anamneses que aparecem no prontuário médico são, assim como os diagnósticos que elas encapsulam, objetos que sutilmente vão sendo transformados cada vez que são trazidos ao mundo em novas relações, com novos sujeitos e em novos arranjos; as interações entre profissionais e pacientes, da mesma forma, ainda que encapsulem uma alta dose de ritualização das práticas médicas, princípios severos de classificação, também são feitas diferentes a cada “encenação” no mundo. Seguindo a pista deixada por Mol (2003), se um diagnóstico aparece recorrentemente dentro da Clínica-dia, não é o mesmo diagnóstico, não está servindo as mesmas relações e não faz parte do mesmo processo onde foi percebido anteriormente.

O diagnóstico se abre para uma multiplicidade de relações no

cotidiano e ele pode ser enquadrado em conjuntos de sentidos e de significados que estão associados respectivamente a uma perspectiva biomédica, a comunicação com o mundo exterior, com a moralidade e com a espiritualidade. O que tanto trazer aqui não é tanto o diagnóstico como um objeto da psiquiatria, exclusivamente, mas como uma categoria praticada, que reitera ou materializa determinadas relações mas que não significa nada em si mesma, fora das relações que produz e pelas quais é produzida.

CAPÍTULO 5 – CATEGORIAS E DIAGNÓSTICOS EM CIRCULAÇÃO

Tentei descrever no capítulo anterior o que entendo serem as práticas da Clínica-dia relacionadas com a *escrita* sobre doenças, diagnósticos e tratamentos. Tentei chamar atenção para o modelo cultural de classificação de doenças que está imbuído nas práticas psiquiátricas e também descrever como o papel da psiquiatria é, ao mesmo tempo, evidenciado na legitimação e reconhecimento de doenças como também é tensionado em sua suposta centralidade. Busquei apontar, ainda, que os escritos sobre a vida dos pacientes – anamneses e enunciados nos prontuários – ainda que aparentemente desconectados da realidade, dado que produzidos por uma profusão de profissionais e sem uma coerência narrativa, na verdade privilegiam a busca por um sentido específico que corresponde ao que, por ora, vamos pensar como uma narrativa própria do tratamento oferecido na Clínica, bem como um tipo de representação sobre a realidade do tratamento. Cada prontuário oferece uma versão sobre a vida das pessoas e o que se lê neles é também a capacidade dos saberes de poder dizer determinadas coisas sobre os sujeitos, impactando em suas vidas dentro e fora da Clínica-dia.

Estes processos, no entanto, não esgotam ainda o que quero descrever como sendo a *vida do diagnóstico*.

Logo que comecei a pesquisa de campo a categoria que se mostrou mais comum em meu cotidiano foi a *depressão*. Para alguns dos profissionais, ecoando o que sugerem os manuais diagnósticos, a depressão podia ser um sintoma como também podia ser um transtorno específico. Em seu prefácio, o DSM-V anuncia, de fato, que ainda que o manual esteja direcionado a uma “classificação categórica de transtornos individuais”, certos “domínios de sintomas”, como a ansiedade e a depressão, estariam presentes de modo transversal em uma grande variedade de transtornos psiquiátricos (APA, 2014, p. 08).

Em todo o DSM a repetição da palavra depressão se dá dentro de uma variedade de enquadramentos, seja como um sintoma; como uma característica do humor (como no caso do EEM de Humor Depressivo); como um campo/domínio de manifestações;

como episódios isolados dentro de outros transtornos; como uma dor; ou, por fim, como uma doença em si mesma (com sintomas e critérios diagnósticos próprios). De modo geral esta complexidade se repete na Clínica-dia e, nas palavras de um dos terapeutas com quem convivi, a depressão ainda pode ser ainda uma “baixa para dentro do ser”, uma “oportunidade” para que o paciente reflita sobre sua vida.

Olhada a partir desta profusão de sentidos, a depressão é dotada de uma grande ambiguidade e, precisamente por isto, também de uma grande potência no contexto da Clínica-dia: ela nomeia emoções e eventos, caracteriza doenças, constitui o humor. Em cada um destes planos, no entanto, onde a categoria emerge, ela não é necessariamente o mesmo objeto, mas um modo de articular e fazer circular conhecimentos diferentes. Uma pessoa pode ter um “episódio de depressão”, mas também pode ter uma depressão já de muito tempo, “persistente”, “debilitante”, “leve”, “grave”, “crônica”. Algumas pessoas podem “ter” depressão por que “se mantém na zona de conforto” e outras pessoas podem tê-la por que já entraram em um “quadro depressivo”. Outros pacientes “são depressivos/as” ou se sentem, em alguns dias, “meio depressivos/as” o que não necessariamente indica doença, mas podem também transformarem-se em portadores de “transtorno depressivo”, que pode ser, segundo o DSM, um transtorno “maior”, ou “menor”. A maioria dos pacientes que conheci estava em tratamento por causa de depressão – seja tomada como um transtorno, seja tomada como um momento, um episódio, um sintoma. Os que não tinham o transtorno diagnosticado em seus prontuários ou viam-se, em determinados momentos, como depressivos, ou podiam ser interpelados também pelo risco da depressão, pela presença de emoções, momentos, sombras, possibilidades.

Csordas (2013) afirma, a partir de pesquisa entre adolescentes no Sudoeste dos Estados Unidos, que a depressão pode funcionar em alguns contextos não somente como uma categoria de doença mas também como o que chama de operador/símbolo discursivo (“*discursive token*”). Usando tanto entrevistas de natureza etnográfica quanto formulários técnicos psiquiátricos, o autor observou que a palavra “depressão” aparecia com mais

frequência nas abordagens etnográficas do que nas respostas aos formulários técnicos. O autor concluiu, a partir disto, que a depressão aparecia, portanto, ora como uma categoria psiquiátrica – atrelada a noções de doença e “transtorno mental” e transformada num “objeto” de tratamento – e ora, também, como uma forma de emoção/sentimento ou experiência – atrelada à raiva, medo, violência (p. 244).

As a discursive token, depression is part of a discursive regime in which patient, family members, and mental health professionals participate and that includes medications and treatments as well as other diagnoses that add to or compete with one another in the characterization of the patient and his or her illness and also in the negotiation of everyday life for the patient and family members (CSORDAS, 2013, p. 244).

O autor sugere olhar para este campo desde uma perspectiva que chama de “fenomenologia da depressão”, voltada ao imediato da experiência dos sujeitos ao invés da psicologia, sintomatologia, terapêutica, psicodinâmica, ou outras perspectivas (CSORDAS, 2013, p. 239-240). Aqui não olho necessariamente para a fenomenologia, mas considero importante pensar as muitas categorias diagnósticas que observei – dentre elas a depressão – nesta dimensão sugerida por Csordas (Idem), isto é, como uma operadora ou como um símbolo de/em outras relações. Sugiro que a própria ideia de “diagnóstico”, para os efeitos do que estou sugerindo nesta tese, também não seja tomada como uma categoria estanque, mas como um operador em distintos enquadres.

Conquanto a importância de um diagnóstico (ou, uma classificação) seja uma dimensão muito importante na Clínica-dia, e tanto equipe quanto pacientes estejam envolvidos no processo de sua produção, nem sempre ela circula ou é operada dentro dos mesmos marcos (i.e. da psiquiatria), mas, também dentro de enquadramentos que evidenciam outras relações e dinâmicas, incluindo estratégias da própria equipe, agenciamentos dos pacientes com suas doenças e diagnóstico e a emergência de outras

categorias.

O contexto de tratamento da Clínica-dia, assim, promove uma circulação de muitas categorias em seu cotidiano – tanto aquelas que emergem do universo da psicopatologia, tais como a depressão, o transtorno de personalidade e a esquizofrenia, como também produz outras tantas, relacionadas a pacientes manipuladores, que tem “ganho secundário”, que não conseguem “abrir um problema”, entre outras que buscarei mostrar ao longo do texto. Quando alguém é chamado/a de depressivo/a, assim, não significa necessariamente que este seja seu diagnóstico registrado no prontuário, mas que a própria depressão (como um código possível para indicar um tipo de emoção, sensação, comportamento) esteja sendo mobilizada para classificar alguém em seus movimentos cotidianos (se isolar, estar triste, não falar, não participar de atividades, etc). A rigor, quando qualquer uma destas categorias é mobilizada – mesmo aquelas que emergem mais fortemente marcadas pela psicopatologia – elas não aparecem sem um modelo de interpretação das ações e histórias dos pacientes ou sem uma articulação dela com as concepções disponíveis na Clínica-dia.

Seguindo estas reflexões, gostaria de pensar neste capítulo não “o diagnóstico” em seu sentido estrito, mas a circulação de um *modus operandi* característico da vida na Clínica, relacionado a modos e processos de classificação e interpretação de pessoas, que incluem as categorias psiquiátricas mas que também implodem o sentido psicopatológico implícito nelas e mostra o universo das relações as quais elas nomeiam e classificam.

Sugiro que um dos nexos da articulação destes modos e processos de classificação sejam os comportamentos, ações, histórias de vida e interações dos pacientes. Aqui busco circular em torno do cotidiano dos pacientes e dos comentários de profissionais nas Reuniões de Equipe, ainda que também retome aspectos dos prontuários em alguns momentos. A convivência na Clínica não só tem aspectos comuns como também seus vários temas estão em constante sobreposição e cruzamento. Por isto, as três sessões que seguem mostram dinâmicas da vida do diagnóstico e como os vários objetos a ele associados se encontram em estados de cruzamento, sobreposição, negociação. Meu objetivo aqui, é mapear

minimamente esta complexidade de categorias que circulam na vida cotidiana.

Na primeira sessão tento demonstrar como comportamentos e histórias de vida de uma paciente são retomados de diferentes maneiras, tanto para produzir um argumento de natureza psíquica (no contexto do prontuário) quanto para alimentar discursos que se endereçam a constituí-la como “empacada”, “manipuladora”, “ausente”, entre outras categorias. Na segunda sessão reflito sobre como a própria equipe, em sua narrativa do tratamento, mobiliza a necessidade de adoecer os pacientes para que haja melhora. Na terceira sessão apresento os problemas da *personalidade* e da *manipulação* no contexto da Clínica-dia, que evidenciam a elasticidade de algumas categorias e também, mais uma vez, como experiências cotidianas são capturadas por impressões diagnósticas e fazem circular um plano interpretativo sobre os sujeitos atendidos.

5.1. COMPORTAMENTOS, CATEGORIAS E SUAS TORÇÕES

O primeiro relato de campo que tenho de minha pesquisa com a Clínica-dia foi resultado da participação em uma das reuniões dos profissionais. A história que norteia as discussões desta sessão, de Laura⁶¹, foi abordada nesta e em outras reuniões que participei e gostaria de acompanhar elementos deste seu itinerário, bem como outras narrativas da reunião de equipe, para discutir o que considero ser uma dinâmica essencial do diagnóstico na Clínica-dia, relacionada as suas articulações com comportamentos e ações dos pacientes e como eles redundam em formas de classificar e interpretar pessoas.

A trajetória de tratamento de Laura na Clínica-dia é perpassada por tensões envolvendo as diferentes posições de profissionais nestas reuniões e também em outros momentos de seu tratamento e, igualmente, pela construção de uma ideia, ao longo de seu tratamento, de que ela havia se tornado uma paciente que tinha comportamentos questionáveis para alguém que “realmente

⁶¹ O/a leitor/a pode achar oportuno retornar ao capítulo anterior para a leitura de anamneses e outras questões relativas a escrita psiquiátrica.

desejava se tratar”. Laura já estava em tratamento há alguns meses quando cheguei à Clínica e segundo se lê em seu prontuário seu sofrimento havia começado muito cedo em sua vida, desde jovem, mas somente após uma situação de assédio no trabalho seu transtorno havia se desencadeado, e de maneira muito forte, constituindo um quadro que fora diagnosticado pelo psiquiatra como uma combinação de Transtorno de Humor e Transtorno de Ansiedade. Frequentemente Laura também se ausentava das atividades, deixava de participar dos grupos terapêuticos, “escapava” do tratamento quando tinha a oportunidade. Sua trajetória é atravessada por este cruzamento de eventos, interpretações e também do próprio sofrimento da paciente, que ficou retratado em vários dos momentos de interlocução que tivemos e também em seu prontuário.

As Reuniões de Equipe, assim como outras conversas entre profissionais, são *loci* importantes para observar como impressões, problemas, dúvidas, propostas, bem como as narrativas dos pacientes e aspectos da vida cotidiana, são compartilhados e coletivamente interpretados. Múltiplas agências podem ser atribuídas para as histórias que os pacientes contam ou para as histórias que chegam ao conhecimento da equipe⁶², tais como abandonar um emprego, discutir com alguém, não participar de um grupo terapêutico, faltar à Clínica, ter uma relação amorosa, entre outros elementos. Estes momentos são capturados por uma dimensão diagnóstica que ocupa o prontuário e que, além disto, também circula no cotidiano e faz emergir interpretações sobre os pacientes.

Vejamos alguns trechos da evolução do prontuário de Laura e como eles podem nos oferecer uma primeira cartografia das articulações entre comportamentos e histórias de um paciente e o

⁶² A Clínica-dia pode ser vista, neste sentido, como um lugar que – antes de circular categorias – circula necessariamente histórias. Chegam aos ouvidos de um e de outro não somente histórias acabadas, mas momentos da vida das pessoas, avaliações intersubjetivas, opiniões sobre as histórias das pessoas, conhecimento social implícito. Se pode saber sobre as pessoas – como já afirmei antes – por distintas fontes e dinâmicas. Tento oferecer uma possibilidade de olhar para como estas histórias vão tecendo quadros interpretativos sobre as pessoas.

processo de diagnóstico⁶³:

(01/07/2016 – Psicologia): “Foi admitida ontem pelo Dr. xxxx. Em atendimento individual, juntamente com sua mãe, investigo sua história. Muito **ansiosa, perfeccionista**, entende que desenvolveu esta personalidade em resposta as exigências do pai austero. Reconhece, e a mãe concorda, que **tornou-se parecida com o pai. Tornou-se tirana como ele**. Como seu pai a criticava e desqualificava, sempre **tenta provar a ele que é capaz**. Cresceu **insegura de suas competências**. **Sente mágoa em relação à mãe** porque não a protegeu e ficou do lado do pai. **Seu grande desafio é aceitar-se, ter a humildade de recomeçar**. Sua **auto-exigência é paralisante**”

(04/07/2016 – Psicologia): “A mãe xxxx trouxe a filha e aguarda para conversar. Preocupada porque **Laura está falando muito em suicídio, diz que a vida não tem sentido**. **Sente inveja de quem morre**. Está com infecção no ouvido. (...) ⁶⁴ **Laura fala de visões, que Deus fala com ela prometendo muitas coisas. Confusão mental. Diz ter premonições**. (...). **Fantasia muito, parece estar construindo delírios**. Cobra de Deus o que prometeu e não cumpriu. (...)”

(11/07/2016 – Psicologia): “Participa do grupo de TR ativamente. Depois pede individual para relatar o que considera um Dom. Há dois anos atrás, **após o falecimento de um primo, durante o velório, podia ouvi-**

⁶³ Retomo alguns elementos que abordei no capítulo anterior, especialmente a ideia de desdobramento dos enunciados.

⁶⁴ Vários trechos do prontuário estão suprimidos para proteger a confidencialidade de meu interlocutor.

lo pedindo ajuda e oração. Relata também que **já viu Jesus que lhe falava.** Relata também episódios de **influência espiritual negativa** quando sua mãe foi orientada por um padre a procurar auxílio. Relata também que escreveu um livro ditado por Deus. Admite que é muita sabedoria além de sua capacidade. Oriente e combine a continuidade da terapia individual”.

(29/07/2016 – Psicologia): “Paciente ausente na Clínica-dia. No último grupo terapêutico **trabalhamos relação com o pai.** Estava zangada porque o mesmo cancelou seu cartão de crédito quando constatou que Laura vinha gastando excessivamente em compras. **Trabalhamos a compulsão, relacionada a baixa auto-estima”.**

(15/08/2016 – Serviço Social): “Avaliação Social: (...), **está desempregada, recebe auxílio-doença. Possui plano particular, (...)** relata esta doente há um ano. Curso superior xxxxx”.

(18/08/2016 – Psiquiatria): “Relata que está melhor, que a Clínica-dia está ajudando. Voltou a ter **dificuldades para dormir** por falta da Quetiapina. **Estimulada a buscar mais atividades no dia.** Prescrição: Quetiapina 25mg 0-0-1 + Rivotril 0,5mg 0-0-1 + Haldol GTS 5-0-5 + Sertralina 50mg 1-0-0.

(01/09/2016 – Psicologia): “Sua mãe compareceu solicitando informação sobre a evolução da paciente. Realizei atendimento conjunto onde fica claro que a **paciente continua com descontrole de gastos, compra compulsivamente (...).** **Acredita que isto melhora sua autoestima.** Trabalhamos a causa raiz na sua puberdade quando sofria **bullying (sic) na escola.** Uso a técnica de

tratamento da criança interior. Teve encontro transpessoal com a sua avó, com quem tinha relação de afeto.

(02/09/2016 – Psicologia): “Participa do grupo transpessoal. Relata que durante a meditação inicial **teve a nítida sensação de que um primo de seu pai, já falecido, estava pedindo ajuda**. Relata que já vinha sonhando com ele algumas vezes. Oriento.”

(07/10/2016 – Psicologia): “Paciente presente na Clínica-dia. A mãe xxxx ligou informando que a paciente não está bem do estômago e não virá na Clínica. Oriento para que investigue melhor, que ela procure um P.A. A mãe deverá vir para cuidar da filha em xxxx.”

(10/10/2016 – Enfermagem): “Paciente presente na Clínica-dia. **Encontra-se deitada no sofá, com as pernas erguidas e de mini vestido**. Não deseja participação nas atividades de grupo”.

(13/10/2016 – Psiquiatria): “Ainda está **muito ansiosa, sente dor no peito. Não tem vontade para fazer as coisas, só vontade de dormir**. Dor no peito – parece que enfiaram uma faca no peito e está sangrando. Hoje está com **coceira no corpo** – relaciona com a diminuição do Haldol porque estava acabando, o Haldol é o único remédio que controla sua coceira por ansiedade. Anda muito desanimada, com preguiça e sem energia. Está sem paciência. Diz que não vê graça na vida que tudo é um tédio.

Prescrição: Quetiapina 25mg 0-0-1 + Rivotril 0,5mg 0-0-1 + Haldol GTS 5-0-5 + Sertralina 50mg 1-0-0

Estimulada a buscar um trabalho, a redefinir seus objetivos e a rever, junto com seu TR, o seu aproveitamento na Clínica-dia.

Paciente relata que já marcou atendimento psicológico individual.”

(14/10/2016 – Psicologia): “Participa do grupo **transpessoal onde afirma que sente a presença de um parente falecido que pede sua ajuda**. Acredita que tem uma missão de cura a cumprir e precisa encontrar um caminho. Procuro orientar. Cobrei sua falta na consulta de ambulatório e justifica que sua mãe queria ir junto, o que não justifica.”

(Trechos do prontuário de Laura. Diário de Campo. Grifos meus).

Nestes enunciados do prontuário de Laura, entre tantas questões importantes que podemos olhar, destacam-se a construção de uma narrativa que circula principalmente em torno de marcos interpretativos do campo da psicologia. A cada enunciado do terapeuta de referência o prontuário é abastecido com uma nova camada de interpretação sobre a paciente e distintos temas vão surgindo: a relação turbulenta com o pai, a presença de diálogos com Deus, a personalidade insegura e tirana, suas mágoas, suas compulsões, ser perfeccionista, ansiosa. Mais do que isto, no entanto, estas palavras se conectam com modos de a cada instante (re)caracterizar a paciente e seu quadro: desempregada, precisa buscar emprego, deve ter mais atividades, fantasia muito, fala em suicídio, entre outras questões. O mapa que estes trechos nos oferecem nos ajuda a ver, à primeira vista, como o próprio saber da psicologia sobre os pacientes está amparado no comportamento das pessoas, suas vivências, suas histórias.

É importante notar, a partir do que sugere Latour (1994) sobre a fabricação de “fatos” no contexto de laboratórios e manuais científicos, que os enunciados se desdobram em outros a partir de operações próprias da linguagem mas que sempre estão amarrados com a prática (p. 76). Um conjunto específico de valores presentes em um determinado enunciado conferem ou não facticidade para o que está sendo afirmado e tanto no curso de uma conversa, quanto na escrita de manuais, os enunciados interpelam e são interpelados

por outros enunciados. Cada novo enunciado, neste sentido, lança possibilidades interpretativas e também brinca, ao mesmo tempo, com a produção de sentidos⁶⁵ e, no conjunto com outros enunciados, pode construir dúvida, segurança, facticidade, credibilidade.

No caso de Laura o desdobramento dos diagnósticos permite a construção de seu quadro diagnóstico, onde a marca da interpretação por parte da psicologia é muito forte. A primeira evolução dos trechos acima contém uma boa apresentação desta situação: a “dificuldade nas relações com o pai” conduz ao desenvolvimento de uma “personalidade exigente e perfeccionista”, que por sua vez resulta na “insegurança de suas competências” e, por fim, na “necessidade de humildade para recomeçar”. Nas evoluções que se seguem há um predomínio da temática das experiências espirituais de Laura e, também nelas, vamos observar o desdobramento de enunciados. Mas a cadeia de desdobramento dos enunciados não se encerra em cada evolução, mas também se relacionam umas com as outras. Assim, no caso de Laura, temáticas novas vão emergindo e compondo uma compreensão diagnóstica própria dos processos de classificação e de interpretação que vem da psicologia: *bullying*, ideação suicida, compulsão, delírios, necessidade de participar do tratamento, e assim por diante.

Em Latour e Woolgar (1997) a expressão “enunciado”⁶⁶ é utilizada, aparentemente, para indicar não *qualquer* mensagem falada ou escrita pelos sujeitos do laboratório, mas mensagens com um arranjo persuasivo específico e que tem sentido e relevância particular dentro de determinados contextos. O mesmo se passa na Clínica-dia, sendo o prontuário, de certa forma, um espaço onde se apresentam teses sobre pacientes e onde se constroem modelos possíveis de interpretação sobre o adoecimento das pessoas, com

⁶⁵ Importante também levar em conta o que sugere Bakhtin (1994), ao dizer que não há posições definidas em um discurso (ao contrário do que sugeriu Jakobson, 2003) mas que emissão, recepção, compreensão são posições intercambiáveis e que não existiriam posições passivas no processo comunicativo (p. 290)

⁶⁶ Na tradução em inglês, o termo utilizado é *statement* e na tradução francesa *énoncé*.

predomínio – pelo menos neste caso de Laura⁶⁷ – da psicologia e da psiquiatria. Terapeutas de Referência, neste sentido, também trabalham com os comportamentos dos pacientes, eles dependem, por assim dizer, desta matéria vivida, daquilo que é compartilhado com eles, para tecerem ou construírem uma narrativa sobre doença que se apresenta de modo mais ou menos acabado, ainda que constantemente seja transformada em novos objetos ao longo do tratamento. Ainda que psicologia e psiquiatria compartilhem um conjunto diverso de competências, o prontuário de Laura nos mostra que ao invés do fechamento em uma categoria diagnóstica, logo após a anamnese, as interpretações diagnósticas se abrem e se multiplicam, principalmente recorrendo ao que estou denominando de uma leitura sobre os comportamentos da paciente em seu cotidiano.

Como já foi observado de modo consistente em vários trabalhos, sobretudo naqueles que tem problematizado a relação entre papéis de gênero e a consolidação de práticas psiquiátricas (CUNHA, 1989; ENGEL; 1997; RUSSO; 1996; WADI, 2006, HARRIS, 1993), os comportamentos dos sujeitos, padrões sociais, tendem a aparecer recorrentemente como sintomas ou razões diagnósticas no contexto da psiquiatria. Entre outros aspectos, várias autoras tem destacado a internação compulsória de mulheres que não se adequavam aos papéis sociais de cuidadoras, mães, esposas e, em suma, a psiquiatrização de comportamentos desviantes que, no século XIX sobretudo, coincidem com o não exercício de papéis sociais destinados a homens e mulheres.

A partir do século XIX, aponta Cunha (1986), o advento do modo de governo republicano e o processo de aburguesamento da sociedade de classes conduziu a uma cada vez mais frequente preocupação com o disciplinamento das relações entre as pessoas,

⁶⁷ Nem todos os prontuários que observei, como fica evidente no capítulo anterior, são tão explícitos no trabalho de delimitação de um modelo interpretativo sobre as pessoas, como as práticas psicológicas são um exemplo no prontuário de Laura. Em alguns casos, as funções burocráticas e de controle dos pacientes são a principal tônica dos prontuários mas, também, em outros, se pode observar as operações possíveis entre os comportamentos dos pacientes e as interpretações sobre eles pela equipe.

sobretudo as novas tensões e nova relações que emergiram a partir do crescimento dos contextos urbanos, das classes trabalhadoras, da população pobre, da modernização das cidades, e assim por diante. O alienismo, acompanhado das teorias da degeneração física e moral das populações, tendência que se observava desde o trabalho do psiquiatra Auguste Morel (CAPONI, 2012), tornavam a psiquiatria nascente um saber extremamente atento a um conjunto complexo de fatores: traços físicos, heranças familiares, comportamentos, trabalho, “influências morais”, entre uma variedade de outros aspectos.

Segundo Russo e Venâncio (2006) as perspectivas fiscalistas e morais da doença mental sempre acompanharam a psiquiatria em distintas configurações. Ainda que um viés biológico/físico voltasse a ter um impacto muito grande com o alvorecer da revolução farmacológica e também dos manuais diagnósticos, o olhar atento para comportamentos, influências morais, históricos familiares parecem ter se consolidado como enredos importantes onde se observa a doença. Mais do que isto, a tradição de pesquisa que aponte anteriormente nos indica outra marca importante da psiquiatria, relacionada à complexidade de fatores, campos da vida social, que ainda hoje são olhados pelo saber psiquiátrico em seu processo de classificação de doenças. Retomando, também, a discussão de Duarte (1994) a respeito da natureza físico-moral dos transtornos mentais, podemos entender que este tipo de relação foi evoluindo em torno de diferentes categorias ao longo do tempo, embora a própria relação da psiquiatria com o campo do moral (social, comportamental, simbólico) nunca tenha deixado de existir.

Voltaremos a algumas destas questões em outro momento da tese mas gostaria de ressaltar que esta variedade de temas para os quais os saberes da doença mental podem olhar, opinar, interpretar, classificar, nos lembra sobre a importante discussão travada contemporaneamente a respeito dos processos de psiquiatrização e psicologização da vida, apontados por vários autores (BIRMAN, 2014; AMARANTE, 2012⁶⁸; LEONE, 1999; DUARTE, RUSSO, VENÂNCIO, 2005). No entanto, ainda que não negue este aspecto,

⁶⁸ <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29782>. Acesso em 06 de Março de 2019.

sobretudo tendo em vista o alcance que os manuais de classificação parecem dar ao processo de diagnóstico, também tento observar outras torções deste ‘moral’ com ‘diagnóstico’ e as classificações relevantes no contexto de tratamento da Clínica-dia. Mais do que serem absorvidos e reinterpretados pela psiquiatria e pela psicologia, os comportamentos de Laura também constituíam uma camada de interpretação sobre ela no cotidiano, não necessariamente oposta ao seu diagnóstico de transtorno bipolar associado com transtorno de humor (F31 + F41, segundo seu psiquiatra), mas paralelo a ele. Da mesma forma, a apropriação da história de Laura em termos do desenvolvimento de uma personalidade insegura, tirana, conforme é construído pela psicologia, também não encerra os agenciamentos possíveis deste campo moral no cotidiano.

Uma primeira tensão que podemos observar no caso de Laura é, de maneira bastante explícita, o problema que se construiu em algum momento com o uso de determinadas roupas pela paciente e, igualmente, a ideia de uma pessoa empacada em seu tratamento, sem auto-percepção, sem auto-crítica. É importante observar, neste sentido, que o comentário sobre o uso de roupas inadequadas – no contexto do prontuário – emerge da enfermagem, que é um dos saberes que possivelmente está em maior contato com os pacientes no cotidiano, o que talvez nos indique que o uso dos comportamentos dos pacientes como índices de sua participação, ou não, dependem mais das operações e interações cotidianas do que propriamente dos processos de consulta e observação psiquiátricos. É interessante observar, também que a despeito de sua participação ativa no grupo de TR (psicologia), em um dos primeiros enunciados do prontuário, a imagem de sua pouca participação em outros grupos é que acaba se cristalizando, sedimentando a imagem da paciente como pouco participativa.

Voltaremos na última parte da tese a como o processo terapêutico é dominado por uma poderosa retórica sobre autonomia, adesão e participação, a qual esta dimensão da história de Laura está inegavelmente conectada. No momento, no entanto, quero chamar atenção para a circulação de compreensões sobre Laura a propósito destes seus comportamentos e, neste aspecto particular, para além do prontuário, um outro campo contribui de

modo importante, as Reuniões de Equipe e os modos como as várias categorias vão sendo contrastadas e debatidas.

Nas reuniões de equipe nomes de pacientes são lançados e, em seguida, os profissionais vão apresentando comentários, histórias, opiniões sobre o nome apresentado. No caso de Laura a principal queixa dos profissionais era com relação ao comportamento indiferente que vinha demonstrando e pela falta de participação nas atividades da Clínica. Reclamou-se que ela cochilava o tempo todo nos sofás, que não aderira ao tratamento e não engajava nas atividades. Além disto, ela também vinha frequentemente com roupas que eram vistas como muito apertadas para o contexto da Clínica e, segundo membros da equipe relataram, “dormia com as pernas abertas” tornando possível que sua roupa de baixo fosse vista. Além da reclamação direta do “comportamento” da paciente, os comentários também eram acompanhados sempre de palavras que pareciam compartilhadas pela maioria dos profissionais e que ouvi durante toda a pesquisa de campo, como a “falta de autocrítica”, ou falta de “crítica pessoal”, de “auto percepção”.

As reuniões de equipe aconteciam sempre às terças e quintas-feiras, pela manhã, antes da chegada dos pacientes à unidade. As reuniões de equipe são um momento onde os profissionais vão discutir coletivamente casos específicos escolhidos entre os pacientes da Clínica-dia. A cada reunião, na verdade, um ou dois dos terapeutas de referência apresentam os pacientes sobre os quais desejam opinião da equipe. Outros profissionais podem pedir sobre outros pacientes ou estender a discussão para outros tópicos que, eventualmente, não tivessem sido abordados pelo TR ou o restante da equipe. Apesar deste princípio organizativo, a reunião geralmente acontece de modo mais solto, com vários dos profissionais trazendo histórias e questões que chamaram sua atenção nos dias anteriores. A reunião, em geral, é um momento descontraído e onde muitas informações eram compartilhadas – desde particularidades da equipe, até particularidades da vida dos pacientes que eventualmente chegassem ao conhecimento de algum/a dos profissionais. Na maioria das vezes a coordenação da Clínica fazia muita questão que todos participassem, pois era, a rigor, o único momento – salvo algumas festas e encontros fora da

Clínica, os quais nem sempre eram frequentados pela totalidade dos profissionais – em que as pessoas da equipe podiam se encontrar na ausência completa de pacientes. Assim, a reunião de equipe era um momento de encontro e de conversa entre profissionais e, também, um momento em que “casos psiquiátricos” precisavam ser conversados, altas decididas, comportamentos entendidos. Na reunião, temas do cotidiano, como quem iria abrir os portões, se os banheiros estavam limpos, se alguém andara fumando no interior da unidade, se a Instituição havia feito alguma solicitação ou crítica, entre uma vastidão de outras questões precisavam ser abordadas.

Apresento abaixo uma cena deste encontro dos profissionais a qual narro, para fins de fluidez textual e também para aumentar a possibilidade de proteção do anonimato de meus interlocutores, de modo compósito, a partir de algumas experiências de participação nestas reuniões. Meu posicionamento nas reuniões era, de fato, de observação e, como voluntário, de eventual participação mais ativa, comentando situações que eram apresentadas. De maneira geral, no entanto, eu anotava tudo o que fosse possível, no curto e rápido tempo em que a reunião se processava, das falas dos profissionais, comentários, tensões que surgiam, opiniões e assim por diante. Como nestas reuniões muitos sujeitos são nomeados optei pela sua não identificação com nomes fictícios mas apenas letras aleatórias para marcar a referência e a relação entre comentários e nomes.

A Reunião se inicia com uma oração que geralmente é puxada pela coordenadora da unidade, seguida da leitura de uma pequena mensagem. No dia que participo da reunião a coordenadora chama atenção para a importância de *“Fazer oração pela manhã, ao chegar na Clínica. Existe a proteção mas precisamos pedir, receber. A Clínica está passando por uma fase difícil e está com muitas energias pesadas. A equipe precisa não só pedir, mas receber a proteção e bênçãos”*. A equipe concorda sem, no entanto comentar, e rapidamente o nome de C. é dito em voz alta, e é sucedido por comentários de uma das psicólogas, *“Ela faz tudo do jeito que ela quer”/ “histórica, transtorno de personalidade, super histriônica”/ “A alta foi boa porque deu um limite pra ela, e ela não tem limites”*. A psicóloga também comenta que o psiquiatra havia tratado C. como bipolar, mas que o problema dela era um transtorno de personalidade e que, portanto, o tratamento acabara deixando-a com o medicamento errado. Mais recentemente o profissional também estava tirando medicamentos mais pesados e trocando para outras medicações, o que na perspectiva de muitos acabou

ajudando para a ocorrência da crise do dia anterior. Outro profissional diz que tudo que C. precisa agora é *“um cinto, uma porta e uma maçaneta”*, querendo dizer que ela está em grande risco de suicídio e que qualquer coisa poderia levá-la a isto agora.

No meio tempo, enquanto a equipe discute o caso de C., A. sobe até a reunião (pela porta da cozinha, por onde, em tese não poderia entrar) e avisa que o portão do estacionamento estava aberto. Há já algum tempo a equipe passou a escolher algum dos pacientes para ficar responsável pela abertura do portão pela manhã, sobretudo após o roubo da televisão da Clínica num dia em que o portão estava aberto. A. fica, então, na entrada da Clínica, com a chave, e conforme os pacientes vão chegando ele abre o portão. Sobretudo nos dias de reunião a equipe conta com esta posição dos pacientes, pois não há controle automático e o interfone fica há alguns metros da sala de reuniões o que muito frequentemente provoca atrasos nas reuniões ou incômodo durante a mesma. *“A. está se achando o funcionário. Querendo mais benefícios”*/ *“A. estava adequado, agora não está mais”*/ *“Essa situação não aconteceria se tivéssemos um monitor para cuidar do portão”*/ *“Enfermagem e cuidar do portão não se casam bem”*. A é informado de que não pode entrar na Reunião ou acessar o espaço da Clínica enquanto o horário das atividades não se inicia propriamente.

Rapidamente, mais uma vez, o grupo de profissionais passa a nomear as pessoas para obter comentários. Coordenadora e terapeutas de referência tomam notas de tudo, sobretudo das narrativas que são trazidas pelos profissionais da enfermagem e o restante dos profissionais que estão mais presentes no cotidiano. *“P.!”*, *“P. recebeu alta por abandono”*. *“E a F?”*, *“F. eu acho que está envolvida com um paciente do AD⁶⁹”*/ *“Mas eu acho que agora e; a não tem que decidir nada sobre relacionamento”*. *“G!”*/ *“G. sai cuidar sempre da irmã que é doente”*/ *“Mas todo dia?!”*. *“L!”*/ *“Não sei e vocês viram mas ele tá com um tufo de cabelo cortado?!”*/ *“Ele cortou a cabeça!”*/ *“Ué, mas deu ponto?”*. A reunião segue passando rapidamente por vários dos pacientes, e esses comentários vão sendo coletados. Em alguns casos a equipe para fazer mais comentários, como no caso de Z. *“Ela me disse que tá tendo alucinação, pensando em a voltar para o integral, mas aí bate com a perícia, com esse momento”* / *“Passei por um ponto de ônibus e encontrei ela conversando com outra paciente com as pernas entrelaçadas, conversando muito próximas”* / *“Claro, não é por nada, mas a gente vê que pessoas que estão em um estado realmente doente não tem nenhuma libido, e aí você vê uma pessoa com as pernas sobre outra pessoa, falando perto da boca. Será que há sofrimento?”*. Z. vinha estabelecendo uma relação de proximidade com outra paciente e principalmente psicólogo e assistente social entendiam que esta relação não era benéfica para elas pois Z. cairia mais uma vez numa lógica de cuidar de outra pessoa, de se entregar, *“bançar a mãe”* como sempre fazia em suas relações. Além disso, a equipe estava começando a duvidar se havia um sofrimento real dado esse o início desta intimidade. Eu argumento

⁶⁹ Unidade de Álcool e Drogas da instituição.

que apesar da intimidade as duas pareciam mais envolvidas nas atividades e, ao passo que antes nunca participavam das atividades, agora participavam juntas, uma levava a outra. O terapeuta me responde que ninguém tem que ser responsável por ninguém e que, as duas pacientes, deveriam ir por vontade própria as atividades. O problema principal de K. era que ela tendia a agir como mãe de seus parceiros afetivos e que esta relação não seria boa pra ela. A equipe decide observar e acompanhar o caso, pedindo para que as pessoas da equipe fiquem atentas aos comportamentos de K e da outra paciente de quem estava se aproximando.

A equipe passa para o caso de N. paciente nova. O terapeuta comenta que não havia o que falar dado que ainda não havia feito sua anamnese. A terapeuta ocupacional, no entanto, começa a descrever a paciente – *“professora, 40 anos...”* – e diz que ela já havia feito descrições da paciente em seu prontuário e que seria possível falar sobre ela. O grupo, no entanto, não comenta o caso de N, em função da falta da anamneses psicológica da paciente. *“Vamos então pro Y!”*. Enquanto psicólogos do grupo afirmam que o paciente *“Não tem aproveitamento!!”*, outras pessoas no grupo afirmam que em seus grupos ele tinha, sim, aproveitamento. *“Vocês pediram pra participar, ele tá participando”*. Um dos psicólogos, no entanto, responde, que o paciente podia *“até participar mecanicamente, mas nunca com uma participação com conteúdo”*. A equipe fecha a reunião decidindo por uma *“Alta com indicação para ambulatório”*.

(Diário de Campo)

O que chama atenção nas reuniões de equipe e que se evidencia na composição que apresentei acima é a rapidez com que os pacientes vão sendo apresentados e abordados pela equipe. Na reunião, as histórias dos pacientes, que se tornam mais acessíveis aos profissionais da enfermagem e alguns outros terapeutas que também estão em mais contato no cotidiano, são muito importantes para a dinâmica dos encontros profissionais. A reunião de equipe procede, propriamente, a partir do compartilhamento de histórias e momentos da vida dos pacientes, que são – embora nem sempre – brevemente comentados. A partir do que é visto pelos profissionais e, também, a partir dos eventuais momentos em que pacientes sejam reconhecidos em contextos fora da Clínica, os profissionais conseguem produzir impressões sobre as doenças e o quanto o quadro dos pacientes pode ser tomado como verdadeiro, como *“reais sofrimentos”*, como é ventilado por um dos profissionais na história acima.

Uma outra dimensão desta avaliação constante dos comportamentos dos pacientes é a possibilidade de distinguir momentos críticos do tratamento das pessoas. O caso de C., neste sentido, é muito significativo sobre a maneira com que discursos dos pacientes, comportamentos, vão sendo desdobrados para produzir impressões sobre determinados momentos da doença. Inicialmente considerada como um caso de transtorno de personalidade, como histérica, histriônica⁷⁰ o comportamento de C., na mesma conversa, também é tomado como uma manifestação de desequilíbrio da medicação e de alguém para quem a alta cumpriu um papel de limitadora do comportamento. Voltaremos ao caso de C. para refletir rapidamente sobre a categoria da “personalidade” no contexto da Clínica, mas é interessante observamos, em um primeiro momento, como a mobilização de “histérica” e “histriônica”, por exemplo, reiteram o acionamento de diagnósticos/categorias psiquiátricas como formas de classificar sujeitos. O momento de crise de C., colocado discursivamente dentro de um quadro maior, onde medicação e o comportamento da paciente seriam marcos importantes, permitiu também distinguir que ela estava num momento de bastante propensão⁷¹ ao suicídio.

As reuniões de equipe, também evidenciam posições entre profissionais e o lugar dos vários saberes na constituição de interpretações e comentários sobre doença e sobre sujeitos – ainda que, sabidamente, eu não explore aqui toda a complexidade deste cenário etnográfico. Ainda que eu esteja tentando mostrar como os enunciados emitidos pelos profissionais fazem parte de um processo de avaliação constante das ações dos pacientes e que também desaguam em processos classificatórios na vida cotidiana, é importante não perder de vista as operações dos saberes que atuam no campo psiquiátrico. Pode ser interessante, neste sentido, recorrer rapidamente ao trabalho de Foucault (2008) para pensarmos este

⁷⁰ “Transtorno de Personalidade Histriônica”, segundo o DSM, seria um tipo de “padrão de emocionalidade” e de “busca de atenção em excesso”. (APA, 2014, p. 646).

⁷¹ Nos dias que seguiram a este evento, veremos, C. de fato tentou suicídio de distintas formas. Voltou a ser internada no Hospital e, mais para frente, retornou mais uma vez à Clínica-dia.

aspecto das reuniões de equipe. As reuniões e o modo particular com que precipitam, ao longo de sua duração, leituras sobre os pacientes, chama atenção para como os enunciados emergem como um produto de suas próprias condições de existência. Isto é, o sentido dos enunciados não está autocontido, mas ele é definido sucessivamente pelas próprias operações que o constituem e, necessariamente, no cruzamento entre diversos “domínios de estruturas e de unidades possíveis” (FOUCAULT, 2008, p. 98). Sua emergência como um conteúdo concreto, neste sentido, não seria necessariamente um processo, mas um evento (ARAÚJO, 2014, p. 191), que decorre da ocupação de uma posição no espaço e no tempo por um ou diferentes sujeitos.

No caso da narrativa acima vemos que, ainda que os pacientes estejam em um contato bastante intensivo com enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, voluntários, muito mais do que propriamente com seus psicólogos, o lugar da fala sobre o psíquico é reservado ao terapeuta de referência e eventualmente ao psiquiatra (que muitas vezes é consultado posteriormente, dado que não participa das reuniões de equipe). O conhecimento psicológico e psiquiátrico sobre a doença emerge pelos próprios regimes – de verdade, de classificação – que caracterizam as condições históricas e sociais de existência destes saberes. Esta posição fica evidente nos prontuários, no desenrolar dos “casos” construídos e, também, no que tenho apresentado aqui, nos modos como alguns psicólogos compreendem a centralidade de suas práticas no processo de avaliação dos pacientes. Ainda que muitos terapeutas entendessem que determinados pacientes já podiam ser abordados ou que tivessem rendimento na Clínica, a palavra que pesava sobre decisões como dar alta ou interpretar alguém como não aderindo, dependia muito dos processos interpretativos que emergiam dos comentários dos terapeutas de referência. O mero fato de que é a psicologia quem, costumeiramente, pode dizer se um paciente tem rendimento ou não ou se sua participação é válida no contexto do tratamento, já enuncia características importantes que fazem parte das dinâmicas do diagnóstico e do tratamento na Clínica-dia.

Esta emergência do enunciado profissional, no entanto, também precisa ser vista à luz de seus próprios desdobramentos e

efeitos no contexto da Clínica-dia, inclusive em como mobilizam outros profissionais em torno de sua negação ou validação. O caso de Laura, por exemplo, mostra um outro lado desta situação. Seu caso evidenciava um contexto em que a maioria dos membros da equipe entendia que o TR estava sendo descuidado com o tratamento e manipulado pela paciente. A posição adotada pelo TR, de manter a paciente na Clínica, não era referendada pelo restante da equipe. Quando Laura foi apresentada em uma das reuniões de equipe que participei o primeiro comentário a ser emitido por uma das pessoas da equipe é a de que ela estava “*Empacada*”. Ao comentar sobre sua situação a equipe lembra, num período em que seu TR estava fora da Clínica, em período de férias, que a paciente havia afirmado que não viria conhecer a TR substituta e que havia apresentado muitas justificativas para não participação do grupo da nova profissional. Ao surgir, o comentário faz com que os profissionais se incomodem com a possibilidade da paciente ser privilegiada pelo seu TR. No curso da conversa a equipe, por sua vez, entende que não tinha mais com o que contribuir com a trajetória de Laura e outro dos profissionais ressalta que ela tinha avisado há alguns dias que andava brigando demais com o namorado e que, mesmo assim tinha sido avistada se relacionando com outra pessoa. “*Falou que estava brigando com o namorado mas foi vista falando com outro homem estranho na frente da Clínica*”/ “*Aí tem uma alta rotatividade*”/ “*O que tinha pra ser feito aqui foi feito*”/ “*não tem o que fazer, não vai mudar*”. A equipe concorda pelo desligamento de Laura da Clínica, mas combina que dará mais um mês para “*construir a alta*”, conversar e explicar à paciente que ela não tinha rendimento. Ao retornar seu TR deveria encaminhar com ela o desligamento da Clínica.

Mais tarde em minha pesquisa, conversando com uma das pessoas da equipe, algumas das dimensões relacionadas a vida de Laura são exploradas por minha interlocutora. A profissional afirmava que, na realidade, não havia nenhuma doença e que sua doença – mesmo o espectro espiritual que parecia existir e que era abordado pelo seu terapeuta na Clínica – na verdade eram reflexos de sua não aceitação da pessoa que era e também da educação severa em família. A profissional então afirmou que Laura era, na verdade, de fato, “vulgar”, “promíscua”, sua coceira nas partes

íntimas reforçava isto. Ressalta que não havia problema com estes desejos, nem com o uso dos vestidos, tão criticados pela equipe, mas que era importante que ela tivesse consciência deste lugar e que ali “não havia mais nada a ser feito por ela”. Portanto, a profissional concorda que era necessário realmente fazer um trabalho de auxílio e de conscientização com a paciente, mas que ali na Clínica havia uma tendência a ver esses seus traços como doença. Em tom jocoso, adiciona, ao final:

“Ela está sendo tratada enganosamente como um problema espiritual”/ “O que se quer curar é a promiscuidade dela, mas isto não é uma doença. Ser quenga não é doença [risos], eu mesma já fui”.

Sua permanência na Clínica e as diversas investidas terapêuticas da psicologia e da psiquiatria no seu tratamento tensionaram as relações profissionais a um ponto em que terapeutas de outras áreas entendiam que a paciente precisava ser desligada: ela tinha um comportamento que era visto como manipulador, não precisava de atendimento, não estava realmente doente. Ainda, portanto, que se possa argumentar que psicologia e psiquiatria tenham uma centralidade no tratamento, sobretudo hierarquicamente diante de outros saberes, a pressão que a convivência com os pacientes exerce na maneira como pacientes vão sendo interpretados – como é um exemplo a evolução da enfermagem em seu prontuário – conduz a processos que vão colaborando com a definição de posições e relações durante o processo de tratamento de um paciente na Clínica.

Também entre pacientes, eventualmente, em minhas oficinas de antropologia, quando conversávamos, Laura era muita questionada por outros pacientes sobre o “por quê vinha para a Clínica”, já que não “escutava ninguém”, “não participava”. Esta não participação – ainda que não fosse exclusividade sua – rapidamente passa a ganhar um contorno negativo junto aos demais pacientes, chegando, certa vez, a ser comentado pelo TR sobre a contradição que era uma paciente que se dizia muito doente mas que, ao mesmo tempo, não comparecia à Clínica para o tratamento. O problema

das roupas desta paciente, seu comportamento considerado eventualmente vulgar e a não participação das atividades não eram sempre um problema em sua trajetória de tratamento, mas foram se constituindo como modos importantes de interpretar Laura, como categorias que emergiam dos encontros dos profissionais e suas posições, suas observações e avaliações sobre a paciente, as ações que ela tinha no cotidiano, o modo como ela navegava o tratamento e interagia com os profissionais (e quais), e assim por diante.

* * *

Penso que seja importante olhar para o que estou apresentando nesta sessão como uma das articulações resultantes dos encontros entre profissionais e pacientes no contexto da Clínica-dia, articulação que faz parte do processo de emergência de categorias e classificações no cotidiano. As dinâmicas que busquei mostrar aqui evidenciam, entre outras coisas, relações de poder entre estes sujeitos, modos de agenciar e de interpretar doenças e diagnósticos, bem como modos de acionar discursos e categorias psiquiátricas, categorias morais ou a própria constituição de uma moralidade característica do processo de tratar. Mais do que isto, no entanto, gostaria de sugerir que estas articulações estão também associadas com uma dinâmica ou uma dimensão do que se compreende como “cuidado” no contexto da Clínica-dia.

Annemarie Mol discute em uma de suas obras mais recentes – *The Logic of Care: health and the problem of patient choice* – a respeito dos tensionamentos entre as ideias de *escolha* e *cuidado* a partir de um estudo sobre diabetes e práticas de cuidado em um hospital holandês (MOL, 2008). A autora comenta, em primeiro lugar, sobre a centralidade da ideia de “escolha individual”, não somente em contextos de saúde mas também na própria constituição de ideais das sociedades ‘do ocidente’ (de organização, finanças, cuidado de crianças, entre outros) (p. 4). “Os outros” (não ocidentais), por outro lado, seriam retratados como sem autonomia, incorporados (*embedded*) a comunidades, ‘sem escolha’. (idem).⁷²

⁷² A discussão de Mol (2008) evoca, embora não percorra o mesmo caminho

Três situações são apresentadas pela autora para caracterizar as dinâmicas da “escolha” no ocidente. Conforme Mol (2008), (1) no surgimento de tecnologias reprodutivas, o discurso médico se voltou centralmente para a impossibilidade de negar a “escolha” (*choice*) de uma mulher que desejasse realizar o procedimento (p. x). A mobilização da “escolha”, como uma categoria contra a qual não se argumenta (relacionada ao desejo do sujeito, seu querer e sua individualidade), soterraria outros debates que poderiam ser levantados com relação a utilização de tecnologias reprodutivas. O respeito à escolha, neste quadro, implicaria também numa própria dimensão do cuidado em saúde, permitir a escolha seria também uma forma de cuidar.

Em (2) contextos de internamento de pacientes psiquiátricos, a lógica da escolha (*logic of choice*) não seria uma constante entre profissionais, pois existiria uma tensão relacionada a existência ou não de “escolha” entre estes pacientes. Observando os posicionamentos de psiquiatras, especialistas em ética e psicoterapeutas com relação à uma situação hipotética onde um paciente acorda indisposto e prefere não levantar e participar de atividades, Mol observa que enquanto, para alguns, respeitar a decisão do paciente implicaria em permitir que ficasse deitado, para outros, permaneceria a dúvida sobre a existência ou não de uma escolha correta do paciente, dado que possivelmente poderia ter seu juízo afetado pela ocorrência de doenças psicóticas, depressão grave ou outras enfermidades. Em vista de uma impossibilidade de julgamento definitivo sobre a capacidade de escolha de pacientes psiquiátricos, o que predominaria nestes contextos seria uma lógica do cuidado (*logic of care*).

Práticas de saúde, neste sentido, tenderiam a entender que “um paciente que não deseja levantar, precisa de **cuidado**” (Mol:

analítico, uma discussão bastante prolífica na antropologia da saúde brasileira, que diz respeito a centralidade da noção de pessoa moderna ocidental como indivíduo em várias construções culturais sobre saúde, sofrimento e cura. Vários autores retomam como a noção de indivíduo, e os ideais de autonomia e participação, redundam em vários traços que constituem o campo da psiquiatria. (Conferir, por exemplo, Duarte, 1986; 1994 e Venâncio, 1990; 1998, apenas para citar algumas destes trabalhos).

2008, p. xi). Em contextos de tratamento psiquiátrico, ainda, para os profissionais apresentados por Mol (Idem), os pacientes precisariam precisamente aprender a “fazer escolhas” (*make choices*), como uma parte importante do próprio tratamento – adaptar-se a regras compartilhadas, ter uma rotina para “ter uma vida melhor”. (Idem, p. 10). Dentro deste quadro interpretativo oferecer a um paciente a oportunidade de ficar na cama seria na verdade uma forma de negligenciá-lo (2008, p. xi).

O terceiro exemplo vem da própria experiência da autora, ao longo de sua gravidez nos anos 1990. Seguindo estatísticas relativas ao nascimento de pessoas com síndrome de Down de mães com mais de 35 anos, Mol (3) se dirige ao Hospital para um procedimento de amniocentese⁷³, a fim de avaliar a situação do feto. O procedimento no entanto tinha um risco considerável de causar aborto espontâneo e, dentro deste contexto, Mol preocupava-se com os possíveis resultados. Ao expressar sua preocupação – “*Espero que tudo dê certo!*” (p. xi) – a autora no, entanto, escuta do profissional que lhe atendia que “aquilo” – o exame – era sua “própria escolha”, indicando que ela é que havia decidido passar por aquele procedimento e que, ao fim, as consequências e responsabilidades desta escolha eram dela, paciente, e não da profissional.

Nos casos que apresentou “escolha” aparece articulada de diversas formas: no primeiro caso como uma forma de garantir uma liberdade e escolha individual; no segundo articulado com uma lógica de *cuidado* e, portanto, reenquadrando escolha em uma dimensão onde ela está ausente e precisa ser reintegrada e; por fim, num terceiro momento, onde a autora chama atenção para as relações entre a lógica da escolha e, ao contrário do que estaria sendo sugerido no primeiro contexto que apresenta, uma diminuição na própria dimensão do cuidado em si, dado que o paciente é que acaba sendo individualmente responsabilizado.

Interrogando em torno destas articulações, Mol (idem) chama atenção para os (re)enquadramentos morais que campos como o da tecnologia e da manufatura de medicamentos, como fazedores do bem, tem na experiência de um sujeito doente,

⁷³ Coleta de material amniótico para análise.

sobretudo por que mobilizam a potência da escolha. Em seu estudo sobre diabetes, por exemplo, comenta que a eventualidade do diagnóstico imediatamente joga o paciente na necessidade de tomar a *decisão certa*, de *decidir tomar o medicamento*, e que a atitude contrária normalmente teria o equivalente moral de um suicídio (p. 78), tamanho o sentido que a toma de medicamentos tomou no contexto da tecnologia dos fármacos. Assim, neste sentido, ainda que o paciente tenha a “escolha” de não tomar medicamentos ou não participar de atividades, o que está em jogo na lógica do cuidado é a atitude em si tomada pelo sujeito, sua prática e sua decisão de “fazer o certo” (p. 78).

Estes trechos que evoco do trabalho de Mol (2008) são muito relevantes para as situações que tenho tentado descrever nesta tese e ressalta como as categorias circulam em diversos enquadramentos. Antes de mais nada, a autora evidencia a relação entre tratamento e moralidade, sobretudo a partir do breve comentário que trouxe sobre a toma da insulina, que ressalta a atribuição constante de sentido às ações e decisões dos pacientes. Em segundo lugar, ao retratar distintos enquadramentos éticos oferecidos por diferentes profissionais no contexto do tratamento psiquiátrico, a autora ajuda a ilustrar o que quero dizer quando tenho apontado que, na Clínica-dia, são produzidos cotidianamente distintos enquadramentos para o que se entende por doença e diagnóstico. A tensão existente entre os profissionais dos quais fala Mol (2008) entre pensar a atitude do paciente como exercício de uma liberdade individual ou como uma incapacidade de escolha, redundando na intervenção psiquiátrica a partir de uma lógica do cuidado. Isto ilustra também a coexistência de percepções da depressão, bipolaridade e ansiedade mas, ao mesmo tempo, também, de Laura como insegura, promíscua ou desatenta com o tratamento.

Uma comparação com a estratégia que busco seguir neste capítulo, é bastante necessária e pode nos ajudar a compreender o que busco fazer. Da mesma forma como uma lógica da escolha é capturada de diferentes formas nos contextos apresentados por Mol (2008), também na Clínica-dia, o campo dos comportamentos e ações dos pacientes são capturados por diferentes processos interpretativos.

No caso de Laura, especialmente, vemos que a lógica de suas escolhas é constantemente questionada, como ademais será feito de modo sistemático com vários pacientes. Ainda que ela faça escolhas – o que pode, por definição, ser lido como o exercício desta individualidade ocidental irrestrita – o que lhe falta é agir na direção daquilo que implicaria no seu efetivo tratamento: participar das atividades, estar presente na Clínica, aceder às recomendações para uso de roupas mais curtas. “Cuidar”, no caso de Laura, como ilustra Mol (2008) é, inextricavelmente, em alguma medida, retirar-lhe significativamente, sua “escolha”, o que ressalta, portanto, não exclusivamente um comportamento classificatório mas também uma dinâmica do cuidado no contexto da Clínica-dia.

5.2. “ADOECER PARA MELHORAR”

“É necessário, em alguns casos, adoecer o paciente pra que ele descubra as coisas.”

“Saúde mental para ela é manter-se na doença”

(Falas de profissionais da Clínica-dia. Diário de Campo)

Fica claro que na Clínica-dia, ecoando as discussões de Goffman (2008) ao falar sobre as dinâmicas de encobrimento e manipulação do estigma, existe um “manuseio” da doença/estigma para ganhos sociais, para construção de uma identidade social. No entanto, não somente os pacientes, mas também os profissionais, *manuseiam* doença, a produzem e a (re)contextualizam constantemente, como temos visto. Tomo como dado o fato de que os sujeitos agenciam e articulam suas doenças de diferentes formas, o que certamente não é uma particularidade da Clínica-dia ou de pacientes psiquiátricos, como sugeririam alguns dos profissionais com quem convivi. O agenciamento da doença é um elemento intrínseco da própria experiência e, portanto, dos sujeitos que convivem, relatam, resistem, rejeitam, aceitam, informam, enfim, quem experienciam a doença. Do ponto de vista da equipe, no entanto, muitos dos movimentos dos pacientes com relação à suas doenças – alguns dos quais veremos aqui – dificultam o tratamento,

indicam irresponsabilidade, desinteresse na melhora da doença, principalmente por que já existe um conjunto de modelos e de práticas em torno das quais um tratamento deve acontecer e, portanto, em torno dos quais um sujeito em tratamento deve se constituir. Busco aqui explorar alguns cenários etnográficos onde a manipulação aparece como uma forma de constituir sujeitos e processos de tratamento, buscando compreender mais um traço da vida cotidiana dos pacientes da Clínica e, também, perceber as dinâmicas que envolvem equipe, pacientes, tratamento e cuidado em meu contexto de pesquisa.

Começemos pensando sobre a relação entre dores físicas e dores mentais. “Fingir” uma dor de cabeça, por exemplo, é uma estratégia relativamente corriqueira para deixar de ter a equipe debatendo ou questionando uma narrativa de doença e, também, para manter-se fora de atividades ou evitar participar de grupos terapêuticos. Sendo a dor de cabeça um objeto ou fenômeno não necessariamente classificável pela equipe ela passa ao largo da possibilidade de classificação da equipe. Uma variedade de outras dores (dores de estômago, alergia, diarreia) seriam apresentados pelos pacientes, em seu cotidiano, para conseguiriam manter um certo nível de poder e de controle sobre a narrativa, diferente de problemas mais associados com os transtornos mentais (tais como o choro, tristeza, não participação, agressividade, entre outros). Como existe uma pressão para que os pacientes somente tratem de assuntos relativos à saúde mental no contexto da Clínica, a apresentação de doenças não necessariamente vinculados ao *mental* permite um escape das interpretações diagnósticas. Além disto, vários sintomas, incluindo a dor de cabeça e a diarreia, dores musculares, mesmo asma, e uma série de outros, são também reconhecidos pela equipe como problemas típicos durante o tratamento, por seu fundo emocional, pelo impacto da toma de medicamentos, pela ansiedade, entre outros.

Como apareceu em algumas das narrativas que apresentei até este ponto, os profissionais da Clínica-dia não estão desatentos para esta circulação das dores e doenças no cotidiano mas, de maneira geral, não se posicionam explicitamente sobre elas: é possível que os pacientes estejam tentando manipular a situação a seu favor, mas também é possível que sejam dores “reais”. Nas reuniões de equipe,

portanto, como nos enunciados que abrem esta seção, os profissionais iriam sempre colocar em perspectiva – entre si – a verdade das narrativas dos pacientes, os comportamentos que vinham apresentando, como fizeram no caso de Laura. Em seus diálogos profissionais, a vida diária dos pacientes, especialmente se vinham apresentando muitas dores físicas, se precisavam sempre sair para fazer exames, se aproveitavam momentos de abertura do portão para irem embora, se dormiam demais, se não participavam nos grupos, entre outras avaliações, iam constituindo o imaginário dos profissionais sobre os pacientes.

A maneira principal por meio da qual a Equipe consegue, em minha observação, implicitamente controlar as possibilidades de agenciamento da doença pelos pacientes, se dá precisamente em torno da manipulação das próprias categorias diagnósticas. Amparados no próprio modelo de tratamento da Clínica-dia – que esta suportado, de modo geral, na reforma do eu e do comportamento pessoal como critérios para o desenvolvimento da melhora – a equipe sempre teria a possibilidade de levantar em momentos chave das atividades cotidianas (nas Assembleias, nos Grupos de TR, nas Rodas de Conversa) o questionamento sobre as qualidades “morais” dos pacientes”: se aquelas seriam posturas de alguém que desejava curar-se, que a “mentira” ou o “fingimento” e a “manipulação” seriam práticas de quem não estaria verdadeiramente doente, que é importante aproveitar a Clínica para participar e falar sobre doenças mentais e não focar em outras enfermidades, entre outras falas.

Definir um diagnóstico psiquiátrico concede muitas vezes um alívio a muitos pacientes que, como aconteceu na maioria das histórias que conheci, estão há muitos anos duvidando de si mesmos e lutando com o tema da legitimação do que sentem. Ter um diagnóstico psiquiátrico, neste sentido, muitas vezes provê um modelo de relação dos sujeitos com suas doenças. Em minha experiência na Clínica, uma das principais frases que ouvi de pacientes se relacionava precisamente com a “verdade” de suas doenças: *“Mas eu realmente sou doente, não é brincadeira”*, *“Eu tenho depressão mesmo”*, *“O meu caso é depressão de verdade”*.

Neste contexto, negar um diagnóstico ou levantar um questionamento sobre a realidade de uma doença, ainda que

implicitamente, podia sempre reinstaurar a dúvida sobre a legitimidade do sofrimento e também, por assim dizer, a própria ansiedade e o sofrimento em torno da classificação. O fato de poderem não somente instaurar, mas questionar doença, funcionava, em minha perspectiva, como um modo de manejar a impotência da equipe diante da alegação de outros problemas que eram percebidos como manipulação ou como inverídicos. A Clínica se mostra, assim, não somente um espaço de produção de diagnósticos, mas também de seu controle, manipulação e manuseio.

Alguns exemplos disto podem ser vistos na maneira como a equipe aborda alguns tratamentos dentro do que consideram uma necessidade de *adoecer para melhorar*. Adoecer, em minha experiência da Clínica-dia, é uma metáfora importante para o processo de tratamento, pois um/a paciente não adocece simplesmente em decorrência de seu diagnóstico específico, mas também adocece em razão de outros acontecimentos na vida de sua família, seu trabalho, suas relações sociais e afetivas. O conjunto de experiências do sujeito fora da Clínica pode sempre fazer com que o paciente piore em seu quadro, desenvolva outros tipos de doenças paralelas ao seu diagnóstico inicial, passe por momentos em que vai estar mais depressivo, cansado, agressivo, triste, entre muitas outras possibilidades. Além disto, estas mesmas experiências também, na maioria das vezes, podem ser tomadas como positivas e como “oportunidades” para que o sujeito “cresça”, “aprenda”, aperfeiçoe aspectos de sua vida pessoal. Assim, o adoecimento nem sempre é visto como necessariamente negativo. Um processo de adoecimento também poderia, em tese, ajudar o paciente a melhorar, viver o tratamento de outras formas, provocar aqueles eventos e descobertas importantes e transformativas que podem mudar o rumo do tratamento.

Marlene foi um dos casos em que observei a importância destas dinâmicas do adoecimento conforme narradas dentro da narrativa do tratamento da Clínica-dia. Em algum momento, durante seu tratamento, Marlene descobriu que estava sendo traída por seu marido. A descoberta trouxe um momento de muito sofrimento para a paciente, que encontrou pouco apoio de sua família e filhos, mas que viveu todo o seu processo de separação em

grande proximidade com a Clínica. Como acontecia em muitos casos, eventos da vida dos pacientes, tendiam a fazer com que as relações com terapeutas e a Clínica em geral fossem intensificados. Marlene inicialmente tentara “resgatar” a relação mas o marido, que chega a visitar a Clínica algumas vezes durante este período de “tentativa”, acaba decidindo sair de casa e confirmar o término do casamento. Marlene vive, neste período, uma grande recaída em seu tratamento e o tema da separação passa a constituir seu discurso, falas, questões e reflexões nos grupos terapêuticos.

Marlene não era, com frequência, tema de discussões pelos profissionais em reuniões de equipe, mas sua participação era sempre tensionada no sentido de que sua depressão parecia sempre piorar, fazendo com que ela tivesse perspectivas muito negativas sobre si mesma. Nos grupos entendia que não tinha com o que contribuir, via sua doença como um resultado da vida difícil em sua profissão, dos assédios e humilhações que sofria. Costumava dizer que o que outras pessoas comentavam sobre sua história era “perfeitamente inútil” para ela.

Um elemento importante aparece, no entanto, no itinerário de Marlene em seu tratamento, a partir do evento de sua separação: ela afirma que está mais aberta para o que os outros poderiam dizer.

“Tenho tentado permanecer aberta ao que outras pessoas tem a dizer”/ “A acolhida na Clínica e com o ...[psicólogo]... me deu condições de entender melhor a depressão”

De uma postura “fechada” para o tratamento, ela passa a buscar refletir sobre si mesma a partir da fala de outras pessoas e, de fato, estar aberta ao que outras pessoas pensam. Ao mesmo tempo, passa também a dizer que estava tentando não dar espaço para “opiniões” que só representavam o “senso comum” sobre sua situação: “abandonar o marido”, “ficar forte”, “se vingar”, “passar por cima dele”, etc. Em uma oficina de antropologia ela diz que achava importante pensar sobre como “o agora” se estava apresentando para ela: se sentir vontade de ver o marido, vê-lo, se sentir vontade de dizer não, dizê-lo, sair, tomar decisões, mesmo que estas decisões desafiassem o lugar comum de como alguém

deveria comportar-se em separações conjugais. A experiência de Marlene com o sofrimento da separação, seguido da melhora e “abertura para o tratamento” está dentro da lógica, percebida por um dos psicólogos, como referente a importância de “*adoecer para melhorar*”, pois teria sido o evento de sua separação o momento dramático que havia chamado sua atenção para a necessidade de melhora.

Esta estrutura se repetiu diversas vezes em minha pesquisa e embora nem sempre eventos como de Marlene fossem o tipo de estopins transformativos, o processo de tratamento favorecia uma releitura e uma recontextualização de eventos da vida dos pacientes, o que reforça a importância dos comportamentos, histórias e ações dos sujeitos para o contexto de tratamento da Clínica-dia. Outro aspecto importante do processo de Marlene é o de “*descobrir as coisas*”. O tratamento dentro da Clínica-dia trabalha muito frequentemente com a ideia de que, em algum momento, a pessoa vai desenvolver um entendimento de sua essência, seu “problema principal”, acessar uma explicação ou uma experiência do passado, as vezes “reprimida”, que representará um grande avanço geral para a terapia. Eventos pessoais, momentos de descoberta, reflexões, devem permitir que os pacientes enxerguem alguma “verdade” sobre seu sofrimento.

Martha, outro exemplo de como esta retórica aparece articulada, já estava em tratamento naquela instituição – oscilando entre Clínica-dia e internamento integral – por muito tempo quando a conheci. Comentava sempre, nos grupos, ou em outras conversas que tínhamos, como sua depressão era relacionada, também com outras doenças, tais como fibromialgia, asma e endometriose e que, enfim, seu quadro era de alguém que já havia nascido com problemas. Sua presença nas atividades sempre era muito desafiadora, pois me colocava diante do fracasso de não conseguir ou não saber como oferecer ajuda a pessoas que, como ela, pareciam realmente dentro de um “quadro” do qual parecia muito difícil sair. O que se evidencia no caso dela, no entanto, como ouvi de vários profissionais, é o problema referente ao desejo, ou não, de sair da depressão. Muitos pacientes convivem tempo suficiente com suas doenças que, segundo alguns profissionais da Clínica, *tornam-se* a própria doença.

Seu transtorno, em alguma medida era encarado na Clínica não somente como uma doença que ela *tinha* – temporariamente – mas como um traço de sua personalidade, do sujeito que havia se tornado. Um modo corrente por meio do qual a equipe evidenciava isto era dizendo que Martha era envolvida dentro de suas próprias narrativas sobre suas muitas doenças e problemas. Como vários outros, Martha parecia ser um desafio para a equipe, pois as possibilidades de agenciamento de sua doença eram múltiplas e predominava um argumento geral de que ela somente sabia viver desta forma, “enredada” em suas próprias histórias e maquinações. Não necessariamente aqui a ideia de “manipulação” se construía como um símbolo de mentira ou falsidade, mas como uma dinâmica que já havia se tornado natural para ela. Se tratava precisamente de um caso de paciente que não havia aproveitado a doença como uma oportunidade de olhar para dentro, fazer auto-crítica, ter descobertas sobre si mesma, tendo preferido, ao contrário, submeter-se totalmente à dinâmica que o transtorno traria para a vida de um sujeito. Veremos mais sobre esta dinâmica com a doença na última parte, mas é importante notar que o discurso de muitos membros da equipe, especialmente da psicologia, era de que a doença era um fenômeno que traria uma mudança na vida dos sujeitos, transformações, (mal) adaptações, e que se os pacientes não se (re)posicionassem diante do adoecimento seus efeitos poderiam ser permanentes.

No caso de Martha, que já havia *se tornado sua doença* e para quem o tratamento não aparecia surtir efeito, o argumento que se configurava era de que Saúde Mental, para ela, seria “manter-se na doença”. Como dizia uma de minhas interlocutoras na equipe, “A Martha é manipuladora”. “...[mas se] tirar o vitimismo dela aí é que ela fica louca.”. Neste contexto, a equipe frequentemente se questionava, também, sobre o que fazer com esta paciente, como tratá-la, se haveria ainda um meio de ajuda-la a melhorar:

Psiquiatra: “Não sei o que vamos conseguir fazer mais com ela”/ “Não tem conscientização”/ “É dependente, mas tem uma excesso de autonomia, ama o drama dela”
Enfermeira: “E nós queremos tirar isso dela?”

Psicólogo: “Uma alta pra empurrar ela pra vida, tem que amarrar muito bem com o irmão”/ “Chamar o irmão antes de falar com ela”.

(Diário de Campo).

O tom de uma certa “desistência” por parte dos profissionais nos dois trechos que mencionei, associado com esta ideia de que já haviam tentado tudo quanto fora possível, reflete, uma possibilidade particular daquele contexto, relacionada a esta ideia de que alguém pode ser *mantido* na doença e, também com o quê a doença, não só como categoria, mas como discurso, evento, dispositivo, se articula na vida do tratamento psiquiátrico. Como acontece com os enunciados que narrei acima, sua facticidade e sua periculosidade pode ser aumentada ou diminuída e, como no caso de Martha, também simplesmente permanecer como estava.

Quando conversei, em outra ocasião, com outra profissional da equipe, no entanto, ela foi taxativa ao me dizer que – mesmo com as sombras do vitimismo e da manipulação em suas narrativas – Martha era *realmente doente*. Doente das relações e do enredamento que estavam constantemente mobilizados em torno de seu complexo processo de adoecimento. Quando questioneei, certa vez, se as crises de asma que ela tinha, eram, portanto – à luz de sua manipulação, “falsas”, a profissional me diz que não, que ela “de fato” tinha asma, que sua doença era real. A oposição entre a *realidade* das doenças físicas, ou pelo menos da asma, e da *manipulação* percebida pela profissional no campo emocional é uma dimensão importante da Clínica-dia e embora não seja fácil de ser textualizada etnograficamente, o ir e vir entre doença e suas verdades e manipulações era mais do que um evento, mas um movimento característico das relações entre pacientes e profissionais.

A situação de Martha não se encerrava neste encontro de doenças “reais” ou manipuladas, mas era também povoada por conflituosas relações entre ela e alguns familiares, em ter experiências traumáticas em sua infância, em ter sua depressão deslegitimada pelas pessoas próximas em sua vida, dificuldade de

encontrar emprego e de, ao encontra-lo, permanecer em um. Como em muitos casos que conheci, a história de Martha revelava esta trama complexa de histórias, nas quais não havia necessariamente uma única direção interpretativa. Ainda que estivesse com frequência em alguns momentos da Clínica, havia períodos em que, precisava sair praticamente todos os dias para consultas, exames, conversas com familiares, resolução de conflitos, entre tantos outros pontos de sua vida.

Quando a equipe entende, por exemplo, que não tinha mais o que fazer com Martha podemos ver, assim, o reconhecimento de que existe um modelo de relações que se espera obter com e a partir do tratamento dos pacientes. Um modelo ao qual Martha já não parecia conseguir responder ou adequar-se. A alta acabou não sendo sugerida para seu caso, mas ela foi mantida em tratamento por quase todo o restante do período em que estava em campo e, diferente de outros pacientes, eram raras as vezes em que a paciente era interpelada por profissionais ou questionada em seus movimentos. Como acontecia com muitos sujeitos, Martha passa simplesmente a habitar o ambiente da Clínica, participar do que era possível, sem grandes tensões com a equipe. Manter Martha na doença implicava em não cobrar mais dela uma postura de enquadramento num certo modelo de curar-se, no modelo de tratamento que implicitamente se impõe sobre os pacientes.

A história de Zefa, última para a qual gostaria de chamar atenção nesta sessão, nos mostra ainda um outro momento das torções da doença no contexto da Clínica. Ela chega na unidade tendo como grande tema do seu sofrimento o falecimento do parceiro. Desde suas primeiras semanas na Clínica, Dona Zefa chamava minha atenção pois insistia numa posição de que não entendia nada do que falavam para ela, dizia que era “muito burra”. Também insistia, no entanto, que não era doente, só não tinha mais vontade de nada e que sua “burrice” a impedia de compreender bem o momento que passava e o que as pessoas diziam. Os filhos a queriam ali por que ela estava muito sozinha, “pensava besteiras” e eles tinham medo. Nos grupos Dona Zefa era absolutamente silenciosa e tão logo entendeu que não precisava necessariamente falar quando era interpelada, quase sempre respondia que “*ainda precisava pensar*”, “*ainda tinha que entender o tratamento*”. E assim,

um pouco às margens das práticas da Clínica-dia, uma vez que pouco falava e pouco dava a conhecer sua história, Dona Zefa passa os primeiros meses do tratamento como uma incógnita para muitos da equipe.

A partir de algum momento do seu tratamento, não muitos meses após sua chegada, no entanto, de alguém “fechado”, Dona Zefa passa a ser alguém que “melhorou”, “se abriu”. Era sempre comum na Clínica-dia que se dissesse sobre as pessoas fechadas que tinham “*uma angústia que não abre*” – o não abrir indicando que a pessoa não compartilhava os supostos motivos de sua tristeza, que não conseguiam expor. Alguns pacientes, como Zefa, não *abriam*⁷⁴ seu sofrimento, “*Não abre pra família, não abre pra equipe, não abre pra si mesma*”. No caso de Dona Zefa, a situação era vista ainda como mais complicada, pois sequer reconhecia que estava triste – seu comportamento parecia sempre de uma recusa de diálogo com o ambiente da Clínica que, olhando a distância, podia tanto representar sua agência diante de um espaço que buscava classifica-la e interpela-la constantemente, como também, aos olhos da equipe, a marca efetiva de que estava doente.

Assim, quando ela passa a se comunicar nos grupos, sua melhora passa a ser dada como tendo ocorrido de alguma forma, de modo algo semelhante ao de Marlene, embora aqui a etapa do sofrimento não esteja tão claramente delimitada. Dona Zefa começa a melhorar quando é vista como adequada a este modelo de “falar sobre a doença” e, na mesma esteira, que ela estaria desenvolvendo uma maior responsabilidade sobre sua melhora – ela começara a falar. A situação de Zefa, no entanto, não termina em sua abertura e indicação para a melhora – Zefa havia “*melhorado demais*”, “*muito rapidamente*”. Em uma reunião de equipe, seu psicólogo comunica sua decisão de dar alta para cinco pacientes, dentre eles Zefa, e é

⁷⁴ O próprio abrir, neste contexto, é visto como um operador de mudanças no tratamento das pessoas. Ele é, também, um conceito da Clínica-dia e, principalmente, do discurso da psicologia. Abrir algo implica em expor, mostrar, “descobrir”, falar sobre. Ainda que não necessariamente abrir sobre uma situação resolva um problema, a equipe entende que os efeitos posteriores é que podem ser positivos, fazendo com que a pessoa *se abra* a novas interpretações, ou que seja um início do tratamento. Assim, pacientes ‘que não abrem’ também são difíceis para o tratamento da Clínica.

imediatamente interpelado por um profissional da administração:

Administrativo: “Sério que vocês vão dar cinco altas de uma vez?”

Psicólogo: “São altas que caíram de maduro”/“Bem, a Dona Zefa está melhorando muito, é melhor a gente dar um jeito de deprimir ela.”

Apesar de feito em um tom jocoso, o comentário gera o contraste com a equipe, que silencia e fica aparentemente constrangida, diante do fato de que para não dar alta para uma paciente seria necessário então, logicamente, que ela voltasse a adoecer. O caso de Zefa expõe uma outra dinâmica desta mesma “narrativa” da cura dentro da Clínica-dia: não somente o tratamento precisa apontar para esta “baixa para o ser”, propiciar um sofrimento e, em seguida, uma descoberta, como também precisa se dar dentro de uma determinada temporalidade.

Um elemento que atravessa as histórias das mulheres que apresento na sessão é o da credibilidade de suas trajetórias de tratamento. Embora menos evidente no caso de Dona Zefa e Marlene, as três histórias têm em comum uma avaliação pela equipe de uma certa “verdade” que pode ou não ser extraída das histórias de cada pessoa e, igualmente, da capacidade que o próprio tratamento tem de fazer emergir ou submergir a doença. Teria havido tempo suficiente para a melhora, como no caso de Zefa? Havia manipulação, como no caso de Martha? Haveria capacidade de reconhecimento dos momentos da vida, como no caso de Marlene?

5.3. “PERSONALIDADE É O PIOR SINTOMA”

“Isto é o que ela disse...”

“Tem coisas que são da doença e tem coisas que são da pessoa”

“Será que esta violência é real?”

(Falas de profissionais da Clínica-dia. Diário de Campo)

Como acontece com a depressão, que é uma palavra rodeada de muitos sentidos, e que é mobilizada em vários enquadramentos durante o tratamento, também o “transtorno de personalidade” aparece muitas vezes não necessariamente como um diagnóstico psiquiátrico, mas como uma classificação possível para várias relações. A “personalidade” aparece principalmente como um código importante para qualificar comportamentos manipuladores na perspectiva da equipe e, também, articulada com a própria subjetividade de cada paciente, em alguma medida.

Uma das possibilidades por meio das quais a manipulação é percebida é, especificamente, por meio de sua leitura ou como um traço de personalidade ou então como uma marca de determinados transtornos. O contexto da Clínica-dia é, de fato, tão tensionado com as possibilidades de que um paciente minta ou manipule, seja sua própria história e doença, seja algum membro da equipe, que certa vez um dos interlocutores na equipe afirmou que “a personalidade é o pior sintoma” para se tratar. Personalidade, transtorno de personalidade e manipulação são categorias que se movimentam intensamente e que também habitam uma certa fenomenologia do transtorno mental, assim como a depressão: elas ocupam um horizonte de eventos possíveis em se tratando de pacientes psiquiátricos. Busco nesta sessão explorar a categoria da personalidade e seguir investigando em torno de como a manipulação é pensada em alguns contextos.

As tentativas de saída do espaço físico da Clínica pelos pacientes durante o dia ou a evitação das atividades, dormir no sofá, como era o caso de Laura, são possivelmente algumas das primeiras práticas que parecem estar envolvidas nas condições de existência do discurso da manipulação. Muitas estratégias e comportamentos eram utilizadas pelos pacientes neste sentido: dizer que sairiam da Clínica somente para fumar e não retornar; mencionar a realização de exames, doenças, dores de cabeça; alegarem problemas na família; aproveitarem momentos de abertura do portão quando da realização de determinadas atividades para saírem sem ser notados; assinarem a lista de entrada pela manhã e se ausentarem logo em seguida, enquanto os portões estão abertos, entre outras. Do ponto de vista terapêutico e institucional estas atitudes dos pacientes

pesavam imensamente em seu desfavor, primeiro por que eram imediatamente consideradas indicativos de que os pacientes eram irresponsáveis ou que não queriam de fato se tratar, o que impactaria no modo como outras falas e comportamentos dos pacientes seriam interpretados no cotidiano, e segundo, por que ao lado destas escapadas também se juntava uma possibilidade de psiquiatrização ou psicologização, dado que um dos fenômenos possíveis no tratamento psiquiátrico é que o paciente deseje fugir, que não consiga “enfrentar” os problemas, que o peso do tratamento seja demasiado grande para ser suportado.⁷⁵

Segundo uma psiquiatra da Clínica, transtornos de personalidade seriam desordens para as quais o modelo de Clínica-dia não traria muitos benefícios pois, diferente de outros transtornos, a possibilidade de manipulação – e a dificuldade de distinguir entre realidade e mentira – eram quadros muito acentuados neste transtorno. Segundo esta profissional, pacientes com transtornos de personalidade tendem a manipular a equipe, e “enredar” os profissionais em suas histórias para conseguir o que desejam. Em um olhar psiquiátrico, portanto, os comportamentos manipuladores – ainda que movimentando diferentemente o tratamento, como veremos – estão inscritos na própria psicopatologia do transtorno de personalidade.

Nilton teve um internamento principal na Clínica-dia em razão de depressão muito forte e, conforme ouvi, havia aprendido “o que a equipe considerava periculoso” e, em decorrência disto, já estava tendo um tratamento muito longo e que representava grandes desafios para a equipe no sentido da construção de sua alta.

⁷⁵ Logo ao início da pesquisa fui avisado por pessoas da equipe que os pacientes que eram vistos deixando as atividades e grupos ou que, “do nada”, saíssem de minhas oficinas, provavelmente o faziam por não conseguirem suportar emocionalmente os debates ou assuntos abordados. Deixar a Clínica, no entanto, era sempre um problema mais sério, pois também envolviam a responsabilidade da instituição para com os pacientes, relações com as famílias, entre outras relações. De toda forma, o que fica sempre evidente, é a ambiguidade das doenças e sintomas, que podem ser tanto reais quanto produtos das manipulações dos pacientes. A fuga, da mesma forma, ou pode ser um símbolo de um transtorno mais amplo, como também pode simplesmente representar uma irresponsabilidade do sujeito.

Sempre que a possibilidade de alta era ventilada, Nilton ameaçava se suicidar, o mesmo ocorrendo quando havia o risco de seu auxílio doença ser cortado. Sua história pessoal era sempre utilizada pela equipe como um dos motivos que explicavam o “ganho secundário”⁷⁶ e o desenvolvimento de um possível transtorno de personalidade, segundo a psiquiatra, ainda que não necessariamente este fosse seu diagnóstico.

Em dado momento de sua vida, Nilton, decidira fazer um empréstimo para adquirir uma casa junto a sua esposa. Após a compra e construção da casa o casamento é rompido e, pouco depois, Nilton começa a ser atendido em função de tentativas de suicídio e desenvolvimento de uma *depressão crônica*. Ao romper com o casamento a casa teria ficado no nome e sobre os cuidados da ex-esposa, mas a dívida, no entanto, teria ficado no nome do paciente, que não achava justo pagar por uma dívida sobretudo para que ela morasse com “outros homens”. A equipe então interpretava, a partir da lógica do diagnóstico de transtorno de personalidade e da “dificuldade em lidar com os problemas”, que a Clínica possibilitava para ele um ganho secundário, que era o de não retornar ao trabalho e não pagar sua dívida. Somado a isto, também a equipe ficava numa situação difícil pois sua alta precisaria ser “bem amarrada”, pois toda vez que se falava em parar o tratamento, ele ameaçava se suicidar, o que por sua vez redundava em uma responsabilidade da instituição para com o paciente.

Nem sempre fica claro para os profissionais, portanto, se alguém tem ou não um transtorno de personalidade. Desde o choro, até as crises, tristeza, qualquer fenômeno poderia entrar no radar dos profissionais para tentar compreender a existência de comportamentos manipuladores ou compreender como funcionava a personalidade de cada sujeito. A equipe ficaria sempre particularmente preocupada e atenta a pacientes que, como Nilton, pareciam adotar certos comportamentos somente em momentos específicos da vida diária e, principalmente, quando confrontados com eventos tais como a alta. Observamos, por um lado, portanto,

⁷⁶ Outra das categorias comuns que constituem o cotidiano da Clínica-dia, indicando os processos por meio dos quais os pacientes tenderiam a conseguir ganhos (de diversas ordens) a partir do agenciamento de suas doenças.

mais uma vez, a importância da coerência entre doença e comportamento cotidiano na vida da Clínica-dia e do tratamento.

Ao mesmo tempo, no entanto, é crucial pensar também a posição dos profissionais diante destas dinâmicas. Existe uma dimensão do cuidado embutida na prática dos profissionais, que se articula com o próprio receio e dificuldade de atuação em um contexto que as vezes é sentido como limitado para o tratamento psiquiátrico e onde a prática é constantemente confrontada pela agência dos sujeitos e pelas ambiguidades do transtorno mental. O caso de Nilton, por exemplo, apresenta uma grande complexidade, dado que o suicídio pairava constantemente como uma possibilidade em seu discurso. Este caso também ressalta o nível extremo de responsabilidade que os profissionais do campo da saúde mental precisam ter no curso de suas ações. Por um lado, portanto, os profissionais tentavam evitar o suicídio e, por outro, ao mesmo tempo, também evitar que o paciente ficasse preso à instituição – o que eventualmente pioraria seu quadro. O horizonte de atuação é, em qualquer dos cenários, bastante complexo e não se pode perder de vista os contrastes entre estas várias dimensões, do encontro clínico, da prática profissional, da subjetividade dos pacientes, da administração institucional, e assim por diante.

Seguindo na caracterização da categoria psiquiátrica ‘transtorno de personalidade’, veremos que no DSM-V são elencados dez transtornos desta natureza⁷⁷ e também duas categorias classificatórias que se relacionam com a “mudança de personalidade” em decorrência de condições médicas, e também “alterações de personalidade” que fogem às classificações diagnósticas propostas pelo manual. Na edição em língua portuguesa, a palavra “personalidade” aparece mais de 1300 vezes. Além da sessão específica para “Transtornos de Personalidade” (APA, 2014, p. 645), que inclui personalidade paranóide, esquizóide, esquizotípica, antissocial, narcisista, entre outras, *desordens de personalidade* também aparecem como critérios diagnósticos em quase a maioria dos outros diagnósticos e, por fim,

⁷⁷ A saber: paranoide, esquizoide, esquizotípica, antissocial, *borderline*, histriônica, narcisista, evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva. (APA, 2014).

também como “diagnósticos diferenciais” de vários outros transtornos, como é o caso dos transtornos bipolares. Segundo o manual:

“um transtorno de personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo” (Idem).

O modelo de interpretação que emerge dos manuais, como acontece com a depressão, parece ajudar a constituir a paisagem da Clínica em sua atenção com a personalidade como um sintoma ou como um problema. No entanto, mais uma vez, ao ser trazida para o mundo a categoria diagnóstica depende de um conhecimento social implícito sobre o comportamento dos pacientes e, como no caso de Nilton, está articulada a outros domínios, como nos ganhos secundários, manipulação, vida pessoal, suicídio.

A possibilidade de problemas com personalidade sempre rondava a maioria dos outros discursos sobre diagnósticos entre os profissionais. A “personalidade” é tida como um dos “problemas mais difíceis de tratar” precisamente por que os profissionais não conseguem prever o comportamento dos pacientes. Alguém pode tanto estar agindo de forma manipuladora em razão de outros transtornos psiquiátricos – como presente em vários transtornos de personalidade, como o transtorno bipolar – mas também pode ser visto como alguém que “não tem doença”, pois é manipulador.

A situação de Nilton ilustra perfeitamente a reflexão de Hacking (2006) sobre o efeito do arco e sobre a interatividade das classificações psiquiátricas. Para Hacking (2006) as classificações constituem as pessoas da mesma forma em que as classificações emergem a partir da uma abstração sobre pessoas. O efeito de arco, como o autor chama a este processo, é o de que bilateralmente pessoas doentes se constituem ao lado de suas classificações. A classificação altera o comportamento de um indivíduo e este pode, potencialmente, transformar a natureza da classificação. Em suma,

classificações diagnósticas só podem ser, por um lado, interativas, negociadas.

Nilton, assim, por um lado, “aprendeu” o que precisava sobre a classificação psiquiátrica e aquilo o fazia navegar pelas relações e interações dentro da Clínica-dia. Ao mesmo tempo, ele também transformara a sua própria classificação num desafio para a equipe pois ao recusar-se ao encaixe narrativo, por meio da ameaça de suicídio, ele também extrapolava as possibilidades classificatórias das categorias psiquiátricas que lhe eram impostas. Nilton, portanto, forçava a equipe a mobilizar “personalidade” e “manipulação” não somente como “diagnósticos” – dotados de uma existência nos manuais, resultados dos critérios diagnósticos – mas como tentativas de capturar aquela experiência sob alguma rubrica que desse conta de sua experiência. O diagnóstico aqui se movimentou de sua existência classificatória nos manuais para a agência de Nilton diante de suas possibilidades.

5.4. TECENDO DOENÇAS

O que tenho falado aqui nos ajuda a pensar a forte presença de discursos profissionais afirmando que os pacientes fogem do tratamento, são manipuladores, que pacientes psiquiátricos são como crianças, que precisam ser confrontados, entre outras categorias que circulam em torno do problema da verdade ou não das histórias contadas pelos sujeitos. A própria manipulação aqui, no entanto, precisa ser colocada dentro de um quadro mais amplo de referências, pois não é somente o pendor classificatório dos saberes dos profissionais que se pronuncia, mas também o próprio desejo dos profissionais de não serem manipulados.

Neste sentido, para um dos psicólogos da Clínica, a saúde mental viveria uma situação “esquizofrênica”, pois ela apresentaria uma complexidade tanto no nível do profissional quanto no nível das pessoas atendidas e, segundo ele, tanto na dimensão do preparo que cada terapeuta teria para lidar com o tratamento quanto com a prática cotidiana na lida com os sujeitos, na lida com a “subjetividade do paciente”. De fato, muitas das tensões envolvendo o problema da manipulação, por exemplo, brotam da própria forma como as categorias vão emergindo no cotidiano da unidade, onde

demonstrar desinteresse por uma atividade ou grupo terapêutico implica – antes da categoria associada – em uma relação com um sujeito-profissional que ministra a mesma. Portanto o lugar que o comportamento ocupa também tem um limite que é dado pelo próprio plano das relações intersubjetivas dentro da Clínica e como as interações se processam no cotidiano. Mais uma vez, portanto, devemos pensar na própria emergência destas categorias nas intrincadas negociações entre profissionais e pacientes a partir da troca de discursos, comportamentos e classificações.

É importante lembrar aqui, mais uma vez, que estes objetos, ou categorias relevantes para a vida na Clínica-dia, não emergem exclusivamente das práticas dos profissionais. Para que o conhecimento profissional – em seus vários saberes – seja agenciado, manuseado, tensionado, é preciso necessariamente que outro tipo de conhecimento – dos pacientes, seus agenciamentos de suas doenças – sejam também acionados. Esta interação tanto faz emergir as categorias da vida na Clínica, como também, implicam no surgimento de novos tensionamentos, novos diagnósticos, transformações, mudanças nas relações com os pacientes, etc. São estes objetos que estão em jogo quando se pensa em cuidado na Clínica-dia e, igualmente, na dimensão que o subjetivo, o moral, ocupam neste jogo.

Outras histórias da Clínica-dia nos mostram o trabalho das classificações no cotidiano e, principalmente, a circulação de discursos em torno da personalidade. C. foi uma paciente diagnosticada como portadora de transtorno bipolar e que, em dado momento de seu tratamento, solicitou sua própria alta e parou de utilizar os medicamentos. Ela havia notado que estava ganhando muito peso em função da medicação e sentia que não estava melhorando. Sua solicitação de alta da Clínica se deu num momento muito dramático em que irrompeu para fora da unidade e ameaçou atirar-se contra os carros que passavam na rua em frente caso sua alta não fosse concedida. Aparentemente a paciente havia sido tratada erroneamente para “crises de mania” associadas com momentos de muita depressão que tinha. A medicação, no entanto, não fazia efeito necessário para seu quadro psiquiátrico. Para a equipe, como vimos no excerto sobre a reunião de equipe, acima, a despeito de sua “alta a pedido”, o que sobressaía era sua

personalidade difícil e o “show” que havia sido sua saída da unidade. Para o psicólogo, C. fazia “tudo do jeito que ela queria”, era “histérica, [tinha] transtorno de personalidade, [era] super histriônica” e, entendia, também, que a alta havia sido útil para dar um limite para os excessos da paciente em seu comportamento.

Outras pessoas, no entanto, simplesmente seriam, eventualmente, qualificadas como manipuladoras em oposição a estarem doentes, criando também uma nova relação entre um suposto comportamento manipulativo, onde o adoecimento é contado como parte não constituinte da manipulação em si. É o caso, por exemplo, de L., aproximadamente 30 anos, mãe de três ou quatro crianças e que morava, á época, junto com seu marido em uma casa de um único cômodo. Suas histórias sempre chamavam bastante atenção de todos pois envolviam, em primeiro lugar, o fato de que dormia ela e sua família, todos juntos no mesmo único cômodo, fato que era pouco compreendido e muito criticado pela maioria de pacientes de classe média da Clínica-dia. Outro fator era, também, o de que L. havia comentado algumas vezes que seu marido tinha tido em algum momento envolvimento com drogas e com tráfico, além do próprio namoro com o marido ter iniciado num contexto onde ambos eram usuários de drogas. A casa onde moravam era apenas uma construção improvisada no lote da sogra, com quem também sempre relatava muitos problemas. Enfim, os vários fragmentos que conheci da vida de L. denotavam condições socioeconômicas bastante difíceis e sua depressão – a qual escondia dos pais pois segundo ela, a mesma não seria compreendida, sobretudo por sua mãe, com a qual mantinha uma relação muito próxima – somava muitas dificuldades para ela e para a economia da família, dado que ela própria não podia trabalhar no período em que estava na Clínica.

Sua história tornou-se mais conhecida quando teve sua declaração para utilização do sistema de transporte gratuitamente negada pelo serviço social da Clínica-dia, sob alegação de que ela estava tentando manipular a equipe para adquirir uma nova carteirinha de gratuidade⁷⁸ e beneficiar sua família. L. chegou a

⁷⁸ Durante aquele período pacientes psiquiátricos podiam solicitar, por meio das unidades de tratamento que frequentavam, gratuidade no transporte público

pedir algumas vezes nova declaração para isenção para o transporte, relatando para a equipe que havia perdido a primeira carteirinha. Com uma nova declaração de que se encontrava em tratamento, poderia obter nova carteirinha do município. “Ela vai ter que pagar” foi a expressão que ouvi do serviço social da Clínica que justificou a rejeição dos pedidos alegando que L. tinha um histórico de abandono do tratamento e de falta de clareza com relação às suas fontes de renda, além de ter um marido que tinha um trabalho fixo como motorista. Além deste conjunto de desabonos para a paciente, havia também um conjunto disperso de comentários na equipe de que não havia nela uma postura mais “proativa” no tratamento, vestia-se mal, devia ser mais “feminina” e cuidar dos filhos, os quais ela supostamente abandonava. Sua imagem era assim completamente desabonada e sua doença propriamente não aparecia como centro das discussões diagnósticas, mas sim seu comportamento e sua suposta manipulação que, em fim, tornavam-se também parte de um conjunto muito complexo de discursos e práticas diagnósticas.

Um outro caso interessante é o de P. que entrou para tratamento na Clínica-dia após ter sofrido uma acusação grave de assédio em seu local de trabalho, sofrido sanções e então desenvolvido o que seria uma depressão, segundo a equipe. O que quero narrar sobre sua história começa em uma das oficinas de antropologia na qual, ao conversar com o grupo, sugeri que as questões que apareciam ali no grupo e que eram interpretadas por eles como falhas na Clínica fossem levadas para a assembleia semanal. Algumas semanas depois, em uma das assembleias, P., que estava presente em minha oficina, comenta então que gostaria que os temas debatidos nos grupos fossem menos voltados para as doenças e mais para outras questões da vida cotidiana, aproveitando os conhecimentos de cada paciente – política, saúde, história, desenvolvimento de outras oficinas. Diz que os temas que são sugeridos pelos pacientes nos grupos não são ouvidos as vezes e sugere, também, que os pacientes se envolvam em atividades formativas.

No momento da assembleia, o comentário de P. é mal recebido e noto um imediato desconforto entre a equipe. Ao sugerir que os pacientes falassem eu estava partindo da ideia de que, enfim, dentro de uma perspectiva de desenvolvimento de autonomia e participação dos pacientes, poderia ser benéfico para o tratamento que a equipe soubesse que, de fato, os pacientes estavam interessados em debater outras questões. No entanto, a fala de P., ficou entendida como uma crítica isolada, gerou uma onda de comentários da equipe e também se desdobrou de várias maneiras nas semanas e meses seguintes. Para alguns da equipe não havia, ali, *“espaço para debater a doença no mundo lá fora”* e o *“objetivo”* da equipe era *“trazer informações e abordar a doença dentro da Clínica”*. Para outros profissionais *“cada pessoa deveria cuidar do seu próprio tratamento”* e não se preocupar com os demais.

Semanas depois, o caso de P. é trazido em uma reunião de equipe e então comento com a equipe que *eu* havia dito aos pacientes que se comunicassem com os demais e que aquilo não poderia ser apenas tomado, em minha opinião, como algo isolado para aquele paciente. A equipe então comenta que não havia problemas e que aquilo não era *“minha responsabilidade”*, sobretudo porque a equipe já estava notando que este paciente gostava de *“reclamar, querer ser o tradutor, querer ser o porta-voz do grupo”*. Coisas que até então não estavam sendo tematizadas de maneira central nas conversas sobre o paciente começam a se tornar mais importantes aos olhos dos terapeutas, para quem isto evidenciava uma tentativa de P. de fugir de seu próprio tratamento, além de potencialmente também ter me manipulado com sua narrativa sobre a importância de outras discussões.

Como a equipe então passa a entender que ele estava tentando *“deslocar a atenção”* para longe de seu tratamento, os profissionais entendem que era necessário ficar mais severos com ele e inibir estas tentativas que ele estava tendo de se aproximar de outras pessoas, sugerir atividades, questionar. Neste momento também sua experiência anterior no trabalho é trazida como uma forma de criticar sua aproximação das pessoas e aparece o tema de seu trauma como forma de enquadrar a maneira que se aproximava de outras pessoas e algumas atitudes que havia tido na Clínica-dia. Nos grupos de TR, a relação entre P. e o profissional da psicologia

se tensiona, e o paciente começa a questionar porque suas questões estavam sendo trazidas. O paciente precisava engajar na discussão de sua vida pessoal para indicar que estava ou não participando do tratamento. Para surpresa da equipe, no entanto, o paciente começa a faltar muito e deixar de participar das atividades. Para a equipe sua fuga do tratamento fica mais evidente e, finalmente, aparece em sua trajetória a ideia de “não adesão”, o que redundava, em poucos dias, em seu desligamento do tratamento.

* * *

Encerro esta sessão com a história de Antônia, de aproximadamente 60 anos, e que tem um prontuário aberto há mais de 30 anos com a instituição, segundo relatos. Sua história talvez pode iluminar o que chamo da presença, em diferentes níveis, da moralidade, no tratamento das pessoas com quem convivi.

Com 13 anos Antônia vai estudar em um colégio de freiras e lá conhece um seminarista, Paulo, então com 28 anos. Ter ido estudar já era uma grande conquista dado o contexto rural em que vivia sua família. Contrariando os avisos do pai, contra namoros, apaixona-se por Paulo e passam a ter uma relação clandestina, tanto das freiras quanto de sua família. Seu pai, muito bravo prometia matar as filhas se elas tivessem namorado ou engravidassem, o que teria resultado, para Antônia, na sua dificuldade de conviver com a opinião alheia, viver seus desejos, sentir-se apreciada e também em uma raiva muito grande pelo pai dada a forma agressiva com que a tratara.

No colégio de freiras, Antônia conta que era a preferida por sua boa conduta e participação, mas sabia que, ao mesmo tempo, vivia a relação com o seminarista, escondida e tinha medo do seu pai. Em algum momento da relação Antônia e Paulo tem uma relação sexual, que foi violenta e não desejada por ela. Descobre-se grávida pouco tempo depois, com ajuda do próprio seminarista, e passa a ter certeza que seria morta por seu pai. Esconde a gravidez por vários meses e na tentativa de evitar o confronto certo com o pai, quando a barriga já começava a aparecer, Antônia planeja “fugir do pai”, matando-se. No entanto muda de ideia e, apesar da resistência a princípio do seminarista, Antônia decide “abortar a

criança”, então com seis meses. O pai, por fim, então descobre e planeja matar o seminarista e Antônia deixa a escola para evitar que o pai prejudicasse Paulo, que neste momento já não era mais namorado e não desejava mais contato com ela. Antônia conta sempre que ficou 39 anos sentindo o peso do aborto, que pensa ainda em sua “menininha”, sentindo-se criminosa, suja, que não merecia ser feliz.

A história de Antônia foi contada para mim em uma das muitas oficinas de antropologia onde perguntava às pessoas, entre outras coisas, quando a depressão – que era o principal relato da maioria dos sujeitos da clínica – havia iniciado ou como explicavam seu adoecimento. Sua história pessoal da relação com o seminarista era, segundo ela, a origem de sua depressão, e especialmente o aborto, depois do qual, segundo ela, nunca mais tivera paz.

A percepção de um certo “momento especial” do tratamento era o que achei estava acontecendo com Antônia, quando ela me trouxe esta narrativa que, segundo ela, era “muito pessoal” e que queria dizer há muitos anos, mas não tinha coragem.

Em outro espaço, já muitos dias depois, assisto a conversa de dois profissionais da psicologia na clínica. Eles comentam que o grande problema de Antônia são suas “paixões avassaladoras”, que na grande maioria das vezes duravam um curto período, suficiente para desestabilizá-la completamente, e das quais ela mesma decidia sair ou com relação as quais se desinteressa. Antônia é chamada constantemente nas reuniões de equipe e nas conversas entre profissionais, de “viúva negra”, “histérica”, “manipuladora”, “viciada em sexo”, “viciada *naquilo*”. É também desacreditada naquilo que chamam serem “crises históricas” (onde se autoagride, quebra coisas pessoais, puxa seus próprios cabelos, eventualmente se joga ao chão,...) pois segundo membros da equipe tratam-se de comportamentos que não buscam “de fato afetar sua própria vida”, mas somente controlar a situação ao seu redor, “chamar atenção”. Nesta conversa comento a história de Antônia e sou advertido pelos psicólogos que a história já era “velha” e que servia para que ela manipulasse aos desavisados, como eu.

Ao fim da conversa, em um tom um pouco resignado, afirma: “pois é, esse é o vício dela”. Olhando para mim, então, me pergunta: “O que move o ser humano?”. Geralmente acontece de eu ser

interpelado com tais perguntas mas, neste dia, ele mesmo se adianta e responde: “Para Lacan, o Objeto A”. Inicia então uma breve explicação sobre o que seria o problema de Antônia. Toma um pedaço de rascunho de cima da mesa, uma tesoura do porta-canetas e, após dobrar a folha ao meio, recorta um pequeno triângulo no centro da aresta dobrada. Ao abrir a folha, o corte dá origem a um pequeno losango: “isto é o Objeto A!”. Explica então que o Objeto A é esta “zona do sujeito” que permanece incompleta, “ausente” e que gera pulsão (de vida ou não) neste sujeito: “um vício, um amor, várias coisas possíveis...”. As pessoas buscam preenchimento deste espaço indiferentemente do “conteúdo moral” bom ou ruim. Pergunto se se trata do desejo e ele responde que sim, que o objeto A é o desejo por qualquer coisa que seja que confira pulsão de vida para a pessoa. A ausência, o fato da incompletude, do eterno desejo é o que move o ser humano. “No caso de Antônia, seu Objeto A são os amores, seus amantes,...”.

A grande variedade de elementos na história de Antônia aponta, assim, para a conexão entre impressões morais e subjetivas – não de todo desconectadas, em algum lugar, com princípios e ideias psiquiátricas – com o tratamento propriamente dito. Antônia tem um “problema com paixões avassaladoras” que a levam a “manipular” suas relações ao redor de si e extrair o que for necessário para seu próprio benefício. Tem “ganhos secundários” na relação. Diretamente, em cada argumento da equipe, se observa um descrédito de suas palavras e ações, que por sua vez, retroalimentam as imagens de “viúva negra”, “histórica”, “manipuladora”, que estão vinculadas ao seu diagnóstico de *depressão crônica*.

Fica claro na história de Antônia que quaisquer das suas decisões como pessoa – permanecer numa relação, encontrar outro parceiro, compartilhar sua história comigo – eram sucessivamente reenquadradas dentro de uma outra lógica mais coerente com sua “condição” de doente.

Na história de Antônia o que chamo de aspectos morais e afetivos e sua conexão com o diagnóstico aparecem talvez, de modo mais explícito, dado o investimento dos psicólogos com quem conversava naquele dia em mostrar as relações existentes entre a sua personalidade e o os *comportamentos doentes* que ela

manifestou ao longo do seu internamento: jogar-se no chão aos pés do médico, arrancar seu cabelo, jogar suas coisas ao chão, beliscar-se, e etc. Como se pode ver, ainda que situada num terreno “moral”, a história de Antônia ainda evidencia um comportamento classificatório dos saberes da saúde dentro da clínica-dia. E, ao mesmo tempo, também a utilização da história pessoal somente como uma forma de reiterar o adoecimento.

O que as histórias deste capítulo nos mostram, além, inicialmente, de tensionar o lugar do psiquiátrico no tratamento da Clínica-dia, é que as categorias são tecidas nas interações cotidianas e que fragmentos e enunciados vão sendo recapturados em outras práticas na Clínica e fazem circular categorias, diagnósticos, produzem quadros psiquiátricos, doenças, altas, crises, e assim por diante. Ao fim, portanto, um quadro psiquiátrico é tomado como dado, como se estivesse sempre estado ali e, em algum momento devesse ser *percebido* pela equipe, *descoberto*. Na realidade, como tenho tentado argumentar, a doença – como o objeto com relação ao qual o tratamento se constrói – é propriamente constituído nestes processos sociais que enquadram, escrutinam, descontextualizam e recontextualizam a experiência, histórias e comportamento dos pacientes.

CAPITULO 6 – ESPIRITOS, ENERGIAS E DIAGNÓSTICOS

Como afirmei no início da tese o convívio na Clínica-dia trouxe um contato intenso com muitas categorias que se remetiam constantemente ao domínio da espiritualidade. Enquanto alguns dos planos que tenho tentado descrever guardam uma relação mais próxima com os prontuários e a circulação de categorias do universo da psiquiatria, neste capítulo busco descrever um outro plano de onde categorias na Clínica emergem. Neste capítulo apresento minha experiência com a Reunião Mediúnica, também chamada eventualmente de Grupo de Desobsessão, da qual participei por alguns meses ao longo da pesquisa de campo.

Ao abordar os trabalhos da reunião mediúnica, busco investir no caráter “intertextual” que a Clínica-dia e a Reunião Mediúnica estabelecem. Os efeitos deste contato, além de reiterarem uma relação já existente da Clínica com o universo espiritual, também faziam circular espiritualidade, energia, espíritos, como categorias relevantes na explicação de processos de adoecer e de tratamento dos pacientes.

Assumo aqui uma narração desta experiência etnográfica um pouco diferente do restante do texto até agora, o que ficará evidente em citações maiores e no esforço de definir como a reunião que participei funcionava. Ao mesmo tempo, no entanto, mantenho esta discussão junto às demais que compõe esta segunda parte da tese, entendendo que o espiritual é também parte dos movimentos do diagnóstico na Clínica-dia. As primeiras duas sessões se dedicam a uma apresentação e discussão em torno dos princípios e do funcionamento da Reunião Mediúnica, e, na terceira, invisto mais diretamente nos aspectos intertextuais da relação entre reunião e Clínica, bem como na explicitação destes processos a partir das histórias de alguns de meus interlocutores

6.1. COMUNICANDO COM OUTROS MUNDOS E TENSIONANDO O PSIQUIÁTRICO

O contato que tive com Joanna, voluntária do SAE, sobre a qual falei ainda no início desta tese, aconteceu próximo ao início de minha pesquisa de campo e, foi por meio de nossas conversas que

soube da existência de um grupo que realizava semanalmente um encontro chamado de “Reunião Mediúcnica”. As reuniões aconteciam todas as semanas, nas quintas-feiras, a partir das 20 horas, no espaço de uma Clínica de homeopatia da cidade. Ali seria realizada a atividade da desobsessão, que segundo um dos antigos projetos terapêuticos da instituição, teria como principal função *“evocar espíritos que estejam imantados vibratoricamente aos pacientes, procurando orientá-los”*. No grupo seriam realizados *“diálogos terapêuticos, passes magnéticos, oração, sugestão positiva, regressão de memória e orientação”*.

Grupo mediúcnico, reunião mediúcnica e grupo de desobsessão, ainda que com sutis diferenças nos contextos em que surgem, eram nomes por meio dos quais meus interlocutores nesta reunião referiam a si mesmos. Dentro da Clínica-dia, da mesma forma, a reunião geralmente era identificada como “o grupo”, “a reunião”, “atividade mediúcnica”. Fora do circuito da Clínica, ainda, o grupo era conhecido como “Grupo Libertação”, dado a sua vocação particular de auxílio aos pacientes psiquiátricos que se encontravam obsedados.

Apesar de ter sabido sobre esta reunião ainda nos estágios iniciais de minha pesquisa, foi somente muitos meses depois que recebi autorização do Grupo para finalmente iniciar uma observação das reuniões⁷⁹. Participei das reuniões por aproximadamente quatro meses e, durante este período, busquei participar das atividades que o grupo realizava e também aprendi e senti junto a eles a dimensão espiritual. Na maioria do tempo eu somente escutava, tomava notas ou gravava as sessões, mas

⁷⁹ Enquanto aguardava pela autorização para participar do grupo, fui propriamente apresentado à muitas das categorias espirituais com as quais os membros da reunião trabalhavam. As conversas que tinha com estes profissionais buscavam sempre me indicar o que acontecia na reunião, o que eu deveria fazer e, também, me indicar que estavam levando meu nome para conversar com o resto de participantes e “ver se estava tudo certo”. Presumi, em alguns momentos, pela demora na autorização para visitar o grupo que meus interlocutores aguardavam que minhas relações com a Clínica se estreitassem e também para saber se eu compreenderia as suas práticas. Presumi, também, em alguns momentos, que meu próprio nome também era levado para “atendimento” no grupo e, num certo sentido, também para avaliar no sentido espiritual minha participação.

eventualmente também ocupava o lugar de “*escriba*” do grupo, que era quando tomava notas das comunicações feitas pelos médiuns e, posteriormente, comunicava aos demais o que fora dito. Paralelamente a tudo isto, eu também tentava sempre atender ao que era solicitado do grupo dado que eu estava presente nas sessões mediúnicas. Com o auxílio dos membros do grupo eu tentava proceder com a “*doação de fluídos*”, de “*doação de energia*”, de *mentalizar* e *imaginar* um bom desenvolvimento da sessão, *orar*, *tentar conectar-me* com o grupo, que eram etapas importantes do processo todo da sessão, assim como estar verdadeiramente disponível para o grupo. Para meus interlocutores no grupo, o termo desobsessão não era usado com frequência, mas predominavam expressões como “*orar pelos pacientes*”, “*pedir auxílio aos guias superiores*” e sempre se entendia que as pessoas da reunião estavam doando suas energias, bem como seu tempo e trabalho para a melhora da vida de outras pessoas, para auxiliar no “trabalho do bem”.

Faziam parte deste grupo, neste período, um psiquiatra e um psicólogo que atuavam na Clínica-dia, dois psicólogos atuantes na ala integral da instituição, Joanna, voluntária no SAE e mais cinco pessoas de fora da instituição, participantes de centros espíritas. Como vim a saber, a principal característica deste grupo – juntamente com outros tantos grupos de desobsessão espalhados na cidade – é a de que praticavam o *desdobramento consciente*⁸⁰, uma

⁸⁰ Durante minha pesquisa de campo cheguei a participar de um encontro de vários grupos de desobsessão, organizado por um dos Centros Espíritas relacionados com o Grupo do qual participei. Uma série de pessoas que se identificam ou não como pertencentes ao Espiritismo kardecista tem feito releituras no momento contemporâneo sobre as formas por meio das quais os espíritos se comunicam, especialmente chamando atenção para os escritos de Kardec a este respeito. No caso do que era chamado por meus interlocutores de “*desdobramento consciente*” o princípio explicativo estava relacionado com o fato de que a alma de uma pessoa não estaria taxativamente encerrada em um corpo, mas que eventualmente ela poderia adquirir liberdade, se desprendendo do corpo, e visitando outros domínios. Enquanto este desdobramento poderia acontecer em distintos momentos (no sono, por exemplo), no contexto da Reunião Mediúnica, o desdobramento era praticado sob o comando do/a próprio/a médium. A prática coletiva deste desdobramento (como no grupo do qual participei) por médiuns e pessoas interessadas é vista como um modo de

modalidade de comunicação com o mundo espiritual onde a alma de um médium pode desdobrar-se, deslocar-se, e encontrar espíritos e obras a realizar em outros espaços. O grupo que participei, dentro desta possibilidade comunicativa, se dedicava a atender espíritos necessitados onde quer que eles se encontrassem, recebendo-os no local onde se encontravam todas as noites, ou deslocando-se espiritualmente até hospitais e casas, para empreenderem – junto aos guias e benfeitores espirituais do grupo – um trabalho de cura, libertação, aconselhamento dos espíritos.

No momento que conheci o grupo ele passava por um interessante momento de reflexão sobre sua institucionalidade e sobre suas práticas frente a comunidade espírita da qual fazia parte. Em primeiro lugar, seguindo reestruturações na estrutura da instituição e na maneira como esta concebia a espiritualidade, o grupo havia sido desvinculado de sua relação e de sua base de funcionamento dentro do Hospital, o que fez com que passassem a funcionar na clínica de homeopatia onde os conheci. Em segundo lugar, seguindo o que se pode presumir sejam as próprias dinâmicas internas do Espiritismo, bem como do campo religioso, o grupo passara a praticar este modelo de “desdobramento” sobre o qual falei acima e que em princípio não era preconizado ou “autorizado” pela Federação Espírita daquele estado. Esta “emancipação da alma” nas palavras de Allan Kardec⁸¹, seria muito benéfica ao “trabalho mediúnico” pois, como veremos adiante, garantiria aos médiuns a possibilidade de, de fato, “ver”, “sentir”, “perceber”, com mais precisão os espíritos e situações objeto de cada sessão. Constantemente, portanto, o grupo se remeteria as obras clássicas do Espiritismo, mas também buscava um diálogo com outras formas de espiritualidade, que permitiam um alargamento de suas concepções.

aprendizado, aperfeiçoamento, entendimento do potencial deste tipo de comunicação. Por esta razão, a reunião mediúnica, é tanto um momento de leituras e debate, como também de prática espiritual em estrito senso.

⁸¹ Uma descrição mais precisa, pautada por outros debates, precisaria ser feita. Aqui me restrinjo as informações que conheci estando nas reuniões com meus interlocutores e nos eventos e leituras aos quais tive acesso estando junto a este grupo.

O número de pessoas nas sessões que participei sempre variavam muito, mas não havia nunca mais do que 10 pessoas, incluindo *médiuns*, *doutrinadores* (participantes que conversam com o espírito quando este se comunicava através dos médiuns) e também *médiuns de suporte* (que não necessariamente engajam em *psicofonia*⁸² mas permaneciam orando, comunicando imagens, luzes ou realizando passes energéticos nos demais participantes). Como comentei, alguns profissionais da Clínica, psicólogo e psiquiatra, e também a voluntária do SAE, eram participantes desta reunião. Além destes, outros dois profissionais da psicologia, também do próprio Hospital, dois médicos de outras afiliações institucionais, e um número variado de outros membros, de outros contextos profissionais, faziam parte do “*grupo de trabalho*” da reunião mediúcnica. Conforme fui tomando conhecimento do grupo, entendi que ele já estava em funcionamento há mais de 20 anos e que sua relação com o Hospital era tão antiga quanto alguns de seus membros e da própria história daquela comunidade espírita. Entendi, por este caminho, que o grupo tinha sido muito importante em outras épocas e estava passando por uma reestruturação que, conforme ouvia de meus interlocutores, certamente seguia os *desígnios divinos* para que eles, como grupo, pudessem melhor atender as demandas que os *amigos espirituais* tinham para eles.

Como o mal causado por um espírito ou grupo de espíritos está implicado numa complexa malha de relações que envolve a *faixa vibracional* da pessoa obsessada, há sempre consequências de diversas proporções para a vida de uma pessoa – desde pequenos vícios, como o cigarro e o álcool, até o câncer, a depressão e a esquizofrenia. O “mal”, como veremos, nem sempre é premeditado mas pode ser o resultado de outros processos, do próprio desconhecimento do espírito a respeito das consequências de suas ações. As razões pelas quais uma doença pode estar relacionada com motivos espirituais são muito variadas e em minha experiência de pesquisa se referiam geralmente a: (1) obsessão espiritual – presença de uma relação simbiótica com um ou mais espíritos que

⁸² Comunicação que um espírito faz por meio da voz de um médium. Se diria costumeiramente que o médium deve permitir que sua voz seja usada pelo espírito que deseja comunicar-se.

afetassem a saúde, vida pessoal e relações de um sujeito; (2) aparecimento de *sub-personalidades*, porções espirituais de outras encarnações que seguiriam buscando viver seu destino na vida da pessoa encarnada; (3) malefícios causados nesta ou em outras encarnações que podiam levar a espíritos agredidos ou afetados a se vingarem na vida espiritual e; por fim, (4) a presença de maus hábitos e ausência de valores morais, que pudessem conduzir, de maneira ampla, a pequenas relações com espíritos em faixas vibracionais “inferiores”.

Alguns pacientes são informados desta alternativa e outros sequer chegam a saber sobre sua existência. Assim como acontece com o “espiritual”, que sub-repticiamente se insinua em várias práticas, comentários, conversas, também a Reunião Mediúcnica aparece na vida da Clínica-dia, movimentando também processos diagnósticos e o que tratarei como a própria potência do espiritual dentro da Clínica-dia.

Em alguns momentos, quando algum paciente se mostraria particularmente difícil, resistente ao tratamento, agressivo, ou quando houvesse a percepção de “energias carregadas” ou de potencial obsessão, seria solicitado – em conversas as vezes informais – para que o nome fosse levado até a reunião mediúcnica. Em alguns momentos, nas reuniões de equipe, os resultados da reunião, *insights* para o tratamento poderiam ser trazidos, mas na maioria das vezes os efeitos da comunicação mediúcnica sobre o tratamento feito dentro da Clínica-dia seriam indiretos e/ou permaneceriam num circuito paralelo entre os próprios pacientes atendidos no Grupo e os profissionais a ele relacionados.

Como afirmei anteriormente, durante algum tempo Joanna fazia um grande trabalho de consulta com os pacientes interessados e coletaria dados da biografia de cada um, potenciais influências espirituais e ali, mais diretamente, encaminharia os casos para a reunião mediúcnica. Embora não seja contado como um dos tratamentos, os trabalhos desse grupo de desobsessão estão ligados de várias maneiras a vida na Clínica-dia e, ainda que não se soubesse exatamente o que o “espiritual” iria produzir, o Grupo seria sempre “*aquele grupo espírita*” referenciado no cotidiano, que poderia orar pelos pacientes e dar atenção para certos temas.

Todas as quintas-feiras a noite, um grupo de profissionais da instituição, junto a alguns poucos voluntários do SAE e também outros participantes de outros Centros Espiritas, se reúnem para um encontro de leitura e estudos sobre tópicos diversos do mundo espiritual e para comunicarem-se com outros espíritos que, eventualmente, estivessem causando ou participando dos processos de adoecimento dos pacientes atendidos na instituição.

A reunião se inicia com a leitura de passagens de um livro. Poucas páginas são lidas por um dos membros do grupo, que eventualmente é visto como “líder” ou “coordenador”, embora geralmente se desagrade com estes títulos. Após esta leitura, este mesmo membro, um médico homeopata e psiquiatra que atende na Clínica-dia, propõe as primeiras questões sobre a leitura feita. O grupo é sempre muito envolvente, caloroso, generoso nas discussões e existe um genuíno interesse em compreender os processos que são descritos no que quer que esteja sendo lido. É um momento de extrema seriedade – embora também permeado por brincadeiras e dúvidas – conhecido literalmente como “*estudo*” e é considerado um traço importante da formação continuada dos participantes do grupo, sejam eles médiuns ou não. Não mais do que três ou quatro páginas são lidas por encontro, o que garante uma discussão bastante aprofundada de alguns dos elementos do texto.

Durante minha estadia com o grupo, lemos o livro “*Mentes interconectadas e a lei da atração*” (SCHUBERT, 2010), que tinha como foco os modos como nossas atitudes como humanos afetam e são afetadas pelas atitudes de outras tantas entidades pelo universo todo. Discutindo desde fenômenos psíquicos (o que em si já é uma categoria ampla, tornada ainda maior pela inclusão também de fenômenos espirituais que, em certa medida, também poderiam ser tomados como psíquicos) até traços do que chamavam geralmente de relações com a física quântica e outras formulações sobre espaço/tempo, o grupo acessava a partir deste livro uma grande variedade de discussões, à luz das quais, no entanto, sempre buscavam perceber o *espiritual* em suas conexões com outras questões do mundo conhecido e desconhecido.

Os textos e livros lidos pelo grupo, juntamente com as citações muito frequentes de Allan Kardec, pareciam sempre reverberar o caráter racional e positivista deste corpo doutrinário/religioso, o que se tornou já um dado nos estudos sociológicos sobre Espiritismo (ver primeira parte da tese). O emprego de um grande número de expressões complexas e o passeio bastante fácil por entre várias áreas de conhecimento, debatendo indiretamente conceitos da Ciência ou descobertas recentes, promoviam por sua vez uma atmosfera de “racionalidade” e “objetividade” e, apesar do ambiente jocoso, também sempre dentro de um ritmo de perguntas e respostas, sem espaço para debates acalorados, interrupções bruscas ou discussões muito longas. Aureliano (2011) sugere que esta inclinação na direção ao positivismo e cientificismo – que ademais também estão associadas a própria noção de evolução e de “retribuição ética” – refletem o ambiente onde o Espiritismo originalmente nasceu, no século XIX, quando teorias evolucionistas se tornaram comuns nas ciências humanas e naturais.

Após este momento de estudo e conversa, que durava pouco mais de 20 minutos, outro participante do grupo, escolhido a partir de uma sequência que seguia os lugares que as pessoas sentava à mesa,⁸³ iria fazer uma “prece”, em estilo livre, seguida mais uma vez pela leitura de uma mensagem de um livro, “*Vinha de Luz*”⁸⁴. Após

⁸³ Quando, em uma das reuniões, chegara minha vez de fazer a prece, fui ensinado por uma das pessoas no grupo sobre o que dizer ou o que pedir para a reunião. Fui, enfim, ensinado sobre como orar e como fazer uma prece em vários momentos neste grupo. Momentos como este foram muito comuns na Clínica e na Reunião. Em ambos os lugares a importância da honestidade com as palavras, do desejar o bem, do atrair boas energias, eram sempre retratados como traços importantes do tratamento e, igualmente, também da forma como a espiritualidade era percebida por vários de meus interlocutores. De alguma forma, isto ajuda a entender, simultaneamente, a importância que os tópicos do comportamento, da manipulação e das energias tinham na Clínica-dia. No último capítulo da tese (Capítulo 7) volto a discorrer sobre os contornos dos saberes da espiritualidade em minha experiência de pesquisa com a Clínica.

⁸⁴ Livro contendo mensagens do espírito que ficou conhecido como “Emmanuel, amigo espiritual de Chico” a partir do trabalho de psicografia do médium Chico Xavier. Publicado pela primeira vez em 1951 e de ampla divulgação na Comunidade Espírita. A presença de “amigos espirituais”, “guias”, é muito

a prece e a leitura da mensagem, uma participante do grupo, psicóloga em uma unidade integral do Hospital, passa a solicitar de cada membro os nomes dos pacientes que serão apresentados na sessão. Ela própria apresenta nomes dos pacientes que conhece e que acredita precisam de uma intervenção espiritual:

“Então, vou trazer a ..., trinta e sete anos (...), delirante persecutória, pouca resposta ao tratamento, faz psicologia até. A ..., também do Josefina, cinquenta e quatro anos, confusa, delirante, agitada, na crise. A ..., que a Carolina⁸⁵ já trouxe, depressão e ideação suicida. A ..., dependente química, vinte e nove anos, ideação suicida, tentativas, agitação, agressividade. A ..., vinte e três anos, quadro de esquizofrenia, confusa, delirante, pouca resposta ao tratamento, vinte e três anos. A ..., vinte e um anos, com retardo mental, agitação, agressiva, em casa quebrou janelas, portas, objetos. A ..., cinquenta e oito anos, confusa, delirante, persecutória, com tentativas de por fogo em casa. Volto a trazer ..., vinte e quatro anos, com esquizofrenia, pouca resposta ao tratamento, e hoje a mãe adotiva me trazia que a mãe natural era *esquizo*, morreu em um hospital psiquiátrico, a irmã com distúrbio morreu atropelada, o irmão dela a mãe deu a luz em surto no meio da rua, abandonou no meio da rua essa criança, né? E essa mãe faleceu no hospital. E ela num quadro, pouquíssima resposta. A ..., trinta e oito anos, ela vê espíritos, escuta vozes, aqueles “shi, shi, shi”, que eles chamam, xingam, ...É.. tem um abuso do padrasto, com uma filha desse abuso com dezesseis anos agora. A ..., trinta e um anos, é...tem trinta e um, olhando pra ela dá

importante no contexto da reunião mediúnica. Também o “anjo protetor”, “anjo da guarda” seria muitas vezes utilizado para descrever os benfeitores que acompanham a cada pessoa.

⁸⁵ Nome fictício para uma das participantes da reunião mediúnica.

cinquenta tranquilamente, né? Ouve vozes, batida, se auto mutila e no atendimento com ela, ela dizia: “eu já morri”. E era quase verdadeiro, sabe? A gente olhava pra ela a gente não via vida, ou era uma incorporação e a pessoa *tava* dizendo pra mim: “Eu já morri”, sabe? Bem difícil o quadro. A ..., trinta e seis anos, eu já trouxe o nome e *tô* trazendo de novo, uma ideiação suicida persistente, com várias tentativas, tentativas assim... que surpreende, ela não, não dá sinais. E hoje no atendimento familiar o pai trazia, porque eu pedia pra eles orarem, porque ela tem pouca resposta ao tratamento, com tentativas dentro do hospital e o pai trouxe pra mim que ela teve uma incorporação em casa, *né*, e que a entidade pedia pinga, pedia cigarro e dizia que foi um trabalho que mandaram, que fizeram e que ele tinha que executar, que ele ia levá-la. Ele dizia: “Ela é minha eu vou levar!”. E ela fica mesmo inconsciente e vai para tentativa de suicídio, né? Ela também chega a ficar agitada quando tenta impedir ela e o ex-marido que estava lá dizia que seis homens não conseguiam de segurá-la em casa nessas tentativas de suicídio (...).

Cada nome é falado em voz alta e, como se vê, é seguido por uma breve descrição do diagnóstico e de percepções feitas pela psicóloga sobre os pacientes. Cada um dos membros da reunião, da mesma forma, também pode apresentar nomes de sua convivência, pacientes seus ou de outros profissionais, para os quais desejem atendimento. As percepções iniciais sobre os pacientes carregam, como se vê, elementos do jargão médico, psiquiátrico e psicológico, como forma de contextualizar a necessidade de apresentar tais casos ou, então, somente explicações sobre a experiência, em si, pela qual as pessoas estavam passando. Carregam também, no entanto, traços particulares da fenomenologia espírita do transtorno mental, associada a processos obsessivos, incorporações, trabalhos espirituais, relatos da não naturalidade ou do exotismo

dos comportamentos dos pacientes (reforçando, paralelamente, uma noção de problema espiritual), entre outros. Variando desde suspeitas, narrativas específicas de pacientes, casos espirituais comprovados, as razões apresentadas podem incluir pacientes violentos, experiências traumáticas, energias negativas sentidas pelos profissionais, visão ou contato com espíritos, entre muitos outros motivos.

Depois da coleta dos nomes as luzes são desligadas e uma música calma se inicia do centro da mesa, onde também repousa uma pequena lâmpada que ilumina um caderno onde serão feitas anotações por um dos participantes sobre os *atendimentos* feitos durante a sessão⁸⁶. Neste caderno – de cuja escrita fui responsável em algumas sessões – se encontravam três iniciais (M) médium, (E) espírito, e (P) paciente, em frente as quais o participante encarregado da escrita deveria preencher sucintamente informações de cada atendimento. As comunicações se dão de modo tanto rápido quanto prolongado, dependendo do espírito que comunica, mas na grande maioria das vezes, se dão em um estado constante de sobreposição. Cada uma das diversas duplas (compostas por médium e doutrinador/a) estariam encarregadas de uma comunicação e de um espírito particulares, criando uma grande polifonia na sala quando as comunicações finalmente começavam. A tarefa do escriba, assim, não era particularmente fácil e várias comunicações as vezes não eram totalmente captadas.

A música é ouvida silenciosamente por cada participante enquanto todos são convidados a orar silenciosamente, mentalizar boas energias, “*pensar positivo*”, e tentar trazer para a mente e para a sessão os pacientes cujos nomes haviam sido elencados. O silêncio, que dura as vezes alguns minutos e outras vezes muitos, é quebrado pela voz experiente do “líder” do grupo, que passa então a invocar o auxílio das entidades e amigos espirituais, em uma voz calma e firme:

"Envolvidos pela música, vamos também nos envolvendo com os amigos espirituais. Entrelaçando nossos braços e formando um só

⁸⁶ A posição chamada, jocosamente, de *escriba*.

grupo. O grupo de trabalho desta noite. Na medida em que vamos trocando entre nós...os nossos afetos, e o nosso desejo, de nos colocarmos a serviço do Cristo, vamos também nos vinculando à espiritualidade superior, ao pensamento do Cristo, à sua proposta de atendimento a todos os necessitados, ao seu exemplo de amor ..., de paciência, de sabedoria, ... e acima de tudo, a sua demonstração de confiança constante no Pai. Dentro deste espírito, nos colocamos então, a serviço do bem, na tentativa de ajudarmos de alguma forma a todos os presentes que aqui são trazidos pelos amigos espirituais, alguns pelas nossas lembranças... E na medida em que vamos envolvendo a todos... numa oração... em que rogamos ...a Deus ..., nosso pai,... que tenha misericórdia das nossas dores, dos nossos sofrimentos, da nossa ignorância ..., e que nos possibilite vivenciarmos, ainda que por alguns instantes, momentos de paz ..., momentos de refazimento..., momentos de bem estar. Para quem sabe, esses momentos poderem despertar em nós, a nossa essência de luz, ... e nos redirecionarmos, ...para um plano melhor. Assim senhor, lhe rogamos, sê conosco nesta noite."

Conforme sua voz vai diminuindo, a música, que havia sido baixada suavemente durante a fala, volta a ser ouvida. A sessão toda é acompanhada por músicas, já popularizadas como "*músicas espíritas*" ou de "*new age*", que representam uma conjugação de música clássica, instrumental, trabalhadas digitalmente para receber sons também de pássaros, cachoeiras, entre outros sons da natureza. Sempre que o grupo se encontra em silêncio a música é aumentada suavemente, e sempre que há comunicações dos espíritos, o volume da música é novamente diminuído. Segundo o coordenador do grupo, a música é um instrumento de relaxamento, reequilíbrio de energias e, como sempre diziam, também uma poderosa arma para auxiliar no processo de "*ser envolvido*", "*deixar-*

se envolver” pela energia dos espíritos e dos demais membros do grupo.

Envolver-se, ser envolvido, envolver, são expressões importantes e comuns no grupo, e elas estão associadas com a concepção de mediunidade defendida no grupo, a qual somente seria possível na medida em que cada participante tem a capacidade de desconectar-se do plano material e conectar-se as energias espirituais disponíveis ao redor. Estas expressões acabam puxando outras, como “abraçar os amigos espirituais; “tornar-se um” com o grupo e espíritos, entre outras. Em alguns dos dias, segundo as conversas do grupo, quando este *envolvimento* não estava acontecendo por alguma razão, as comunicações mediúnicas aconteceriam com mais dificuldade para os médiuns. De toda forma, a organização da *cena*, com a quantidade certa de luz, música e silêncio, eram o pano de fundo ideal para a realização do “ritual” da comunicação mediúnica⁸⁷.

Na maioria das vezes, logo que o silêncio é rompido, uma verdadeira profusão de sons se inicia na sala, com espíritos comunicando-se de diversas formas. A sala escura e monocromática, iluminada apenas por uma luz, tornava-se, assim, imediatamente habitada por diferentes imagens. Os médiuns relatavam cores, objetos espirituais, presenças, círculos luminosos de diferentes cores, cores curativas roxas e verdes, poderosos instrumentos utilizados pelos amigos espirituais, e uma grande vastidão de ferramentas, luzes e entidades.

Um aspecto muito importante das reuniões mediúnicas, especialmente do momento das comunicações é, portanto, a simultaneidade das conversas, visões, percepções de todos os participantes. A capacidade do desdobramento consciente permite que um ou mais médiuns, ao mesmo tempo, possam visualizar uma determinada cena que está sendo percebida/ recebida no grupo ou, por outro lado, que cada um se desdobre até lugares diferentes. Permite também que haja percepções diferentes de uma mesma cena, que vão sendo compartilhadas com o restante do grupo na

⁸⁷ Minhas atividades de musicalização e de canto muitas vezes eram vistas como particularmente importantes, pois permitiam um contato das pessoas com as vibrações.

forma de descrições. Transcrevo abaixo um pequeno fragmento de uma reunião mediúnica, obtida a partir de gravações realizadas junto ao grupo, onde tento capturar a sucessão das falas, sua simultaneidade e a polifonia do grupo. Cinco diferentes sujeitos manifestam-se nesta pequena cena:

S1 - Eu vejo uma....bolha de luz né? Sendo aberta sobre nós, envolvendo a todos, fortalecendo aqui também com a ..., essa bolha une todo o grupo, nos fortalece, passamos a estar em outra vibração, em outro comando dentro dessa bolha. Eu vejo a gente sendo levado pro *abrigo fraterno*, caminhando tranquilamente ali, seguros, suaves, bem protegidos e parece que do *abrigo fraterno*⁸⁸, em cima uma luz adiante vai despontado, um pequeno sol e vai espargindo raios dessa luz sobre os outros membros do grupo que não estão aqui, mas que permanecem conosco. Esses raios da luz penetram, fortalecem e fazem o mesmo com os outros irmãos do grupo, nos unindo também no trabalho e numa tranquilização.... e cada um de nós também recebe esses raios, que vem direcionado a organizar, a ativar algum processo em nós, de cura, fortalecimento e intervenção. De forma que através desse raio vem continuar trabalhando em nós a nossa capacidade de intervenção e de auxílio espiritual na forma com que a equipe aqui em cima precisa e é capaz de trabalhar

S3 - Um pouquinho antes de tu falar, depositaram em cima da mesa muitas flores, rosas, com perfume tranquilizante e suave, envolvendo a todos nós...

S2 - Nós agradecemos esse amparo, esse apoio, esse auxílio, esse fortalecimento, esse carinho que a equipe espiritual, nesse momento dedica

⁸⁸ Uma espécie de hospital que existe no plano espiritual para onde todos os espíritos em necessidade são encaminhados pelo grupo.

a todo grupo, no sentido de fortalecer, de amparar a cada um de nós, de acordo com as nossas necessidades. Nós agradecemos profundamente por todo esse carinho, por todo esse amparo.

S1 - Eu vejo eles nos levando para um hospital ali no abrigo, com assim, vários salões grandes com leitos e cada leito alguém sendo atendido e uma enfermeira, um enfermeiro, um técnico ao lado de cada um que está sendo atendido. Alguns estão amarrados assim, como de costume, outros um pouco mais frouxos e alguns só com uma faixinha leve, outros nem amarrados estão, mas de alguma forma permanecem colados no leito, uma cola, uma energia que os gruda, ali e não se dissipam do atendimento que vão e estão recebendo. Então eles nos levam a passear, assim, acompanhados que estamos de um instrutor, técnico, medium, vários estão conosco, assim, nos levando a passar, passear e passar no meio desses pacientes. Como eles permitindo observarmos, assim, de perto mas na medida do necessário apenas, do necessário, observarmos a transferência de energia a infusão, o trabalho que está sendo feito em cada um, cada um dos nomes que foi trazido hoje, cada um desses nomes de alguma forma estão nesses leitos... Podemos passear por entre eles, observar a interferência que está sendo feita na medida do possível ele vai auxiliar nessa interferência....

S5 - Eu *to* vendo uma coisa que eu nunca vi, *to* entendendo uma coisa que eu nunca entendi. A gente vê aquelas imagens na televisão e nos filmes e o universo é mostrado como grandes ondas, né? E eu *to* vendo, primeiro eu vi um senhor, acho que de fraque no abrigo fraterno e essas ondas a gente esquece que elas são assim, minúsculas e que o universo está bem aglutinado. É onda e partícula, energia e porque que a gente consegue formar um campo? Porque é tudo muito, o universo ta

muito repleto disso, porque cada átomo, o ar, tudo....é isso que eu to vendo agora: é luz e pontos, pontinhos que refletem a luz, mas é tudo assim, muito junto, não é aquela onda que a gente imagina, uma coisa grande, não! Por isso que tudo ta no todo, porque realmente a gente manipula o que ta aqui, por exemplo: uma teia de aranha, mas as teias não...tem todo um espaço que a gente não ve, então por isso que a gente consegue manipular as energias, porque ta tudo aqui, só que a gente não ve, então são pontos infinitos luz e ondinhas e a gente cria o campo. Legal né? É isso que eu vi. (...)

Os espíritos contatados durante a reunião também chegam de diferentes formas, perdidos, procurando ajuda, raivosos, fracos, fortes, arfando, chorando, pedindo, implorando, demandando explicações, entre outras manifestações. Alguns espíritos podem estar ainda se descobrindo como desencarnados⁸⁹ e outros tantos podem estar descobrindo que estão em reinos e mundos distantes onde se encontram aprisionados, perdidos, em espera, sozinhos ou acompanhados de outros espíritos. Nestes mundos distantes, muitos esperam por suas pessoas amadas e – eventualmente – pela própria espera, evoluem em si energias de raiva, de rancor, ódio contra pessoas que antes amaram, contra os causadores de suas mortes, contra si mesmos. Nestes recantos, como na Terra, os espíritos produzem inusitadas alianças com outras entidades, produzem também distintos tipos de relação, evoluem e involuem para outras formas espirituais. O aprisionamento que vivem os espíritos é narrado muitas vezes pela energia negativa na qual se colocam e da qual não conseguem se desvencilhar. Algumas pessoas ainda, por estarem muito conectadas a vida material, independente da causa, as vezes mesmo por apego excessivo a algumas pessoas, simplesmente não reconhecem nem aceitam sua morte:

⁸⁹ No espiritismo, desencarne significa propriamente a morte do corpo físico.

“Eu estava vendo vocês e não gostei do que vi. Vocês estão mexendo nos meus territórios e eu não gosto disso. Venho tentando segurar alguns de vocês, mas aí tentam proteger,... mas é só vocês darem bobeira que a gente tá aí,... Eu estou me aproximando, uma hora eu vou dar uma rasteira em um de vocês,... Eu sou o líder... semana passada eu não vim com toda a minha força, agora eu estou todo aqui”

Cada comunicação é um “mundo” em seu próprio direito – de fato, eles vêm de mundos particulares, espirituais e materiais, neste tempo e fora dele ao mesmo tempo – e cada uma traz um grupo de situações que precisam ser resolvidas e compreendidas pelo *doutrinador* ou *conselheiro* que senta ao lado de cada médium. Conforme o espírito começa a falar⁹⁰, tais conselheiros, que são coincidentemente, em sua maioria, também médicos e psicólogos, desenvolvem diferentes estratégias a partir de seu próprio discurso e conhecimentos para compreender o que cada espírito está trazendo. Existiria sempre uma “razão” pela qual o espírito se comunica, que não está nem necessariamente clara para o espírito – que muitas vezes é meramente *encaminhado* a reunião por espíritos superiores – nem para o grupo presente na reunião.

O encontro do espírito na reunião, neste sentido, é um evento cosmológico muito importante, talvez uma oportunidade única. Da mesma forma como o espírito acima estava apenas esperando uma oportunidade para se manifestar, também os benfeitores espirituais estariam sempre trabalhando para corrigir os trajetos de outros entes e esperando a oportunidade para receber aqueles em necessidade. Necessidade, por sua vez, é uma categoria importante na cosmologia destas reuniões, pois enquanto o Grupo Mediúnico – amparado pelos desejos de espíritos superiores – vê um espírito raivoso como necessitando de ajuda, o próprio espírito, em si, não se enxerga como necessitado. Apesar de algo óbvio, este contraste atravessa toda a dinâmica destas atividades comunicativas e, em

⁹⁰ Segundo os médiuns do grupo, um médium não incorpora ou passa a agir como o espírito, mas “empresta” seu corpo para o que o espírito *fale* através do médium. Assim, literalmente, quem fala é o próprio espírito.

certo sentido, também implica em jogos de poder com os espíritos atendidos, o que de um ponto de vista antropológico fabrica tanto as relações como os próprios sujeitos (sejam eles profissionais no mundo material ou os *sujeitos* espirituais).

Neste sentido, parece haver, talvez, uma construção própria também da cosmologia espírita e que é relevante para conferir sentido ao que, se pressupõe, um espírito nestas condições *necessita*: espíritos que estão raivosos precisam ser pacificados; espíritos que estão doentes precisam ser curados e/ou encaminhados para tratamento com espíritos superiores; espíritos que estão perdidos precisam ser direcionados para lugares especiais, as vezes na companhia daqueles que gosta e que também já estão no plano espiritual, as vezes somente para o lugar onde deveriam estar; e assim por diante. Estes processos, entretanto, podem demorar semanas para serem concluídos, e muitos espíritos – como o que se comunicou acima, vindo à reunião pela segunda vez – acabam vindo ao grupo muitas vezes antes de terem uma resposta definitiva ao “problema” que possuem.

Transcrevo abaixo o trecho de uma conversa entre uma das doutrinadoras e uma das médiuns no grupo. Na conversa, a Médium sente que uma ex-paciente, para a qual já se haviaorado antes, recentemente falecida, retornara e gostaria de conversar com a psicóloga/doutrinadora⁹¹. Vemos também neste trecho um dos principais trabalhos do grupo, relacionado ao processo de desencarne a ao auxílio da pessoa e sua família no processo. O Grupo trabalha com um suporte espiritual muito importante, chamado de “*Abrigo Espiritual*”, para onde muitos espíritos em necessidade são encaminhados para procedimentos, “atendimento”. No Abrigo Espiritual, em uma dimensão paralela⁹²

⁹¹ Para melhor leitura, utilizo nomes (fictícios) para os sujeitos em alguns trechos.

⁹² Outras dimensões nem sempre estão paralelas à qual vivemos, mas estão também imbricadas com esta e outras tantas. Por esta razão determinados pacientes são capazes de perceber imagens e sujeitos que, na realidade, são percepções de outras dimensões, cruzadas ou imbricadas com a dimensão do próprio paciente. Como me disse certa vez um de meus interlocutores, a “realidade” é como uma inscrição energética no espaço-tempo, e muitas realidades possíveis estão inscritas (no passado, presente e futuro). Algumas pessoas têm condições de acessar estas inscrições, perceber porções dela, senti-

à nossa, existem equipes, medicamentos, instrumentos⁹³, preparados para auxiliar os espíritos encaminhados pelo grupo.

M - Célia?

C - Oi?

M - A Aparecida⁹⁴ de novo. Eu vou aí ou você vem aqui?

C - Eu vou aí. Licença, posso?

F - Claro⁹⁵

A - Oi, eu *to* feliz. Eu tive um tempo e agora eu *to* aqui.

C - E como é que tá, nessa fase nova?

A - Ah, é uma coisa diferente, eu fui entendendo, eu tive o tempo necessário pra me desapegar, e sabe como? Ela foi lá, no hospital e daí... eu não sei se eu *tava* lá, onde eu *tava*, eu aproveitei e vim com ela, mas olha, foi assim um período tão interessante, que eu fui me desligando, me desligando e tinha uma equipe toda ajudando. Acho que era o tempo que eu precisava mesmo, *tô* tranquila.

C - Que bom, porque da última conversa nossa você *tava* angustiada....

A - Ah, eu *tava*!

C - preocupada

A - Passou tudo.

C - Né? E a gente no final daquela conversa, é..., percebeu que estava sendo encaminhada pra este atendimento.

A - Agora eu *tô* tranquila

C - que boa notícia

A - *Tô* nesse lugar aí, agora *tô* nesse lugar ai que vocês...

C - De amparo, de proteção

la, vê-la, entre outras formas de contato/comunicação.

⁹³ No plano espiritual é possível “materializar”, “conjurar” – a partir da energia – recursos que auxiliam no trabalho de cura.

⁹⁴ Espírito.

⁹⁵ A doutrinadora pede licença para sentar ao meu lado e atender o espírito.

A - Chamam de *abrigo fraterno*, esse lugar é lindo

C - Não me diga!!

A - Nossa! Uhn, ai! (suspiro).

C - Que bom, a gente fica....

A - Eu saí de lá e vim pro hospital aqui

C - Sim, sei

A - Entendeu?

C - Sim, sei

A - Sai do hospital....Aliás, falei errado eu sai do hospital daqui.... ai é tão confuso nesse sentido...

C - Você deixou o corpo no hospital aqui e foi em espírito pra um outro hospital

A - E fui pra um outro hospital

C - Ficou bem amparada, bem assistida

A - Nossa, que maravilha. Eu to com... parece que eu to com outro corpo

C - Que bom

A - Bem legal mesmo. Tô me sentindo.... eu fico assim as vezes meio sonolenta, sabe? Eles me disseram que eu vou ficar mais uns dias, mas depois...

C - Ja tá se adaptando?

A - Uhn

C - Que bom

A - *Que* eu precisava mesmo desse tempo, meio lá meio cá, ou meio cá meio lá. Sei lá. Não importa. Importa é que eu *tô*, assim, como que mergulhada numa sensação muito boa. Muito boa mesmo.

C - Então a gente tem que agradecer a todos pelo amparo, pela assistência.

A - Ah, com certeza!

C - Nessa fase delicada, difícil, que é esse desligamento da nossa vida terrena, desse retorno a pátria espiritual.

A - E todo mundo vai ficar bem, tem problema não.

C - Você diz sua família?

A - É, eles vão ficar bem

C - já estão..., esse tempo também ajudou a trabalhar, entender...

A - A se desligarem de mim e eu me desligar deles

C - E entender que era o momento de se desligar, de deixar ir, né? Que era o momento definido já por deus

A - Eu ainda não vou sair do hospital até...sei lá, adaptação eles estão dizendo, entendeu? Mas é... nossa

C - Mas *tá* muito bem acolhida, muito bem amparada. Agora é refazer energias, refortalecer a alma, o coração, como já *tá* sendo feito e depois procurar trabalho né?

A - Serenidade né? Serenidade...

C - Vê o que que pode ajudar na sequência

A - Olha, não sei o que que eu *vô* fazer, mas eu gostei muito dessa equipe que vai e vem, vai e vem entendeu?

C - Aham, entendi...

A - E *tá* aqui, *tá* lá ao mesmo tempo. Ai isso é muito legal

A - A gente não tem assim, um limite, entendeu? E eles já me disseram que, quando eu estiver adaptada, completamente, eu vou poder trabalhar. Legal, né?

A - Estudar, trabalhar e tocar a vida em frente

A - Ó, estudar e trabalhar é a mesma coisa, nesse plano, entendeu? (risos)

C - É, aham...

A - É tudo assim, tão, tão junto, tão coeso, tão diferente do corpo físico, né? Nossa, eu não acredito que eu to assim. É muito legal

C - Não esqueça então de agradecer a Deus essa benção, essa misericórdia...

A - Agradecer, agradecer, agradecer...

C - ...que envolveu você.... todos os familiares, *pra* passar por esse momento que a princípio surpreendeu, mas que eles conseguiram acomodar o coração, e você está me dizendo que está conseguindo já se localizar. Como é que *tá* acontecendo?

A - É, mas eu já tô me apagando de novo. (risos).. Eles me deixaram acordada só um pouquinho pra vir falar com vocês...

(...)

C - Pode deixar, obrigada dizemos nós por trazer notícias. Muito obrigada.

A - Foi deus que permitiu, né?

C - Muito obrigada, foi, foi sim. Fique com Deus.

A - Vou dormir mais um pouquinho, tá?

O trecho é longo mas sintetiza bem o processo imaginado como ideal dentro da Reunião Mediúnica. Após passar por experiências traumáticas, de fato vir a falecer, Aparecida retorna, em espírito, num pequeno momento em que os amigos espirituais no abrigo fraterno permitem que ela retorne. Ao chegar ela comenta sobre a alegria no outro plano. O trecho, de certa forma mimetizando inclusive aspectos do processo de tratamento da Clínica, ilustra a importância dos eventos traumáticos como momentos ou etapas em que o espírito precisa se adaptar, descobrir coisas, aceitar sua morte, os novos rumos a seguir, aprender novas perspectivas.⁹⁶ Uma vez melhorada Aparecida espera poder ajudar com o trabalho no plano espiritual e, também já entende que sua família já está numa condição melhor de vida, mesmo com seu falecimento.

Em alguns casos a comunicação, ainda que com o mesmo espírito, variam também em função da energia desprendida por uma dessas entidades para dar sua comunicação. Algumas vezes, médiuns apenas ouvem ao que os espíritos dizem e dão voz às suas palavras, enquanto em outras, eles seriam capazes de performar a psicofonia propriamente:

M⁹⁷: “Ela disse que dentro de cinco dias ela vai embora... não vai mais ficar por aqui não”.

⁹⁶ Importante também notar a própria situação mimética entre as Reuniões de Equipe e as Reuniões Mediúnicas e também entre as narrativas de tratamento/evolução/evolução espiritual que se produzem em um e outro lugar.

⁹⁷ MEDIUM.

C⁹⁸: “Aquele da semana passada, ela está aqui?”

M: “Sim”

C: “E pra onde que ela vai?”

M: “Ela disse que vai para outro lugar, que não quer mais ficar aqui”

C: “Ela não tá sentindo melhor aqui?”

M: “Não, ela quer outro lugar. Esse lugar...não precisa mais....não serve mais pra ela ... Ela continua naquela caverna ...e ela não conseguiu sair de lá/ Ela continua naquele lugar que ela foi queimada, ... Ela diz que não conseguiu sair de lá, ...que é muito forte, que prende ela. As tentativas foram em vão”.

C: “Mas vamos voltar mais,...antes disso... O que que ela queimou?”

M: “Ela já disse, que ela sumiu com as crianças.”/ “Ela tá muito ligada ainda,...ela tem algo muito forte que a prende...neste lugar”/ “Ela disse que já pediu perdão, que não resolveu nada/ “Se pedir perdão resolvesse ela ela teria seguido adiante, mas ela não seguiu ela voltou”(...)

E⁹⁹: “Eu estou cansado.....[arfando, suspirando].... To cansado....

C: “Cansado?”

E: “É...”

C: “Você deve tá fazendo muita força, não é?”

E: [arfando, suspirando profundamente,....] “...proteger, não consigo”

C: “Consegue me dizer porquê *que* tá fazendo tanta força?... Porquê que precisa se proteger?”

E: “Eu *não* to morto, eu ainda tenho muito pra viver, eu sou muito forte, eu *to* me tocando,

⁹⁸ Conselheiro.

⁹⁹ Espírito.

respirando” [Perplexo e um pouco jocoso, porém chorando muito].

C: “Seu corpo físico faleceu”.

[o conselheiro conversa baixinho com o espírito e distingo a pergunta se não há alguém a quem ele esteja conectado...]

C: “Uma senhora já de idade? Cabelo branquinho?”

C: “Me diga algo que só ela saiba para eu dizer a ela” [mensagem do filho para a mãe]

E: “Eu gosto muito do cheiro dela, doce...”

Cada um desses fragmentos vem de uma sessão mediúnica particular onde conselheiros, médiuns e espíritos conversam sobre situações, ocorridas em algum momento do tempo, em uma das vidas de cada espírito. Como as conexões entre espíritos e os pacientes nunca estão necessariamente claras, é primeiramente uma função do conselheiro “atendendo” o espírito, oferecer respostas, interpretações, acessar se a história reflete algum caso específico conhecido pelo grupo. Neste aspecto particular entra o tipo de abordagem de cada profissional/conselheiro. Não raro fica evidente que o trabalho dos psicólogos parece muito semelhante ao da própria “*escuta*” que também caracteriza o trabalho do terapeuta na Clínica-dia. A confirmação de vínculos com os pacientes vem ou no momento, quando o conselheiro pergunta se o espírito pode estar causando algum dano a certas pessoas, ou ao fim da sessão, quando o *escriba* do grupo passa a relatar todos os casos atendidos e, coletivamente, se irá decidir se algum deles é relacionado com os pacientes trazidos.

Algumas vezes um espírito tem consciência de que suas energias ou suas emoções causam dano a outras pessoas – como é o caso do primeiro fragmento que trouxe – e insistem em permanecer naquela relação simbiótica, causando mal a(o) paciente. Outras vezes, espíritos que não tem consciência dos seus vínculos, eventualmente acabam buscando viver através do corpo de outras pessoas. Médiuns com pouco treinamento, pessoas com grande sensibilidade, mediunidade não conhecida, pessoas sensitivas ou com “*abertura para o plano espiritual*” acabariam, assim, sofrendo angústias, ansiedade, depressão, medo, ou mesmo

desenvolvendo doenças como resultados desta “*imantação*” com outros espíritos. Nestes casos o aconselhamento é efetivamente um de mostrar “*os caminhos do amor*”, os princípios da vida espiritual, tais como reencarnação, poder das energias e vibrações, e assim por diante.

Enfim, após o término das comunicações, a música é trazida mais uma vez e se faz silêncio na sala, ainda iluminada apenas pela pequena lâmpada do escriba ao centro da mesa. O mesmo coordenador que iniciara a sessão então passa a falar:

(...) que possamos nesses minutos finais, cada um de nós, sintonizar o nosso mentor individual, pessoal, num agradecimento grande da parceria, do apoio, do estímulo, do aprendizado, da bondade, *né?* Uma conversa de fortalecimento, de união, de compromisso, de trabalho juntos. Nesses momentos finais, também, nós queremos pai amado, te rogar que teu amparo mais uma vez recaia sobre todos aqueles que fazem parte desse grupo, que por algum motivo não puderam estar presentes, nós queremos te rogar pai, pelo ..., que ele possa ser envolvido pela equipe espiritual, sendo atendido em suas necessidades sendo fortalecido, amparado na fé, na confiança na esperança, na certeza de que não está só diante das dificuldades pelas quais tem passado, que é somente um momento de aprendizado maior; Nós te rogamos pai pela ..., que se encontra afastada por dificuldades pessoais, que possa também pai ser envolvida em teu amor e da nossa parte a nossa gratidão por todo auxílio, por toda participação nesse grupo que tanto ajudou, que ela possa ser fortalecida pai, em suas necessidades, que um ânimo novo, uma fé e uma esperança, possa surgir fortalecida na alma no coração e também que ela possa perceber, que não está só, que são momentos difíceis, mais do que nunca amparados por teu amor; Nós te rogamos o amparo pro Seu ..., que

faz parte desse grupo permanentemente por ser o criador, orientador o sustentador de todo o trabalho desenvolvido, que ele possa também ser envolvido por teu amor, por tua bênção, e que ele possa receber toda nossa gratidão por assim, a possibilidade de estarmos aqui reunidos na tarefas que abraçamos. Nós te rogamos pai pelo ..., aonde estiver, que possa estar amparado por teu amor, pelo ... (tosse), com a missão que tem de auxiliar na coordenação desse grupo, que possa ser fortalecido, amparado, sustentado; pela ..., pelo ..., que está chegando a esta casa, a este grupo, por bênção do teu amor e nós queremos agradecer por esse amparo infinito que a espiritualidade maior tem dirigido a esse grupo, trazendo essa possibilidade de novos companheiros de trabalho que chegam tão sintonizados, com a tarefa que abraçamos e assim pai, nós te agradecemos por mais esse encontro, por essa noite tão bendita, por esse trabalho de auxílio a cada paciente que aqui foi trazido o nome e que sabemos que de acordo com a permissão com a possibilidade, com o merecimento, cada um será atendido em suas necessidades. Nós te agradecemos pelo fortalecimento ao grupo, por essa noite de encontro fraterno no abrigo fraterno, por todo essa visualização do trabalho em conjunto e que não estamos sós, mas há uma equipe única, transitando aqui e lá, cada um na sua função, cada um no seu compromisso. Agradecemos senhor, pela oportunidade da nossa vida e te rogamos pai fortalece em nós a consciência pra que possamos cada vez mais auxiliar nesse momento ainda tão delicada da terra. que cada notícia triste, cada um de nós possamos, no momento, mentalizar tua presença infinita, amorosa e misericordiosa, de amparo e proteção a todos e assim pai, nós pedimos permissão pra encerrar a tarefa da noite de hoje e todo amparo recebido nós agradecemos

senhor, em teu nome e em nome de Jesus. Que assim seja. [Todos] - Que assim seja.

Um silêncio então toma conta do lugar e, aos poucos, algum dos participantes levanta-se para acender a luz e alguns outros saem em busca de alguns aperitivos e água para o grupo, que são depositados em cima da mesa. Se inicia uma discussão mediada pelo escriba, que anuncia quais foram as comunicações sobre as quais tomou notas. Cada médium, então, sucintamente explica sua comunicação aos demais, que coletivamente vão tentar – embora nem sempre aconteça – relacionar a comunicação ou as visões que tiveram com os pacientes cujos nomes foram trazidos.

Por fim, o grupo vai se distanciando, da mesma maneira que se reuniu, dando também ao “final” uma tônica importante ao processo. Aqui se pergunta se todos estão bem, se alguém necessita de passes ou orações, na eventualidade de estarem carregando energias ruins ou estarem com algum tipo de mau estar. Por fim, após guardados todos os apetrechos, a sessão se encerra definitivamente. O grupo se reunirá somente dentro de uma semana.

6.2. SENTINDO E DANDO VOZ AO DESCONHECIDO

Nos momentos finais da reunião mediúcnica, após o acender das luzes, todos os participantes da reunião começam a discutir os casos atendidos, partindo do que se encontra relatado pelo escriba da sessão. Em suas conversas os profissionais prestam atenção basicamente as transformações e mudanças pela qual cada espírito passou durante o atendimento. Cada vinda de um espírito ao grupo é, como vimos, acompanhada por jeitos bastante peculiares de se comunicar. Em suas avaliações destas comunicações e suas transformações, como também observava dentro da Clínica-dia, o “comportamento” dos espíritos, se cansados, se tristes, se chorosos, também eram observados. Os profissionais ficariam sempre atentos a estas inflexões na linguagem, no tom de voz, e nos diacríticos apresentados por cada entidade em sua vinda, pois a partir da interpretação destes elementos, considerações seriam tiradas pelos médiuns.

Como se vê há muitos processos acontecendo simultaneamente na reunião e há também muitas relações e interpretações que são mobilizadas, tanto individualmente quanto coletivamente, nas comunicações com espíritos. Como acontece na Clínica-dia, o tratamento espiritual oferecido no Grupo Mediúnico, também se desdobra investindo em processos e modelos interpretativos. Para meus interlocutores na Reunião, de modo particular, é sempre muito importante resgatar como cada ação, mesmo do pensamento, tem consequências no mundo visível ou invisível, como são dotadas de uma energia que delas emana e que também nelas ficam impregnadas¹⁰⁰. Este princípio é crucial para que os efeitos de uma comunicação sejam difundidos para a rede de relações dos participantes.

Espíritos são entidades do mundo não visível que tem uma agência que precisa ser reconhecida e entendida, caso se busque compreender os efeitos que muitos deles têm na vida das pessoas. Doenças, assim como *saúde*, novamente, são vistas como conectadas a estas condições energéticas que se desdobram a partir das múltiplas ações de pacientes e espíritos. Embora, num primeiro momento, as relações entre um e outro polo não sejam claras, o “trabalho de formiguinha” – como dizem os médiuns – feito pelo grupo consiste em continuamente realizar este serviço – “prestar um trabalho” – de trazer bem estar, paz, recuperação para os pacientes, na mesma medida em que ajudam aos espíritos também *necessitados de apoio e aconselhamento*. A cura propiciada pela comunicação com os espíritos é, neste sentido, uma confluência de caminhos, que beneficia aos dois polos da “desordem” percebida: trata o espírito, na medida em que o encaminha para outras dimensões e o aconselha; e trata ao paciente, na medida em que, por meio da resolução do problema do espírito, desvincula-o do paciente que está sendo objeto de seus malfeitos.

¹⁰⁰ Não é difícil, neste sentido, ir captando como meus interlocutores se conectam com temas como o da física quântica, que tem sido largamente interpretada como uma evidência da existência de Deus, da necessidade de um paradigma holístico, da inevitável complementaridade dos corpos, da existência de outras dimensões e das possibilidades de manifestações espirituais/energéticas que rodeiam o ser humano, entre muitas outras possibilidades.

Um traço importante do processo de cura e/ou libertação esperado no grupo é, assim, que as transformações que ele acarreta servem tanto ao espírito quanto ao paciente (“*encarnado*”) ao qual o espírito esteja vinculado. No caso de Aparecida, por exemplo, o qual apresentei anteriormente, seu desencarne foi visto como tendo um impacto positivo em uma paciente, filha de Aparecida, que também era atendida pela doutrinadora:

M - Ela [Aparecida] já estava aqui antes, eu senti uma emoção grande, as flores, também na época.... na hora das flores ela estava aqui, ela veio agradecer..¹⁰¹

Jeanne¹⁰² - Sabe como que eu senti? Uma arrepio assim inteiro, falei: é ela!

M - Interessante isso

M - Mas a Janete foi desligado o aparelho?

C - Ontem, mas semana passada já foi atendida que ela *tava* na UTI, desenganada, só faltava desligar o aparelho...

J - Quando que foi isso?

M - E ela desencarnou bem né?

J - Quando, Célia??

C - É que semana passada, ela teve aqui, chorosa, desesperada né “eu to morrendo, eu to morrendo” ela foi fazer uma cirurgia acabou ficando..¹⁰³

M - Na Pineal, não foi?

J - É, e daí ela foi levada pela equipe espiritual pro abrigo fraterno, então ela *tava* relatando que passou a semana lá....

¹⁰¹ Uma das médiuns da reunião relata que havia sentido a presença de Aparecida por que outros espíritos bem feitores haviam vindo depositar flores em homenagem à paciente recém desencarnada.

¹⁰² Jeanne, neste trecho, é a médium que permitiu a comunicação de Aparecida, relatada no trecho anterior. “M” indica a fala de outros médiuns na Reunião. Célia (C) é a doutrinadora que atendeu à Aparecida.

¹⁰³ Célia, doutrinadora, se refere a um momento em que Aparecida – entre a vida e a morte – havia comparecido à Reunião Mediúnica.

C - Ontem foi a cremação dela, mas ela já *tava* em estado vegetativo que diz né? Quando só falta desligar os aparelhos..

M - Então foi antes de ontem?

C - A cremação foi ontem

M - E ela foi muito bem preparada...

C - Interessante.. É. Foi uma mãe assim, que sofreu bastante e... e ela tinha uma energia muito grande de ação de realização e ela *tava* já se achando lá né, ela *tava* liberando essa energia...

J - Pois é, mas também foi assim, lapso só pra dar notícia e já dormiu de novo

C - É, que ela não tinha muito tempo pra ficar ali né? Ela já *tava* entrando em sonolência. E uma coisa que ela falou que me chamou atenção, porque eu atendo a filha, comecei a atender a filha, ela tem uma filha, sabe? E, já do hospital e tal, fazia anos que ela *tava* doente... E a preocupação era a filha¹⁰⁴, e hoje eu falei com a filha e a filha *tava* tranquila. Foi o que ela colocou, a família também, já *ta* aceitando, já desligando, e a filha *tava* tranquila, falou pra mim “*foi melhor, porque ela ia ficar com muita sequela*” ela não ia ter condição de uma vida, né, “*a gente entende que deus quis assim*”, sabe? E todo a família muito preocupada com essa filha que era dependente dela né?

O desencarne de Aparecida, todo o processo de atendimento junto ao Grupo, sua cirurgia, enfim, as etapas descritas nas conversas entre espírito e pessoas na Reunião, conectaram-se com o caso de uma paciente atendida pela psicóloga. Conforme Célia relata, a paciente já se sentia de fato mais tranquila e confortada com o falecimento da mãe. Pensando retrospectivamente, Célia também avalia como interessante e positivo o processo, dado que

¹⁰⁴ É muito comum que profissionais estendam seu atendimento, em algum momento, também para membros da família dos pacientes, principalmente em casos mais prolongados, de internamentos mais longos.

teria permitido um desligamento, um conforto, uma tranquilidade para a filha e para a família que ficara. Palavras como “desligamento” indicam que as pessoas que haviam ficado já estavam conseguindo desconectar-se do espírito da mãe, o que também teria tornado possível o atendimento de Aparecida no Abrigo Espiritual. No fim da reunião, portanto, os papéis ocupados pelas pessoas em suas vidas (material ou espiritual), as relações entre elas e os profissionais, traços do passado e do presente dos espíritos e/ou paciente atendidos são reintegrados e, pode-se dizer, também traduzidos em um modelo interpretativo. O papel dos profissionais, portanto, nestas conversas finais, é primordialmente promover um encaixe das experiências que tiveram na reunião com outros fenômenos observados na Clínica e na vida de seus pacientes ou dos sujeitos que nela estão envolvidos¹⁰⁵.

Ao longo de um atendimento ou, ainda, em sucessivos atendimentos, como acontecia muitas vezes, um espírito vai assim se transformando e vai se adequando a uma narrativa relacionada a evolução espiritual, que envolvem – como no caso de Aparecida – uma aceitação da morte e o início do trabalho pelo bem. O caráter moral do Espiritismo (CAVALCANTI, 2008), que fica certamente a mostra em várias das decisões e interpretações de meus interlocutores, é certamente um dos elementos que participam do modelo interpretativo no qual estão suportadas as Reuniões Mediúnicas. Ao mesmo tempo, no entanto, as conversas, ou o “*estar aqui, estar lá, ao mesmo tempo*” que é uma característica dos espíritos, como disse Aparecida em sua comunicação, também refletem o caráter processual destes diálogos com o mundo espiritual, que em seus movimentos afetam múltiplos entes¹⁰⁶. Estes processos, como vimos, as vezes levam dias e os espíritos são acompanhados – como Aparecida – pelo Grupo Mediúnico em seu processo de transformar o que apresentam em seus encontros

¹⁰⁵ Nunca, mesmo espiritualmente ou psicologicamente, um “caso psiquiátrico” é tomado como exclusivamente responsabilidade do paciente. O elemento espiritual, poder-se-ia dizer, é também uma forma de inquirir no mundo espiritual sobre modos por meio dos quais transtornos específicos se desenvolveram.

¹⁰⁶ O que também nos aponta, mais uma vez, para a possibilidade de pensar os próprios espíritos como sujeitos nestes processos todos de negociação.

iniciais: compreensão, entendimento das leis da evolução, da caridade, aquisição de novos padrões vibratórios, renovação energética, participação na realização dos projetos divinos, e assim por diante.

Estes traços que tenho resgatado, assim, parecem nos evidenciar esta tarefa interpretativa, de enquadre, que os profissionais fazem a partir das falas dos espíritos, uma tarefa do grupo que nos lembra a própria natureza dos médiuns, de *dar voz ao desconhecido*, deixar-se usar pelos espíritos e permitir que seu corpo e voz sejam utilizados nas comunicações. Podemos argumentar, também, no entanto, que mais do que conferir sentidos às histórias dos espíritos e suas trajetórias, ou *dar a voz* para as demandas do espiritual, as Reuniões Mediúnicas também participam da produção de sentidos propriamente para o que os profissionais mesmos experienciam em seu cotidiano.

Ao ser a psicóloga confrontada, no caso de Aparecida e sua filha, pela tranquilidade e pela calma da filha diante do falecimento da mãe, Célia entende – ainda que sua conversa com Aparecida tenha sido posterior à conversa com a filha da mesma – que havia um sentido para a mesma estar passando pelo momento de tranquilidade, o que retroalimenta sua própria visão das relações entre reunião mediúnica e práticas dentro da instituição. Ecoando o que sugere Langdon (2001, p. 242), vemos que a narrativa da filha, adicionada da narrativa da mãe fornecem um “modelo para a ação” da terapeuta e, igualmente, criam e recriam a própria realidade na qual Célia está inserida. A reunião é um processo, portanto, que dá um sentido para as experiências espirituais no domínio em que elas ocorrem, no sentido de que precipitam transformações e evoluções num nível cosmológico/espiritual, mas também se difundem para as relações das quais os sujeitos fazem parte.

Por um lado, portanto, como apontei, os momentos de conversa entre profissionais ao final da reunião promovem certamente modelos e enquadres interpretativos para as comunicações com os espíritos. As conversas, modos por meio dos quais os profissionais vão abordando e interpretando as narrativas dos espíritos também retomam uma certa função social, por falta de palavra melhor, da Reunião Mediúnica, e seu lugar na rede de

relações dos sujeitos que dela participam, retribuindo e retroalimentando o próprio sistema de representações e símbolos dos profissionais.

Um aspecto distintivo deste grupo, ecoando o que já foi dito por muitos antropólogos, relativamente aos modos como “a” ciência está presente no espiritismo kardecista (GIUMBELLI, 1997a, 1997b; STOLL, 2003, 2004; AUBRÉE e LAPLANTINE, 2009) – embora esta categoria precise sempre ser avaliada calmamente – é o esforço constante na coleta e avaliação durante a sessão conforme ela própria vai sendo desencadeada. Desde o início do grupo, com a leitura e discussão de um texto, até a apresentação dos nomes, diagnósticos e sintomas, até o registro da comunicação, que é seguida por uma última e derradeira discussão – todos os momentos são minuciosamente descritos, anotados, discutidos, catalogados. O mundo espiritual é um mundo que é presentificado – se se pode falar assim – por meio dos inúmeros documentos que são produzidos dentro da reunião e, de modo muito importante, o “espiritual” também é constantemente atualizado pelos múltiplos fios e debates que ele abre e que, a rigor, permanecem abertos a cada reunião. É nestas aberturas e permanências que a reunião mediúnica se insinua para dentro do tratamento oferecido na Clínica-dia, não somente como uma possibilidade de tratamento, mas principalmente como uma fonte de reflexividade e de circulação de conhecimentos espirituais que vão orientando práticas terapêuticas.

Mas esta dimensão interpretativa, que adoto aqui como uma característica intrínseca das reuniões mediúnicas, na medida em que as falas dos espíritos – como na Clínica – são submetidas a uma avaliação, entendimento e confronto com outras categorias e histórias, também não esgota o poder da espiritualidade na vida cotidiana. A reunião é, antes de tudo, um *locus* também do desconhecido, do que pode ser “sentido”, da própria fuga da capacidade de interpretação. É interessante notar, por exemplo, que muitos dos doutrinadores – psicólogos e outros profissionais – não realizavam tarefas como médiuns dentro do grupo. A mediunidade é reconhecida como um traço imanente de todos os seres humanos, a qual se apresenta em distintos níveis, graus, possibilidades de maturação, de acordo com a própria pessoa. Apesar de médiuns em

um sentido, portanto, muitos dos doutrinadores não eram treinados nas artes e conhecimentos destes outros membros do grupo e, assim, não viam as luzes, imagens, não se comunicavam, nem davam à comunicação outros espíritos. Não raro estas pessoas iriam relatar como era frustrante não vivenciar esta parte do processo do Grupo Mediúnic, atestando que eram racionais de mais, ou que tinham medo, ou simplesmente não conseguiam. Esta dimensão que não é sentida nem percebida por todos, é uma constante fonte de mistério, dúvidas, curiosidade, desejo e, por isto mesmo, também de imenso poder, que certamente circulam em torno das representações na Reunião e, principalmente, também na Clínica, onde um discurso do espiritual parece sempre, mais que tudo, rodeado de incertezas, uma certa rebeldia e também de poder e mistério.

6.3. “UMA ANTENA PODEROSA”

No início de 2017, retomando a pesquisa de campo depois dos feriados de fim de ano, sou chamado a participar da atividade do psicodrama. Neste grupo, que conheceremos melhor na última parte da tese, se oferece a possibilidade de encenação/ dramatização de momentos da vida de alguma das pessoas presentes. No processo dramático o grupo que participa da atividade também participa da própria constituição da cena e a pessoa que encena terá o trabalho de ressignificar a experiência vivida.

Neste dia sou avisado pela psicóloga que dentre as pessoas que estariam no grupo neste dia havia uma paciente que ocuparia a posição de ego auxiliar¹⁰⁷, precisamente por suas capacidades de sentir as emoções e energias a seu redor. A paciente, que já havia me chamado atenção para os profissionais da psiquiatria que chamava de rápidos e rasteiros, era amplamente reconhecida como uma pessoa que “sentia” muito, que era “*sensitiva*”. Na atividade ela auxiliaria sentindo energias, presenças, emoções, que eventualmente emergissem e avisaria à terapeuta sobre tais

¹⁰⁷ No contexto do psicodrama, um ego auxiliar é alguém que pode, eventualmente, ocupar o lugar do ego, isto é, da pessoa que está no centro da cena, dramatizando algum dos momentos de sua vida.

presenças, o que permitira, caso necessário, um redirecionamento do grupo ou das discussões que estivessem sendo feitas. Como ela, muitas das pessoas que conheci ao longo da pesquisa de campo relatavam o “sentir demais” como uma de suas principais características. Este sentir estava relacionado, para alguns, ao problema de “absorver energias” dos ambientes onde estavam, o que também era visto quase como uma característica intrínseca das manifestações de alguns transtornos. Para muitos na Clínica, também, o “sentir”, e a capacidade “sensitiva” eram também formas particulares de mediunidade.

Muitas eram, no entanto, as zonas de contato entre espiritual e tratamento na Clínica-dia. Alguns pacientes eram percebidos como possuidores de poderosas habilidades mediúnicas e/ou de sentir energias e entidades e, portanto, estavam fadados a “*ver coisas de outros mundos*”, o que trazia não somente uma cura ou uma retirada de seus espíritos opressores, mas possibilidades de convivência, diálogo, compreensão, embora nem todos estivessem necessariamente abertos a este discurso. Outros, para quem o tratamento já era tomado exclusivamente como uma forma de “manutenção de sociabilidade”, a espiritualidade era uma ponte, um contato, uma interpretação que somava sentido às experiências de tratamento. Para outros ainda, o tratamento desembocaria na possibilidade de “negociar” com espíritos algozes, momentos nos quais os pacientes poderiam ou não dar atenção para os mesmos. Soube por um dos pacientes que, uma vez dentro da Clínica, o espírito que o perseguia sabia que deveria ficar fora, que não poderia entrar no espaço da Clínica, era seu combinado com aquela entidade que já o acompanhava a tantos anos. Finalmente, muitos outros, ainda eram grandemente valorizados pela capacidade de perceber energias e forças durante a vida da Clínica e *prestavam* informações aos terapeutas, que direcionavam então seu atendimento aos temas percebidos.

A palavra energia goza de uma incrível transversalidade na sociedade contemporânea. Szilvia Zörgő (2018¹⁰⁸), antropóloga

¹⁰⁸ Comunicação pessoal. Breve discussão pode ser vista em uma apresentação da autora, cuja tese ainda se encontra no prelo, “East meets West: energy as a complex metaphor”. (<https://prezi.com/y5xws4kvhl1ed/makat/>)

húngara que investiga sobre a escolha de práticas integrativas por pacientes de uma Clínica de medicina chinesa, relata que mais do que uma dimensão do campo da física, na sociedade ocidental “energia” poderia ser vista como uma “metáfora complexa”. Entre os ocidentais energia pode aparecer em várias construções: energia criativa, energia de vida, recarregar as energias, energia para desempenhar atividades, energia positiva, energia negativa, etc. Nas relações sociais que estabelecemos podemos, ainda, doar energia, tomar e receber energias, roubar energias, ter nossas energias bloqueadas, entre várias outras possibilidades. Ainda que alguns destes campos possam ser mais facilmente localizados dentro de determinados campos semânticos, como da energia em suas relações com a capacidade pra movimentar-se, agir, ou então da energia como vida, propriamente, fica evidente que muitas destas expressões nos apresentam uma vastidão de cruzamentos possíveis. No caso da Clínica-dia, “energia” também aparece fortemente em vários momentos e é particularmente interessante pensar sua circulação como uma *metáfora complexa*.

Ainda que alguns pacientes sensitivos possam ser reconhecidos como tais em termos de capacidades espirituais que aí existiriam, também esta capacidade poderia estar associada às próprias categorias psiquiátricas que culturalmente engendram sentidos relacionados à energia. Seria o caso, por exemplo, da própria depressão que por si só é cercada de metáforas e na qual, entre as muitas manifestações possíveis, seria muito comum que pacientes se deixassem levar pelas energias de outras pessoas, não sentissem capacidade para impor-se ou, então, que simplesmente captassem todas as energias negativas presentes em relações e não fossem capazes de transformá-la. Por um lado, portanto, seria ingênuo simplesmente atribuir à energia – em meu contexto – somente um caráter espiritual, pois ela é um vocabulário amplamente utilizado também como uma metáfora para processos experienciais dos transtornos psiquiátricos. Ao mesmo tempo, porém, o que nos dá a dimensão da complexidade das categorias na Clínica, *energia* também é uma palavra essencial para os processos espirituais que se desdobram no contexto da Reunião Mediúnica e também em uma retórica de tratamento associada ao sentir e à presença da espiritualidade.

Esta complexidade pode ser percebida em alguns casos em que observei a presença de cruzamentos com questões espirituais e, também, em algumas categorias relevantes na Clínica, relacionadas aos *pacientes sensitivos*. Não argumento que haja uma necessária vinculação entre os sentidos que perpassam cada uma das histórias, mas, ao contrário, que o próprio lugar do espiritual é o da potência que ele permite, como forma de dar à luz diferentes mundos e relações dos pacientes com suas doenças. Nesta direção, um outro plano possível para a atuação do espiritual é, em adição ao que afirmei antes, também sua capacidade de *não dar sentido*, de povoar a experiência cotidiana do tratamento com os mistérios e poderes que perpassam o espiritual.

Continuando a história do psicodrama que iniciei anteriormente poderemos ver um pouco destas questões em movimento. Mais ou menos no meio do grupo do psicodrama daquele dia escutamos barulhos na parte externa da sala, estávamos neste momento na primeira sala logo no corredor principal da Clínica e escutamos a voz de Maria, que suponho estaria tendo uma “crise”, das quais muitos já haviam falado. Ela gritava muito alto, com uma emissão que me parecia naquele momento quase espectral e um pouco amedrontadora, falando de monstros e escutava-se coisas sendo jogadas e gritos de outras pessoas. Não tarda, escutamos a voz da coordenadora da Clínica chamando alto pelo nome de Maria, seguida também pelo TR e pelo enfermeiro da Clínica, sem sucesso de acalmar os gritos da paciente.

Rapidamente a terapeuta que estava no psicodrama me encarrega de “segurar os pacientes” que estavam no grupo dentro da sala já que se havia iniciado quase imediatamente uma grande agitação entre todos. Ela, por sua vez, corre para auxiliar no cuidado a paciente em crise. Outros pacientes são encaminhados para dentro da sala comigo. Assim, não posso ir ao lugar onde Maria está. Em seguida a sala da frente é isolada e tem a porta de acesso fechada – é solicitado a todos os pacientes que fiquem longe da sala. Sei mais tarde pelo TR que durante sua crise ela praticamente foi capaz de segurá-lo suspenso no ar, tamanha a força desprendida durante aqueles instantes. Para contê-la foi necessário que ele praticamente se jogasse sobre ela e ainda assim ela podia facilmente

impedi-lo. Foi meu primeiro contato com o grupo de oito¹⁰⁹ e com este *lado* desta paciente, com a qual até então apenas havia trocado poucas palavras.

Maria, a paciente que teve a crise, é uma paciente de, no máximo, 50 anos de idade que esteve em tratamento durante praticamente todo o período em que estive na Clínica e cujo tratamento já durava pouco mais de um ano. Ela foi internada no Hospital, com um período no integral inicialmente, após crise relacionada ao seu trabalho. Trabalhava como panfleteira na rua, quando foi *descoberta*, como disse, por um empresário na rua. O empresário propôs que ela se ocupasse de uma posição de vendedora num telemarketing e que ela tinha muita capacidade pelo que ele via do trabalho dela na rua. Na única vez em que me contou sua história, disse com orgulho que trabalhou por muitos anos nesta empresa e que era uma excelente funcionária, batia todas as metas. Em um dado momento começou a sofrer críticas e assédio de outra colega de trabalho, também vendedora, que julgava que ela não era capacitada para o trabalho já que não tinha formação universitária. Maria diz que não conseguia se impor e ao longo dos anos esta convivência foi fazendo-a “cair no buraco”. A situação toda culminou com o surgimento das vozes de comando para que agredisse sua colega, que também começou a se aproveitar do seu estado pessoal para discriminá-la, instigar medo de suas crises, afirmar que estava louca.

Foi somente quando se afastou da empresa que começou a se centrar novamente – mas a doença já estava “*com ela*”, como dizia, e o assédio permaneceu na forma de ligações telefônicas de ameaça já que ela estava afastada e não conseguia voltar ao trabalho e também consequentes críticas à sua suposta falta de profissionalismo. Apesar da dificuldade de voltar ao trabalho, pela perseguição por vultos e pelas vozes de comando – que para a equipe só eram desencadeadas nas situações de ansiedade e de pânico – Maria também não podia sair de seu emprego e eles não podiam demiti-la.

¹⁰⁹ Grupo treinado nas dependências do hospital, dentro de cada unidade, para imobilizar e conter pacientes em crise.

Como apontei anteriormente, as anamneses psiquiátricas não apontam com clareza histórias pessoais dos pacientes ou de que maneiras os sintomas descritos estão relacionados com outras questões da história dos sujeitos. A trajetória desta paciente especificamente, no entanto, se mostrou sempre uma importante demonstração de que o processo diagnóstico e o processo de construção de um tratamento nunca se dão exclusivamente a partir da palavra da psiquiatria e que outras interpretações, da vida cotidiana, concorrem para estabelecer uma compreensão sobre doença.

Foi somente numa reunião de equipe que comecei a prestar atenção sobre como algumas questões se sobrepunham ou se faziam paralelas as opiniões da medicina. Uma vez, ao trazer o caso de Maria, um dos psicólogos afirma, de maneira categórica que ela, como talvez outros casos, tinha “*uma antena particularmente poderosa*” e estava particularmente aberta a todas as influências energéticas bem como espíritos ao redor. Ela era tanto uma paciente com uma capacidade de sentir as energias ao redor, como também de conectar-se com outras faixas vibratórias, o que permitiria que ela visse percebesse entes de outras dimensões.

Em uma das discussões sobre o caso de Maria, na reunião de equipe, um dos psicólogos, formado dentro do espiritismo kardecista e defensor do “paradigma da consciência” resgata como, no caso dela, a glândula pineal poderia ter uma relação com o desenvolvimento desta grande conexão da paciente com várias “faixas vibracionais”. A melatonina, segundo ele, estimularia o funcionamento da glândula pineal, o que poderia ser benéfico para vários pacientes que estariam com a função da pineal desregulada e que, em razão disso, pareciam captar várias outras realidades.

A pineal é tomada como uma glândula importante para desempenho e regulação das atividades mediúnicas, dado que ela funcionaria como captadora das ondas e sinais de outras dimensões. O uso da melatonina nesse caso seria muito importante pois muitos pacientes estariam exatamente com sua mediunidade desregulada. O psicólogo sugere, neste caso, que se estimule a pineal através da ingestão de melatonina. Ao mesmo tempo, um dos médicos presentes na reunião, clínico geral, sugere que a ingestão poderia ter como consequência “induzir o organismo a não produzir o

hormônio”. Para o psicólogo, a posição do médico foi considerada “purista”, e para o médico o psicólogo não estava considerando o aspecto “orgânico” do corpo.

No dia em que Maria “*fez uma crise*” e eu fiquei junto aos pacientes na sala do psicodrama, ao sair daquele momento complicado, fui conversar com uma das profissionais da enfermagem. Enquanto conversávamos ela se mostrava bastante preocupada com a situação de Maria, por se tratar ela de uma paciente muito querida e cuidada por todos da equipe. Esta profissional acreditava que a alma de Maria, disse, ia para algo parecido com o “limbo”, e que precisamente por isto a paciente gritava muito e se protegia de agressões pois ela estava realmente sendo agredida por outras entidades onde estava. Inicialmente fico um pouco incrédulo com a situação, mas ela reitera dizendo que, realmente, ela tinha ido para o limbo, e que, de fato, o que ela relatava era real, os “*homens maus*”, as agressões e as cenas horríveis que via. Comentou comigo que Maria precisava ser chamada pelo nome várias vezes, com firmeza, pelos profissionais durante sua crise. Maria, como relatou esta interlocutora, dissera em várias de suas crises que só ouvia muito de longe as vozes dos membros da equipe o que tornava necessário que ela conseguisse se conectar com ao menos uma das vozes para, aos poucos, “voltar”. Voltar, neste contexto, também é uma palavra dotada de uma importante ambiguidade. Para alguns membros da equipe, Maria precisava, com auxílio das vozes neste plano, voltar de suas idas ao limbo. Igualmente, no entanto, na experiência irracional da crise, Maria também precisava *voltar a si*, voltar para seu corpo. Na perspectiva “psiquiátrica” – em oposição a espiritual, momentaneamente – neste sentido, também se pressupõe, como vimos em outros momentos, que certas experiências do tratamento não estão necessariamente situadas no corpo, na racionalidade, na razão, mas estão em um outro lugar, que deve ser deixado para que também a loucura cesse. A porosidade de categorias como *corpo*, *si*, *crise*, rodeada por palavras como *energia* e *voltar*, é muito importante aqui e, meu ponto, neste sentido, é que a idiomática por meio da qual o tratamento se desdobra necessariamente passeia por estas concepções.

É importante ter em vista, também, uma reflexividade própria da Clínica-dia em torno de categorias como “realidade”. Veremos no último capítulo que o tratamento se precipita em torno de retóricas específicas, que agrupam vários discursos, práticas e relações, e não propriamente em um processo terapêutico esquemático. Concepções de realidade estão constantemente em jogo nestas relações de tratamento na Clínica-dia, como já vimos nos modos por meio dos quais *manipulação* circula no cotidiano. A realidade, no entanto, também é um problema óbvio para uma perspectiva espiritual da vida humana, especialmente esta que busca comunicar-se com outras dimensões. Ao mesmo tempo, a realidade também é um tema em situações como esta de Maria. Como me disse a profissional, as alucinações da paciente eram, *de fato*, reais, o que podemos ver tanto como uma forma de oposição com relação à própria tendência à manipulação que era percebida pela Equipe de profissionais e, também, em oposição à própria concepção de alucinação.

Provavelmente outros profissionais da Clínica, principalmente com formação Espirita, teriam outra forma de frasear ou mesmo poderiam discordar do que ouvi sobre as viagens de Maria ao limbo. O que acontece no caso de Maria, me parece, são duas formas distintas de enquadrar a presença do espírito/espiritualidade com relação ao diagnóstico. Ambos dialogam, de certa forma, com perspectivas biomédicas, mas mobilizam diferentemente tanto a biomedicina quanto a espiritualidade. Em uma das formas, em que vemos o debate sobre a melatonina, quando médico e psicólogo discutem o caso, a interlocução entre estimulação da glândula pineal e regularização de funções mediúnicas, põe em perspectiva uma dimensão biológica do corpo e uma medicação que pode ter um efeito desejado para o controle da poderosa captação que era particular no caso desta paciente. Na segunda forma, na breve conversa com uma profissional da enfermagem, a experiência cotidiana de Maria é refletida em termos aparentemente puramente espirituais, na medida em que a crise somente foi “contida” com apoio do *grupo de oito* e administrada medicação pela enfermagem, mas a real explicação era que eventualmente, em suas crises, ela era atacada por espíritos das outras dimensões que visitava.

Interpretações como as da trajetória de Maria não eram necessariamente comuns, no sentido de que nem sempre ganhavam muito espaço nos debates mais coletivos, mas para mim é muito relevante que o espiritual sempre estivesse no centro de discussões importantes sobre vários dos conceitos com os quais a Clínica operava. A abordagem espiritual, quando acontecia, se dava principalmente por meio de atendimentos individuais, a partir do trabalho de terapeutas específicos, e também em acompanhamentos que eram feitos propriamente nas reuniões mediúnicas, para onde os nomes de pacientes eram elevados. Maria, por exemplo, não buscava necessariamente a ajuda de um tratamento espiritual, nem necessariamente concordava com as leituras que eventualmente eram feitas a seu respeito. No entanto, a partir de seu caso, para muitos uma situação extrema das dinâmicas em torno da energia/sensitividade, se evidencia a presença do espiritual como uma forma potente de interpretação, que era capaz de mobilizar sujeitos em seu entorno.

Outra trajetória de tratamento onde o espiritual surge como uma possibilidade e, como tal, também enredado em tensões, processos e movimentos de categorias e diagnósticos, é o caso de Laura, sobre a qual falamos anteriormente. Durante o tratamento de Laura predominaram as interpretações que qualifiquei, anteriormente, como relacionadas a um enquadramento em que se pode observar os efeitos do tema do comportamento nos processos diagnósticos. Mesmo assim, em seu prontuário suas visões, escutar mortos pedindo auxílio, entre outras manifestações também eram constantemente reconhecidas. No caso de Laura a presença de experiências de fundo espiritual eram muito marcantes e, de modo muito importante, elas eram registradas em seu prontuário, marcando um lugar para aquelas experiências.

No caso de Laura, por exemplo, a paciente era entendida como moralmente questionável por muitos profissionais da equipe, que não engajava no tratamento e, para muitos, não queria melhorar. Na perspectiva de alguns profissionais Laura manipulava aqueles da Equipe que tinham mais sensibilidade com o tema da espiritualidade e, para estas pessoas, por sua vez, haviam elementos espirituais em sua experiência da doença. Ainda que nem todos os profissionais se envolvam em todas as discussões, o caso de Laura,

assim como o de Maria, foram particularmente interessantes pois, por um lado a influência espiritual de Laura era refutada pela equipe, que tributava seu caso a situações de personalidade, comportamento, subjetividade e não a problemas espirituais. Maria, por sua vez, que não era diretamente tratada como um problema espiritual, tinha uma recepção mais ampla de quase toda a equipe para questões de fundo espiritual. Ou seja, a circulação de um possível problema espiritual não está exclusivamente em seu conteúdo e nas leituras que se podem fazer deles mas, também, nos modos como estes adoecimentos se apresentam e em que articulações com outros saberes.

Em um primeiro momento os casos de Maria e Laura se diferenciam, do ponto de vista das manifestações de suas doenças, principalmente por que no primeiro caso, de Maria, existe um diagnóstico de “esquizofrenia” que é sempre cogitado e, como acontece com outras categorias psiquiátricas, circula nomeando de modo amplo e até impreciso traços de comportamento e de uma suposta fenomenologia das doenças que, no caso da esquizofrenia amplamente se relaciona com a presença de alucinações. A esquizofrenia goza de um espaço peculiar na Clínica-dia pois a manifestação dos sintomas – alucinações, crises e o próprio sofrimento em si da experiência do contato com o “não real” – eram altamente dramáticas e faziam com que, literalmente, toda a equipe precisasse ser mobilizada para conter os pacientes, comunicar a família, encaminhar para o Hospital, entre muitos outros momentos de um evento de crise como o de Maria. Já Laura, no entanto, estaria dentro de um quadro de depressão, pesando sobre ela quase que invariavelmente, no contexto da Clínica, a possibilidade de julgamento como manipuladora, com problemas de personalidade.

Se por um lado, como afirmei em outra ocasião (CIELLO, 2003; 2015), a esquizofrenia parece receber menos espaço dentro dos tratamentos contemporâneos baseados em uma lógica da fala, da coerência do discurso, também os transtornos dentro do espectro neurótico (depressões e transtornos de personalidade), dentro de minha experiência na Clínica-dia, sofrem de uma dificuldade de legitimação frente a esquizofrenia. Esta “política” da doença mental é o que, por um lado, determinaria a percepção diferente dos casos de Laura e Maria e a maneira como categorias do espiritual

poderiam ser levantadas, não pelo espiritual em si, mas pela agência de categorias tais como “depressão” e “esquizofrenia”. De toda forma, o que é interessante é que em ambos os casos o espiritual não se resume a um debate interno da equipe ou a uma interpretação da doença meramente, mas se pronuncia poderosamente para a própria trajetória de tratamento das pacientes em questão e também para o processo de negociação de sentidos em torno do adoecimento das pessoas.

Já próximo ao fim de minha pesquisa de campo com a Clínica-dia, me aproximei de outro paciente, que chamarei aqui de Bernardo, que experienciava visões e vozes de comando já por muitos anos de sua vida. Na Clínica Bernardo é notado pela equipe em certo momento de seu tratamento pois ele começa se esquivar das atividades, passa a ter dificuldades para comer. Novas visões e novos conteúdos começam a surgir em sua experiência dita psicótica e os novos conteúdos eram incrivelmente agressivos e assustadores para o paciente: via seu prato, nas refeições, repleto de vermes e sangue; sentia cheiro de carne podre ao longo do dia e sua vida passara a ser ameaçada pelas vozes-vultos-alucinações-espíritos que se comunicavam com ele. A mesma sombra escura que o atacava durante toda a vida, e que naquele momento parecera mais calma, retornara com muita força e o ameaçava.

Depois que estas experiências iniciaram Bernardo teve seu nome levado para a Reunião Mediúnica muitas vezes e em uma das sessões, dentre as conversas sobre identificação dos casos, uma médium discerniu que havia uma causa espiritual envolvida na piora do seu quadro. *“Se agora ele não consegue comer, logo ele não será mais capaz nem de respirar, e é melhor que vocês não fiquem no meu caminho”*, disse o espírito na reunião. A mensagem foi tomada como muito clara quando, no dia seguinte, o psicólogo que havia acompanhado o caso na reunião mediúnica leva esta informação para a reunião junto aos demais profissionais da Clínica-dia. Na reunião mediúnica, o espírito *foi atendido*. Na Clínica, esta comunicação espiritual particular levou a decisão de um novo internamento para Bernardo, que imediatamente aceitou o tratamento integral que, segundo ele, geralmente garantia que as vozes que ouvia fossem embora rapidamente. Bernardo era um paciente que, não acreditando nem desacreditando do espiritual,

como dizia, sentia que a permanência no internamento deste hospital particularmente, diferente de outros, mantinha as vozes que ouvia afastadas por muitos meses. Por esta razão, sempre que sentia que iria entrar em novas crises, Bernardo buscava não outras instituições mas o Hospital Espírita e, neste processo, já se encontrava sendo atendido no internamento integral e na Clínica-dia onde pesquisei por muitos anos. Depois que terminei minha pesquisa Bernardo foi diagnosticado com uma forma muito severa de câncer e – até onde soube de sua história – veio a falecer não muito tempo depois.

Vozes como a de Bernardo são muitas vezes silenciadas. Mesmo dentro da Clínica-dia, por alguns profissionais, ou também quando em contato com as famílias de alguns pacientes, fica sempre evidente que as narrativas de pacientes esquizofrênicos representam um desafio aos modelos de comunicação e de socialidade de pessoas consideradas não-esquizofrênicas. Apesar de que o conteúdo geral de suas “alucinações” seja de interesse para a psicologia ou para a psiquiatria, não é como “experiência” que elas aparecem. Jenkins (2015) relata que há uma tendência normativa nas ciências sociais e na área da saúde a ignorar os aspectos “extraordinários” envolvendo a doença mental. Segundo esta autora elas devem ser vistas como mais do que “consequências” ou “condições”, cuja relevância acaba quando um diagnóstico é produzido. Os transtornos mentais devem ser tomados fundamentalmente, em sua perspectiva, como processos humanos altamente envolventes (2015, p. 02) aonde existe agência, “cultura”, vida e lutas acontecendo. “Condições extraordinárias”, precisamente em sua ambiguidade, seria um modo de perceber a doença mental como potência e não somente como um fim da linha. A inclusão de uma leitura espiritual, que circulava na Clínica-dia, ainda que nem sempre totalmente fosse concordada por todos, constituía um plano de reconhecimento desta potência (ainda que também permeada por muitas estratégias de delimitação e classificação em algumas de suas manifestações na Clínica). O espiritual, neste sentido, é um plano que ao mesmo tempo busca complementaridade com a psiquiatria e que também não cessa de apontar tensões e uma visão radicalmente diferente daquela,

permitindo que muitos pacientes agenciassem seus sofrimentos de diferentes formas.

Neste sentido, as conexões entre espiritualidade, Espiritismo e o tratamento da Clínica-dia parecem estar relacionadas com um ponto de partida onde as “alucinações” não são imediatamente tomadas como “temas” fora da lógica ou fora de um campo de experiências, mas pelo contrário, como fenômenos possíveis, que podem ser levados a sério. Embora a cura completa de uma doença mental – cuja entidade é, a um só tempo assumida e relativizada pela cosmologia espírita – não seja vista como possível por muitos de meus interlocutores, os resultados da inclusão do elemento espiritual poderiam ser vistos, nos debates que tenho apresentado, tanto nos diálogos com alguns pacientes e no oferecimento de ajuda, quanto, em outros casos, em reduções de medicação, no desenvolvimento de formas de espiritualidade.

Em primeiro lugar, portanto, a “eficácia” da Reunião está mais conectada às maneiras pelas quais as descobertas espirituais são trazidas ao mundo, e impactam decisões e experiências, na vida diária dos sujeitos, e não a uma estrutura interior ou estrutura mental/social/política que é transformada dentro de um ritual (Schieffelin, 1996). É importante ressaltar que os pacientes não estão fisicamente presentes nas reuniões mediúnicas, o que ao mesmo tempo, diminui seu potencial de diálogo imediato entre o “ritual” e problemas que possam ser percebidos pelos pacientes, mas ao mesmo tempo, também povoa a vida cotidiana da Clínica de pequenas narrativas, fragmentos, histórias, possibilidades. A Reunião Mediúnica, neste sentido, convida não só para a observação de modelos diferentes de interpretação da saúde mental, como também para um reconhecimento das múltiplas possibilidades da própria “doença” como experiência e como potência.

O que tenho demonstrado aqui é que o espiritual é uma das categorias que fazem movimentar a Clínica-dia em suas rotinas cotidianas e, como já afirmei em outros momentos, como um idioma para várias manifestações. A eficácia terapêutica do espiritual, as práticas espirituais em si talvez não sejam tanto o ponto a ser resgatado em minha discussão mas, sim, as dinâmicas

nas quais o espiritual está constituído e também constitui tratamento, sujeitos, doença e saúde.

De modo principal, portanto, em minha percepção deste campo, o que o espiritual realiza se relaciona com a construção de um outro estatuto em torno das “alucinações”, que são uma experiência frequente de muitos de meus interlocutores. Mais do que uma dimensão de resolução direta ou imediata dos casos ou, mesmo, no contexto da Reunião Mediúnica, de um atendimento consecutivo dos pacientes e espíritos cujos nomes são levados (dado que há uma mecânica celestial operando para que os encontros aconteçam, que não seguem os desejos dos membros da Reunião ou, mesmo, dos pacientes), o que acontece é uma circulação de modos de interpretar doença e também um extrapolamento da própria capacidade de interpretação de certos fenômenos. Não se pretende que todos os casos sejam resolvidos, nem isto seria considerado possível dado o complexo campo que Espiritismo, espiritualidade e Grupo Mediúnico constituem. Também, como vemos no caso de Bernardo, para a experiência do paciente o que importa é que, de alguma forma, o modelo de tratamento do Hospital pode oferecer algum tipo de auxílio, ou que o conteúdo do transtorno – neste caso, as alucinações – possam ser capturadas dentro de outras redes de sentido, o que parece constituir, por si só, uma alternativa ao psiquiátrico.

O Grupo Mediúnico, neste sentido, é uma fonte constante de reflexões e de alimentação dos paradigmas relativos a doenças espirituais e, como vimos, também em um estado interessante de mimese e intertextualidade com alguns eventos da vida na Clínica. Dia após dia os profissionais no grupo aprofundam-se mais sobre as mecânicas e estratégias nas quais se dão adoecimentos, tornam-se mais propensos a reconhecerem elementos espirituais em suas práticas e, com isto, também constantemente informam o ambiente da Clínica e de suas práticas com estes modelos interpretativos.

PARTE III - FAZENDO MOVIMENTOS TERAPÊUTICOS



“Ela está sofrendo adequadamente”

- *“Tá tranquilo, só acho que ele não vai dar conta de alcançar as notas na faculdade”*
- *“Ah, mas pelo menos está fazendo movimento”*

- *“Ele ainda continua com aquela introspecção, é muito difícil tirar alguma coisa dele”.*
- *“Mas ele tá mais aberto, né?”*

(Diálogos entre profissionais da Clínica-dia).

Sempre me chamou atenção na Clínica-dia que, ao compulsar com os terapeutas os sentidos de suas práticas, seu entendimento era o de que não faziam necessariamente o que pareciam estar fazendo. Isto é, narravam suas práticas sempre no sentido de um “algo como”. Não se praticava “o” psicodrama, mas *algo como* o psicodrama, ou, *algo como* a antroposofia, *algo como* a perspectiva transpessoal, *algo como* a psicanálise, e assim por diante. Assim, a musicoterapeuta não considerava que, necessariamente, era possível fazer a *musicoterapia*, mas sim, *trazer elementos* desta prática. Os terapeutas do artesanato não consideravam que faziam necessariamente oficinas de artesanato – como disse-me certa vez a voluntária – mas se buscava *oferecer algo* da arte para os pacientes, “fazer o possível”, sensibilizar, “acessar o paciente”. O que era central para os terapeutas era que os pacientes *fizessem movimento*, que percebessem novas categorias, novos modos de viver, novos jeitos de sentir, que sentissem diferente, pensassem diferente e, neste processo, também fossem deslocados a outro entendimento de suas doenças.

Por um lado, esta maneira de qualificar as atividades evoca uma certa incompletude daquilo que era feito dentro da Clínica-dia: faltavam os materiais necessários, faltava o espaço, faltavam profissionais, faltava tempo, faltava formação, todos estes aspectos acompanhavam o “algo como”. Ao mesmo tempo, no entanto, este modo de falar evoca também, mais uma vez, a própria indefinição de fronteiras que é característica da Clínica-dia, uma vez que, a imprecisão é talvez o que garante que outras abordagens habitem as diferentes práticas terapêuticas.

Neste processo a multidisciplinaridade advogada pela Clínica traz uma importante contribuição, pois cada uma das diferentes abordagens da psicologia, juntamente com os outros saberes, Reiki, Artesanato, Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Educação Física, constituiriam propriamente o tratamento oferecido na unidade, o qual é constituído, por sua vez, por um sem fim de movimentos entre diagnosticar e tratar. De saída, portanto, o tratamento da Clínica-dia não é concebido como iniciar *um processo* que se baseia em *uma perspectiva*, mas descobrir um caminho que seja relevante para a superação do problema específico de cada sujeito a partir da diversidade de atividades. Aliado a isto, seguindo o argumento que

tenho desenvolvido, fazer um tratamento na Clínica-dia implica em ver emergir categorias pertinentes ao tratamento – quais sejam o diagnóstico, a adesão, a melhora, o “ser adequado”, entre muitas outras – no curso das próprias interações entre profissionais, pacientes e, muito importante, também entre os vários outros objetos evocados no cotidiano: vultos, espíritos, dimensões, planos, energia(s), morte, vida, e assim por diante. Assim, no que diz respeito ao “paradigma da espiritualidade”, a dispersão entre diversas práticas e a ausência de um discurso homogêneo também deve ser notada: alguém pode ser entendido a partir de alguma das categorias da psiquiatria e, ainda assim, interpretações espíritas se farão presentes, em conversas de corredor, em alguns dos grupos ou, finalmente, discutidos nas reuniões mediúnicas. Mais do que isto, o modo como discursos relativos ao espiritual são constantemente precipitados no cotidiano da Clínica faz com que estes também sejam objetos relevantes no próprio curso da definição de uma categoria, de um sujeito, de um tratamento.

Csordas e Kleinman (1990) relatam, em sua revisão teórica sobre a noção de processo terapêutico em antropologia médica, que algumas das concepções que a disciplina carrega estão imbuídas inevitavelmente das nossas próprias pressuposições culturais relacionadas a saúde (p. 04). Uma delas é a própria separação entre “diagnóstico” e “tratamento”, bastante central na biomedicina, e segundo a qual ambas correspondem a etapas bem definidas e sequenciais de um processo terapêutico. A questão, lembram os autores, é que em vários sistemas médicos estes dois momentos não correspondem a etapas separadas. Na medicina Chinesa e na Homeopatia, onde o estudo inicial do paciente, das variações de seu pulso e também a descrição dos sintomas ocupam um lugar importante no encontro com o curador, o momento do diagnóstico é tomado como uma etapa essencialmente terapêutica (Idem).

Kleinman (1980) aponta, também, sobre encontros psiquiátricos na China dos anos 1970, que o próprio momento de consulta com o psiquiatra, feito de modo coletivo com familiares, também indica a natureza terapêutica do encontro, e não somente do delineamento de um diagnóstico. Em outros contextos, ainda, segundo Csordas e Kleinman (1990) o diagnóstico não é necessariamente um momento em um processo de cura e nem os

curadores solicitam necessariamente de seus pacientes que descrevam sintomas.

Assim, buscar encontrar nas práticas de saúde pesquisadas os momentos de diagnóstico e de tratamento, como entidades claramente definidas, pode lidar à não compreensão dos processos vividos pelas pessoas. Em outras palavras, ainda que a antropologia tenha se debruçado sobre uma imensa diversidade de processos terapêuticos, deslocar o lugar que o “tratamento” ocupa na cosmologia biomédica – isto é, situado entre o diagnóstico e a cura – para compreender quais outras configurações este arranjo assume, inclusive aquelas onde talvez ele não exista, ainda é uma tarefa central da investigação sobre processos de saúde e doença quando percebidos pelas lentes da antropologia.

Este modo de perceber a relação entre diagnóstico e tratamento é importante para este trabalho pois, na Clínica-dia, como tenho tentado demonstrar, são diversos os enquadramentos que concorrem para o entendimento dos problemas dos pacientes, sejam eles espirituais ou psiquiátricos, ou de personalidade, ou emocionais, lembrando também da coexistência destes vários enquadramentos em alguns casos. Se termos em mente, por exemplo, que na Clínica-dia nem todos os membros da equipe compartilham necessariamente das mesmas visões sobre doença mental, facilmente podemos compreender a existência de uma paisagem discursiva sobre doença e sobre tratamento que é complexa, multi-referenciada e que resulta, invariavelmente, não somente em diferentes práticas terapêuticas mas, também, em diferentes processos terapêuticos, baseados ainda em diferentes interpretações sobre ‘qual é o problema’.

Em outras palavras, seguindo o que sugerem Csordas e Kleinman (1990), na Clínica-dia não há um momento de diagnóstico definido e também não há um momento de tratamento definido. Sabemos, claro, que os saberes que lá atuam, de modo geral, operam dentro de uma lógica biomédica a qual, também em geral, é praticada por meio da separação definitiva entre diagnóstico e tratamento. Mesmo este viés biomédico, no entanto, pode ser praticado diferentemente e tenho demonstrado que o diagnóstico na verdade é uma categoria que circula por durante o tratamento dos pacientes e ele, ou eles, vários diagnósticos, estão

extravasados na vida cotidiana. O processo terapêutico, por sua vez, opera tanto “tratando”, como também validando, questionando, alargando, produzindo, categorias diagnósticas. Não se trata, portanto, meramente da não existência de momentos definidos de diagnóstico e de tratamento, mas de como estes momentos são *praticados* pelas pessoas com quem convivi.

CAPÍTULO 7 – PENSAR E SENTIR

É participando das atividades, dialogando com os terapeutas e outros pacientes, que o período de tratamento de um paciente na Clínica-dia propriamente se desdobra e é nestes encontros onde, também, as percepções que tenho tentado descrever até aqui vão se pronunciar enquanto formas de tratar. O próprio processo terapêutico, no entanto, não é necessariamente uma categoria que pode ser distinguida com muita clareza, pois ele está diluído em várias práticas e momentos e, igualmente, nas concepções de diferentes terapeutas, que nem sempre participam – conceitualmente e praticamente – no tratamento da totalidade dos pacientes. Isto é, pacientes diferentes participam de diferentes itinerários dentro da Clínica, pois também são diferentes os enquadramentos, momentos, atividades, e também múltiplos os encontros, cruzamentos e atravessamentos entre elas. Alguns pacientes, assim, parecem ser mais facilmente interpretados desde perspectivas espirituais, não tanto pela natureza de seu adoecimento exclusivamente, mas igualmente pela própria imponderabilidade que rodeia a carreira de um paciente na Clínica – com quais profissionais e pacientes estabelece vínculos, se será ou não interpretado como manipulador/a, sua adesão ao tratamento, falas que produzirá, e etc. Da mesma forma, há pacientes que sequer se aproximam de quaisquer dos movimentos do espiritual que descrevi na sessão anterior, trilhando outros caminhos do tratamento.

Ao invés de tentar dar conta destes imponderáveis e arriscar uma explicação pretensamente irrefutável sobre o processo terapêutico, busco aqui oferecer uma reflexão sobre que tipo de argumentos eram mobilizados durante os encontros entre terapeutas e pacientes no contexto de alguns grupos terapêuticos.

Busco também chamar atenção para algumas “retóricas” das práticas terapêuticas da Clínica e como elas mobilizam aspectos dos movimentos diagnósticos que apresentei nas sessões anteriores. A ideia de uma retórica do tratamento aponta principalmente para o potencial de persuasão e de transformação que elas na maioria das vezes buscam precipitar (FRANK, 1975; BURKE, 1969). Utilizo retórica, no entanto, de modo talvez impreciso e solto, precisamente para os efeitos deste texto, tentando resgatar os processos fluidos e as sobreposições por meio dos quais argumentos terapêuticos vão se pronunciando. Mais do que quadros bem definidos, portanto, cada uma das sessões que seguem evidenciam princípios ao redor dos quais orbitam formas de pensar o tratamento, sujeitos, doença, espiritualidade.

Sumariamente, chamo a estas retóricas de “pensar” e “sentir”, como dois motivos comuns que, talvez, nos permitam compreender a complexidade de questões que tenho apresentado. Em alguma medida, portanto, este capítulo repete alguns elementos de sessões anteriores. Ao mesmo tempo, no entanto, tento investir numa descrição etnográfica mais pormenorizada, demonstrando interpelações e a produção de certos discursos terapêuticos. Na primeira sessão apresento dinâmicas do grupo de TR e, especialmente, as conversas entre terapeutas e pacientes que vão fazendo emergir uma retórica do tratamento relacionada à vida fora da Clínica, à importância da autonomia, do controle e do gerenciamento da doença. Na segunda sessão falo da importância do “sentir” para o tratamento na Clínica-dia, o que vai deixar evidente a centralidade da ideia de movimento que perpassa as práticas da Clínica-dia. Um paciente pode não necessariamente melhorar, mas deve sempre “fazer movimentos”, trilhar um caminho. Não pode, no entanto, estar estagnado.

7.1. VIDA E JEITOS DE VIVÊ-LA: VIDA DE FORA, METÁFORA E AUTONOMIA

“Depois que o leite derramou não tem mais o que fazer” – Assevera o psicólogo José em uma de suas muitas conversas com os pacientes em seus grupos de Terapia de Referência (TR). A frase, como muitas outras, semelhantes, é dirigida ao grupo de pessoas

que estão sob seus cuidados neste que é um grupo semanal onde o psicólogo se reúne com seus pacientes para verificar presenças e ausências, investigar em torno do PTI de cada paciente e, em geral, avaliar o “andamento do tratamento”.

Nesta situação específica em que a expressão do leite derramado surge, estamos num grupo com pouco mais de 10 pessoas e o tema da discussão é específico sobre “*zona de conforto*” e a importância da “*prevenção*”, que deve ser um cuidado constante dos pacientes, mesmo enquanto estão em tratamento. Convivendo com as categorias da depressão e com o transtorno bipolar ao longo dos anos na Clínica-dia aprendi que a possibilidade de crises, recaídas, são muito frequentes e nem sempre os pacientes conseguem saber ou compreender quando estas crises virão ou, no linguajar cotidiano da Clínica, qual é o “*gatilho*” que faz com que as crises surjam. A prevenção, assim, é o que é necessário para não deixar o leite derramar e isto se relaciona tanto com uma capacidade de perceber a si mesmo, sentir quando vai ter crises, “*gerenciar*” a doença, como também esforçar-se, “*fazer sua parte*”, participar.

O grupo de TR é uma das atividades envolvidas com o desenvolvimento do que são consideradas “*ferramentas*” para se ter um “*bom tratamento*” e desenvolver este gerenciamento. Outros grupos, evidentemente, também participariam do desenho desta nova compreensão que se espera dos pacientes, mas o grupo de TR tem a particularidade de acionar vários aspectos do tratamento, tanto o lado da organização do cotidiano (controle de entrada e saída, PTI, etc.), como também a própria dinâmica de conversa e interpelação constante que é característica da abordagem dos psicólogos com os pacientes. O que está implícito nesta atividade, assim como em quase todo o discurso terapêutico que, a rigor, já se insinua nos próprios modos como a doença vai sendo construída no cotidiano, é a de que é importante para o paciente ter algum tipo de controle sobre o que apresenta.

Em todos os grupos de TR os terapeutas perguntam, paciente a paciente, sobre as “*ocorrências*” da semana e sobre eventuais avisos que cada um possa ter para o período futuro. Conforme mudam de paciente também as conversas se transformam, pois alguns pacientes as vezes não desejam falar, não tem nenhuma

ocorrência, e também por que a cada instante os assuntos apresentados pelos pacientes são temas de pequenas enunciações terapêuticas por parte dos profissionais. Fazer grupo de TR, por fim, significa não somente uma reunião de terapeuta e pacientes, mas indica principalmente um tipo de interação onde existe conversa, exposição de problemas pelos pacientes e constante interpelação por parte de um terapeuta. Isto, em oposição à grupos de gerenciamento – como seriam os grupos de Terapia Ocupacional (TO) – quando o terapêutico está mais relacionado a própria organização da vida cotidiana, para pacientes que, por exemplo, não se lembram de escovar os dentes, trocar de roupa, limpar o ambiente doméstico, entre outras “atividades de vida diária” (AVD).

No curso do grupo de TR, ainda, os terapeutas anunciam quem são as pessoas que tem boa adesão avaliando de acordo com o número de vezes que cada pessoa tem faltado ou os comportamentos. As faltas, assim como as pessoas pouco participativas, são uma das grandes dificuldades para o tratamento segundo meus interlocutores. Pois, como vimos, o desejo de se tratar implica em estar na Clínica. Em vários momentos, em grupos de TR, os psicólogos iriam questionar a ausência de outros pacientes e, de modo algo irônico e jocoso, duvidarem da verdadeira vontade de uma pessoa faltosa em se tratar.

A cena abaixo pode nos trazer algumas reflexões sobre este contexto:

(José): “Tem alguns grupos que entram mais nessa questão de convivência, como o Renato”

(Renato): “Eu sou estúpido, ignorante, analfabeto, onde que eu vou trabalhar?”

(José): “Todos temos uma limitação. Todos nós. Então todos queremos voltar pro trabalho. Mas como, de que forma...?”

(Maria): “Eu quero voltar sabendo das minhas limitações. Da outra vez eu fui para matar ou morrer, então eu me machuquei muito. Então eu quero voltar, nem que seja grampeando,

mexendo com papel. Eu não sei como seria eu trabalhar tendo que olhar olho no olho”, ouvindo – ‘será que essa pessoa tá sentada ali mesmo?’ – as vezes eu acho que tudo bem, mas com o tempo eu sei que eu vou me questionar”.

(Arlene): “Mas onde trabalhar?”

(José): “Numa empresa que tenha esta possibilidade, que receba essas pessoas, os paradigmas estão mudando...”./ “Ter uma função... isso é importante para o nosso ego. Poxa, sou mãe, sou irmã, cuido da casa...”./ “É um componente da nossa pulsão de vida”./ “O trabalho nos ajuda a criar um laço social”./ “Hoje fala-se muito de rede”

(Renato) “Eu não presto pra nada”

(José): “O Renato ficou acostumado”./ “O tratamento é como uma fruta que está no pé, se deixar demais ela passa de maduro”./ “Temos que saber a hora de sair da Clínica”./ “Esse é um tratamento que visa reabilitação, autonomia”.

[Um quarto paciente questionado sobre seus planos para o futuro comenta sobre o desejo de fazer um curso profissionalizante, iniciar a fazer caminhadas, “estou pensando nisso aí”].

(José): “Você precisa sair um pouco da perspectiva interna e começar a pensar no externo”.

Embora com variações, os grupos de TR, em geral, não acessam temas individuais, o que faz com que a grande maioria das falas dos psicólogos sejam desenhadas para se dirigir ao coletivo, ainda que sua origem seja, em sua maioria, o problema percebido por somente um dos pacientes presentes no grupo. Ainda que não haja um discurso na Clínica sobre o que se faz num tratamento

psiquiátrico, dado que ele é, por definição, diferente para cada pessoa, é notória a utilização – como no caso de José – de metáforas para ilustrar princípios terapêuticos ou, de modo geral, de enunciados¹¹⁰ que contenham algum tipo de mensagem central a ser seguida.

O trecho ilustra de maneira bastante clara, assim, o que é a dinâmica da maioria dos grupos realizados na Clínica-dia, incluindo também outros TR. À exceção de atividades físicas, caminhadas, dança, música, os demais “grupos terapêuticos” funcionam dentro de uma lógica de interpelação contínua na e sobre a vida dos pacientes a partir de seus comentários. O trecho também demonstra como se insinua, no curso do tratamento – tomando “tratamento” como a própria diversidade de atividades e grupos – as “sombrias” que os profissionais podem lançar sobre as ideias dos pacientes quando elas são produzidas. Nesta pequena cena etnográfica, temos o problema do “estar acostumado” e, ainda, a importante metáfora do tratamento como uma “fruta que cai do pé”. Os pacientes precisam sair da estagnação e da zona de conforto para “enfrentar” a vida do trabalho, a família, os problemas que os levaram ali. Uma das principais forças que mobiliza para argumentar sobre a necessidade de chegar a um fim do tratamento é, precisamente, a ideia de que permanecer na Clínica-dia para evitar o enfrentamento também é uma forma de permanecer na zona de conforto.

Dentre as metáforas comuns na Clínica-dia estão aquelas que ressaltam a centralidade do tema da “vida de fora” e da “autonomia”, e que estão, não obstante, também associados com a “zona de conforto”, também relacionadas a uma capacidade a ser desenvolvida pelas pessoas em seu tratamento:

¹¹⁰ Ênfase, aqui, frases, enunciados, sentenças, para evidenciar um certo caráter isolado que as expressões assumiam na maioria do tempo, sempre com um certo tempo entre elas. Certamente estes enunciados, que suponho isolados, compõem de alguma maneira um “texto”, no sentido de que – tanto por parte do psicólogo quanto por parte dos pacientes – um encadeamento é montado para as frases e, possivelmente, uma determinada lógica serão impostos e completarão os vazios propostos pelo narrador/terapeuta. Igualmente, o poder persuasivo das práticas terapêuticas também reside precisamente nos silêncios e na necessidade de pensar/refletir que devem acompanhar estas breves falas.

“Vocês precisam fazer tudo que faça vocês se mobilizarem para a vida de fora”

“A vida de fora é mais ampla”

“A cura se dá num processo, num continuum”

“Lidar com o presente, a vida presente. Há momentos para falar das ressonâncias do passado.”

“Desmame da Clínica”

“Pegar o ritmo. Fazer tua parte”

Em outra ocasião, no grupo de TR, uma paciente contava que preferia sempre os encontros rápidos e não combinados, pois se tivesse que marcar de sair com alguém as chances de não conseguir deixar sua casa ou simplesmente não conseguir entrar no carro seriam muito grandes, e em face do fracasso na saída, suas crises viriam muito piores em sequência. Ela comenta que sentia pânico ao sair de casa, que brotoejas saíam pelo em seu corpo, tinha uma sensação de medo, de não conseguir, tremedeira, choro, suor. Comenta também que as pessoas sempre tentavam leva-la para os lugares, o que aumentava a sensação de fracasso em não sair. A resposta do terapeuta, por sua vez, era a de que ela deveria, mesmo assim, tentar passar por estas dificuldades: *“Vai atrás! Mesmo chorando, mas vai”*. *“Tem que **tirar a muleta, as rodinhas da bicicleta**”*. Nesta conversa, a paciente ainda comenta que há pessoas que tentam ajudá-la, que ela tem amigas fiéis e uma filha que cuida dela. Para o que o psicólogo responde: *“É preciso tomar cuidado com comportamentos de esquiva”*; [é preciso criar uma] *“rede de relações, contatos e não um repertório de isolamento”*.

Uma variedade imensa de dilemas relativos à vida fora da Clínica sempre rodeia os grupos terapêuticos: onde trabalhar? Em quem confiar? Sair para passear? Rever amigos? Reatar laços familiares? Pedir desculpas? Não esperar nada de outras pessoas? Criar expectativas?

Por um lado, por parte dos pacientes, sempre ficou evidente para mim que seu desejo era o de “*voltar a ser como era antes*”, retornar à vida que tinham, esquecer que passaram pela Clínica-dia, retomar trabalho e suas vidas pessoais. Por outro, ao mesmo tempo, a proximidade das datas de perícia e de retorno para o trabalho geravam crises de ansiedade, pânico, recaídas, ideações suicidas, que faziam com que o retorno ou fosse protelado ou, como apontei anteriormente, que algumas categorias – como manipulação, falsidade, transtorno de personalidade – fossem ativadas por parte da equipe. Assim, a saída da Clínica é um momento importante tanto pelo desejo das pessoas de saírem quanto pelo fato deste momento estar envolvido em possibilidades, estratégias, dificuldades, medo. Em suma, sair da Clínica era mais do que uma etapa, mas um processo experiencial muito difícil.

Olhando da perspectiva dos profissionais, a saída da Clínica também é um momento que precisa ser acordado, negociado, planejado, manuseado com cuidado. Como vimos em vários momentos, entende-se que uma alta deve ser “*bem amarrada*”, para evitar recaídas, para evitar possíveis manipulações e ainda ter algum sucesso. Para muitos da equipe uma alta que não foi *bem construída* pode por em risco todo o processo de tratamento e este processo de construção passa necessariamente pelos temas do gerenciamento, do pensar sobre o tratamento, do entendimento das crises e das dificuldades que o paciente sente.

Ainda que o processo de tratamento se ampare, assim, em um quadro bastante abstrato e reflexivo em alguns momentos, existe sempre uma dimensão do gerenciamento e do controle que é tomada como muito importante para o tratamento na Clínica. Quando em uma conversa particular, um dos terapeutas de referência me diria que o tratamento psiquiátrico consistia em “*ajudar o paciente a ir pra frente*” e, em oposição à espiritualidade, em acreditar “*sempre na autonomia do paciente, [n]uma postura de enfrentamento, gerenciamento*” e não que Deus proveria tudo. A ideia de uma “*zona de conforto*” que precisaria ser abandonada para que o tratamento pudesse se desenvolver é muito constante neste contexto.

A zona de conforto indica geralmente a repetição das histórias de adoecimento de cada um, a narrativa pessoal sempre

fazendo referência a uma mesma realidade, uma mesma explicação, um mesmo problema, uma mesma perspectiva. Sobre estes pacientes, repetidores de suas histórias, com frequência se diria que não tinham as condições ou os “recursos” necessários para compreender sua situação ou, então, que estavam na zona de conforto, empacados, estagnados. Sem se darem conta, o próprio processo de tratamento deixa fora de seu escopo pessoas como Renato, que ao repetir sua história, evidenciando uma situação passada, também poderia estar indicando um caminho no qual sua história poderia ser compreendida e – como dizem na Clínica – *acessada*.

Em outras palavras, para que um tratamento seja eficiente, os profissionais e terapeutas, precisam sentir que estão acessando uma verdade dos pacientes, quase sempre algum momento, alguma descoberta, que se processou dentro da Clínica. Conduzir um tratamento a partir destas descobertas implicaria, dentro desta narrativa, em também assumir um comportamento mais participativo, mais ativo, mais consciente. Ou seja, a descoberta vem num pacote de informações e de comportamentos que tanto são esperados quanto cobrados dos pacientes que estão em tratamento. Por este motivo, quando apresentei a história de Antônia, anteriormente, que havia comunicado uma grande descoberta de sua história e que para ela fazia sentido, a mesma não foi encarada como um momento relevante para o tratamento, pois tanto o resto de seu comportamento não indicava que ela estivesse se tornando mais participativa, quanto já havia indícios – dos quais eu seria a prova – de que ela usava sua história para manipular os desavisados como eu.

Um outro aspecto central da Clínica-dia, assim, é de que o tratamento precisa propiciar deslocamentos nos sentidos que as pessoas atribuem seja às suas vidas, seja ao trabalho, à família. Há sempre aqui a entrada de um discurso que, a rigor, é bastante comum entre profissionais da psicologia, e que envolve ao mesmo tempo a presunção do/a terapeuta de que pode conduzir a pessoa a uma lembrança, uma história, uma verdade “*recalcada*”, algo latente, escondido, e que, enfim, vem a tona mostrando ao sujeito um novo modo de vida, ensinando um jeito não doente.

Os enunciados e metáforas empregados no tratamento também servem ao propósito de serem não direcionadas ou diretivas, pois as revelações e descobertas, assim como o desenvolvimento da autonomia, a saída da zona de conforto, devem ser produzidas pelo próprio sujeito em tratamento. A expectativa é sempre de que estas frases desloquem o que está sendo falado pelo paciente para outros temas, mas é preciso “acertar” o ponto exato de para onde o discurso vai:

(Renato): “Eu não posso trabalhar ..., eu não tenho cultura. Você não sabe como eu sofri em ...[cidade onde nasceu e cresceu]”.

[Renato continua falando sobre como não tem condições de trabalhar e, sua fala é muito embrulhada, poucas palavras, incluindo o nome da cidade onde cresceu, sua auto-acusação de ausência de “cultura”, o fato de ser “muito burro” são audíveis].

(José): “A gente fica muito apegado no passado”

[Renato continua falando, “resmungando” como diz o psicólogo e balbuciando sua incapacidade e sofrimento].

(José, para o restante do grupo): “Tá vendo como o Renato não desapega do passado”.

(Outra paciente sobre Renato): “..., você tá ouvindo os outros ou só está ouvindo você mesmo?”

(Renato): “É, eu sei, eu vou ficar sozinho”

(José): “Agora você foi pro futuro”.

(José): “Tem pessoas aqui que são muito dependentes, tem gente que se doa demais, que é codependente”./ “Vocês respeitam o

querer de vocês?”/ “A crise é o momento da revelação”/“A crise é uma charada/ Que charada é essa? O que ela traz?”

Quando está insistindo em problematizar sua vida anterior e tendo dificuldades para interagir com as sugestões, indiretas, de que “algumas pessoas” ficam presas ao passado, Renato é ignorado e o terapeuta não engaja no problema que ele está apresentando. Ao mesmo tempo, quando diretamente questionado a respeito de sua capacidade de prestar atenção a outros, Renato responde que sabia que iria ficar sozinho, para o que prontamente o terapeuta responde que, do passado, ele havia pulado diretamente pro futuro. Renato não acerta exatamente o tipo de fala que geraria uma ressonância com o grupo e é, aos pouco silenciado sob a recomendação do psicólogo de que “*É importante prestar atenção nos demais*”. Dirigindo o dedo até a boca e as mãos aos ouvidos, o psicólogo solicita silêncio e passa rapidamente ao próximo paciente.

Fica claro neste trecho que, ao mesmo tempo em que o psicólogo estimula as pessoas a ouvirem mais o que querem e o que precisam, isto é, expressarem mais os próprios querereres – ouvirem a si mesmos – se movimentarem e agirem; também parece difícil um ajustamento entre o que um paciente propõe e, aparentemente, o que de fato se espera que ele esteja propondo. Aos planos ruins, as ideias que são vistas como extemporâneas, se sobrepõe geralmente a fala profissional de que os pacientes “ainda não têm condições”, “ainda é cedo”, “tal trabalho já não serve mais”, “permanece no passado”, entre outros enunciados.

Quando retoma a palavra, por fim, o terapeuta insiste no tema da crise como uma revelação, um momento que apresenta uma charada a ser compreendida pelo/a paciente, uma tarefa que a rigor, por exemplo, neste grupo, não parece ter sido cumprida por nenhum dos pacientes. É interessante pensar que este modo de enunciar que não é direcionado e, ao mesmo tempo, também faz circular uma crítica ou um ensinamento que pode ser dirigido a outros/as, faz também com que não haja nenhum desabono à posição ou à identidade social do psicólogo. Também não há uma atenção a como estes enunciados são recebidos pelos pacientes ou no que resultam, uma vez que os resultados serão também

abstraídos pelos próprios profissionais e como perceberão as práticas dos pacientes.

Este trecho talvez nos mostra a delimitação de um modelo único do tratamento, qual seja o da descoberta da charada e da melhora pelo processo de auto-conhecimento e de auto-gerenciamento. A abordagem dos pacientes, como no caso de Renato, que acabava as vezes desencadeando uma falta de escuta e até certa impaciência, atesta uma dificuldade de lidar com narrativas que não se encaixavam na expectativa da Clínica. Este parecia ser o caso, primordialmente, de pacientes – como aparece no trecho acima – que tem uma percepção de vultos, outras pessoas, sensações consideradas alucinatórias¹¹¹, mas também podemos ver isto claramente nas resistências e agenciamentos que perpassam diagnósticos de depressão e transtornos de personalidade.

Ao mesmo tempo, no entanto, em outras ocasiões o tratamento precisa dar conta também de mostrar a algumas pessoas a importância de suas vidas, a beleza dos momentos que viveram, fazer frente as tentativas e ideações suicidas, negociar saídas e entradas mesmo em contextos onde se conhece pouco sobre os pacientes. Isto é, ao mesmo tempo em que o tratamento lida com uma porção bastante difícil da vida pessoal dos sujeitos, suas decisões e comportamentos, que fatalmente parecem impor um modelo de vida e de sociabilidade, também se lida com as próprias urgências e pela necessidade de cuidado de pessoas que muitas vezes já não se veem mais dentro de nenhum modelo possível de viver.

Em outro dos grupos que participei um breve trecho de interação com outra paciente nos mostra esta outra dimensão da interação com retóricas terapêuticas no contexto da Clínica-dia.

¹¹¹ O jeito de viver a vida que, na maioria dos casos, é atribuído para pacientes considerados esquizofrênicos é o de manter algum vínculo institucional com alguma das alternativas terapêuticas da atualidade, CAPS, Clínicas e Hospitais-dia, eventuais internamentos, residências terapêuticas, com a finalidade de garantir socialização, convivência. Nestes casos, como ouvi várias vezes na Clínica-dia, é muito importante para os pacientes manterem os laços com a sociedade, dado que muitas vezes os laços familiares se tornam esgaçados com o tempo, por impaciência, incompreensão, ou mesmo cansaço dos familiares.

Suas primeiras palavras no grupo que participei – “*Tem nada*” – são uma resposta a pergunta implícita de José quando chega a sua vez, no círculo, de dizer quem era ela ou o que a levava ali. A resposta, como de costume, é tomada como insuficiente e o psicólogo insiste em que ela compartilhe algo, qualquer coisa. A paciente, por fim, diz que “*só tem a filha*”, que “*é tudo*” para ela e que a mesma também é uma “*vencedora*” pois “*quase morreu [no parto]*”.

Estes poucos enunciados conduzem a uma pronta resposta do terapeuta, que desdobra a situação mais adiante em outras sentenças:

- Paciente: “só tenho minha filha”/ “[ela] é tudo pra mim.. é uma vencedora.. quase morreu”
- José: “mas você também estava lá”
(silêncio)
- José: “Você se motiva a cuidar da filha?”
(aceno positivo da paciente, com a cabeça)
- José: “Quem sabe a filha é uma *chaminha* aí...”

Talvez a frase mais perturbadora, e também perspicaz, da estranha conversa entre esta paciente e o terapeuta, seja precisamente a primeira, que afirma que ela, a paciente, também estava lá. Em meu entendimento daquele momento, que também passa pela elucubração do que se passou nos momentos de silêncio, é de que o terapeuta estava apenas supondo – ou, muito possivelmente, inferindo a partir dos conhecimentos de prontuários, notícias que circulam sobre as pessoas antes de entrarem definitivamente na Clínica – que o momento no qual a filha havia quase morrido teria sido o parto. No curso da conversa o terapeuta também sugere que o mesmo evento que havia tornado a filha vitoriosa também tinha contado com a presença da mãe: se o parto havia sido difícil para a filha, também havia sido difícil para a mãe e, se havia tornado a filha vitoriosa, também a mãe poderia ser pensada como tal.

A resposta ou como a interpelação do psicólogo foi percebida pela paciente, no entanto, não veio e, mais uma vez, porém agora

do próprio silêncio, emerge outra interpelação, desta vez interrogando de maneira algo capciosa, se a mãe se animava a cuidar de sua filha. Desta vez, e aqui talvez o psicólogo contasse com o fato de que talvez a paciente não deixasse de responder à pergunta, uma resposta afirmativa surge e, mais que rápido, o psicólogo encerra a breve interação dizendo que ali habitava talvez uma pequena chama. Entendo que a “chama”, já uma metáfora poderosa aqui para se contrastar ao estado depressivo da paciente, se refere também necessariamente ao “nada” que havia sido pressuposto anteriormente pela paciente – enfim, então, existia alguma coisa que a motivava, havia algo sobre o que ela poderia falar.

Minhas suposições sobre o que o psicólogo gostaria de provocar na paciente são, enfim, suposições. Pelo fato de ter convivido tanto tempo com estas estratégias, no entanto, eu estaria pronto para afirmar que a transformação ou o deslocamento esperado pelo terapeuta era o de que a paciente se desse conta de que, apesar do “nada”, existia já algo em sua vida para o que prestar atenção. A ausência de uma comunicação mais aberta em alguns casos, a ausência de respostas por parte da paciente – o que aconteceria de modo muito frequente com vários dos meus interlocutores – e também, não se pode negar, a própria relação de poder entre profissionais e pacientes, que invariavelmente silencia os pacientes em alguns momentos (como vimos acima) – parece obscurecer as nuances desta interação, o que exatamente está sendo colocado em jogo, o que se espera que surja como resultado. Por outro lado, se não sabemos ao que ele conduz, sabemos, no entanto, que o que acaba evidenciado é o jogo propriamente, a escuta e o silêncio, a retórica terapêutica praticada, que se não nos permitem ver uma construção mais elaborada, nos garantem que os sentidos de percepção das falas contidas na conversas foram virtualmente multiplicadas.

Chamo atenção, no entanto, também para o tom de “fechamento” que está contido na última frase do terapeuta, e a reticência final sobre a filha ser ou não uma *chama* para a paciente. Ainda que interações como estas nos mostrem como as palavras realmente circulam na Clínica-dia, como as retóricas terapêuticas se mobilizam, até certo ponto o que elas de fato deslocam é

insondável, pois permanecem naquele terreno do indizível, não só do que não se pode contar, mas também do que não se quer contar. Apesar deste plano, se espera das interações, das conversas, da narrativa geral do tratamento, um “fechamento”, uma “amarração”, uma “conclusão”. Sobre estas amarrações foi constante em minha pesquisa de campo as expressões “amarrar bem uma alta”, como apontei antes, e “amarrar bem o tratamento” sendo mobilizadas – geralmente em Reuniões de Equipe – para que a totalidade dos profissionais estivessem “afinados” em uma perspectiva ou em um tipo de discurso a ser adotado com determinados pacientes.

* * *

Outra questão interessante que se desdobra a partir destes cenários etnográficos está relacionada com a própria noção de agência/atividade que é erigida em torno dos conceitos de autonomia e enfrentamento. Todos os pacientes que estão sendo abordados nas conversas acima têm diagnósticos que se relacionam com algum dos muitos espectros das psicoses. Tratam-se, em alguns casos, de diagnósticos diretos de esquizofrenia, com um tratamento de já muitas décadas, e em outros, de pacientes diagnosticados com outros transtornos com presença de sintomas psicóticos, tais como alucinações, “ideias de referência”¹¹², como acontece em alguns casos de transtornos esquizoafetivos e transtornos bipolares. Para estas pessoas o problema da autonomia e da estagnação, da não vontade de “enfrentar” a vida, o trabalho, a família, é um tema muito complicado.

Enquanto para pacientes “neuróticos”¹¹³, o enfrentamento da

¹¹² Quando o paciente tem a ideia de que determinados acontecimentos tem um significado particular e específico ao paciente.

¹¹³ É muito comum uma oposição entre pacientes neuróticos e psicóticos no contexto da Clínica-dia. Sumariamente, a neurose estaria relacionada aos transtornos depressivos e de personalidade, enquanto os pacientes psicóticos seriam aqueles dentro do espectro da esquizofrenia. Esta oposição, já amplamente debatida no contexto da psicologia, ainda parece servir como referencial para muitos profissionais, principalmente para entender quais seriam os limites de cada transtorno. Uma pessoa psicótica, diria um terapeuta, não pode ser “neurotizada”, embora o oposto aparentemente possa ocorrer.

realidade seria uma dimensão do tratamento constantemente posta em relevo pela equipe, para aqueles “psicóticos”, a Clínica seria vista como um espaço especial para socialização e manutenção da medicação.

Neste sentido, o desejo de autonomia de Maria ao querer sair para trabalhar, ainda que apresentando seu medo com relação a percepção da pessoas ao seu redor, pode ser tomado como uma postura ativa, de alguém que está buscando melhora. O conceito de autonomia e de ser ativo dos profissionais, no entanto, não está necessariamente em diálogo com a capacidade de agência dos pacientes ou pelo menos não de todos. Categorias diagnósticas, neste sentido, expõe clivagens entre os modos de pensar o tratamento e mesmo as retóricas do tratamento. Seria, no entanto, improdutivo sugerir que cada categoria goza necessariamente de particularidades com relação aos modelos de tratamento afinal, no caso acima, a mesma retórica que torna possível pensar que um paciente com depressão esteja tendo dificuldades de enfrentamento também torna possível limitar a capacidade de agência de pacientes como Renato.

O que se pressupõe antes da “prevenção” que descrevi anteriormente, ou da capacidade de enfrentamento, é uma ausência de autonomia que precisaria ser restituída aos pacientes ou, se pressupõe antes das narrativas terapêuticas uma capacidade ou não de agência. O pensar sobre o que fazer não implica isoladamente em tratar, mas o pensar associado do “fazer” sim e, neste sentido, constantemente nestes grupos se reproduziria, simultaneamente, uma noção de tratamento como um movimento para o exterior – tomado como “agir”, como “fazer” propriamente – e também a noção de enfermidade como excesso de pensamento no interior, ficar parado, “acostumar-se”.

Em outro diálogo entre TR e paciente, em outra ocasião, um paciente comenta que seu plano atual era o de alugar um terreno que possuía para estacionamento de carros e poder conseguir dinheiro para viver, sobretudo por que não sentia ter mais condições de voltar ao trabalho. Em seu trabalho, como acontece com muitos dos pacientes da Clínica, este paciente havia vivenciado assédios morais e vivia episódios de crise de ansiedade, crise de pânico, além da depressão em si mesma, que o tinha feito já tentar e idear o

suicídio várias vezes. O paciente afirma categoricamente que sabe que está doente, mas que quer “*viver com tranquilidade*”, uma tranquilidade que entendo seria buscada no aluguel do terreno que possuía. Seu TR, em resposta, pergunta: “*O que gera tranquilidade pra você?*” e, na sequência, sugere que, ao invés do aluguel de um terreno, a tranquilidade devia ser buscada “*dentro do nosso modo de viver, como fazer a organização [da vida pessoal],...*” e que o tratamento em seu caso era o de “*Buscar autonomia*” e não ficar dependente dos rendimentos de um terreno. Existe um jogo de invalidação da proposta de vida do paciente, mediante um questionamento intenso sobre a noção de tranquilidade que ele propunha e também o problema do binômio dependência/autonomia que a situação teria apresentado.

Situação semelhante também aconteceu nas situações que descrevi anteriormente, quando do quadro apresentado pelo paciente Renato e sua busca do tom correto para abordar sua autoproclamada incapacidade para a vida. Alvo, outro paciente que conheci, também a beira dos 60 anos, anuncia em um grupo de TR que “*está na hora de fazer um curso*”, referindo-se ao processo comum na Clínica-dia de encaminhar os pacientes, em algum momento, para instituições que oferecem cursos gratuitos e enquadramento profissional. A Clínica mantém um diálogo com outras redes fora da Clínica e há um intenso processo de negociação para decidir se algum paciente pode ou não ser encaminhado para estas oportunidades. Diante da solicitação do paciente, o TR comenta que é importante antes dos cursos tratar do gerenciamento da própria vida, “*não ser dependente*”, e apresenta um importante conceito da Clínica para dizer a Aldo que ele pode buscar um melhor gerenciamento da vida pessoal: “*Você tem recursos.... Você pode fazer*”.

“*Ter recurso*” raramente se refere exclusivamente a *ter dinheiro* mas, sim, ter condições *subjetivas* e *cognitivas* de fazer qualquer atividade: se a pessoa tem tempo, consegue se concentrar, se ela tem formação que permita fazer os cursos que deseja, se está num momento do tratamento em que pode ver ou conviver com outras pessoas, se consegue entender os temas do curso e assim por diante. Da mesma forma as decisões dos cursos é toda orientada pelo raciocínio biomédico, socioeconômico, psicológico, espiritual

em alguns casos (a depender de quem está na mini-equipe) dos profissionais sobre o paciente. Concepções morais/éticas sobre os lugares que as pessoas podem/devem ocupar são associadas a estas decisões.

Alvo, 60 anos, debilitado pelo tratamento para esquizofrenia, graduado em administração, mas que não conseguiu trabalhar em função da doença não é encorajado a buscar muitos cursos como forma de encontrar emprego, ainda que tenha “recursos”. Ao contrário, nas palavras do psicólogo “*o que ele precisa é saber ajudar a sua mãe e cuidar da casa*”. Alvo era um frequentador do grupo de AVDs e segundo a terapeuta ocupacional mantinha, ao longo do tratamento, grandes dificuldades de organização da própria vida, o que incluía tomar banho, cuidar da própria alimentação, arrumar a cama, entre outras atividades que eram consideradas – dentro deste espectro da organização e gerenciamento – centrais para uma pessoa ser considerada saudável. Para outros pacientes, no entanto, ao invés de uma atenção com a vida diária, seria preciso acontecer uma estimulação para a vida de fora. A diferença central parece sempre relacionada com o tipo de expectativas que cada sujeito pode dar para os terapeutas e com uma concepção de agência que coloca em primeiro plano as interpretações sobre os pacientes que emergem das interações entre os sujeitos da Clínica e, também noções como as de liberdade, autonomia, independência, individualidade, mercado de trabalho, expectativas da sociedade para com os pacientes, entre outras.

Ainda que Alvo tenha os recursos, conforme reconhece o terapeuta, a manifestação da agência em sua vida pessoal – marcada pela interpretação de sua dependência e falta de autocuidado – acabam por coloca-lo em um outro patamar do tratamento. Ao passo que para outros o trabalho poderia ser estimulado, para Alvo o estímulo seria bem diferente:

José: “Quantas vezes caminha por semana?”

Alvo: [Silêncio]

José: “Está vendo onde eu quero chegar? Preencher o tempo. Senão vai abrindo espaço pra uma cronificação.” “Ritmo!”

[Terapeuta aponta para outros pacientes e menciona suas atividades, cursos e práticas semanais]

José: “Viu? Tem ritmo!”. “A doença tira o nosso ritmo, nos deixa descompassados”./ “É preciso alimentar uma repetição boa na vida, uma prática...como nas corridas de carro, tem uma repetição”/ “muitas voltas até que aquela prática se torne fácil”./ “[as pessoas precisam] enfrentar certas situações, precisam ter prática”/“Só se colocando na situação você vai adquirir experiência, vivência”/ “A doença traz uma mudança de foco”/ “As vezes as coisas ruins ensinam mais que as boas”.

A doença, segundo o terapeuta, traz conteúdos que precisam ser observados pelos pacientes, de modo que a vivência sugerida por José é também a vivência da própria doença e suas particularidades. Situações como as dos pacientes acima que, indiretamente são acusados de tentar fugir do seu adoecimento são vistas como formas erradas de tentar lidar com a doença. Aqui, como se pode observar na ideia de que as coisas ruins ensinam mais que as boas, se evoca novamente a ideia de que na doença psiquiátrica é preciso adoecer para melhorar. É interessante também que a possibilidade de cronificação seja evocada como um risco para os pacientes que não tem ritmo, o que aparentemente desloca a discussão proposta pelo paciente inicialmente, que deseja exatamente fazer um curso. Mais uma vez é o contexto do tratamento do paciente, seus relatos apresentados nos grupos, que também dialogam com o terapeuta. Não somente a fala de Alvo ou de Elias são trazidas para o debate, mas um conjunto complexo de elementos, avaliações, interpretações que são produzidas em outras instâncias na Clínica.

O problema da autonomia pode ser relacionado ao tema mais amplo da agência, em sua oposição a uma passividade ou não enfrentamento por parte dos pacientes. Souza e Rabelo (2018) definem agência como parte de um

esforço por reequilibrar a balança entre estrutura e ação, chamando atenção para o papel ativo e criativo dos sujeitos na construção e transformação de seus mundos. Definida pelos atributos de reflexividade, liberdade, resistência e criatividade, a agência aparece como oposta à passividade, ao domínio do hábito cego, à aceitação da tradição (e/ou da dominação). (2018, p. 109)

Partindo de situações etnográficas no candomblé e na relação entre humanos e animais, as autoras sugerem, apoiando-se também no trabalho de Mahmood (2006), que o modelo ocidental da agência está assentado em uma concepção liberal de sujeito, que é definido pelo “desejo de independência diante de normas tradicionais” (SOUZA e RABELO, 2018, p. 110). Tanto no candomblé quanto na relação entre humanos e animais, assim como também acontece na Clínica-dia, determinados sujeitos são sempre questionados em sua capacidade de agência.

No candomblé e nas relações com animais, a agência aparece como um problema pois em nenhuma das situações – orixás ou animais – se está falando de entidades que podem ser tradicionalmente consideradas agentes dentro da cosmologia liberal relativa à agência. Para Mahmood, ao invés de uma capacidade de resistência ou de oposição à normas tradicionais, a agência seria melhor compreendida em termos de uma “capacidade para a ação, criada e propiciada por relações concretas de subordinação historicamente configuradas” (MAHMOOD, 2006, p. 121). Para Mahmood (Idem), que estuda a vida de mulheres em contextos marcados pela dominação masculina rever o conceito de agência é muito importante, pois se trataria exatamente de reconhecer modos de vida (e de ação) de pessoas fora das tradições liberais e, portanto, fora também de um modelo onde agir implica sempre em resistência, enfrentamento e “liberdade”. Ao ver a agência como capacidade para ação engendrada em condições históricas particulares, a autora busca reconhecer a agência num sentido mais amplo do que exclusivamente dentro do binômio resistência vs. passividade.

Para Rabelo e Souza (2008), submissão e entrega são traços cruciais para a constituição de sujeitos, de agentes, em seus contextos etnográficos, o que torna importante perceber não somente o modelo em que se dá uma ação mas o processo em que elas emergem e que tipo de relações elas precipitam.

Não sabemos onde tudo começa, nem quem é agente e quem é paciente. Essa questão, na verdade, pode não fazer muito sentido. **Melhor seria entender os modos pelos quais, nas diferentes práticas, as entidades envolvidas aprendem a se tornar sensíveis aos requerimentos da outra e como os participantes se tornam mais ativos. Então, ao invés de falar de agência como atributos de algumas entidades, seria preferível falar de agência como resultado de agenciamentos, em que entidades vivas respondem a outras criaturas capazes de afetar e de ser afetadas**, todas enredadas em uma miríade de relações de força em determinadas situações. Essas forças devem ser compreendidas em termos de seu poder de afetar outras forças com as quais se relacionam e de se afetar por elas, por sua vez. (p. 131. Grifos meus).

Estas reflexões colocam perspectivas interessantes para a compreensão do problema da autonomia entre os pacientes da Clínica-dia. Por um lado, os vários pacientes da Clínica estão constantemente em processos que implicam em opor-se aos modelos e à narrativa do tratamento da Clínica. Os vários casos que temos visto nos mostram como, diante das estratégias de classificação e diagnóstico, os sujeitos encontram-se constantemente agenciando suas doenças, tensionando com as concepções correntes. Ao mesmo tempo, a própria insistência de pacientes como Maria ou Aldo, em pensarem alternativas fora da Clínica, também evidencia um comportamento ativo de busca de soluções e de busca de participação mesmo com suas doenças. Constantemente, neste sentido, os vários pacientes resistem à

normalização, a invisibilidade, buscam legitimidade e reconhecimento para o que vivem e sentem.

Ao mesmo tempo, no entanto, seguindo a crítica proposta por Mahmood (2006) e Rabelo e Souza (2008), perceber estas experiências exclusivamente como formas de resistência imediatamente nos coloca o problema de obscurecer como estas e outras ações dialogam ou são pensados em um contexto onde, infelizmente, suas ações não são percebidas como autonomia, como capacidade de enfrentamento. As ações dos pacientes da Clínica em direção aos saberes profissionais ou em relação a suas próprias doenças não é de uma resistência nos modelos de um rompimento com a instituição. Como espero, tenha sido possível perceber até aqui, os pacientes em muitos casos precisam estar na Clínica-dia, buscam o tratamento por diversos motivos, ou, em suma, veem a Clínica como um ponto possível em uma rede de agenciamentos e possibilidades em suas experiências de/com a doença. Isto é, a agência aqui também precisa ser melhor qualificada em torno de outros modos de habitar a vida institucional.

Estamos diante de um problema não somente de diálogo entre perspectivas culturais contrastantes mas, penso, da dificuldade em reconhecer um caráter de agentes, ou mesmo de sujeitos, aos pacientes psiquiátricos, que enfim também ecoa o problema da Luta Antimanicomial com o sistema médico-psiquiátrico como um todo. Quando fala sobre “estar acostumado”, o psicólogo se remete indiretamente a ideia de ausência de autonomia dos pacientes e faz ressoar os argumentos que ouvi de vários profissionais de que *“pacientes são como crianças, que precisam ser guiados, que ficam perdidos sem a posição firme da equipe”*.

Percorrendo as maneiras por meio das quais psicólogos e pacientes interagem e colocam em movimento as categorias do tratamento é importante notar que a autonomia aparece como um problema e, ao mesmo tempo, como uma forma de reconhecimento. Espera-se dos pacientes que desenvolvam autonomia e enfrentamento para lidar com suas vidas, movimentarem-se em suas relações fora da Clínica. Nesta dimensão, a autonomia esperada inclui a capacidade para o trabalho, a individualidade e o

enfrentamento de situações adversas, mas ela ao mesmo tempo pressupõe um lugar de adequação e de aceitação do tratamento.

A amplitude da percepção da autonomia pelos profissionais é limitada diante do escopo da própria capacidade humana para a ação, onde docilidade, submissão e entrega podem figurar como modos de agência e como modos de navegar as relações, sobretudo no contexto da Clínica. É neste sentido, por exemplo, que podemos falar de um cotidiano onde existe uma disputa constante – ainda que a ideia do paciente psiquiátrico como dependente e não autônomo obscureça esta dinâmica – pela definição da narrativa que definirá o tratamento. O comportamento de não adesão dos pacientes, a constante repetição de histórias, a dificuldade de sair do passado e rever modelos de comportamento, todas estas dificuldades centrais percebidas pela equipe com relação ao tratamento, estão em contraste direto com a própria luta dos pacientes para manterem-se, de certa forma, como proprietários da narrativa que constitui suas trajetórias de vida.

Retornando ao tema do início do capítulo, gostaria ainda de dizer que é muito difícil compreender com precisão o que faz uma metáfora no contexto da Clínica-dia. Se observarmos as conversas de José com os pacientes, ou outras narrativas que apresentei na tese, vamos observar que uma série de objetos, sensações, modos de *estar no mundo*, são acionados. Esta forma de tratar, assim, é necessariamente uma forma também de brincar com os vários sentidos que a vida vivida, propriamente, tem. Falar do leite derramado, por mais clichê que nos possa parecer, é uma maneira algo extrema de chamar a atenção dos pacientes para a urgência e a rapidez do momento da melhora. Esta metáfora, no entanto, conviveria com outra, relacionada também à demora do tratamento. Para alguns terapeutas uma doença mental leva anos para se instalar e, da mesma forma, muitos anos para também ir embora. A perspectiva que se tem de transtorno, doença, adoecimento, neste sentido, no contexto da Clínica-dia, parece assentada sempre nas relações. Ainda que perspectivas biomédicas, que se consubstanciam na própria toma de medicamentos, fossem um horizonte importante das práticas da Clínica, a dimensão do vivido, dos comportamentos, das relações é o que estaria sempre na mira do tratamento. A própria dimensão psiquiátrica é sempre

matizada pela presença de práticas como do Reiki, das reuniões mediúnicas, da toma de florais, das atividades de meditação, etc.

O que posso fazer, me parece, é apenas indicar que tipo de movimentos algumas das palavras e expressões dos terapeutas parecem engendrar ou, pela minha experiência, imaginar a persuasão que elas esperam alcançar. A própria metáfora entre interno e externo, por exemplo, reforça outras categorias culturais de relevo dentro da Clínica-dia, tais como a própria dimensão entre uma vida prática, organizada, gerenciada e a paisagem interior, abstrata de cada sujeito. A noção de um modelo de ressocialização ou de convivência cria uma clivagem entre o interno e o externo. Enquanto o tratamento na Clínica, isto é, o *interior*, é por sua vez tomado como um momento de paragem na vida dos pacientes, onde as pessoas teriam a oportunidade de refletir sobre si mesmos e abrirem-se a novas interpretações sobre velhos problemas ou de, enfim, olharem de perto questões que estavam sendo evitadas; a vida de fora, *exterior*, demandaria o gerenciamento, a organização, a reconstrução de laços familiares e sociais, entre outros.

A Clínica-dia assume, assim, que no próprio processo de tratamento, os sujeitos precisam desenvolver ferramentas para viver fora da Clínica e para navegar novamente as relações sociais. A ressocialização, em si, não é necessariamente tomada como terapêutica mas, sim, a capacidade de compreender novos modos de vida que aí estão implicados e que precisarão ser adotados por cada paciente. A Clínica-dia é, assim, vista pela equipe como “oportunidade”, “chance”, “momento”, um momento de respirar antes de novos mergulhos de cada um em suas vidas.

Ao serem acionadas, as metáforas irão agir, de fato, de muitas e insondáveis maneiras. O controle do alcance das palavras ou do poder retórico de cada investida terapêutica é um medo constante na Clínica-dia. Não é possível saber, embora repouse ai, talvez, um dos aspectos da psicologia enquanto saber: como uma mensagem será recebida? o que ela mobilizará? se desencadeará a melhora, ou se irá piorar o quadro de um paciente? Alguns tópicos são evitados e muitos, como vimos, são preferenciais, como é o caso da “vida de fora” e da saída da zona de conforto. Eu mesmo fui advertido muitas vezes para o que conversava com os pacientes e tive, como apontei anteriormente, a mostra de que as palavras ditas nas oficinas de

antropologia saíam, depois, de muitas formas, em outras atividades, e produziam distintos efeitos. O contexto, assim, deste enunciado em particular, e sua possibilidade de reduzir ou controlar os efeitos da metáfora do leite podem ser limitados, se comparados com a própria força retórica que este estilo de comunicação terapêutica pode ter a longo prazo.

7.2. SENTIR, PERCEBER, PERMITIR

Argumentei anteriormente sobre a semelhança entre a produção de enunciados no contexto do laboratório de Latour e Woolgar (1997) e no contexto da Clínica-dia. A unidade que pesquisei, no entanto, é um ambiente diferente do laboratório de Latour e é preciso olhar com cautela para esta comparação, ainda que ela me pareça importante para perceber como a vida da Clínica-dia – suas atividades, seus documentos, diagnósticos e tratamentos – são constituídos. Para o autor, aparelhos e processos de montagem específicos do laboratório expressam o *modus operandi* dos sujeitos do laboratório: fichar, escrever, codificar, traduzir, montar. Na Clínica, no entanto, o tratamento psiquiátrico – que é a principal atividade que meus interlocutores entendem estar buscando ou desenvolvendo – é melhor expressado em termos do sentir, do conhecer a si mesmo, do permitir. Não significa que este sentir esteja em oposição a própria dimensão de classificação, gerenciamento, tradução, do “pensar”, que evidentemente também fazem parte das dinâmicas da doença e do diagnóstico na Clínica-dia. O tratamento, de fato, parece todo matizado pelas tensões entre estas duas instâncias. Pretendo aqui prestar atenção ao tipo de movimentos e em que contextos terapêuticos este “sentir” se manifesta.

Sugiro, aqui, que tudo que se refere as instâncias do sensório, principalmente aquilo que geralmente se nomeia a partir deste “sentir”, e também de outros termos, como “perceber” e “permitir”, são algumas das chaves que amarram o complexo tecido das várias atividades oferecidas na Clínica-dia. Esta tríade, e outras palavras que circulam ao seu redor, tem um papel central no processo do paciente desenvolver as ferramentas para viver uma vida de mais “sentido” fora da Clínica-dia e, neste sentido, também estão

enredadas nos próprios enunciados terapêuticos e no aprendizado de uma nova vida. Busco explorar este aspecto principalmente a partir da atividade do psicodrama.

Já fiz uma breve descrição anteriormente sobre o contexto da realização do grupo de psicodrama, que demanda sempre dos pacientes a apresentação de uma memória, um sonho persistente, uma imagem do passado que retorna, e assim por diante. Nesta sessão gostaria de me ocupar de modo central de duas cenas apresentadas no grupo de psicodrama, uma apresentada por Elias – cuja história toquei rapidamente na sessão anterior – e também a história de Helder, o paciente que afirmou, quando de minha entrada na Clínica, que eu o havia perturbado em uma de suas atividades.

Na medida em que as cenas se repetem em alguns dos elementos e que não busco, aqui, fazer uma análise a partir de histórias individuais específicas, cada uma das cenas que apresento permite mais de uma discussão sobre estrutura da atividade para pensar como se conectam no psicodrama trajetórias individuais, concepções terapêuticas e diagnósticos. Além destas duas cenas, também evoco brevemente outros cenários, de atividades com quem psicodramas *menores* foram feitos em outras ocasiões na Clínica-dia.

* * *

O grupo de Psicodrama é organizado por Ana Maria e dele participam somente pacientes com indicação e que assumam um compromisso de participar ativamente e regularmente do grupo, o que geralmente implica em um ou dois grupos semanais de não mais que 10 pessoas. Geralmente a terapeuta inicia os trabalhos com o grupo e permanece com o mesmo grupo por algumas semanas, fazendo uma espécie de contrato com os pacientes para que não faltem e também comuniquem ao restante da Clínica que o grupo já está fechado. Somente em raras exceções novos pacientes são aceitos dentro do período em que um outro grupo já estava em atuação. Durante a realização dos grupos, de modo semelhante, é estabelecido que nenhuma outra pessoa – profissional ou paciente – pode entrar na sala em que a atividade está acontecendo.

Um dos princípios terapêuticos do psicodrama é que o grupo se conheça melhor neste período e que cada paciente compreenda um ao outro ao longo das sessões, compartilhando energias, sensações, emoções uns com os outros. Outro dos princípios é que o ser humano tem como recursos centrais a espontaneidade, a criatividade e a sensibilidade (GONÇALVES, WOLFF e ALMEIDA, 1988). Emoções, energias e espontaneidade, portanto, podem ser tomadas como aspectos centrais do psicodrama. A sociabilidade que as pessoas vão estabelecendo e a regularidade dos encontros faz com que o grupo permaneça, em tese, unido e aos poucos perca medos, inseguranças, vergonha de trazer aspectos da sua vida para o grupo. Uma pessoa que não se sente à vontade para compartilhar no início irá, presume-se, no curso dos encontros semanais, se sentir a vontade para executar uma cena.

O grupo é baseado na reconstrução e encenação de um momento da vida de algum dos pacientes participantes, sendo a cena construída com auxílio de um tapete no chão ou, eventualmente demarcações com fita crepe, para definir uma espécie de palco onde a cena deverá se desenvolver. Cadeiras e outros objetos disponíveis na sala, incluindo também os demais pacientes, que podem representar outras pessoas ou objetos, ficam disponíveis para que o paciente construa o cenário. A pessoa que deseja “trabalhar” algum momento de sua história é dirigida para o centro do tapete (“*entrar em cena*”), tomando sempre o cuidado de não adentrar aquele espaço usando calçados, e ali começará a construir o momento da vida que deseja trabalhar. Esta pessoa será chamada como o “*Ego*” da sessão. Em geral a terapeuta pergunta do que a cena escolhida trata antes do início da transformação da memória na cena e, em tese, são conteúdos que, na maioria das vezes, já são do seu conhecimento e para as quais ela já pode (ou não) ter indicado a importância de “*fazer um psicodrama*” com aquele momento específico. Uma vez sobre o tapete, sem calçados, silenciosamente o paciente começa a escolher elementos ao seu redor para representar muros, pessoas, árvores, lugares, e quaisquer objetos e coisas que consiga se lembrar e que aparecem em sua memória. A psicodramatista, neste momento, está *fora de cena*, fora do tapete, questionando eventualmente à pessoa que vai encenar se está tudo no lugar, se faltam elementos, sugere pessoas e objetos e,

de maneira geral, busca contribuir para a construção da imagem do/a paciente.

A orientação para todos do grupo é que mentalizem boas energias e busquem imaginar-se naquela cena, construir uma relação energética com o que está acontecendo, sempre prestando atenção e, embora sem atrapalhar ou fazer barulho durante a sessão, também ficar sempre pronto/a para entrar em cena caso seja solicitado. Uma vez dentro da cena tanto o *Ego* quanto as demais pessoas eventualmente escolhidas para representar algo devem assumir o papel que lhe é designado, em primeira pessoa, e sem tentar minimizar as emoções envolvidas, tais como a raiva, o amor, o rancor, o ódio. Muito comumente, no entanto, principalmente protagonistas, assumiriam uma fala indireta sobre suas histórias, narrando ao grupo em terceira pessoa o que houve e inserindo em alguns casos apologias sobre o porquê agiram de tal ou qual maneira. O centro do psicodrama, ao contrário, é o de que a pessoa personifique, reviva a sua memória ou a memória de outro e *seja*, naquele momento, o sujeito daquele momento que está sendo trabalhado. O propósito terapêutico desta atividade parece repousar nas transformações que a história narrada pode sofrer e que devem gerar uma diferente perspectiva do Ego sobre a situação vivenciada e sobre as emoções ali contidas. Outro propósito também está relacionado com o avanço do tratamento dos outros sujeitos que estão no grupo. Nem todos os pacientes aceitam entrar em cena e muitas outras são interpretadas como *não prontas* para assumirem este papel. A equipe julga interessante as vezes permitir que pacientes não tão avançados participem do grupo para que possam, exatamente, desenvolver as ferramentas necessárias e, conseqüentemente, também avançar no tratamento.

Conheci Elias pela primeira vez em uma atividade de Antropologia, quando tanto ele quanto Maria, “tiveram crises” durante a oficina. Elias passa mal e sofre um desmaio, caindo ao chão e, imediatamente, endurecendo todo o corpo, debatendo-se em alguns momentos. As pessoas ao seu redor, outros participantes da oficina, que já o haviam visto passar por isto o ajudam, aparam sua cabeça. Aparentemente ele tem uma convulsão e os próprios pacientes iniciam um procedimento de primeiros cuidados para evitar que ele se machucasse em seus movimentos. Fico um pouco

em choque e não lembro bem como, mas em algum momento um dos profissionais da enfermagem vem até a sala e prossegue com os cuidados com Elias. Ao chegar, o enfermeiro não faz nenhum procedimento que me pareça de primeiros socorros ou leva adiante a suposição – até então somente em minha cabeça – de que ele estivesse tendo um ataque convulsivo. O que o enfermeiro faz ressoa um pouco com a experiência de tratamento de Elias que iria perceber ao longo de minha estadia na Clínica e que aparece fortemente na atividade do psicodrama. O enfermeiro passa a chamar pelo nome de Elias em voz alta, apertando com força os braços do mesmo. Instantaneamente, embora aos poucos, os movimentos passam a cessar e Elias fica mais calmo, volta aos poucos a abrir os olhos. A cada pouco, no entanto, o enfermeiro reforçaria, em enunciados dirigidos para Elias, em voz alta e com autoridade, que ele sabia que aquilo não era nada, que era para ele “voltar”, que ele precisava recobrar o controle.

A atitude dos pacientes em ajudar Elias foi crucial para os primeiros cuidados naquele momento e também reforçou um posicionamento generalizado com este paciente. A quase totalidade dos meus interlocutores nutria grande estima por Elias, falavam bem e gostavam de ouvir sua opinião. A este gostar também se somava a opinião de alguns membros da equipe, que o viam como merecedor, gentil, “fofo”. Paralelamente, também ficava presente uma grande dose de paternalismo dado que o mesmo muito constantemente acabava tendo crises como aquela que presenciei e que, soube mais tarde, eram na verdade crises conversivas¹¹⁴.

Assim, considerado um paciente que colaborava para o tratamento, Elias iria sempre estar envolvido de várias formas na vida cotidiana da Clínica: cuidando do portão, auxiliando na chegada de novos pacientes, participando ativamente nos grupos, mantendo uma postura de avisar e respeitar as regras da Clínica e, ao mesmo tempo, também mantendo uma postura “*dura e honesta*”, como gostava de dizer, sendo ele próprio uma figura paternal poderosa no cotidiano.

¹¹⁴ Segundo o enfermeiro, crise associada com muita dor, enrijecimento do corpo, o extremo da somatização de dores emocionais. Outros pacientes teriam as mesmas crises em vários momentos ao longo da pesquisa.

Suas histórias nos grupos eram sempre muito variadas mas narravam com bastante clareza uma relação de muito amor e cumplicidade com um irmão mais velho, que havia falecido, deixando-o inteiramente responsável por decisões administrativas em uma empresa da família. Ao lado da terrível experiência do irmão, Elias também havia perdido a mãe, cuja vida sempre narrava com amor e da qual sentia muita falta. O falecimento destas pessoas em sua vida o havia jogado em várias batalhas judiciais, ao fechamento da empresa que por muitos anos havia cuidado, ao afastamento de parte significativa da família, que discordara de algumas de suas posições e entendia que ele havia falhado no cuidado dos bens que possuíam. Isto tudo somado havia feito Elias chegar a um estado do que se considerava uma forte somatização, dificultando principalmente e severamente sua fala e sua locomoção. Quando o conheci o paciente já estava há pelo menos um ano em tratamento e, embora houvessem relatos de que havia chegado a andar de cadeiras de rodas em alguns momentos, tamanha a sua dificuldade de andar, quando o conheci ele caminhava já com o auxílio de bengala e somente às vezes pequenas alterações em sua fala eram notadas.

O avanço em seu tratamento, pelo que se narrava, assim, havia sido colossal e ele estava finalmente “*se abrindo*”, o que era uma consequência de sua “garra”, do apoio constante da esposa e do trabalho conjunto dos vários membros da equipe na Clínica. Assim, quando eu o conheço, ele já está aos poucos começando a se tornar um paciente que deve ser encaminhado para o desligamento e, portanto, a participar dos grupos de psicodrama, iniciar a fazer cursos profissionalizantes, obter apoio para resolver algumas questões. Nem todos os pacientes tem este mesmo itinerário ao final de seus tratamentos, mas é evidente, como se pode ver pelo caso de Elias, que quanto maior o entendimento de que um sujeito aderiu ao tratamento, mais ele será acompanhado no curso de suas decisões e processos fora da Clínica. Mesmo nas interações nas reuniões de equipe, geralmente complexas e apresentando várias facetas da vida dos pacientes, Elias seria considerado um “*cara adequado*”, “*sério*”, no qual se poderia confiar mas que, a despeito disto, ainda precisava ser atendido na Clínica.

Chegando ao psicodrama, portanto, este seria o contexto anterior da vida e do tratamento de Elias dentro da Clínica. Esta cena se desdobra já uns seis meses após o início da pesquisa de campo e dos meus primeiros contatos com Elias e também após o paciente já ter “trabalhado” também uma cena do velório de sua mãe no psicodrama, cena na qual fui escolhido por ele para representar uma das pessoas que carregava o caixão de sua mãe no momento do enterro. Nesta cena, que não é nosso objetivo aqui, Elias já havia sido fortemente criticado pelos presentes pela sua dificuldade de “entrar no papel”, de “ser ele mesmo”, e de não conseguir performar “ele mesmo” em primeira pessoa, dizendo sempre, ao contrário, em terceira pessoa, mesmo suas próprias falas. Chegamos também a esta cena com um Elias que, enfim, “*não sabe ser ele mesmo*”, é muito “gente boa”, *mas* não consegue se situar em seu corpo, está “*fora de si*”, quando tem crises “*nunca está no corpo*”. O psicodrama, assim, teria as funções de reconectá-lo com seus sentimentos, emoções, energias, “*enraizar*” – como dizia sempre a psicodramatista.

Na cena que relato em seguida Elias inicia chamando a nós que estávamos assistindo para ocupar lugares de funcionários ao seu redor. A cena se desenrola com Elias pedindo desculpas aos funcionários e apresentando as razões para o encerramento das atividades da empresa. Seu discurso é bastante direto, porém frio e neutro, comunicando sempre de modo referencial e não como se estivesse de fato “*agindo*” como si mesmo na cena: *Eu disse a eles que precisava fazer isso por que era o melhor*. Em toda a fala Ana Maria, psicodramatista, está sempre ao redor orientando e dando instrumentos para que Elias realize a cena e também instigando, provocando questões ou problemas para o que é apresentado, objetivando que a situação seja transformada.

Ana Maria, ostensivamente, começa a pedir para que Elias mostre seus “*verdadeiros*” sentimentos e o instiga com comentários que espelham uma emoção que é imaginada diante daquela situação: “*esses funcionários acabaram com você?*”, “*eles não eram seus amigos?*”, “*o que você quer dizer pra eles?*”, para o que Elias responde, laconicamente “*infelizmente vamos ter que fechar a firma*”. Como Elias permanece no mesmo estilo de comunicação e segue afirmando a nós, funcionários, que infelizmente teria que

fechar a firma, Ana Maria pede a nós (silenciosamente, no pé do ouvido) para fazermos perguntas: “Mas, Elias, e agora?”, “O que você tem a dizer, Elias?”, “Você só tem isso a nos dizer?”. Elias precisa executar exatamente a cena em que comunica aos funcionários o fechamento da empresa, a falta, que para ele é vergonhosa, de dinheiro para pagá-los, mas, ao mesmo tempo, também precisa inserir outros elementos conforme a cena vai avançando, transformando os elementos, cenário e, principalmente, sua reação, o discurso que adotou.

Estes elementos, na proposta da terapeuta, seriam exatamente uma maior “honestidade” com seus sentimentos, dizer o que SENTE antes do que PENSA, não ser “legal” com os funcionários, afinal eles também o estavam abandonando, eles haviam sido seus amigos até então e todos o haviam traído, deixando-o sozinho. Embora pervertendo as regras do psicodrama, Elias começa a narrar, após os comentários dos funcionários, como estes pegaram pesado nos processos, tomando o cuidado de mudar de tom e de dirigir sua informação não diretamente para os funcionários na cena. Ocorre então uma mudança no discurso de Ana Maria que se torna mais “agressiva” e pede/incita Elias a demonstrar raiva (embora nunca mencione esta palavra diretamente): “Esses filhos da *puta* fizeram com você, né Elias! Que que você tem pra eles?!” , “Eles te sacanearam!”, “Seu irmão morto, seu braço direito e ele te deixou esse pepino!”. Murilo insiste numa posição calma onde diz que perdoa a todos e que não tem mágoa – mas já não está mais “em cena” – como o Elias da cena da demissão – por um bom tempo.

A psicóloga então encerra a parte da cena e pede para que todos se aproximem num círculo ao centro da sala. Todos falam inicialmente menos Elias, o qual é solicitado para esperar que todas as outras pessoas se manifestem. As pessoas dão suas opiniões sobre a cena, o que sentiram. Ana Maria pede sempre que as pessoas vão pela via do que sentiram, das energias presentes na sala, como cada um ouviu/sentiu a cena, que emoções vieram e não uma opinião racional, “fechada”. Em síntese o que se pede ao paciente é paciência para aceitar o passado e aguardar os julgamentos, não se culpar, permitir sentir a raiva (embora ele próprio diga que “não tem o que fazer”/ “fazer o que, né”). O grupo também coloca em

pauta a questão dos funcionários e de como se arrependeriam, de como não entenderam que se tratava de relações estritamente profissionais, mostrando também uma posição de suporte e acatamento da posição assumida por Elias, que se sentia muito mal por ter que demitir o que lhes pareciam então amigos mas, ao mesmo tempo, de também ter que aguentar toda uma quantidade imensa de processos e de perdas que viria a sofrer mais tarde em consequência desta situação.

O principal problema de Elias se configurou, assim, em torno do fato de não conseguir sentir raiva e, mais especificamente, em torno da sua dificuldade de não conseguir expressar uma raiva que a terapeuta afirmava existir reprimida em algum lugar dentro dele. Em outra oportunidade do grupo de psicodrama, quando é mais uma vez contrastado com este intenso questionamento, e da necessidade de se expressar, Elias iria voltar a manifestar as mesmas crises que teve na Oficina de Antropologia, o que reafirmava, supostamente, o caráter somático de suas aflições. Aqui não somente a psicóloga presume o aspecto central do adoecimento do paciente e supõe que, neste caso, a expressão do ódio e da raiva, o ajudariam a melhorar mas, igualmente, também propõe – dentro do contexto algo ritual do psicodrama – que este seria o problema a ser enfrentado. A despeito da situação ficar, de certa forma, circunscrita ao psicodrama, em reuniões subsequentes e no modo de interagir com o paciente, a totalidade da equipe iria evidenciar uma certa condescendência, bem como um paternalismo, protegendo e ao mesmo tempo garantindo que ele tivesse oportunidade de expressar sua raiva.

Em nenhum momento, no entanto, Elias concordou que este era seu problema. O fato de não ter concordado, no entanto, não significa que a circulação destes argumentos também não produzisse efeitos. Como tenho tentado mostrar ao longo da tese é preciso, necessariamente, que profissionais e pacientes estejam presentes para que uma categoria relevante para o tratamento na Clínica emerja. No caso deste paciente entra nesta cena precisamente seu desejo de evidenciar sempre, em todas as oportunidades, que não tinha raiva das pessoas com quem tinha vivenciado sua experiência traumática e que apesar de se sentir traído tanto por seu irmão quanto pelos funcionários, não havia ali

um desejo de culpar a ninguém. Sua ênfase quase estoica na racionalidade, no entendimento de que sua reação teria sido a mesma se estivesse ocupando outra posição naquele momento, tudo ajudava a empurrar sua narrativa para um confronto direto com uma outra, típica do tratamento da Clínica, sobre a importância de sentir, de se permitir expressar os sentimentos.

Em outra oportunidade, participei também do grupo de psicodrama onde Helder, um homem de pouco mais de 30 anos, que encena o momento quando na sua infância estava brincando com sua prima de “ficar pelado”. Helder encena, precisamente, o momento em que sua mãe o impede de participar de outras atividades com as crianças e ele fica no colo dela enquanto sua tia e ela falam sobre ele e sobre o erro de terem ficado nus, o que havia gerado uma grande discussão na família, principalmente por parte de sua mãe que não admitia aquela postura. Na situação que narrou, quando era criança, ele se sentia impossibilitado de brincar e também obrigado a presenciar a cena em que sua mãe e tia falavam mal de uma situação que ele não entendia. Enquanto em sua infância ele apenas havia ficado quieto no colo de sua mãe, na cena do psicodrama Helder consegue dizer a mãe que queria sair brincar, que teria sido só uma brincadeira, e que queria que ela confiasse nele. Para que isto acontecesse, no entanto, outros elementos foram inseridos na cena proposta por Helder. Tanto outras pessoas entraram em cena para sugerir o que ele poderia dizer a mãe, quanto o próprio paciente saiu de cena e, enquanto era substituído por um *ego auxiliar*, observava junto com a terapeuta a representação de si na execução da cena.

Este estilo de trabalho terapêutico foi muito comum em alguns dos grupos de psicologia, especialmente nos grupos de Ana Maria e Victor. Segundo estes profissionais, não se tratava diretamente de psicodrama ou da riqueza com a qual normalmente são feitos os grupos, mas sim de *fazer um psicodrama* para tentar trazer elementos *adormecidos* nos pacientes, mesmo que em momentos breves. O que também se mobiliza ali é a estratégia do “espelho” para garantir que tanto o paciente reintereprete sua história, como também observe a si mesmo – como no caso de Helder – de fora da cena. Quando um paciente insiste em alguma posição de desabono de si mesmo – “eu não sirvo pra nada” – ou

não consegue mudar sua cena, os terapeutas iriam, algumas vezes, reiterar, de modo direto, que o paciente “de fato não servia pra nada”. A repetição, se esperava, geraria um deslocamento na percepção de si mesmo. Como aconteceu com Elias e Helder, que também observaram a si mesmos na execução dos papéis que tinham em mente, força-los a ver como sua postura era “limitada”, ou como o sujeito em cena sofria ou agia, também tinha o propósito de fazê-los se deslocarem do lugar que ocupavam.

A discussão, então, no grupo seguinte à cena repousa sobre a importância de Helder assumir mais o controle de sua vida, começar arrumando a cama, pegando ônibus, reconquistar a confiança em si e da família e, mais importante, descolar-se da imagem de sua mãe que ele próprio via opressora em vários contextos. Se separar um pouco da percepção da mãe sobre ele mesmo era importante pois, para a psicóloga, a cada instante ele criticava e julgava a mãe pela maneira com a qual ela o tratava mas, ao mesmo tempo, seus sonhos, imagens e vultos envolvendo sua sexualidade, contato sexual e de abuso, desejo, se misturavam também ao amor pela mãe e ao desejo de separar-se dela. Este conjunto de imagens e movimentos, que ora o aproximavam e ora o distanciavam da mãe eram vistos não só como fontes do seu adoecimento (o que colocava a mãe, por sua vez, numa posição bastante delicada junto as pessoas da equipe) como também o próprio processo de conscientização que seria necessário para que ele melhorasse de seu transtorno. Além disto, estas poucas palavras, que em si também constituem o sujeito com o qual o conhecimento terapêutico iria lidar, também movimentavam a imagem que se fazia dele na Clínica como um todo, e da imagem que ele próprio faria sobre ele mesmo.

Sobre a situação envolvendo a complexa relação entre Helder e sua mãe, a terapeuta diria certa vez que:

“Acho que fizemos um ótimo trabalho com o Helder: ele chegou aqui como um esquizofrênico, mas nós descobrimos um grande potencial. Mas o problema dele, a gente sabe, é a família, que tem um grande problema moral, que a gente não vai conseguir resolver”

Como aconteceu na situação de Elias, o que entra em jogo no é um conjunto de outras percepções sobre Helder. Circulava frequentemente a história de que Helder, um dia, teria se interessado por uma menina e quando ele se afastou a mãe comunicou a menina que ele era doente e que ela não devia se aproximar do filho. Embora Helder estivesse distante ele percebe que a mãe fala com a garota mas, mesmo assim, não enfrenta a mãe. Em outras situações Helder diria que se sentia “emasculado” e que a amava muito mas que sua presença em sua vida o atormentava demais. As condições para o tratamento de Helder emergiam precisamente no momento em que ele era percebido como um sujeito oprimido pela mãe, possivelmente desejoso de autonomia mas incapaz de “assumir as rédeas de sua vida”.

A psicóloga menciona um processo importante que se desenvolveu no tratamento com Helder, que seria a transformação de seu diagnóstico inicial em um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo e, posteriormente, para um caso menos complexo de depressão e ansiedade. Ainda que isto coloque a relevância da categoria depressão e também ansiedade como modelos de interpretação do adoecimento dos pacientes, também evidencia, na perspectiva desta terapeuta, que havia ali um caso em que o diagnóstico não estava adequado ao paciente e que, no curso do tratamento, ele deixou de ser interpretado como esquizofrênico.

A oposição entre esquizofrenia e “ter um grande potencial” na fala da terapeuta, ainda que talvez acidental, também mostra o lugar da esquizofrenia dentro do processo de tratar, como já aponte na sessão anterior. Helder manifestou sempre ao longo do seu tratamento uma grande curiosidade e tinha, segundo a terapeuta, um certo “brilhantismo”, que várias vezes levou o mesmo a ser encarado por alguns como “menino prodígio”, ou “pequeno talento”. Ainda que não seja rara a representação do doente que subitamente se revela num grande talento, a emergência desta interpretação e a resultante reclassificação do paciente em outros termos diagnósticos, mostra o efeito dos deslocamentos e dos (re)enquadramentos propiciados pelo tratamento e, neste caso, pelos intrincados movimentos do psicodrama. Soma-se a isto, neste caso, a dificuldade que sempre existiu em perceber o paciente como

esquizofrênico num contexto onde ele não *agia* como esquizofrênico.

O sentir também está num importante diálogo com as atividades que se remontam ao espiritual dentro da Clínica-dia, ficando evidente de modo central na categoria dos pacientes com capacidades mediúnicas ou, também, dos pacientes considerados sensitivos. Estes pacientes teriam particular capacidade de sentir e absorver energias, notar a presença de entidades, era crucial para o desenvolvimento de várias das arestas do discurso terapêutico. O papel de um paciente sensitivo ficaria evidente, por exemplo, em grupos de psicodrama no qual uma das pacientes reconstruiu, também, várias cenas envolvendo a relação com a mãe e, também, em seu trabalho, onde teve uma crise e acabou agredindo pessoas, quebrando móveis e objetos.

Em uma de suas cenas a paciente relata que, quando criança, sua mãe a havia proibido de ir na casa do vizinho porque lá estavam outros meninos e proibido especificamente que entrasse na piscina. Por alguma razão ela vai até a casa desses amigos e quando sua mãe descobre que ela está lá vai até a casa da vizinha arrasta a filha para casa e a agride com um pedaço de madeira com espinhos. A paciente, dentro da cena do psicodrama, não consegue se conter ao vivenciar a cena de enfrentar a mãe e imediatamente parte para agressão de outros pacientes que representavam sua mãe na encenação. Na cena, que narra com a vividez de alguém que, conforme contava, sentia muito ódio da mãe e de todo o mau que ela havia causado, a paciente não conseguia nos termos da terapeuta “transformar a raiva pela mãe em outras emoções”. A cada novo psicodrama ou momento de grupo em que a mãe era mencionada a paciente não conseguiu conter o impulso de agressão. Precisamente nestas ocasiões a presença de pessoas capazes de sentir aquela energia da raiva, quando viriam, eram importantes.

Uma das pacientes, de aproximadamente 25 anos e em tratamento desde os 04 anos de idade, era uma das principais *ego auxiliares* nos grupos de psicodrama, pelo fato de ser sensitiva. Ela tinha a capacidade de ver a presença de determinadas emoções e energias, dar voz a sentimentos escondidos pelas pessoas e de oferecer um suporte aos terapeutas, avisar quando alguns pacientes

não estavam bem ou da presença de outros espíritos, de sentimentos de raiva, de angústia. Ela “puxa tudo para ela” e, portanto, é capaz de saber quando alguma energia, emoção, sentimento está no ar. Eventualmente, quando alguma situação de tensão se produziria no psicodrama os olhos dos terapeutas buscariam os desta paciente em busca da confirmação de que alguma força estava presente. Algumas vezes, verbalmente, a informação era diretamente buscada pelos terapeutas, que inquiriam o que ela estava *sentindo*, que tipo de sensações percebia a partir do grupo.

Outro dos pacientes que também era reconhecido por sua capacidade de sentir não era sempre requisitado para emitir sobre o que sentia pois, diferente de outras pessoas, não conseguia sempre diferenciar o que eram seus sentimentos e o que eram sentimentos das pessoas de quem percebia. Por esta razão, havia uma certa garantia implícita, tácita, de que ele poderia se ausentar dos grupos ou simplesmente não participar – ainda que isto causasse desconfortos entre algumas das pessoas da equipe, principalmente sua TR e os demais profissionais – dado que não se sabia o que a percepção de tantas energias e sensações num grupo poderia ocasionar ao paciente. Neste caso, especialmente, falar de suas memórias ou conversar sobre sua vida era uma das únicas atividades possíveis e, da mesma forma, somente de forma individual, dada sua dificuldade de estar em grupos.¹¹⁵

Em todos os grupos, no entanto, ainda que não estivessem presentes especificamente estes pacientes com capacidades sensitivas ou mediúnicas especiais, sentir – com a polissemia que carrega – era sempre estimulado. A pergunta dirigida aos pacientes sensitivos – “o que você está sentindo?” – seria direcionada também a todos os pacientes igualmente, mesmo em grupos não associados com o universo da espiritualidade. Mesmo nestes grupos respostas referentes a espiritualidade, no entanto, não deixavam de aparecer

¹¹⁵ Mesmo aqui, no entanto, os embates e negociações profissionais permaneceriam. Sobre este paciente uma psiquiatra diria, certa vez, em uma reunião de equipe que “Não adianta só falar [as memórias], tem que trabalhar com um psicólogo e psiquiatra”.

e, independente do posicionamento do/a terapeuta em questão, isto já garantia a circularidade destes modos de sentir ou das coisas (a serem) sentidas. Da mesma forma, a sensação de uma “energia pesada”, “uma pessoa muito triste” (seja ela um espírito ou uma das pessoas presentes no grupo), uma “sensação de medo”, “ódio”, entre muitas outras emoções, também garantiam que o idioma do sentir estivesse, transversalmente, em todos os grupos. O que diferenciava esta interpretação era, primordialmente, a percepção dos diferentes profissionais.

Estes movimentos do espiritual são, de fato, mobilizados conjuntamente ao arcabouço psicoterapêutico empregado em outros grupos. Nos grupos transpessoais, assim como no psicodrama, existe uma nova dimensão para o sentir, que evoca uma qualidade humana que não só está relacionada ao que sente um corpo, mas à uma qualidade que existe em uma dimensão intersubjetiva e que pode ser percebida por outros sujeitos. Por um lado, o conhecimento terapêutico profissional na Clínica-dia se arroga a capacidade de saber ou de reconhecer, como vimos, quando alguém mente, está sendo manipulador, qualidades que não deixam de ser associadas com o que sentem os pacientes. Por outro lado, vimos que no psicodrama também existem movimentos terapêuticos que permitem também reconhecer que tipos de sentimentos estão sendo escondidos, reprimidos, somatizados. Com este panorama é seguro dizer que o encontro da *essência* de cada pessoa, do *auto-conhecimento*, os modos de se viver a vida, os discursos relacionados à energia, a valorização do sentir, enfim, uma série de retóricas que tenho tentado demonstrar aqui, parecem se beneficiar do “sentir” como uma dimensão com relação a qual distintas ações podem ser evocadas.

Ao serem interpelados com a tarefa de sentir, muitos pacientes iriam responder aos terapeutas que já *sentem demais* e que seu propósito, sobretudo com a medicação e o tratamento psiquiátrico, era ao contrário, de passarem a *sentir menos*. Da perspectiva dos pacientes, assim, o sentir poderia ser pensado com relação ao próprio repertório cultural desenvolvido com relação ao vasto terreno das emoções, dentre as quais ficam em evidência na Clínica-dia o medo, a vergonha, sensações e emoções associadas com a depressão, a própria depressão em si como uma emoção

possível. Ainda que se possa debater em torno dos vários sentidos da palavra “sentir”, no entanto, é de certa forma um lugar comum que este verbo evoca ações e sensações relativas a emoção (em si, outra palavra complexa), e que, em alguma medida, também se opõe a outro polo negativo, do não sentir ou, numa exegese mais arriscada, mesmo da insensibilidade e da frieza. “Sentir” é algo que sabemos fazer, e o fazemos com relativa facilidade. Ao buscarmos o tratamento os sujeitos geralmente entendem já estarem numa grande teia de significados e sentimentos que, não obstante, estão também rodeados de muitos atos de fala, discursos, palavras que nomeiam o que sentem.

Naturalmente, na Clínica-dia, os próprios sentidos da depressão – historicamente tomada como um problema relacionado ao sentir – também são altamente complexificados, produzindo não necessariamente um encontro de perspectivas diferentes, mas uma proliferação de sentidos e de experiências relativas ao sentir. Não é em um terreno pouco complexo ou unidimensional, portanto, que o tratamento do sentir, está localizado. Da maneira como proposto para os pacientes, sentir é na verdade uma tarefa bastante complicada, pois ela implica não necessariamente no “sentimento” ou na “emoção”, ou no sentido mais imediato de que algo físico está sendo percebido por um corpo, como o frio, o calor ou um machucado. Quando aborda o sentir, o tratamento parece estar direcionado para uma dimensão do aprendizado ou, mais precisamente, do reconhecimento da capacidade humana de perceber determinados fenômenos e de perceber, também, a si mesmo.

O habitat natural do sentir, neste sentido, parece estar relacionado com as práticas relacionadas a espiritualidade que buscam captar tudo o que é percebido por meio de sensações, vultos, sentimentos que as vezes emergem “do nada”, imagens, luzes, sonhos, memórias passadas (as vezes de outras vidas). Ao mesmo tempo, no entanto, e é importante para mim ressaltar esta simetria, as perspectivas psicoterapêuticas também investem numa grande discussão em torno do sentir – *perceber a si mesmo, sentir a si mesmo, conhecer a emoção, reconhecer o sentimento, permitir-se sentir, permitir que a emoção tome conta*. Os vocabulários, tanto de um universo espiritual, quanto psicoterapêutico *per se*, fazem

potencializar os sentidos possíveis em torno do sentir. Seguindo as pistas do pensamento de Austin (1956), o sentir aqui não se refere a uma característica de determinadas ações humanas, mas um nome para uma dimensão a partir da qual múltiplas ações podem ser acessadas (p. 06).

* * *

A primeira sessão deste capítulo retrata uma dimensão da vida cotidiana da Clínica-dia que constantemente evoca a necessidade de os pacientes psiquiátricos pensarem em suas alternativas fora da Clínica, gerenciarem a doença e também as atividades que tem em suas vidas. O que está em jogo para esta retórica do processo terapêutico da Clínica, quero sugerir, é a importância de colocar antes do sofrimento propriamente, a capacidade de cada um de pensar nos melhores modos de, precisamente, evitar a doença, as crises, o sofrimento. Na segunda sessão, em um discurso que não necessariamente se opõe ao primeiro, temos a produção de um idioma bastante particular com relação aos sentidos e a importância dos pacientes psiquiátricos “sentirem” a si e as situações. Não só o sentir se conecta facilmente com um discurso psicoterapêutico mais lato como, também, facilmente negocia sentidos com os movimentos relativos à espiritualidade dentro da Clínica.

Em suma, penso existir um processo difuso de significar e ressignificar dinâmicas e terapêuticas relativas ao pensar e ao sentir dentro do tratamento, ainda que elas sejam, também, categorias com relação as quais outros movimentos e categorias são esperados e não palavras de sentido semântico autocontido. O que tentei demonstrar nesta última sessão é que, por um lado, o tratamento funciona dentro de uma cisão entre *emoção* e *razão*, entre *pensar* e *sentir* que se projeta para além do ambiente propriamente médico e das relações terapêuticas, e assume posição central na maneira como as pessoas passam a conferir sentido a seus itinerários terapêuticos e decisões uma vez no contexto de tratamento. Paradoxalmente, no entanto, o tratamento também parece funcionar demandando a mobilização constante destas duas categorias, dado que estão imbricadas nas várias atividades. Alguns

dos enunciados e metáforas para os quais a chamei atenção poderiam ser lidos, transversalmente, como partes de qualquer um dos dois conjuntos retóricos que busquei descrever. De fato, mais uma vez, o que importa é perceber como estes diversos saberes e práticas movimentam processos e fazem emergir sujeitos e possibilidades de tratamento.

Ao longo do capítulo busquei, ainda, deixar em destaque como as metáforas ocupam um espaço importante do tratamento, algumas dentro de seus próprios contextos narrativos e outros a partir da evocação das falas dos terapeutas. Na primeira sessão os enunciados de José nos mostram como, indiretamente, a metáfora com a vida de fora, os passarinhos que caem do ninho, corridas de carros, entre outros, mobilizam sentidos algo insondáveis sobre o que cada sujeito deve buscar em seu tratamento. Na segunda sessão, igualmente, ainda que o foco do tratamento não seja diretamente relacionado com esta intensa produção metafórica, o próprio vocabulário relativo ao sentir indica mais uma vez a mobilização de sentidos que extrapolam o discurso psiquiátrico imediato. Doenças, pensamentos, memórias adormecidas, escondidas, podem ser evocadas novamente no psicodrama, assim como pessoas estão “machucadas”, energias estão “pesadas”, e pacientes estão (ou não) “fazendo movimentos” e se tornando (ou não) mais abertos/as. Discursos mais relacionados ao “sentir”, dentro de um idioma particular das emoções, sensações, energias, já brotam no mundo da Clínica dentro de suas complexas relações com o tema da espiritualidade. Isto é, as atividades terapêuticas, brincam constantemente com a possibilidade de deslocamento das várias retóricas do tratamento e, também, com o desdobramento de competências individuais, “recursos”, sensações individuais, por meio do acionamento de enunciados e expressões.

O psicodrama encena a memória mas, também o invisível e o indizível do sofrimento de cada sujeito. Trazer à tona estas cenas faz com que, dentro do universo da Clínica-dia, os vários enquadramentos e concepções terapêuticas aprendidas durante a estadia na unidade, a circulação de histórias e palavras tenham, enfim, um ponto de convergência. O grupo acaba, assim, demandando uma colagem de cenas da vida de uma pessoa com momentos do tratamento, concepções terapêuticas, dentro de um

constante (re)diálogo entre percepções que se fazem circular a cada nova interação.

Como trouxe em outros momentos, a cada nova conversa, mesmo com as mesmas pessoas, versões diferentes de histórias de vida são trazidas ao mundo. Como falei anteriormente, estar na Clínica-dia é, essencialmente, uma experiência com a narrativa, no sentido de que o que constitui a vida – e, num certo sentido, necessariamente também o processo de tratar – é também o ato de reiteradamente contar e recontar a vida sobre novas perspectivas. O resultado é um ambiente habitado por versões passadas de uma pessoa, mas também versões que são e versões que ainda serão, dentro de uma constante projeção individual e dos profissionais sobre o sujeito que existe ou que existiu. O jogo entre diagnosticar e tratar é, assim, necessariamente um jogo com as próprias histórias contadas pelas pessoas.

Tudo se passa de modo que os pacientes atendidos precisem escolher entre vivenciar suas emoções da maneira como bem entendem ou, agir com a *razão*, e pensar que precisam se afastar dos círculos sociais que geram aquele adoecimento, o que demandaria indiretamente assumir uma postura de afastamento das próprias relações de afeto que alguns sujeitos já tem estabelecido com seus mundos vividos. Ao mesmo tempo, no entanto, assumir uma postura de autonomia, controle da própria vida, gerenciamento, organização, implica também numa capacidade de sentir a si mesmo, sentir outras sensações, sentir emoções e pessoas, “permitir-se” sentir. Constantemente os pacientes são confrontados com a possibilidade ou necessidade de *serem* uma nova ou uma velha pessoa, dentro de um contexto que narra a melhora como movimento, transformação e mudança. Em minha opinião, repousa também aí uma das maiores complexidades do contexto que observei.

O que vemos nos breves cenários que apresentei neste capítulo é, por fim, a importância que os enredos do tratamento de cada pessoa têm no fornecimento de sentidos para o próprio processo de tratar ou, mais precisamente, da importância que o encontro dos mundos de profissionais e pacientes tem na própria construção de categorias relevantes ao processo de tratamento. Isto é, em muitos casos a doença só passa “verdadeiramente” a existir

após um longo processo de negociações entre o paciente e os terapeutas, e a chancela do conhecimento psicoterapêutico, neste ponto, exerce um poder limitado, ainda que também muito importante, pois o que está em jogo são os agenciamentos e movimentos possíveis no tratamento e com as doenças. Por esta razão o diagnóstico psiquiátrico – produto dos manuais – é circunstancial em muitos momentos pois o que se espera ver evidenciado é uma coerência entre as histórias de vida e um modelo – ainda que complexo e multifacetado – de doença, onde determinados eventos e suas resoluções são esperados. Esta coerência dentro dos enredos normalmente é buscada dentro de um processo narrativizante, isto é, que impõe uma lógica narrativa, na qual projetos de vida, auto-conhecimento, cuidado de si, adesão ao tratamento, descobertas pessoais, aparecem como aspectos que constituem o processo de tratar.

Nos aproveitando das discussões de Goffman (2010) se pode dizer que ao adentrar o ambiente de tratamento psiquiátrico as pessoas são apresentadas a todo um novo conjunto de elaborações e agenciamentos que tem como finalidade última, e promessa, sua cura ou sua melhora dos transtornos. Assim, por exemplo, é que os pacientes que não *aderem* a esta narrativa geral são aos poucos advertidos dentro do ambiente da Clínica, demoram para “evoluir” no tratamento, se tornam sujeitos considerados não participantes, não são convidados à fala, entre outros.

Fazer parte do ambiente da Clínica, portanto, não somente implica na produção cotidiana da narrativização central em torno dos modos de viver a vida e dos modos de pensar e de sentir mas, também, na produção dos efeitos desta narrativa, no seu conteúdo performático da adesão, da participação, da renovação da postura comportamental nas atividades diárias, do auto-cuidado. Fazer parte do ambiente da Clínica, também, no entanto, demanda uma atenção aos modos de sentir e perceber agências não só humanas mas emocionais e espirituais e, neste sentido, ainda que uma perspectiva narrativizante seja produzida pela união dos vários conhecimentos, a presença do espiritual também constantemente extrapola os limites das interpretações psiquiátricas e faz circular não somente possibilidades interpretativas como também o mistério e as ambiguidades da própria doença mental.

As narrativas de pacientes e de equipe médica significam-se umas as outras e o que se constitui no contexto da Clínica não é nem resultado exclusivo dos discursos médicos ou meramente um reflexo do que é tido como real. Estas narrativas são constituídas no próprio encontro e articulação de falas e interações dentro da Clínica-dia e, neste sentido, não somente são resultados de um quadro interpretativo (“*frame*”) (BAUMAN, 1975) que oferece possibilidades de compreender os discursos psiquiátricos e de pacientes, como – obviamente – também definem e dão forma ao que é tomado como real dentro daquele ambiente (cf. STEEDLEY, 1993).

Os resultados dos tratamentos de Elias e Helder, assim como o intenso processo de negociar os modos de vida, conforme vimos no grupo de José, são resultados de um quadro geral de interações e de processos interpretativos que são ao mesmo tempo moldes e moldados pelas relações que ali se estabelecem. É crucial que se observe, neste sentido, que o universo da Clínica-dia manipula intensamente uma série de categorias e faz com que elas sejam deslocadas constantemente nos grupos. Este é o caso, por exemplo, das categorias relacionadas ao sentir e ao pensar, mas também à “verdade”, ou ao “real”, que incessantemente são buscados pelos terapeutas. Estas categorias cruzam concepções de saúde mental, de terapias alternativas e de religião, de psiquiatria e de medicalização. Estão, assim, em múltiplas temporalidades e cruzam limites entre o que é performado como terapia, e o que é sentido, pensado, vivido, interpretado e enquadrado cotidianamente. Não estando nem propriamente num lugar objetivo do saber possível das pessoas que frequentam a Clínica, nem necessariamente à distância de explicações racionais, os processos terapêuticos habitam um universo inevitavelmente fundado na multiplicidade de narrativas e de concepções.

CONCLUSÕES

Em artigo recente, Tavares e Bassi (2015) evocam o conceito de *enactment*, proposto por Mol (2002) para refletir sobre o tema da eficácia e das relações entre corpo, emoções e saúde no contexto da antropologia. Enquanto na epistemologia da antropologia médica e da saúde, por muito tempo, parece termos focado na perspectiva da *illness* (enfermidade), da “percepção” dos pacientes sobre sua doença ou, em outras palavras, talvez na representação cultural e social do adoecimento; a *disease* (doença), propriamente, da doença tomada como entidade biológica, nunca teria aparecido como uma reflexão, a não ser em termos de “representação”. A partir de sua etnografia da aterosclerose em um hospital nos Países Baixos, Mol (2002) propõe um olhar para as práticas que constituem a doença, sem tomar estas várias práticas como representações ou como algo que está exterior à uma suposta manifestação “real”, biológica, da doença. Pelo contrário, *prática*, em sua etnografia, ganha os contornos de performance e de interação, de *enactment* – a doença é praticada, “atuada”, emerge das interações particulares e resultantes de uma multiplicidade de agentes. Neste sentido, Mol (2002) não está olhando para *illness*, mas para a *disease*.

Tavares e Bassi (2015) ainda perguntam em seu texto se seria possível, neste contexto de uma etnografia mais atenta às práticas, lançar mão de um conceito de experiência que fosse mais “arejado” e que permitisse descentrar o sujeito ou, ainda, tensionar também com a ideia de itinerário, tendo em vista que ele sempre pressuporia sujeitos auto-conscientes construindo alternativas (p. 331). Não iria tão longe ao ponto de dizer que realizei aqui o que propôs Mol (2002) ou a agenda levantada por Tavares e Bassi (2015), sobretudo por que o texto se desdobra por entre diversas possibilidades, gêneros e formas etnográficas no seu curso. Busquei, no entanto, construir um texto onde fosse minimamente possível observar categorias explicativas mais amplas da Clínica-dia, principalmente “diagnóstico” e as várias categorias associadas a ele, a partir das práticas que as fazem emergir.

Neste sentido, pude apontar em alguns momentos, que o diagnóstico não somente aparece como uma categoria psiquiátrica

em si, mas como um conjunto muito variado de interpretações e classificações que circulam no cotidiano. Os manuais classificatórios e o pendor descritivo da psiquiatria se pronunciam poderosamente nesta rede, produzindo uma materialidade do tratamento e, também, dando vida a laudos, perícias, atestados, prescrições. No entanto, a psiquiatria é somente um dos nódulos desta rede e, para além dela, ou paralelamente a ela, um paciente é compreendido dentro de um vasto espectro de interpretações, que incluem a questão espiritual, concepções morais, conhecimentos psiquiátricos e psicológicos, comportamentos e histórias de vida.

Na esteira destas discussões gostaria de propor ainda três considerações finais para este trabalho. A primeira delas é relacionada à presença dos comportamentos e de uma certa ambiguidade que atravessa as concepções de “doença mental”; a segunda uma proposição de um lugar para o espiritual na Clínica e; por fim, a terceira, um pensamento sobre o que a ideia de “deslocamento retórico” pode adicionar para o presente contexto de pesquisa.

* * *

Se tem apontado contemporaneamente (CAPONI, 2009; 2011) que a ausência de um “marcador biológico” capaz de conferir uma relação causal entre doença e corpo faz com que, no contexto do diagnóstico psiquiátrico, outros marcadores sejam buscados pra traçar a relação causal com o adoecimento o que, no entanto, não se daria fora dos marcos do conhecimento biomédico. O que se procederia, segundo Caponi (2009), seria uma tentativa de localizar, como em outras estratégias da etiologia na medicina, aspectos biológicos e relacioná-los com diagnósticos psiquiátricos. Ainda que este processo tenha se mostrado, de fato, implacável nas últimas décadas e o poder da neurociência e da farmacologia se insinuem poderosamente para dentro das relações no campo da saúde mental, considero importante observar o próprio caráter anômalo e particular do diagnóstico psiquiátrico e, no mesmo esteio, também depreender disto o potencial de uma análise antropológica a seu respeito. É importante demarcar, neste sentido, que minha pesquisa se deu talvez num plano bastante local e

particular dentro da complexa rede de saúde mental e que, neste sentido, também produzo aqui reflexões a partir de meu contato com este plano de práticas e discursos sobre diagnósticos e tratamento psiquiátrico.

A situação do diagnóstico psiquiátrico dentro do sistema biomédico parece, de fato, bastante específica, pois ainda que impere uma perspectiva classificatória – que funciona também como um dispositivo de regulação e legitimação da doença – a própria classificação é construída em torno da observação de vários aspectos subjetivos dos pacientes em uma dada temporalidade e não em exames laboratoriais, como costumeiramente se comporta a ciência médica. Não se pode negar a existência de uma multiplicidade de exames já disponíveis que se destinam a localizar a anatomia da doença mental, mas buscando oferecer uma reflexão a partir do cotidiano da Clínica-dia, chamo atenção para os modos como estes múltiplos objetos da biomedicina ganham vida em um contexto particular. Em minha experiência de pesquisa, pelo menos, a busca por exames de comprovação ou a presença da neurociência era muito pequena diante da dinâmica mais geral da Clínica-dia, que sempre estava assentada nas relações e interações como formas de classificar. Os tensionamentos que a dimensão espiritual oferece em meu contexto de pesquisa também faziam com que, constantemente, categorias como “corpo” e “mente”, centrais dentro do próprio imaginário do tratamento e na constituição histórica da categoria “transtorno mental” resultassem sempre como ressignificadas e reavaliadas.

Ainda que uma tal oposição entre mente e corpo possa ser abordada desde uma variedade de perspectivas, no campo da psiquiatria o terreno da mente é o que parece estar sendo objetificado pelo conhecimento científico, classificatório e diagnóstico, e parece ser também o foco ou o local onde as ambiguidades repousam. Além disto, como vimos, nas últimas décadas, uma grande complexidade tem ocupado os manuais diagnósticos em torno de aspectos neurológicos da doença. Como já se tem apontado, mesmo o campo do “biológico” parece ressignificado em vista dos desenvolvimentos que a era da neurociência tem apresentado. Conforme aponta Azize (2011; 2008), o cérebro tem sido visto na terceira pessoa, como o órgão da

identidade, da “pessoa”, o terreno biológico da mente, o órgão das emoções, ao qual aspectos morais são mais e mais frequentemente atribuídos. Fica evidente, por um lado, que este processo de biologização da mente evoca processos que já são conhecidos no campo da biomedicina, ecoando o que sugere Caponi (2009), e que ao mesmo tempo, interessantemente, também parecem tratar-se de processos que reificam a existência de um terreno mental do ser humano que, ainda que também capturado pelo biológico, também parece constituir, ao mesmo tempo, um conteúdo anômalo ou à parte na existência humana.

Neste sentido, em minha pesquisa de campo, o terreno onde os diagnósticos psiquiátricos se constituem é carregado pelas próprias ambiguidades das concepções de mente, bem como da tensão envolvendo a doença mental como uma “realidade” – em seu sentido biológico e, portanto, supostamente tratável como uma “doença qualquer”, como muitos de meus interlocutores diriam – ou como algo “construído” – quer no sentido de ser adquirida em uma determinada trajetória de vida, quer como culturalmente imbricada a concepções de normalidade.

Hacking (1999), que tem uma contenda com a oposição entre os conceitos de “real” e de “construção social”, expressa bem esta tensão: ao passo que doenças como a anorexia, por exemplo, são vistas como “construídas” dado que se encontram mais facilmente atreladas a determinados momentos históricos e significados socioculturais; doenças ou condições como a esquizofrenia, ou o “retardo mental”, seriam investigadas a partir de seu substrato biológico e “real”. (pp. 100-101). Mais do que uma questão teórica, fica evidente que estes tensionamentos entre real e construído, entre corpo e mente, persistem de maneira importante no modo de operar da Clínica-dia e, particularmente, na construção dos processos que observei. No limite, o que observei em vários momentos, é que o terreno dos comportamentos ou, de modo mais amplo, uma dimensão moral, é o que constantemente abastece processos diagnósticos, como também o que permite tensioná-los. Isto vai para além, no entanto, da própria medicalização dos comportamentos ou da subjetividade – o que se tornou uma

característica central da psiquiatria a partir do século XIX¹¹⁶. O que busquei argumentar se refere, paralelamente, a como à própria organização da vida cotidiana, os processos terapêuticos, os saberes, as moralidades (como os modos fundamentais de ser e existir no mundo) se articulam e conduzem à produção de categorias – sejam elas biomédicas ou não. Da mesma forma, na Clínica-dia, a intensa produção de narrativas, os modos fragmentados de contar, as muitas histórias de vida, contrastam uma narrativa mais geral do tratamento psiquiátrico, recolocando constantemente estes elementos que estão a disposição na paisagem cotidiana, tais como mente, corpo, espíritos, doença, manipulação, entre várias outras. Quando categorias biomédicas ou espirituais aparecem não é, portanto, somente de psiquiatria e de biomedicina, em estrito senso, que falamos.

Ao longo do texto utilizei a expressão “moral” assumidamente de modo talvez ambíguo e impreciso por que, também, o campo que busco apresentar aqui tem uma ambiguidade que lhe é inerente. Como afirma Duarte (1994) na antiga tradição médico-filosófica doenças mentais eram tidas como doenças de natureza “físico-moral”, por que articulavam os dois campos que, se imaginava, constituíam o humano. No curso da história, a expressão ganhou outros contornos segundo o autor, principalmente, na contemporaneidade, a partir da locução “psicossocial”, que emerge principalmente como uma reação à ideia de “doença mental” (p. 83). O lado moral do binômio, de toda forma, ainda se fez presente na captura que lhe foi feita pela ideia de “psíquico”, como uma dimensão oposta à corporalidade pura e estrita.

Não se trata aqui de reforçar uma oposição entre “físico” e “moral”, mas é importante, como fez Duarte (idem), estar atento às dinâmicas em que estas categorias estão envolvidas. O moral, que o autor usa como um operador importante no curso de sua pesquisa, seria uma categoria interessante, segundo ele, para capturar a natureza fundamentalmente simbólica e cultural da experiência humana (p. 84). Ao mesmo tempo, a existência de perturbações de natureza “físico-moral”, das quais “doença mental” e “perturbações psicossociais” fariam parte inevitavelmente, também apontariam,

¹¹⁶ Ver referências no contexto do capítulo 5.

segundo o autor (1994) para a qualidade mediadora destas categorias neste complexo campo semântico (p. 85). O “nervoso”, por exemplo, também uma categoria de mediação, evidenciaria que um evento físico pode acarretar reações morais e que experiências morais poderiam ter implicações físicas (idem). Em suma, espero ter mostrado que os conhecimentos do tratamento na Clínica-dia operam, também, dentro desta ambiguidade do transtorno mental e, ao observarem comportamentos, histórias de vida, interações e experiências do paciente no mundo, profissionais e pacientes produzem mediações constantes entre um terreno que está, de certa forma, tensionado com a fisicalidade da doença mental e que, ao mesmo tempo, embora em outras operações, também lhe confere sentido¹¹⁷.

Tentei demonstrar ao longo da tese algumas dinâmicas onde este “moral” está agenciado, capturado no processo de tratamento em algumas cenas da tese, oferecendo um mapa possível deste espectro e chamando atenção para como o processo de tratamento vai se desdobrando em torno destas interpretações e mediações.

As ambiguidades do terreno do “mental” não cessam de aparecer a todo momento em meu contexto de pesquisa e são, de fato, potencializadas por efeitos retóricos que se projetam a partir de práticas como as da Reunião Mediúnica, grupos Transpessoais, Reiki, atividades do SAE, e etc. Não acho possível pensar meu contexto de pesquisa sem reconhecer a presença do “espiritual” em seu cotidiano, pois ele ressalta, como disse em momentos do texto, traços indizíveis, apenas imaginados, misteriosos, da presença de um mundo espiritual e de suas possibilidades de comunicação com o nosso mundo “real”. Assim o espiritual tem uma agência na Clínica-dia que não penso esteja crucialmente relacionada com seu trabalho terapêutico propriamente ou sua eficácia, mas com o potencial de rebelar-se e de tensionar o psiquiátrico, de extrapolar os sentidos do tratamento.

Tanto em seus “rituais” quanto em suas formas estéticas e no imaginário que circulava na Clínica, vejo o “espiritual” como uma

¹¹⁷ Ou, de outra forma, não me dedico a pensar aqui “moralidades” ou discorrer sobre o desenvolvimento deste campo, mas perceber, a partir da chave de Duarte (1994) como o ‘moral’ é uma categoria articulada na vida do diagnóstico.

prática que constantemente resiste e aponta limites para o psiquiátrico, ainda que os limites ou práticas propostas não sejam do agrado de todos. Ainda que um espectro possível das práticas espirituais da Clínica seja precisamente a busca da complementaridade e da agregação, por meio de discursos de integralidade e holismo, a sua presença parecia sempre estar situada de modo sub-reptício no tensionamento dos discursos que chamavam de materialistas ou apegados à matéria, onde invariavelmente vários discursos psicoterapêuticos poderiam ser capturados. Voltando rapidamente à oposição entre patrilinearidade e matrilinearidade de Turner (1981) e ao papel da mulher nos rituais de rebelião de Gluckman (2011), de fato também a inclusão do espiritual, na Clínica-dia, parece estar relacionado à inclusão de um princípio organizador que instaura, invariavelmente, um conflito na vida social, um conflito, no entanto que é suportado – embora não sem consequências – pelo grupo como um todo.

Falar da presença do espiritual na Clínica-dia implica a necessidade de pensar – como ademais parece ser uma agenda importante para muitos dos interlocutores dentro deste campo – não uma separação muito evidente entre os objetos e processos do tratamento, mas uma gradação variada de processos, relações e trocas. O que o paradigma da consciência engendra é precisamente este mundo em “camadas”, “faixas”, “trocas energéticas” e, precisamente, também de lugares que tensionam os sentidos tradicionais da biomedicina. Como entre os Zulus (Gluckman, 2011) isto também parece falar da existência de um lugar reservado para a antítese no contexto da Clínica-dia, que é garantido e reiterado constantemente por eventos como o das Reuniões mediúnicas e do idioma da espiritualidade que é difundido cotidianamente por meio de outras atividades.

Por fim, falando mais diretamente sobre o que constitui o tratar no contexto da Clínica e a partir de uma dimensão também de sua eficácia, a impressão que se tem é que o tratamento se desdobra não por meio de um retorno do paciente a um estado anterior da doença, mas por meio do deslocamento e transformação de sentidos e categorias mobilizadas ao longo do processo, deslocamento este que faz com que os pacientes percebam seu adoecimento desde outras perspectivas, ainda que as vezes

permaneçam possuindo o diagnóstico e permaneçam em tratamento. O paciente seria assim “transportado retoricamente”, como sugere Csordas (2002, pp. 50-51), para um novo “mundo”, de um estado dissimular com relação aos momentos de pré-doença e doença. Em outras palavras, o tratamento propiciaria um processo de transformação da experiência que, entre outras coisas, envolveria um redirecionamento da “atenção do ou da paciente para vários aspectos de sua vida de forma a criar um novo significado para essa vida e transformar o sentido de ser uma pessoa inteira e saudável” (CSORDAS, 2002: 93).

Em vários dos casos que descrevi anteriormente, comportamentos específicos, como críticas, ausências, baixa participação, manifestação de comportamentos interpretados como manipuladores, entre outros, acabam sendo cruciais para constituir imaginários sobre os pacientes que, por sua vez, conduzem a produção de categorias de doença, personalidade, expectativa de tratamento, e assim por diante. Neste sentido penso os vários enquadramentos que busquei descrever até aqui também como retóricas que circulam no cotidiano e que movimentam outros processos. A cura, ou a melhora, ou mesmo a piora, são efeitos possíveis do deslocamento de significados entre as interações das pessoas na Clínica-dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. **Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI**. 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29782>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

ANDRADE, Ana Paula M. de; MALUF, Sônia W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde debate [online]**. 2017, vol.41, n.112, pp.273-284.

ANDRADE, Ana Paula Müller de. **Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes**. 2012. 308 f. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/99241/309269.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

APA. Associação Americana de Psiquiatria. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, Annyelle de Santana. As noções de enunciado para Bakhtin, Foucault e Pêcheux. **Linguagem – Estudos e Pesquisa**, Catalão, v. 18, n. 1, p. 181-206, 2014.

AUBRÉE, Marion; LAPLANTINE, François. **A mesa, o livro e os espíritos**: gênese, evolução e atualidade do movimento social espírita entre França e Brasil. Maceió: EDUFAL, 2009.

AURELIANO, Waleska. Espiritualidade, saúde e as artes de cura no contemporâneo: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil. **Tese de Doutorado**. PPGAS/UFSC. Florianópolis, SC, 2011.

AUSTIN, J. L. A Plea for Excuses: The Presidential Address. **Proceedings of the Aristotelian Society**, New Series, Vol. 57 (1956 - 1957), pp. 1-30. Disponível em: <
<https://sites.ualberta.ca/~francisp/NewPhil448/AustinPlea56.pdf>
> Acesso em 10 dez. 2018.

AZIZE, Rogério. A ordem cerebral e as “desordens” do cérebro: uma etnografia da divulgação neurocientífica e da psiquiatria biológica. Trabalho apresentado na **26ª Reunião Brasileira de Antropologia**, realizada em Porto Seguro, Bahia, 2008.

_____. O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos científicos. **Revista Trabalho, Educação, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 563-574, nov.2010/fev.2011.

BARROS, Ivan da Costa. **A história Clínica**: Examinando pacientes - a anamnese. 2004. Disponível em:
<<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332097453Anamnese.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**: os gêneros do discurso. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BAUMAN, Richard. Verbal art as performance. **American Anthropologist**, n.77, p. 290-311, 1975.

BAUMAN R.; BRIGGS C. Poética e performance como perspectivas críticas sobre a linguagem e a vida social. **Ilha Revista de Antropologia**. (1/2):185-229, 2006.

BEATO FILHO, Claudio Chaves. Práticas de glosa e anamnese. **Physis** [online]. 1994, vol.4, n.1, pp. 41-56.

BEAUREGARD, M. et al. “Manifesto for a Post-materialist Science”. **Explore**. September/October, Vol. 10, No. 5. 2014. Disponível em: <<https://www.aapsglobal.com/wp-content/uploads/2018/04/Manifesto-for-a-Post-Materialist-Science.pdf>>. Acesso em 15 mai. 2019.

BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF, abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em 13 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 de jan. 2001.

BRAGDON, Emma. **Spiritism and mental health: practices from spiritist centers and spiritist psychiatric hospitals in Brazil**. Philadelphia: Singing Dragon, 2012.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BIRMAN, Joel. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 23-37, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982014000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Mar. 2019.

BIEHL, João. **Vita: Life in a Zone of Social Abandonment**, Berkeley, University of California Press, 2005.

BURKE, Kenneth. **A rhetoric of motives**. Los Angeles: California Press, 1969.

CARDOSO, Marina. Psiquiatria e antropologia: notas sobre um debate inconcluso. **Ilha. Revista de Antropologia**. v.4, n.1, julho de 2002. (85-113).

CARDOSO, Vania Z. Narrar o mundo: estórias do “povo da rua” e a narração do imprevisível. **Revista Mana**. 13(2): 317-345, 2007.

CAVALCANTI, Maria Laura Viveiros de Castro. **O mundo invisível: cosmologia, sistema ritual e noção de pessoa no espiritismo**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2008, 133 p.

CIELLO, Fernando J. **Saúde mental, loucura e saberes: reforma psiquiátrica, interações e identidades em uma Clínica-dia**. 162 fls. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social (PPGAS/UFPR): Curitiba, 2013.

_____. Sobre a loucura e sobre o social: práticas psiquiátricas contemporâneas e suas (re)configurações. In: **V Reunião Equatorial de Antropologia/ XIV Reunião de Antropólogos do Norte e Nordeste**, 2015, Maceió - Alagoas. Anais 2015, 2015. p. 1-21.

COMAROFF, J & COMAROFF, J. Etnografia e imaginação histórica. Tradução de Iracema Dulley e Olivia Janequine. **Proa – Revista de Antropologia e Arte [on-line]**. Ano 02, vol.01, n. 02, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/proa/TraducoesII/comaroff.html>> Acesso em 13 mar. 2019.

CSORDAS, T. Inferring immediacy in adolescent accounts of depression. **Journal of Consciousness Studies**. N. 7-8, 2013, pp. 239-253.

CSORDAS, T; KLEINMAN, A. The Therapeutic Process. In: **Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method**. Thomas M. Johnson & Carolyn F. Sargent (organizadores). New York: Praeger Publishers, 1990. 479 p, pp. 3-20.

CAPONI, Sandra. Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.327-38, abr./jun. 2009.

_____. As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. **scientiæ studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 29-50, 2011.

_____. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **Interthesis: Revista internacional interdisciplinar INTERthesis – PPGICH**. Florianópolis, v. 9, n. 2, 2012.

CUNHA, Maria C. P. **O Espelho do Mundo**: Juquery, a História de um Asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____. Loucura, Gênero Feminino: As mulheres do Juquery na São Paulo do Início do Século XX. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 9, n. 18, pp. 121-144, ago./set. 1989.

DILLEY, Roy. **The problem of context**. New York: Berghahn Books, 1999.

DUARTE, Luiz Fernando. D.; LEAL, Ondina F. (Orgs.) **Doença, Sofrimento, Perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

_____. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq. 1986 (2ª edição, 1988).

_____. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? In: ALVES, PC; MINAYO, MCS., (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p.

DUARTE, Luiz F. D; RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana T. **Psicologização no Brasil: Atores e autores**. Rio de Janeiro: Editora Contracapa. 2005.

DUMONT, L. **Homo hieraquicus: o sistema de castas e suas implicações**. São Paulo: EDUSP, 1997.

EINGLOFT, Oscar W. **A obsessão e sua terapia**. Santa Maria: Edição do autor, 1994.

ENGEL, Magali. Psiquiatria e Feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary (org.). **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997, pp. 322-361.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, New Series, vol. 196, n. 4286, 1977.

FERRAZZA, Daniele de Andrade. **A psiquiatrização da existência: dos manicômios à neuroquímica da subjetividade**. 2013. 148 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Programa de Pós-graduação, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A vontade de Saber**. 16ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. Editora Perspectiva. São Paulo, 2010.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **Microfísica do poder**. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

_____. **O nascimento da clinica.** [s.l.] : Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRANK, Jerome D. **Persuasion and healing.** Washington: Johns Hopkins University Press, 1975.

GIUMBELLI, Emerson. **O cuidado dos mortos: uma história de condenação e legitimação do espiritismo.** Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997a.

_____. Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais. **Revista de Antropologia**, [s.l.], v. 40, n. 2, p.31-82, 1997b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-77011997000200002>. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/27053>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GONÇALVES, Camila Salles; WOLFF, José Roberto; ALMEIDA, Wilson Castello de. **Lições de psicodrama: introdução ao pensamento de J. L. Moreno.** São Paulo: Ágora, 1988.

GROF, Stanislav. **Além do cérebro: nascimento, morte e transcendência em psicoterapia.** São Paulo: McGRAW-HILL, 1987.

GLUCKMAN, Max. Rituais de rebelião no sudeste da África. **Série Tradução**, Brasília, v. 1, DAN/UnB, 2011. Disponível em: <

<http://www.dan.unb.br/images/pdf/serie-traducao/st%2003.pdf>> Acesso em 11 mar. 2019.

HACKING, Ian. **The social construction of what?** Harvard University Press: United States of America, 1999. Disponível em: <https://larvalsubjects.files.wordpress.com/2011/01/hacking-the-social-construction-of-what2.pdf>. Acesso em 05/08/2016.

_____. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas - e suas interações. In: RUSSO, M.; CAPONI, S. (Orgs.). **Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas**. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. p.305-20.

HANKS, William. O que é contexto? In: BENTES, Anna et ali (org.). **Língua como prática social: das relações entre língua, cultura e sociedade a partir de Bourdieu e Bakhtin**. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

HARRIS, Ruth. **Assassinato e Loucura: Medicina, Leis e Sociedade no fin de siècle**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA MEDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL (INAMPS). **Portaria SAS/MS nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Rio de Janeiro, 1992. 9 p.

JADRESIC, V. From the classic anamnesis to the biographic anamnesis. **Rev Med Chil**, Santiago, p.320-323, 1972. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5016767>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

JAKOBSON, Roman. **Linguística e comunicação**. São Paulo: Cultrix, 2003.

JENKINS, Janis. **Extraordinary conditions: culture and experience in mental illness**. University of California Press, 2015.

KLEINMAN, Arthur. **Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience**. New York: The Free Press, 1991.

_____. **Patients and Healers in the context of culture:** na exploração do borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Los Angeles: University of California press, 1980.

_____. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science Medicine**, v. 12, n. 2B, p. 85-93, 1978.

LANGDON, Esther J. Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (orgs.) **Saúde & Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. **Palestra oferecida na Conferência 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina**, São Paulo, 1995. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.htm> Acesso em 14 mar. 2019.

LATOUR, Bruno. The promises of constructivism. In: Don Ihde (editor), **Chasing Technology: Matrix of Materiality**, Indiana Series for the Philosophy of Science, Indiana University Press, pp. 27-46, 2003. Disponível em: <<http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/87-CONSTRUCTIVISM-GB.pdf>>. Acesso em 05/08/2016.

LATOUR, B.; WOOLGAR, Steve. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica**. Rio de Janeiro : Editora 34, 1994.

LEONE, Eder Braulio.

PSIQUIATRIZAÇÃO/DESPSIQUIATRIZAÇÃO DO SOCIAL:

Balanço da Produção Acadêmica Brasileira no Campo da Saúde Mental no Período 1990 à 1997. 1999. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Sociologia Política, Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/80858/233080.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

LIOTI, Carlos José Estevam; SILVA, Ana Maria Rigo; CORDONI JUNIOR, Luiz. Possíveis consequências da implantação do regime de hospital-dia em um hospital público. **Ras - Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 56, p.109-116, 2012.

LIMA, Maria Cristina P.; BOTEGA, Neury José. Hospital-dia: para quem e para quê? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, n. 23, ed. 4, 2001.

MALUF, Sônia Weidner. Por uma antropologia do sujeito: da Pessoa aos modos de subjetivação. **Campos - Revista de Antropologia**, [S.l.], v. 14, n. 1/2, dez. 2013. ISSN 2317-6830. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/42463/25832>>. Acesso em: 16 maio 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/campos.v14i1/2.42463>.

MALUF, S. W. Os filhos de Aquário no país dos terreiros: novas vivências espirituais no sul do Brasil". *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, 5(5):153-172. 2003.

_____. Além do templo e do texto: desafios e dilemas dos estudos de religião no Brasil. **Antropologia em Primeira Mão**, Florianópolis, v. 124, p.1-14, 2011. Disponível em: <<http://apm.ufsc.br/files/2011/05/124.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MAHMOOD, Saba. Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito.

Etnográfica, Lisboa, v. 10, n. 1, p. 121-158, maio 2006.

Disponível em

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65612006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 mar. 2019.

MARSH, Ian. "The Uses of History in the Unmaking of Modern Suicide." **Journal of Social History**. 46(3): 744-56. 2013.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. de. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa.

Revista da Escola de Enfermagem da USP. 48(6):1127-36.

2014.

MITCHEL, W. T. J. (Org.). **On narrative**. Chicago University Press: Chicago, 1981.

MOL, A. **The body multiple: ontology in medical practice**.

Londres: Duke University Press, 2002.

_____. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. New York: Routledge, 2008.

MONTEIRO, M. A residência psiquiátrica no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem etnográfica a partir de sujeitos envolvidos no programa de residência do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC). **Dissertação de Mestrado em Antropologia Social**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**, 2006. Disponível em:

<<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>> Acesso em 20 jan. 2019.

OVERING, Joana. O Xamã como Construtor de Mundos: Nelson Goodman na Amazônia. **Ideias**, Campinas, 1(2): 81-118, jul./dez., 1994.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mai 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>.

PASTORINO, Carlos Torres. **Minutos de Sabedoria**. Petrópolis: Vozes, 2009.

PEIRANO, Mariza (Org.). **O dito e o feito**: ensaios de antropologia dos rituais. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Núcleo de Antropologia da Política/UFRJ, 2002.

SOUZA, Iara Maria de Almeida; RABELO, Míriam Cristina. Agência: para além da oposição entre atividade e passividade. In: SEGATA, J.; RIFIOTIS, T (Org.). **Políticas Etnográficas no campo da ciência e das tecnologias da vida**. Porto Alegre: UFRGS, 2018.

ROSA, Gustavo Koetz da. **Altas-Rizoma**: relatos de experiências e trajetórias sobre a atenção psicossocial e a desinstitucionalização. 2019. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia Social, Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

ROSALEN, Juliana. **Tarja preta**: um estudo antropológico sobre 'estados alterados' diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais nos Wajãpi do Amapari. 2017. 260 f. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Antropologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

RUSSO, Jane Araújo. Ser louca e ser mulher. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 271-275, 1996.

RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142006000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Mar. 2019.

SCHUBERT, Suely Caldas. **Mentes interconectadas e a lei da atração**. Santo André: Editora EBM, 2010.

SHIEFFELIN, Edward. “On failure and performance. Throwing the medium out of seance”. IN: LADERMAN, Carol e ROSEMAN, Marina (orgs.). **The Performance of Healing**. Routedledge, New York, 1996.

SOARES, Rogers Teixeira. As Associações Médico-Espíritas e as Controvérsias entre a “Medicina Espírita” e a “Medicina Convencional” na Atualidade. **Sacrilegens – Revista dos alunos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião – UFJF**, Juiz de Fora, v.5, n.1, p.144-163, 2008.

STRATHERN, Marilyn. **O efeito etnográfico e outros ensaios**. Coordenação editorial: Florencia Ferrari. Tradução: Iracema Dullei, Jamille Pinheiro e Luísa Valentini. São Paulo: Cosac Naify, 2014. 576 p.

STEEDLEY, Mary. **Hanging without a rope**: Narrative experience in colonial and postcolonial Karoland. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1993.

STOLL, Sandra Jacqueline. **Espiritismo à Brasileira**. São Paulo: EDUSP, 2003.

_____. Religião, ciência ou auto-ajuda? Trajetos do Espiritismo no Brasil. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 45. 2002.

_____. Narrativas biográficas: a construção da identidade espírita no Brasil e sua fragmentação. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 52, p. 181-199, Dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mar. 2019.

TAVARES, Fátima; Francesca Bassi. refazendo “naturezas”: corpo e saúde numa agenda para discussão. In: MCCALUM; Cecilia Anne; ROHDEN, Fabíola. **Corpo e saúde na mira da Antropologia: ontologias, práticas, traduções**. Salvador: EDUFBA, ABA, 2015.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a Clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001

TIKANORI, Roberto. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

TONIOL, R. O que faz a espiritualidade? **Relig. soc. [online]**. vol.37, n.2, pp.144-175, 2017.

_____. Espiritualidade que faz bem: Pesquisas, políticas públicas e práticas Clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. **Soc. relig.**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 25, n. 43, p. 110-146, maio 2015a. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-70812015000100005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2019.

_____. **Do espírito na saúde: Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil**. 2015b. 314 f. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Antropologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul,

Porto Alegre, 2015b. Disponível em:
<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/134201/000985756.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

TURNER, Victor. Social dramas and stories about them. In: MITCHELL, W. J. T. **On Narrative**. Chicago: The University of Chicago Press, 1981, pp. 137-164.

WHITE, Hayden. The value of narrativity in the representation of reality. In: MITCHELL, W. J. T. **On Narrative**. Chicago: The University of Chicago Press, 1981, pp. 1-24.