

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ANDRÉA GRAUPEN

PRÁTICAS DISCURSIVAS SOBRE SEXUALIDADE E RELIGIÃO DE
MULHERES E HOMENS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

JOÃO PESSOA

2011

ANDRÉA GRAUPEN

PRÁTICAS DISCURSIVAS SOBRE SEXUALIDADE E RELIGIÃO DE
MULHERES E HOMENS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões, sob a orientação do Prof. Dr. José Vaz Magalhães Néto.

JOÃO PESSOA

2011

G774p Graupen, Andréa.
Práticas discursivas sobre sexualidade e religião de
mulheres e homens com diagnóstico de esquizofrenia /
Andréa Graupen.- João Pessoa, 2011.
.111f.
Orientador: José Vaz Magalhães Néto
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CE
1. Religião e Sexualidade. 2. Religião e saúde mental.
3. Sexualidade e Religião. 4. Religiosidade – práticas
discursivas. 5. Estudos críticos do discurso.

UFPB/BC

CDU: 2+57.017.5(043)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pessoa linda e inspiradora que me mostrou com sua simplicidade que as mulheres podem e devem fazer o que quiserem com suas vidas e por incutir em mim a curiosidade e respeito pelas diferenças.

Ao Otávio, meu companheiro de caminhada, pelo apoio, pela cantoria, por segurar a distância física e tantas outras neste percurso e por seu olhar crítico frente ao mundo, tão essencial para desvelar histórias.

Às minhas amigas que escolhi como irmãs nesta vida: Cris, Geo, Edna, Dedé e Vera pelo colo, pelas muitas risadas nos momentos mais inquietantes desta caminhada, pela compreensão da ausência e por todos os dengos.

À Patrícia Silva, amizade que se construiu e se fortaleceu junto com esta dissertação, por ser minha “madrinha acadêmica”, sempre me estimulando e criando todas as condições favoráveis para a realização desta pesquisa e também pelas boas e incontáveis conversas em João Pessoa e Recife.

A CAPES pela bolsa de mestrado que possibilitou idas e vindas a João Pessoa bem como o tempo necessário de dedicação à pesquisa.

A coordenação do PPGCR por encurtar as distâncias entre Pernambuco e Paraíba.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Vaz Néto pela paciência, sagacidade, estímulo e provocações necessárias ao desenvolvimento do trabalho acadêmico e também pelo bom humor e tranquilidade que se fizeram presentes nesta trajetória. Confirmou que é possível ser leve e profundo ao mesmo tempo.

À direção e equipe técnica do CAPS- Casa Forte pelo acolhimento, confiança e suporte durante este caminho, mas também por ser um local sempre de portas abertas.

Aos participantes da pesquisa pela disponibilidade e confiança em dividirem suas preciosas histórias comigo.

À Chica, Jojó, Zezé e Janjão, pelos sorrisos que fazem brotar em mim todos os dias.

Sou doido? Não. Na nossa casa, a palavra *doido* não se falava, nunca mais se falou, os anos todos, não se condenava ninguém de doido. Ninguém é doido. Ou, então, todos.

(Guimarães Rosa)

RESUMO

Na contemporaneidade, a despeito de todas as mudanças ocorridas na assistência em saúde mental nas últimas décadas, observa-se que as pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas são estigmatizadas com rótulos patologizantes e excludentes. A religiosidade e a sexualidade são esferas significativas da experiência humana, e nas práticas discursivas de pessoas em sofrimento psíquico ocupam um lugar de destaque mobilizando, geralmente, profissionais e familiares de maneira negativa. Tendo como referencial teórico-metodológico os Estudos Críticos do Discurso entrevistei sete usuários/as, cinco mulheres e dois homens, de um centro de atenção psicossocial, CAPS, localizado na cidade de Recife/Pe, com o objetivo de conhecer as práticas discursivas dos/as participantes sobre os temas sexualidade e religiosidade, suas articulações e possíveis diferenças nos discursos das mulheres e homens sobre essa temática. Nas entrevistas de grupo, a discussão acerca dos temas foi gerada a partir de palavras- estímulo, relacionadas à sexualidade e religiosidade. Nos Estudos Críticos do Discurso, aporte analítico do material produzido nas entrevistas, o posicionamento da/o pesquisador/a é explícito em relação ao abuso de poder sofrido pelos sujeitos da pesquisa, aqui compreendido no sentido de intervir para favorecer a emergência de práticas discursivas alternativas aos discursos hegemônicos de “normalidade”. Numa perspectiva Queer, é possível interpretar nas falas dos sujeitos a desconstrução de valores tidos como naturalizados em relação ao sexo, ao gênero, à normalidade e à doença mental. Verificou-se um forte apelo e penetração das religiões de tradição cristã modelando as práticas discursivas sobre a sexualidade, mesmo para aquelas/es que alegaram não possuir uma prática religiosa. Tal fato não é exclusividade das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e, segundo a literatura especializada, se estende à maior parte da população brasileira, onde o discurso cristão tem forte ascendência. Os homens entrevistados têm uma prática religiosa mais dependente da instituição do que as mulheres, a religiosidade sendo para elas uma vivência mais pessoal. A violência contra a mulher é presente, todavia a mulher esquizofrênica, numa mirada interseccional, está mais vulnerável a este tipo de agressão. O estudo permite concluir que as práticas discursivas das/os entrevistadas/os são potencialmente emancipatórias, pois produzem contra-discursos capazes de desconstruir e negociar com instâncias hegemônicas, como a religião e o modelo biomédico, propondo a ressignificação das suas posições identitárias na sociedade.

Palavras chave: Estudos Críticos do Discurso. Esquizofrenia. Sexualidade. Religiosidade.

ABSTRACT

In contemporary times, despite all the changes in mental health care in the last decades, it is observed that people diagnosed with schizophrenia are often labeled as being pathologically ill and suffered from social exclusion. Religiosity and sexuality are significant spheres of the human experience. They play an important role in the discursive practices of people experiencing psychological distress, tending to lead professionals and family in a negative way. Based on the theoretical-methodological framework of Critical Discourse Analysis, I interviewed seven patients, five women and two men, from an outpatient psychosocial care center, CAPS, located in Recife / PE. The aim of the research was to understand the discursive practices of the participants about the themes of sexuality and religion, also their articulation and perceptions of the differences of women and men's speech on the subject. In the group interviews, the discussion of the topic was generated from stimulus, using words related to sexuality and religion. In the Critical Discourse Analysis, the analytical framework used for the interpretation of the material produced during the interviews, the researcher's position clearly recognizes the power abuse experienced by the research subjects. The research practice may encourage the articulation of discursive practices as an alternative to the hegemonic discourses of "normality." In accordance to the Queer theories, this research has identify in the subject's statements a deconstruction of values, reproduced in pre-conceived terms in relation to sex, gender, normality and mental illness. The Christian tradition tends to shape the discursive practices of sexuality, even for those who are not particularly religious. This impact of Christian tradition is felt not only upon people diagnosed with schizophrenia. According to the literature review, the impact of Christian tradition extends upon most of the population, with a Christian heritage. The men interviewed in this research have illustrated their religious practices in a more institutionalized term in comparison to the women. In the feminine perspective, religion is experienced in a more personal terms. Violence against women is present, but considering an intersectional glance, a schizophrenic woman is more vulnerable to this type of aggression. The research concludes that the discursive practices of the participants interviewed have an emancipatory potential. They may produce counter-discourses, the deconstruction and negotiation of the hegemonic power that tends to influence religion and biomedical practices. This may leads to the re-construction, redefinition of their identity positions in society.

Keywords: Critical Discourse Studies. Schizophrenia. Sexuality. Religion.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Discursos sobre religião.....	52
Quadro 2- discursos sobre sexualidade.....	59
Quadro 3- discursos sobre virgindade.....	68
Quadro 4- discursos sobre homossexualidade.....	71
Quadro 5- discursos sobre casamento.....	73
Quadro 6- discursos sobre aborto.....	77
Quadro 7- discursos sobre estupro.....	79
Quadro 8- discursos sobre pedofilia.....	81

SUMÁRIO

1 CONSTRUINDO A QUESTÃO.....	10
2 DELIMITANDO ESPAÇOS.....	15
2.1 Ciências das Religiões: uma questão plural.....	15
2.2 Loucura, esquizofrenia, religiosidade, sexualidade e gênero: aproximações conceituais.....	17
2.3 Estudos do Discurso.....	34
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	37
3.1 CAPS- Casa Forte: O local da pesquisa.....	39
3.2 Os participantes da pesquisa.....	40
3.3 As entrevistas.....	43
4 DADOS EM DISCUSSÃO.....	51
4.1 Discursos em ação.....	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	98
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	98
APÊNDICE B – TABULAÇÃO REFERENTE AO QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	100
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS/AS.....	106
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	108
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PSIQUIATRAS.....	109

1 CONSTRUINDO A QUESTÃO

Em toda pesquisa haverá um desassossego, uma inquietude que mobilizará a pesquisadora ou pesquisador a buscar respostas, ainda que sabendo do caráter provisório destas. No meu caso a inquietude primeira procedeu do contato próximo com pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas, na minha prática enquanto psicóloga, e consequentemente com seus discursos plenos de conteúdos religiosos e sexuais classificados a partir do modelo biomédico como delírios místico-religiosos e delírios eróticos. Nomear a experiência religiosa e sexual destas pessoas como “delirantes” sempre me pareceu uma atitude reducionista. Ao nomear de “delírio” se coloca em ação toda uma prática discursiva do modelo biomédico, restringindo o olhar ao *sintoma*, minando outros significados possíveis de tais discursos e fazendo com que seu caráter transformador seja extinto.

A fala destes indivíduos, a meu ver, se assemelha a outras tantas falas, apenas se apresentam mais desorganizadas ou organizadas de forma diferente da maioria das pessoas e com grande carga afetiva, o que não significa que sejam falas onde os contradiscursos não se façam presentes. Há nestes discursos uma possibilidade emancipatória como em tantos outros discursos dos grupos tidos como subalternos, que venho observando, pois tive a oportunidade de trabalhar, durante alguns anos, com esquizofrênicos desenvolvendo atividades diversas, inclusive facilitando uma atividade que tinha como objetivo discutir aspectos relacionados a gênero, práticas sexuais, métodos contraceptivos e prevenção de DST/AIDS.

E neste percurso de trabalho e convivência com mulheres e homens diagnosticados como esquizofrênicos constatei que poucas vezes, segundo os relatos delas e deles, os mesmos puderam se posicionar a respeito dos temas, falar abertamente e tirar as (muitas) dúvidas que tinham principalmente no que diz respeito à sexualidade. E nesta relação outras tantas questões começaram a me mobilizar. Como historicamente o “louco” perdeu o poder da fala? Que mecanismos estariam a serviço deste

desempoderamento¹? Que lugar ocupam a sexualidade e religiosidade na vida destas pessoas?

De posse de tantas inquietações, em abril de 2009 ingressei no Grupo de Pesquisa Lysis, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, da Universidade Federal da Paraíba. A minha intenção, a princípio, era abordar a esquizofrenia, a religião e a sexualidade a partir da teoria junguiana, mas houve um desvio de perspectiva quando fui apresentada aos Estudos Críticos do Discurso (doravante ECD) e à teoria *queer*. Foi uma espécie de revelação. Tais estudos abordam as questões de poder, as práticas discursivas e os grupos sociais minoritários. Quando ingressei no mestrado decidi me aproximar do meu objeto de estudo a partir da perspectiva discursiva, especificamente através dos ECD.

Sabe-se que à medida que nos aprofundamos em determinadas questões, outras se configuram e neste percurso outra inquietação, intimamente ligada as primeiras, surgiu e dizia respeito ao nome a ser utilizado para referir-me aos indivíduos participantes da pesquisa: esquizofrênicos, pessoas em sofrimento psíquico, portadores de transtorno mental, usuários e usuárias do serviço em saúde mental, loucos?

De acordo com Azevedo (1998, p.107): “[...] a linguagem/discurso é um meio não transparente e não neutral para descrever e analisar o mundo social.” Tendo isso em mente estou ciente que ao adotar a palavra **esquizofrênico/esquizofrênica** me aproximo do modelo biomédico, com toda a ideologia que sustenta a construção social deste indivíduo como **paciente**. Não há como negar a minha formação em psicologia e meu trabalho na área da saúde, especificamente na saúde mental com equipe multidisciplinar onde a figura do psiquiatra é extremamente valorizada. Não há como negar também a necessidade de ter que optar por um lugar de fala. Espero que estando ciente da não neutralidade da linguagem seja possível um olhar crítico para este lugar, para este nome: esquizofrênico/esquizofrênica, sabendo que ser ou estar esquizofrênico/a é apenas um, dentre tantos olhares possíveis para estas pessoas.

¹ Desempoderamento aqui é compreendido como perda de poder nas práticas discursivas. Trata-se de neologismo derivado da tradução do inglês *empowerment*.

O meu desejo é que esta pesquisa extrapole o campo do patológico, saia da hegemonia discursiva do modelo biomédico para dialogar com outros campos de estudo, procurando criar diálogos fecundos ainda que de forma incipiente como preconiza a Reforma Psiquiátrica Brasileira (regulamentada pela Lei 10/216/2001).

O sujeito, como alguns autores concebem atualmente é uma criação da Modernidade, e refere-se ao “[...] sujeito de direitos, ‘dono do próprio destino’ dentro de uma concepção liberal de humanidade, extensiva e abstrata” (NUNES, 2007, p. 100). É nesta concepção de indivíduo que o racionalismo cartesiano vai estabelecer suas bases e neste momento “[...] instala-se o reino da razão, informado pelas regras do método, oposto às verdades cujas bases são a tradição e a revelação.” (NUNES, 2007, p. 100). E neste contexto o pensamento mítico-religioso vai sendo paulatinamente substituído por uma concepção racional e secularizada do mundo, vigente até meados do século XIX (NUNES, 2007). O indivíduo da Modernidade, segundo a autora, seria aquele que se distancia do modo religioso e mítico de estar e compreender o mundo, a verdade seria aquela decorrente da razão, uma verdade positiva.

Para Hall (2006), na pós-modernidade ou modernidade tardia a concepção de sujeito detentor de uma identidade unificada, estável e coesa vai sendo substituída por uma concepção de identidade fragmentada, composta não por uma, mas por várias identidades, tornado-se a identidade “uma celebração móvel”. Cabe ressaltar que tal fragmentação identitária, proposta por Hall (2006) não diz respeito à fragmentação de ego, que ocorre nos casos de esquizofrenia.

Qual seria então o lugar da religião neste contexto de identidades fluidas e cambiantes? Estaria a religião em vias de extinção? Na contramão do processo de secularização iniciado na Modernidade, que para o pensamento freudiano (FILORAMO; PRANDI, 2007) e marxista (NUNES, 2007) prenunciava o fim da religião, observamos atualmente que a religião “[...] estabelece identidades, configura comportamentos políticos, reordena paixões, ódios, formas de solidariedade, mercados e ideologias” (DALGALARRONDO, 2008, p. 231).

A religiosidade e espiritualidade² fazem parte da vida dos seres humanos. Mesmo aqueles e aquelas que não possuem uma religião institucionalizada são de várias maneiras mais ou menos tocados/as pela religião, haja vista o alcance desta em diversas esferas da vida humana. Abordar, pois o fenômeno religioso, em sua complexidade antropológica, sociológica, histórica, fenomenológica e psicológica faz-se necessário num mundo onde a religião está bastante viva, a despeito de sua morte anunciada.

O fenômeno religioso em sua interface com a psicopatologia assume contornos distintos e possui uma estreita e antiga relação. A “loucura” era e ainda é para muitos povos indígenas uma experiência intimamente ligada ao sagrado, ao demoníaco e os transtornos mentais eram concebidos como fruto de forças sobrenaturais (ACKERKNECHT³, 1985 apud DALGALARRONDO, 2008).

Entre os gregos antigos também encontramos a “loucura” intimamente ligada às divindades e mitos, como punição pelo excesso de *hybris*⁴ cometido pelos mortais. De acordo com Dalgalarondo (2008), apenas com Ésquilo, Sófocles e Eurípedes a loucura deixa de ser um fenômeno religioso e passa a ser desmitologizada. Com Hipócrates a etiologia da loucura assume contornos humanos e ligados a desequilíbrios da natureza, dos humores internos do corpo, dos alimentos (DALGALARRONDO, 2008).

Na Idade Média ocidental o adoecimento mental voltará a ser relacionado com a experiência religiosa e à loucura serão atribuídas relações com o demônio, com o pecado. Aqui novamente a loucura passa a ser mítica e religiosa, fato que persistirá até o século XIX quando da formação da psiquiatria e psicopatologia modernas (DALGALARRONDO, 2008).

No que tange à saúde mental, foco deste trabalho, em especial às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, os discursos religiosos, assim como os sexuais, são

² Tais conceitos são aqui utilizados como sinônimos e referem-se a uma experiência que independe de instituições e denominações religiosas.

³ ACKERKNECHT, E. H. Ethnologische Vorbemerkung. In: ERWIN, H. **Ackerknecht, Kurze Geschichte der Psychiatrie**. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1985.

⁴ A *hybris* pode ser compreendida como uma atitude desmedida, uma transgressão e afronta aos deuses.

presentes e atuantes, na maioria das vezes se apresentando como fonte de conflito e angústia.

A presente pesquisa se propõe a elucidar de que forma se articulam as práticas discursivas sexuais e religiosas em homens e mulheres com diagnóstico de esquizofrenia. Os objetivos específicos são: conhecer as concepções acerca da religiosidade e sexualidade nas práticas discursivas do grupo estudado, analisar a partir dos estudos críticos do discurso quais as relações entre sexualidade e religiosidade e verificar possíveis diferenças nos discursos dos homens e das mulheres com relação aos aspectos sexuais e religiosos.

Tais categorias, sexualidade e religiosidade, têm sido disputadas ao longo da História por diversas áreas do conhecimento, assim como a própria esquizofrenia. E ao “louco” atualmente cabe o estigma dos rótulos patologizantes, o que acarreta uma conseqüente redução do seu discurso. Com o presente trabalho pretendo proporcionar um olhar menos patológico sobre as práticas discursivas de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, criando assim um espaço de reflexão sobre tais discursos e inseri-los nos discursos das minorias, se não numéricas, com menor poder de fala. De acordo com Louro (2008, p. 20), “A expressão minoria não pretende se referir à quantidade numérica, mas sim a uma atribuição valorativa que é imputada a um determinado grupo a partir da ótica dominante”. A partir deste estudo, desejo incentivar futuras produções que articulem esses eixos temáticos: esquizofrenia, religiosidade, gênero e sexualidade para que possam ser repensadas estratégias mais libertadoras nas práticas de saúde mental.

2 DELIMITANDO ESPAÇOS

2.1 Ciências das Religiões: uma questão plural

O campo de estudo denominado “Ciências das Religiões” como o compreendemos no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba, base institucional desta pesquisa, tem uma trajetória de discussões epistemológicas importantes que perpassam as Ciências Humanas e Sociais.

Em meados do século XIX é cunhada a expressão “Ciência da Religião” no sentido de evidenciar a “[...] emancipação das Ciências Humanas em relação à Filosofia e à Teologia – até então vozes imperantes – no tratamento dos fenômenos religiosos e das concepções últimas sobre o ser.” (CAMURÇA, 2008, p. 21).

No seu primórdio, período de prevalência da ciência positivista e evolucionismo científico, a Ciência da Religião estava intimamente ligada à apologética e ao cientificismo. No primeiro caso estaria a Ciência da Religião a serviço de provar a superioridade do cristianismo sobre as demais religiões, utilizando não mais a apologética tradicional, mas sim os dados disponibilizados pelas demais disciplinas (lingüística, antropologia cultural, psicologia, sociologia) que abordavam o fenômeno religioso. No caso do cientificismo, autores se ocupavam em pesquisar a não-essencialidade da religião, o que contribuiria para o seu desaparecimento, via secularização do mundo (FILORAMO; PRANDI, 2007).

Com a crise do positivismo no final do século XIX, tais pressupostos epistemológicos foram radicalmente questionados abrindo espaço para duas tradições interpretativas da religião: explicativa ou compreensiva (FILORAMO; PRANDI, 2007).

Tais posicionamentos estariam hoje em vias de superação, pois:

[...] a contraposição entre explicação e compreensão vai sendo progressivamente substituída por um modelo de integração baseado, de um lado, na necessidade de um pluralismo metodológico que encontre no interior de cada trajetória as garantias da própria “cientificidade” e, do outro, na necessidade de levar em conta os aspectos “subjetivos” da pesquisa, que fazem parte integrante dela e, com frequência, são seus fatores decisivos. (FILORAMO; PRANDI, 2007, p.11).

A denominação “Ciência da Religião”, de acordo com alguns autores (CAMURÇA, 2008; FILORAMO; PRANDI, 2007) traz uma problemática no que concerne ao uso do singular: de que há um método único, uma única ciência apta a abordar um objeto único (a religião). Ao adotar este singular desconsidera-se toda a discussão das Ciências Sociais e Humanas que culminaram no século XX com a pluralidade epistemológica característica destas.

Usar a denominação Ciências das Religiões implica num posicionamento: adota-se uma abordagem plural para um objeto plural, o que acarreta na concepção de interdisciplinaridade, característica essencial deste campo de estudo. Ao estudar o fenômeno religioso em Ciências das Religiões não se pretende atingir uma verdade universal a respeito da religião, estamos cientes que se aborda um fenômeno polissêmico e multifacetado, que pode ser enriquecido com a diversidade de métodos com os quais é delimitado.

Afinal, o que define a religião é a validade do método particular que se decide assumir. Nessa perspectiva, o estudo científico da religião avançou à medida que se demonstrou capaz de assumir novas perspectivas metodológicas, pois cada novo método, quando eficaz, contribuiu para se captar um outro aspecto de uma realidade humana histórica extremamente variada e multifacetada e que – isso deve nos fazer refletir – se revela resistente a ser capturada de uma vez por todas numa única rede metodológica. (FILORAMO; PRANDI, 2007, p. 22).

A partir do supracitado, concordo com Filoramo e Prandi (2007) ao afirmarem que o pesquisador das Ciências das Religiões deve estar apto a praticar um ateísmo metodológico, escolhendo idiossincriticamente, de acordo com suas competências prévias e fatores externos, o instrumento adequado para alcançar o objetivo interpretativo (FILORAMO; PRANDI, 2007).

Nesta pesquisa adotarei uma postura crítica frente ao discurso religioso que se alinha tanto à pluralidade metodológica, premissa das Ciências das Religiões, quanto à diversidade das disciplinas que participam desta empreitada.

2.2 Loucura, esquizofrenia, religiosidade, sexualidade e gênero: aproximações conceituais

É nos discursos que a loucura e a esquizofrenia se materializam, se constroem e são construídas, assumindo formas variadas que definirão encaminhamentos e espaços possíveis. Como forma de elucidar a invenção do ser esquizofrênico esboçarei um breve percurso sobre esta trajetória, dando ênfase na sua relação com a religião.

Vale salientar que o que se nomeia como loucura nem sempre foi considerado doença e que cada cultura através dos tempos concebe um modo peculiar de ser louco (PELBART, 1989).

Segundo Pessotti (1994) no final do século II d.C. a loucura pode ser compreendida de três maneiras distintas: como intervenção divina, com decorrência dos conflitos passionais do próprio homem e como consequência de disfunções somáticas tendo como causa, eventualmente, eventos afetivos.

A primeira forma ou modelo histórico de compreensão da loucura é definido por Pessotti (1994) como mítico-religioso, no qual a etiologia tem uma base teológica e os que são acometidos por ela (loucura) não são responsáveis pelos seus atos já que estão possuídos ou sob a ação de uma divindade.

Na concepção de Homero⁵ (apud PESSOTTI, 1994):

a loucura é um estado de desrazão, de perda do controle consciente sobre si mesmo, de insensatez, no sentido de que, sob a *atê*, o homem

⁵ HOMERO, 1963.

perde, ou pode perder, o contato ordenado com a realidade física ou social (PESSOTTI, 1994, p. 19).

Neste caso a *atê*⁶ seria um agente intermediário, a serviço de Zeus, sendo o homem apenas um objeto frente a estes poderes sobre-humanos (PESSOTTI, 1994).

Para estes homens acometidos pela insensatez, Pessotti (1994) afirma que Homero indica além de um *pharmakon*⁷, a necessidade de reparar o erro que culminou no estado de loucura, sendo que após tal reparação poderia o indivíduo recuperar a honra e a aprovação social visto que:

A loucura é um “acidente de percurso”, ela não acarreta qualquer estigma. Não há necessidade de cura, já que não existe doença alguma. O que hoje chamaríamos doença (mental) não é mais que a transgressão de uma norma social explícita ou tácita, não é mais que uma des-ordem. A terapia é pois uma reordenação das relações do herói transgressor com seu grupo social, incluindo vivos, ascendentes ou pósteros (PESSOTTI, 1994, p. 20).

Podemos observar que neste momento não há a noção de culpabilidade e toda terapêutica proposta permeava uma reconciliação do homem com seu meio e com a divindade.

Pelbart (1989) relata que Sócrates na Grécia antiga evidencia uma loucura que se configura em dois gêneros: uma loucura humana que tem como base o desequilíbrio do corpo, evidenciando um caráter organicista, assemelhado à concepção de Hipócrates, e um segundo tipo que estaria ligado a uma intervenção divina, sobre a qual o filósofo dedicará mais atenção:

A loucura divina, diz Sócrates, subdivide-se nas quatro espécies seguintes, correspondentes, cada uma delas, a uma divindade específica: a loucura profética (Apolo), a ritual (Dionísio), a poética (as Musas) e a erótica (Afrodite). Desta série a mais bela é a última, pois leva, como se sabe, à filosofia (PELBART, 1989, p. 24).

⁶ “Via de regra, a *atê* é um estado de descontrole mental, produzido por alguma divindade, uma potência demoníaca, sempre sobrenatural.” (PESSOTTI, 1994, p. 16).

⁷ O *pharmakon* é uma substância que funciona como remédio ou veneno, dependendo da dose.

Pessotti (1994) descreve que Hipócrates inaugura uma teoria organicista, que significou na época uma ruptura com o pensamento mítico, teológico, implicando no término da medicina sacerdotal e litúrgica. Mas a religião ainda terá muito a dizer sobre a loucura, principalmente a partir do século XV no ocidente.

A literatura cristã dos séculos XV e XVI é repleta de relações entre a loucura e o demônio, estreitando uma relação que persiste ainda nos dias atuais em determinadas religiões. Thomas (1991) ao dissertar sobre o fenômeno da possessão na Idade Média nos fala sobre os estranhos efeitos físicos e morais que acometiam aqueles nos quais os maus espíritos haviam entrado. Tal indivíduo:

Sofreria de ataques histéricos, convulsões e contorções descontroladas, analgesia, vômitos estranhos e até mesmo de paralisia total. Da boca saíam as vozes de demônios, que emitiam delírios obscenos e blasfemos, ou falavam fluentemente línguas estrangeiras que a vítima desconhecia (THOMAS, 1991, p. 388).

A doutrina demonista cristã encontra em Agostinho, no século IV, a base que definirá a doutrina cristã nos séculos seguintes, a idéia de que o mal não tem existência positiva, o mal é a privação do bem. O demônio age com o consentimento de Deus para que os homens se aperfeiçoem. Nesta concepção os homens possuem livre-arbítrio e ao fazerem dele um mau uso pecando, são fracos abrindo espaço para a atuação do demônio (PESSOTTI, 1994).

Toda a relação da loucura com o demoníaco, estimulada pela vasta literatura demonológica cristã, vai trazer um aspecto de culpabilização do louco que não havia em períodos anteriores já que o demônio só atinge àqueles que não são bons, trazendo não apenas um aspecto de periculosidade, mas de falta moral (CHERUBINI, 2006). Fato que acompanhará o louco por muitos séculos e que será, principalmente no século XVII, um dos motivos de internação: a falta moral.

Tal relação entre a loucura e a possessão diabólica na Idade Média, tendo como fundamento o pensamento de Agostinho, servirá para justificar uma série de ações radicais da Inquisição.

Quando se queimarem centenas de mulheres histéricas ou psicóticas, ou simplesmente ignorantes e crédulas sob a acusação de estarem mancomunadas com o demônio ou possuídas por ele, a “teologia” que embasará os “julgamentos” e interrogatórios será basicamente a de Agostinho, consolidada e aperfeiçoada por Tomás de Aquino. (PESSOTTI, 1994, p. 87).

Se a etiologia da loucura revelava uma presença e ação de Satã, o tratamento indicado em muitos casos era o exorcismo praticado pela Igreja católica, cujo ritual foi mais desenvolvido na Contra-Reforma. Já para os protestantes a única possibilidade de afastar o diabo seria rezando, orando e rogando a Deus para que ele se afastasse (THOMAS, 1991).

Neste contexto a exclusão não era uma prática habitual, pois os loucos na Idade Média ocidental, assim como os pobres, eram peregrinos de Deus (DELUMEAU, 2009). Segundo Foucault (2000) os loucos, figuras presentes na vida cotidiana da Idade Média, na Renascença são reagrupados de outra forma, misturados numa massa amorfa, indiferenciados, internados junto com os portadores de doenças venéreas, os desregrados, os lascivos e os homossexuais.

Apenas com o advento da modernidade européia e sua necessidade de ordem, a loucura é dessacralizada, sendo os loucos os seres inquietantes, suspeitos, que subvertem a ordem pública (DELUMEAU, 2009).

A partir das duas Reformas do cristianismo intensifica-se o processo de cristianização e moralização da sociedade no intuito de disciplinar aqueles e aquelas que até então não viviam de acordo com as normas prescritas. Toda uma sorte de pessoas: loucos, vagabundos e pobres passam a ser enquadrados nos asilos gerais (DELUMEAU, 2009).

Ao recusar os rituais do exorcismo da Igreja católica e acusá-los de bruxaria e feitiçaria, os protestantes deixaram uma lacuna; uma grande parte da população se sentiu abandonada à própria sorte. Na Idade Média todo aparato da religião organizada criava um continente seguro, uma proteção contra as investidas do diabo e contra os efeitos maléficos da bruxaria, sendo o exorcismo da Igreja destinado a este propósito (THOMAS, 1991). O que se segue é uma intensificação dos poderes de Satã pelo

protestantismo, sendo que “[...] todas as velhas proteções mecânicas foram rejeitadas como símbolos vazios, sem qualquer eficácia por si mesmo” (THOMAS, 1991, p. 399).

Neste período, inclusive a medicina na época de base hipocrática, era impregnada de concepções mágicas para lidar com comportamentos considerados bizarros, aludindo à possessão diabólica (PESSOTTI, 1994).

No Início da Idade Moderna na Europa, acreditava-se no poder dos malefícios inimigos, que dentre diversas atuações podia levar uma pessoa à loucura. Tal malefício estava relacionado aos poderes do diabo e como afirma Delumeau “[...] é tudo que causa, tudo que pode causar e tudo que é empregado para causar algum dano aos bens do espírito, aos do corpo e aos da fortuna, quando isso se faz em virtude de um pacto com o demônio.” (DELUMEAU, 2009, p. 96). A lista dos sortilégios é imensa estando a loucura, assim como a esterilidade, a impotência e outras apreensões, presente de forma recorrente, denotando assim toda uma cultura que teme a loucura como decorrente do malefício, do sortilégio e, conseqüentemente, do diabo (DELUMEAU, 2009).

No final do século XVII, na Europa ocidental, um número significativo de teólogos passa a reinterpretar os possuídos do Novo Testamento não mais como possuídos pelo diabo, mas como epiléticos ou com doenças histéricas, perdendo lentamente o exorcismo seu papel de destaque no enfrentamento de tais desordens (THOMAS, 1991). No século XVII a loucura paulatinamente sai do domínio da religião para ser apropriada pela medicina, ainda que este campo específico não tivesse modelos claros ou uma nosografia que pudesse articular e categorizar toda uma sorte de “loucuras”, visto que a psiquiatria e psicopatologia ainda não haviam surgido.

Alguns médicos no século XVII elaboraram modelos de alienação mental que tiveram repercussões no pensamento médico posterior e admitiam, ainda que de maneira limitada, uma influência diabólica na etiologia da loucura (PESSOTTI, 1994).

Com o nascimento da psiquiatria no século XIX a questão da etiologia da loucura ocupa os primeiros alienistas “A alienação mental era uma doença do corpo ou das paixões? Tinha origem na desordem dos órgãos ou dos afetos? Enfermidade física ou afecção da alma?” (PELBART, 1989, p. 217). Tais questões, embora não fossem novas, neste

momento estavam intimamente ligadas à legitimação da psiquiatria enquanto ciência médica e o que se apresentava como imperioso era “[...] fundamentar cientificamente uma prática de exclusão e moralização, como fazer uma pedagogia do desvio derivar de uma racionalidade médica?” (PELBART, 1989 p. 218). De acordo com Birman (1978) é neste momento e para justificar sua prática, que o alienismo do século XIX encontra um corpo para a loucura. A questão da etiologia não tem valor como conhecimento a serviço de uma possível entidade nosológica, mas vale apenas como justificativa para uma série de encaminhamentos que visam “curar” o louco no tocante à sociabilidade já que:

[...] o louco é um fracassado em sua sociabilidade — leia-se, em sua humanidade. A nova psicopatologia será construída com as noções de “predomínio das paixões” e “lesão da vontade”, que representarão, conjuntamente, o obstáculo maior a essa sociabilidade ideal no interior da qual a nova psicologia pensa a vida normal e humana do sujeito. É curioso observar como a nascente psiquiatria articulará o conceito de sociabilidade e o de afeto. São os afetos que possibilitam as trocas sociais (instinto sexual, amor maternal, sentimento de piedade), e só o fazem quando funcionam na intensidade ideal, isto é, quando são regulados pela vontade. Quando esta definha, os afetos viram paixões, violentas, egoístas, buscando apenas o prazer e escapando aos preceitos básicos da convivência e da sociabilidade. A vontade teria função de autoridade, de regulação da intensidade, de legislação moral, e seria socialmente determinada, tanto pela educação e família, quanto pela cultura (PELBART, 1989, p. 219).

Neste momento a loucura e o louco são tutelados pela psiquiatria, mas ao atrelar a noção de moral, educação e família, será que se pode afirmar que a religião tinha um papel não no tratamento e tutela, mas na elaboração e manutenção destes valores?

O que se observa então no século XIX é um momento de desorientação médica no que tange a etiologia e terapêutica da loucura: convive lado a lado um modelo organicista com um modelo ainda inicial da doutrina psicodinâmica. A última tendo como pano de fundo uma etiologia passional da loucura, consequência de dano à sensibilidade moral. Neste momento desaparece qualquer resquício do modelo mítico-religioso na compreensão da loucura (PESSOTTI, 1994).

Sem uma compreensão clara da experiência da loucura as terapêuticas são as mais variadas, muitas delas serviriam como meio de repressão às crises e persistem ainda em

muitos manicômios atuais. Contida, reprimida, calada, assim a loucura se despede do século XIX e entra no século XX.

O modelo mítico-religioso desaparece da concepção médica, o que não quer dizer que esta relação entre loucura e religião tenha desaparecido no século XXI.

Atualmente, tanto as igrejas pentecostais quanto as neopentecostais se propõem a praticar “curas religiosas”, combatendo quase sempre o demônio, fazendo com que elas sejam “prontos-socorros espirituais”. Nestes prontos-socorros atendem uma demanda que perpassa a depressão, angústia e uma ampla variedade de sofrimentos mentais (DALGALARRONDO, 2008).

Apesar de o demônio ter perdido força no imaginário europeu do século XVIII,

[...] nas três últimas décadas do século XX, com o movimento da Nova Era, o misticismo readquire importância, como também a busca por uma renovação espiritual; ressurgem o ocultismo e a preocupação com o demoníaco. Nos meios neopentecostais, essa preocupação pode ser identificada na chamada guerra santa ou batalha espiritual. (BESSA, 2006, p. 41)

Segundo Borba (2008) as igrejas pentecostais ao interpretarem a loucura como possessões demoníacas, se colocam como as únicas aptas a lidar com a questão, no caso através do exorcismo. Tais igrejas costumam inclusive fazer visitas aos hospitais psiquiátricos no intuito de converterem pacientes. O autor refere que tal ponto de vista transforma o paciente em vítima de espíritos obsessores, sendo a igreja a exclusiva forma de salvação.

De acordo com Humerez (1990), no Brasil, por ser um país com forte influência africana, existe uma relação entre possessão-loucura nos rituais religiosos, fazendo com que principalmente nas classes menos favorecidas economicamente, as pessoas não se contentem em classificar o louco como doente, o categorizando também como possesso. De acordo com a autora a umbanda teria se tornado a psiquiatria popular mais disseminada do país (HUMEREZ, 1990).

Na concepção do espiritismo kardecista, as doenças inclusive mentais, são decorrentes dos espíritos inferiores que influenciam de forma negativa os espíritos encarnados. Nestes casos as pessoas atingidas “[...] tornam-se ‘obsediadas’, passam a apresentar comportamentos inadequados, como uso de drogas, sofrem sintomas de depressão, ansiedade e pânico, vivenciam alucinações e visões terroríficas.” (BRUMANA; MARTINEZ, 1991 apud DALGALARRONDO, 2008, p. 126).

A partir dos estudos citados evidencia-se que algumas religiões atualmente apresentam um discurso mítico-religioso acerca da loucura e que as pessoas procuram na religião um alívio e resposta a tais sofrimentos. No caso do kardecismo e do catolicismo existe uma abertura ao diálogo com o modelo biomédico, em alguns casos sendo a pessoa em sofrimento encaminhada a serviços de saúde, propondo um modelo de cuidado do indivíduo em sua inteireza, o que sugere um possível diálogo entre medicina e religião, cujo foco de interesse vá além da disputa pela hegemonia do discurso e seja a melhoria de qualidade de vida da pessoa em sofrimento.

A partir deste breve percurso podemos compreender que a forma como a loucura foi concebida pelos discursos dominantes, em especial o discurso religioso, teve uma ascendência sobre @s louc@s e sobre as loucuras, produzindo tipos distintos de enfrentamento para o que atualmente é chamado pelo discurso hegemônico biomédico de transtorno mental e, particularmente, de esquizofrenia.

Conforme Pessotti (1996) a psiquiatria se constitui como especialidade clínica e área do saber médico nos primórdios do século XIX. Surgem então formas distintas de tratamento das pessoas em sofrimento mental que estarão relacionadas intimamente com a questão, ainda disputada pelos modelos mais ou menos organicistas, da etiologia e com o período histórico no qual a loucura está inserida. Mas se pode afirmar que a despeito dos tratamentos propostos, durante muitos séculos @s louc@s tinham um destino comum: o confinamento.

Se a loucura existe desde tempos longínquos como visto anteriormente, o mesmo não se pode dizer da esquizofrenia. O termo esquizofrenia surge no início do século XX,

proposto pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler em substituição ao termo demência precoce, utilizado por Kraepelin no final do século XIX (Palmeira et. al., 2009).

A esquizofrenia é, na concepção psiquiátrica, dentre as síndromes psicóticas a que apresenta comportamentos mais claramente considerados bizarros. Nas vivências de pacientes esquizofrênicos estão presentes os sintomas típicos, também chamados de sintomas de primeira ordem ou positivos como delírios, alucinações e desorganização do pensamento. Estão presentes também os sintomas negativos como embotamento, negativismo, mutismo.

O esquizofrênico, ou louco como é comumente chamado, apresenta-se como alguém que perdeu o contato com a realidade de acordo com autores de orientação psicodinâmica (DALGALARRONDO, 2008).

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10⁸ (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p.85), a esquizofrenia (F20) ou transtornos esquizofrênicos “[...] são caracterizados, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotado”.

A psiquiatria da primeira metade do século XX trouxe tratamentos que enfocavam as questões anatomopatológicas e bioquímicas do cérebro, da eletroconvulsoterapia (ECT), mais conhecida como eletrochoque, passando pelo coma insulínico e pela lobotomia (SILVEIRA, 1992). Tais tratamentos, além da própria natureza agressiva eram também utilizados como forma de castigo e punição nos hospícios.

Em meados da década de 1950 surgem os primeiros psicofármacos que acarretaram importantes mudanças no tratamento das doenças mentais, não sem trazer uma série de efeitos colaterais aos usuários. Na década de 1970, Franco Basaglia, em Trieste, Itália, promove uma verdadeira revolução na assistência psiquiátrica ao desativar o Hospital Psiquiátrico de Trieste e propor a criação de centros externos para apoio dos ex-internados (SILVEIRA, 1992).

⁸ Classificação Internacional de Doenças.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início na década de 70 com o intuito de mudanças no modelo de estrutura asilar, centrado no hospital psiquiátrico. Desde então uma série de mudanças ocorreram. Nos últimos tempos, percebe-se que o processo de desinstitucionalização avançou significativamente em todo o território nacional, principalmente na promoção de alternativas para a redução de leitos no território nacional e o aumento crescente da rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (regulamentada pela Lei 10.216/2001) e da Luta Antimanicomial foram criados espaços alternativos ao modelo manicomial: os Serviços Substitutivos de Saúde Mental – CAPS/NAPS/Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta Para Casa, Leitos de Atenção Psicossocial 24 horas, Serviços de Urgência e Emergência, entre outros dispositivos de atenção à saúde (BRASIL, 2007). Segundo Amarante (1995), tais serviços não são apenas novos espaços para a loucura, mas constituem-se como novas formas de lidar com a loucura e a doença mental.

Importante salientar que a mudança arquitetônica, desinstitucionalizar, sair de dentro dos muros dos hospícios para infra-estruturas mais acolhedoras semelhantemente a casas de moradas, não se restringe e nem se assemelha a desospitalizar, na medida em que o último significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Desinstitucionalizar vai muito além da compreensão de instituição, compreende um “[...] sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.” (AMARANTE, 1995, p. 49).

A Reforma Psiquiátrica transcende a questão dos espaços físicos destinados àqueles e àqueles que sofrem de transtornos mentais, mas preconiza um novo modelo de atenção psicossocial que “busca de novos territórios e conceitos em detrimento daqueles que anteriormente enclausurados/institucionalizados pelas disciplinas científicas” (PINTO; GONÇALVES, 2009, p. 38-39).

De maneira ainda embrionária, algumas modalidades alternativas à medicina tradicional, como a homeopatia, acupuntura, yoga e meditação vêm sendo utilizadas no tratamento em saúde mental nos serviços públicos. Mas o psicofármaco ainda encontra lugar de destaque, haja vista que o modelo técnico-organicista ainda impera na formação médica, onde parece haver pouco espaço de reflexão acerca da dimensão pessoal ou sócio-econômica do paciente (PINTO; GONÇALVES, 2009).

A Reforma Psiquiátrica trabalha na perspectiva da desmedicalização, aqui o indivíduo não é apenas o sintoma. Para Pinto e Gonçalves (2009) desmedicalizar não significa interromper, não prescrever ou diminuir o uso de remédios, mas implica em não delegar ao medicamento o trabalho que a pessoa poderá efetivar no sentido de transformar sua realidade, estimulado pela família e equipe profissional. Neste sentido desmedicalizar compreende uma mudança radical na postura de tratamento da loucura, engajando várias dimensões da pessoa e da sociedade, pontos imprescindíveis para uma verdadeira reforma.

Neste cenário de reforma há todo um questionamento acerca da utilização da psiquiatria como instrumento de controle social, e uma mudança no papel do psiquiatra como figura central no tratamento da doença mental. A equipe nos CAPS é uma equipe interdisciplinar onde os saberes são compartilhados e não compartimentados nas suas especialidades. O foco se desloca da doença mental para a atenção psicossocial, da cura para a melhoria de qualidade de vida, da passividade do paciente à autonomia da pessoa em sofrimento. Este contexto de mudanças favorece o emprego de novas estratégias de acompanhamento de pacientes com diagnóstico não apenas de esquizofrenia, mas de outros transtornos mentais.

A religião assume características variáveis de acordo com o período histórico, contexto cultural e geográfico na qual se manifesta. Conforme Otto (1992) o que se configura como universalidade do fenômeno religioso seria uma experiência de contraposição de duas instâncias fundamentais da vida: a sagrada e a profana. O aspecto profano estaria ligado ao mundo da experiência cotidiana, dos prazeres e diversões e o sagrado a uma instância superior, de poder esmagador, definida como *mysterium tremendum*. Otto

(1992) designou o encontro com o *mysterium tremendum* (mistério que faz tremer) como experiência do *numinoso*.

Dalgarrondo (2008) fez uma revisão crítica da literatura sobre religião e suas interfaces com a psicopatologia, psicologia e antropologia. O autor afirma que a religião, enquanto objeto de investigação é de uma imensa complexidade, “[...] posto que como fenômeno humano, é, a um só tempo, experiencial, psicológico, sociológico, antropológico, histórico, político, teológico e filosófico.” (DALGARRONDO, 2008, p. 16). De acordo com este autor a religiosidade é uma das experiências mais marcantes da experiência humana e da subjetividade.

Refere ainda Dalgarrondo (2008) que os debates acerca da relação entre loucura e religião ganham destaque com Pinel, figura expoente da teoria e prática psiquiátricas no final do século XVIII. Para ele o processo de adoecimento mental não é causado pela possessão divina ou demoníaca, mas sim fruto dos excessos religiosos. É a partir de Pinel, com a formação da psiquiatria moderna que a loucura passa a ser de domínio desta área do conhecimento, a psiquiatria. Diversos discípulos do mestre francês deram continuidade aos seus estudos relacionando loucura a religião (DALGARRONDO, 2008).

Com o advento da psicopatologia moderna no final do século XIX, vários pesquisadores dedicaram-se ao estudo das relações que se estabelecem entre psicose e religião. Dalgarrondo (2008) cita as investigações de Kraepelin⁹, que descreveu em detalhes diversos casos onde estão presentes os conteúdos místicos e religiosos nos pacientes, sobretudo nos psicóticos; Schneider¹⁰ que realizou um estudo onde avaliou o impacto das experiências religiosas em tipos específicos de transtorno mental e Jaspers¹¹, que estabeleceu relações de sentido entre psicopatologia e religião e afirmou que delírio e religião talvez possam ser formas irracionais que oferecem sentido à experiência humana em momentos marcados por sofrimento e perda da razão extremos.

⁹ KRAEPELIN, 1996.

¹⁰ SCHNEIDER, 1928.

¹¹ JASPERS, 1973.

Segundo estudo de Aquino et. al. (2009) a atitude religiosa pode ser compreendida como demonstração ou

[...] ato de possuir crença em algo superior, de forma a encontrar sentidos na vida na relação sujeito-mundo. Também a forma religiosa de estar-no-mundo, em geral, conduz a uma cosmovisão mais otimista, pela qual o homem interpreta a sua própria existência como uma missão, facilitando então a percepção de um sentido para a sua vida. (AQUINO et. al., 2009, p. 241).

Para os autores acima citados, a atitude religiosa seria a promotora de sentido de vida, estando então relacionadas com uma melhoria da qualidade de vida, via promoção de bem estar psíquico dos indivíduos (AQUINO et. al., 2009). O estudo de Bastos et. al. (2008) também aponta para uma relação entre maior religiosidade e menor consumo de álcool e conseqüentemente uma melhor saúde física e psíquica.

Paiva (2007) menciona que os recursos religiosos como orações, promessas, peregrinações são utilizados pelos indivíduos como forma de lidar com questões urgentes e situacionais com frequência.

Sobre a questão institucional Guerriero (2003) define a sociedade brasileira como um local de múltiplas práticas e denominações religiosas, possibilitando assim que os indivíduos transitem por várias religiões, a depender das necessidades mais imediatas.

A sexualidade, assim como o gênero são construções sociais e não um dado da natureza. A maneira como as pessoas vivenciam suas relações sexuais, como experimentam e experienciam seus próprios corpos e d@s seus/suas parceir@s, como vivem as suas relações afetivas e os seus desejos, bem como desempenham os papéis socialmente atribuídos aos homens e mulheres, são determinados histórica e socialmente, variam de acordo com a época e com a cultura nas quais os indivíduos estão inseridos.

Souza Filho (2007) afirma que a identidade de gênero é uma construção histórica e social, uma leitura cultural e simbólica a partir de e sobre os corpos e suas performances. Conforme o autor

Observa-se ainda que é o *corpo* o depositário das significações produzidas pela cultura, constituindo-se, nesse processo, as identidades sexuais, que são definidas em referências ao que a mesma cultura estabelece como da ordem das práticas, papéis etc. do masculino” e do “feminino”. Tais significações, traduzindo-se como normas, valores, códigos, vão marcar e influenciar a vida dos indivíduos. Nesse sentido, o gênero e a identidade sexual ativam informações e representações sobre “ser homem” e “ser mulher”, independente de suas orientações sexuais, **fazendo seus corpos funcionarem**. (SOUZA FILHO, 2007, grifo do autor).

Para Louro (2008) a construção da sexualidade é um processo contínuo e infundável, que se configura ao longo de toda a vida e do qual fazem parte diversas instâncias. Segundo a autora, a sexualidade (assim como o gênero) é aprendida, de modo explícito ou não “[...] por um conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais. É um processo minucioso, sutil, sempre inacabado. Família, escola, igreja, instituições legais e médicas mantêm-se, por certo, como instâncias importantes nesse processo constitutivo.” (LOURO, 2008, p. 18).

Babo e Jablonski (2002) e Jablonski (1994) acrescentam a esse rol de instâncias sociais e culturais a importância da mídia, em especial a mídia impressa no caso das revistas direcionadas ao público feminino e masculino como fator essencial no sentido de modelar práticas sexuais e fazer o gênero, muitas vezes produzindo discursos antagônicos e inconciliáveis a serem seguidos.

Na contemporaneidade, novos dispositivos tecnológicos tem possibilitado profundas transformações nos diversos âmbitos da sociedade, afetando inclusive a construção das identidades sexuais e de gênero (VAZ, 2007).

Durante muito tempo sexo e gênero foram pensados de forma separada, sendo o sexo o dado biológico e o gênero o dado cultural, construído. De acordo com Tílio (2003) a identidade de gênero diz respeito aos papéis construídos socialmente que se relacionam com homem e mulher, e a sexualidade seria nesta perspectiva, atrelada às preferências e práticas sexuais daí decorrentes.

Atualmente tal visão de sexo e gênero tem sido criticada por construcionistas sociais como Souza Filho (2007) e por teóric@s do movimento *Queer*, como Judith Butler (2008), Miskolci (2009) e Guacira Lopes Louro (2004, 2008), por radicar em um modelo binário de lógica sequencial (homem/mulher, heterossexual/homossexual, masculino/feminino), pautado na supremacia falocêntrica, na hierarquia heteronormativa, restringindo e limitando identidades, pessoas e corpos. Conforme Butler (2008, p. 24):

Levada a seu limite lógico, a distinção sexo/gênero sugere uma descontinuidade radical entre corpos sexuais e gêneros culturalmente construídos. [...] A hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito.

Para Giffin (1994) a partir dos modelos binários, dualistas, os pares de opostos são vistos como excludentes e tendo as suas diferenças fixas. Para a autora:

Aplicado à construção dos gêneros, o dualismo afirma, em primeiro plano, que o homem é ativo e a mulher, passiva. Aplicado à construção da sexualidade, ele funde a identidade de gênero e a identidade sexual (ser homem é praticar sexo com mulheres, e vice-versa), resultando na hegemonia heterossexual, baseada em dois tipos de seres: homens sexualmente ativos e mulheres sexualmente passivas. (GIFFIN, 1994, p. 151)

Ao questionar e evidenciar o caráter construído desse modelo binário se possibilita uma reflexão crítica no sentido de emancipar homens e mulheres da teia perversa de discursos heterossexuais hegemônicos e propor formas mais equânimes de vivenciar a sexualidade e o gênero. No que tange a supremacia e legitimação da heterossexualidade, Foucault (2009) esclarece que apenas a partir do século XIX toda incitação e proliferação discursiva sobre o sexo agem no intuito não de reprimir, mas de circunscrever a sexualidade “normal” às práticas heterossexuais, em outras palavras “criam” a heterossexualidade normativa e as sexualidades “anormais” a exemplo da homossexualidade e outras tantas sexualidades subalternas. A sexualidade se apresenta de inúmeras formas e mesmo práticas sexuais abjetas como a pedofilia já foram, e ainda são legitimada em determinados contextos específicos (CAPELLARI, 2005).

Pode se afirmar, seguindo o pensamento de Dantas- Berger e Giffin (2005) que muitas práticas de violência de gênero encontram validade nos discursos dualistas, onde o

papel ativo do homem e o papel passivo da mulher abririam espaços de desigualdades de gênero que poderiam resvalar para casos de agressão contra as mulheres.

Na área da saúde, usualmente a sexualidade está relacionada ao ato sexual, reprodutivo e genital, como função biológica e orgânica, tendendo a ser classificada nas categorias de normal e anormal (BARBOSA, 1997). Mas a sexualidade num sentido amplo é compreendida como um fenômeno intrínseco a experiência humana e que se configura de maneira singular e específica em cada indivíduo. A construção da sexualidade abarca aspectos que vão desde o individual, passando pelo social, psíquico e cultural, e estão submersos em práticas, atitudes e simbolizações que variam dependendo dos diferentes períodos históricos (RESSEL; GUALDA, 2003).

Encontra-se na relação entre esquizofrenia e sexualidade referência a uma conexão entre o delírio religioso e idéias eróticas nas mulheres com demência precoce (atualmente esquizofrenia) nos estudos de Kraepelin¹² (DALGALARRONDO, 2008). O italiano Santo De Sanctis¹³, citado por Dalgalarrrondo (2008) influente psiquiatra da primeira metade do século XX, observa a co-existência entre os **sintomas** do misticismo e **sintomas** do erotismo e loucura. Alguns autores franceses descreveram o *delire erotique-religieux* (delírio erótico-religioso) após observarem diversos casos onde estavam presentes os componentes religiosos e eróticos (DALGALARRONDO, 2008, grifo nosso).

São escassos os estudos que trazem à tona a sexualidade dos esquizofrênicos. Quando aparecem, remetem aos aspectos patológicos da sexualidade, ao sexo biológico ou às correlações entre o uso de psicofármacos e alterações no desempenho sexual.

Interessante notar a carência de estudos que avaliem a sexualidade dos esquizofrênicos a partir de uma perspectiva “saudável”. É como se, de certa forma, o fato de ser portador de um transtorno mental conduzisse a um olhar patologizante de todas as experiências vivenciadas por estes indivíduos.

¹² KRAEPELIN, 1996.

¹³ DE SANCTIS, 1927.

De acordo com Figueiredo e Carvalho (1999) tem-se a tendência a excluir a consciência da sexualidade, criando estruturas de controle para nos afastarmos desse assunto que quando enfocado, é abrigado numa visão patologizante de risco ou dano à saúde.

A partir deste cenário de práticas discursivas científicas corroboradas pelo senso comum, onde a pessoa diagnosticada como esquizofrênica possui uma sexualidade perigosa, que deve ser vigiada e controlada posto ser algo da ordem do patológico, se observa toda a questão de poder aí envolvida. Para Foucault (2009) é a partir dos discursos que o poder se configura, criando corpos e identidades e sujeitando os indivíduos às práticas de dominação pelo saber. Apropriam-se das sexualidades na atualidade não apenas os religiosos, mas principalmente os psiquiatras, sexólogos, psicanalistas, psicólogos e educadores que se ocupam em normatizar corpos e desejos. Neste sentido os estudos *queer* se apresentam nesta pesquisa como uma proposta não apenas de desconstrução da sexualidade, mas como uma perspectiva que sustenta a problematização e desconstrução do binarismo sanidade/insanidade mental. Como desconstrução compreende-se o processo de:

[...] explicitar o jogo entre presença e ausência, e a complementaridade é o efeito da interpretação porque oposições binárias como a de hetero/homossexualidade, são reatualizadas e reforçadas em todo ato de significação, de forma que estamos sempre dentro de uma lógica binária que, toda vez que tentamos quebrar, terminamos por reinscrever em suas próprias bases. (MISKOLCI, 2009, p. 153-154).

O autor acima citado elucida que nos anos 80 do século passado, @s primeir@s teóric@s *queer* ao elegerem um termo para se autodenominarem que significava anormalidade, depravação e desvio, realçavam o pacto em desenvolver uma analítica da normalização sendo naquele momento focalizada na sexualidade, mas que não tardou para que o termo *queer* significasse uma contraposição crítica aos movimentos assimilacionistas visto que tais movimentos operam a partir de necessidades de reconhecimento de grupos subalternos, de certa forma reproduzindo e legitimando a hegemonia de determinados grupos em detrimento de outros.

Os estudos *queer* possibilitam um olhar aguçado e enfático aos processos de normalização constituintes dos sujeitos, das identidades sociais e coletivas. Tais estudos indicam que se pode compreender a maioria dos fenômenos, classificados como desvio ao longo do tempo, como diferenças que são produzidas a partir de artifícios contínuos de inferiorização e criação de “outros”, justificando e legitimando as desigualdades no acesso e compartilhamento do poder (MISKOLCI, 2009).

Neste sentido uma orientação de perspectiva *queer* nesta pesquisa não busca uma defesa dos grupos subalternos, @s esquizofrênic@s, visto que tal defesa apenas estaria a serviço da manutenção da hegemonia da normalidade ou sanidade mental, inclusive desacreditando do poder discursivo de tais pessoas. Mas ao elucidar as práticas discursivas de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia a proposta é que ao se proliferarem discursos distintos há uma possibilidade de subversão dos discursos totalizantes e tidos como naturalizados, abrindo espaço para que os **outros** sejam ouvidos, promovendo uma circularidade de poder.

A partir de agora farei uma digressão pelo referencial teórico-metodológico que usei como aporte nesta pesquisa.

2.3 Estudos do Discurso

Vale salientar que sob o nome de Análise do Discurso (AD) existem abordagens e concepções distintas que fazem com que seja mais adequado compreendê-la como um campo de pesquisa do que como uma simples prática (NOGUEIRA, 2008).

Segundo Iñiguez (2005) apesar da variedade de práticas sob o mesmo nome, decorrentes da variedade de disciplinas acadêmicas que contribuíram para a elaboração da AD (além da própria lingüística, a antropologia, sociologia, psicologia, filosofia e etc.), todas possuem um “[...] denominador comum: a consideração da análise do idioma em seu uso seja esse falado ou escrito.” (IÑIGUEZ, 2005, p.107).

Dentre as diferentes fundamentações da AD, encontram-se a Teoria dos Atos da Fala, a Sociolinguística Interacional, a Etnografia da Comunicação, a Pragmática, a Análise Conversacional e a Análise da Variação (SCHIFFRIN, 1994 apud IÑIGUEZ, 2005) às quais Iñiguez (2005) acrescenta duas outras, a Análise Crítica do Discurso (ACD) e a Psicologia Discursiva.

Para a Análise do Discurso (da qual a perspectiva discursiva em psicologia social é “herdeira”), o discurso não é apenas um objeto verbal, é uma ação que constrói e legitima a realidade. A AD considera que o discurso não é mera representação sendo compreendido “[...] como uma interação situada, como uma prática social ou como um tipo de comunicação numa situação social, cultural, histórica ou política” (VAN DIJK, 2008, p. 12). Os discursos variam de acordo com a época, local e interesses hegemônicos, criando uma falsa sensação de verdade essencial e *a priori* das coisas; sendo então extremamente poderosos já que são constitutivos da realidade, e consequentemente dos indivíduos que nela estão.

Nesta pesquisa usei o referencial teórico-metodológico da Análise Crítica do Discurso (ACD) ou Estudos Críticos do Discurso (ECD), que surge como uma perspectiva crítica no interior da AD. Segundo Nogueira (2008, p. 239), a ACD:

[...] preocupa-se com a linguagem e com o seu papel na constituição da vida social e psicológica. A partir de um ponto de vista Foucaultiano, os discursos facilitam e limitam, permitem e constroem o que pode ser dito, por quem, quando e onde.

Os ECD, assim como o próprio campo das Ciências das Religiões não possui um método prévio ou privilegiado de abordar o fenômeno religioso, visto que a religião e o discurso são fenômenos complexos que se enriquecem com a pluralidade metodológica.

A opção em usar os ECD mostra-se adequada visto que, para Nogueira (2008), ao privilegiar as questões de poder tal perspectiva se interessa particularmente em analisar diversas formas de desigualdade social, como o gênero, a raça, a deficiência ou doença mental no intuito de transformar não apenas as pesquisas mas também as práticas.

Autores como Gracia (2005), Iñiguez (2005) e Fairclough (2001) utilizam a denominação Análise Crítica do Discurso, mas seguindo a proposta de van Dijk (2008)

usarei o termo Estudos Críticos do Discurso (ECD). Segundo van Dijk (2008), a mudança no termo utilizado contempla o fato que os ECD não são um método de análise do discurso, visto que não existe tal método específico. Os ECD usam diversos métodos a depender dos objetivos da pesquisa e estes métodos são os utilizados pelos estudos do discurso em geral.

Atualmente poucos estudos nesta perspectiva são orientados para a pesquisa na área de saúde mental, mas pesquisas afins, a partir de perspectivas também discursivas são encontradas em Borba (2008), Vechi (2004), Pinho; Hernández e Kantorski (2009, 2010), Guareschi, Reis e Oliven (2008). Algumas pesquisas a partir de perspectivas discursivas sobre sexualidade, gênero e religião são encontradas em Kappel (2008); Musskopf (2005); Amaral (2007); del Río (2006); Saavedra (2004); Heberle (2004); Caldas-Coulthard e Van Leeuwen (2004); Fleck (2004); Durigan e Mina (2007).

Os movimentos que culminaram com os Estudos do Discurso (ED) e com os ECD serão abordados mais detalhadamente adiante.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Para Silva (2001), na investigação científica é de fundamental importância a escolha correta do método, a fim de que os objetivos da pesquisa sejam atingidos. Richardson et. al. (1989) refere que, de forma ampla, pode-se classificar uma pesquisa em duas grandes vertentes: a quantitativa e a qualitativa. Elas se diferenciam, principalmente, na forma de abordagem do problema. Por isso, o método escolhido precisa ser apropriado ao tipo de estudo que se deseja realizar, mas é a natureza do problema ou o seu nível de aprofundamento que, no fundo, determinará a escolha do método.

Piovesan e Temporini (1995) acreditam que é de extrema importância conhecer previamente as maneiras de agir, sentir e pensar da comunidade a ser pesquisada e o contexto onde se insere essa comunidade, pois ao se pretender realizar uma pesquisa que envolve o comportamento humano, é primordial o estudo da realidade com o intuito de elaborar instrumentos baseados no vocabulário, ambiente de vida e nas experiências reais do sujeito.

No estudo em questão optei por usar a abordagem qualitativa que tem uma longa história nas ciências humanas. De acordo com Denzin e Lincoln (2006) o próprio termo “pesquisa qualitativa” abriga uma complexa terminologia e diversas tradições que vão desde o fundacionalismo aos estudos culturais e interpretativos.

Como definição genérica a pesquisa qualitativa pode ser compreendida como:

uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 17).

Segundo Minayo (1998), a pesquisa qualitativa nas ciências sociais se ocupa de um nível de realidade que não pode ser quantificado, lida com o mundo de significados, valores e crenças que não se restringe a quantificações de variáveis.

Em oposição às pesquisas quantitativas, nas pesquisas qualitativas os pesquisadores:

Ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação. Esses pesquisadores enfatizam a natureza repleta de valores de investigação. Buscam soluções para as questões que realçam o **modo** como a experiência social é criada e adquire significado. (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 23, grifo do autor).

A partir do exposto posso afirmar que a opção pela pesquisa qualitativa é a mais adequada ao presente estudo, que tem como objetivo principal elucidar de que forma a sexualidade e a religiosidade se articulam nas práticas discursivas de mulheres e homens esquizofrênicos. Tais práticas discursivas são consideradas como socialmente construídas e ao revelar de que forma tais discursos são construídos, poderei abrir espaços para desconstruções e reconstruções de valores tidos como naturalizados.

Os ECD, referencial teórico-metodológico utilizado nesta pesquisa, são provenientes de diversas teorias e movimentos das ciências humanas e sociais, que culminaram com o chamado giro lingüístico. Tal giro, assim denominado nos anos 70 e 80 do século XX, é uma expressão utilizada para nomear uma série de mudanças ocorridas na filosofia, nas ciências sociais e humanas e que se propôs a redefinir o papel desempenhado pela linguagem (GRACIA, 2005). A linguagem passa a ser considerada como construtora da realidade, não apenas como representação desta, sai do interior dos sujeitos e passa a ser social.

A perspectiva crítica, nascida no interior dos ED, vincula-se a uma tradição de pesquisa crítica ampla, que alude à Escola de Frankfurt e se interessa em especial no modo como “[...] o poder, a dominação e a desigualdade social são estabelecidos, reproduzidos e combatidos através do discurso” (VAN DIJK, 2005, p. 12).

Nos ECD, o pesquisador ou pesquisadora adota um posicionamento claro e não pretensamente neutro frente a seus objetos de estudo. Nesta perspectiva além de compreender e analisar, é imperativa a questão de opor-se à desigualdade social (VAN DIJK, 2008). Neste sentido proponho-me nesta pesquisa não apenas analisar os discursos para desvelar as relações de poder estabelecidas, mas também vislumbrar possibilidades discursivas de contraposição aos discursos hegemônicos que possam auxiliar nas formulações de estratégias emancipatórias para os sujeitos participantes.

3.1 CAPS - Casa Forte: O local da pesquisa

Atualmente na cidade do Recife existem 18 serviços públicos tipo CAPS- Centro de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011). O CAPS - Casa Forte é um Serviço Substitutivo de Saúde Mental, sendo o único da cidade do Recife que opera como instituição privada, fundado no ano de 2002 no estado de Pernambuco. Atende principalmente conveniados aos planos de saúde e disponibiliza gratuidades para pessoas que não tem recursos financeiros para custear seu tratamento. Localiza-se no bairro de Casa Forte e atende pessoas de todos os bairros, da Região Metropolitana do Recife e cidades próximas.

A instituição foi organizada por dois profissionais da área de saúde (uma psicóloga e um psiquiatra) que, afinados com a proposta da Reforma Psiquiátrica desejavam criar um espaço de atenção psicossocial que contemplasse de maneira enfática a arte em todas as suas expressões como forma de lidar com o sofrimento mental. Difere dos outros CAPS não apenas por não ser uma instituição pública, mas principalmente pela abordagem terapêutica usada, inspirado na Casa das Palmeiras/ RJ, instituição aberta, precursora dos modelos substitutivos de assistência em saúde mental, fundada pela Dra. Nise da Silveira em 1956 e que tem no trabalho expressivo seu eixo central.

O serviço oferece tratamento às pessoas com transtornos psiquiátricos: neuroses graves, dependência química e psicoses. Diversas atividades são disponibilizadas aos que freqüentam o serviço, dentre elas: psicoterapia de grupo, ateliês expressivos (modelagem, pintura, vídeo), oficinas de reciclagem, teatro, terapia corporal, reuniões com familiares/responsáveis e outras. Os/as usuários/as participam das atividades de acordo com o diagnóstico e a indicação de frequência é revista durante todo o tratamento, dependendo da evolução do caso até o momento de alta.

O tratamento é diferenciado dependendo do diagnóstico e para isso o serviço conta com duas casas, na mesma rua. Na chamada “sede” o CAPS – Casa Forte atende as pessoas com quadros de ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e dependência química.

Para os transtornos psicóticos a instituição disponibiliza de uma casa, chamada de Ateliê. A proposta geral é a mesma, a diferença são algumas das atividades propostas, que no caso do Ateliê são mais facilitadoras dos processos estruturantes e de autonomia, como a Atividade da Vida Diária - AVD, onde são discutidas questões de cotidiano, (higiene pessoal, cidadania, como ter acesso aos benefícios da Previdência Social, saúde sexual e reprodutiva); reciclagem, com a finalidade de produzir produtos para venda e geração de renda (blocos de notas, agendas, luminárias, papel reciclado) e culinária.

Antes do início da pesquisa de campo foi realizada uma reunião com a equipe técnica do CAPS - Casa Forte para que todos os membros (psicólog@s, auxiliares de enfermagem, terapeutas corporais, assistente social, psiquiatras, estagiári@s de psicologia e facilitadores/as das oficinas terapêuticas) pudessem estar cientes dos objetivos da pesquisa, das etapas da mesma, assim como contribuir com informações sobre os/as usuários/as e estarem disponíveis e aptos a responder eventuais questionamentos e demandas que pudessem surgir tanto dos/as entrevistados/as como dos familiares e responsáveis.

3.2 Os participantes da pesquisa

O serviço atende em média 60 pessoas por mês. Como forma de delinear o perfil do público que frequenta o serviço, apliquei um questionário sócio-demográfico (APÊNDICE A), posteriormente tabulado (APÊNDICE B), com perguntas fechadas. Tal questionário também serviu como uma aproximação aos temas a serem estudados, já que contemplou questões relativas às práticas discursivas sobre sexualidade e religiosidade.

Como critérios de inclusão o/a entrevistado/a, devia ser usuári@ do serviço, ser maior de idade e desejar participar voluntariamente desta etapa da pesquisa. Apenas uma usuária presente não desejou participar. Todos/as entrevistados/as assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C).

Responderam ao questionário sócio-demográfico 38 usuáři@s do serviço. Deste total a maioria era do sexo feminino. As idades variaram entre 23 e 64 anos de idade. Referente ao estado civil 31,6% são casados e a maioria (39,5 %) são solteiros, 15,8% separados, 7,9% divorciados e 5,3% outros. Uma parcela significativa afirmou ter dois filhos, seguidos por aqueles/as que não tem nenhum (26,3 %).

Em relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados tem nível superior e ensino médio e apenas uma pequena parte afirmou ter realizado curso de pós-graduação. Os demais (19,6%) cursaram desde a alfabetização até o ensino fundamental II.

Quanto ao local de nascimento, a grande maioria é natural do Recife, seguidos por aqueles/as de cidades do interior de Pernambuco e depois por naturais de cidades que fazem parte da Região Metropolitana do Recife (RMR) como Paulista, Olinda, Jaboatão dos Guararapes; sendo que 12,9% nasceram em outros Estados. Atualmente a maior parte dos entrevistados/as mora na cidade do Recife, seguidos/as pelos que moram na RMR e uma pequena parcela mora em cidades do interior.

Sobre a renda familiar, a maioria declarou ter rendimentos de mais de 3 salários mínimos, sendo que a metade d@s entrevistados exerce atividade profissional, e apenas a minoria é aposentada e uma parcela significativa não exercem nenhum tipo de atividade remunerada. Dentre os que trabalham, quase metade afirmaram ter rendimentos entre 1 e 3 salários mínimos. A maior parte dos respondentes divide a moradia com mais duas pessoas, a maior parte possui carro e quase todos tem casa própria.

No quesito cor da pele a maior parte dos/as entrevistados/as se define como pardos, acompanhados pelos que se definem como brancos, depois os negros e apenas uma minoria se percebe como amarelos. Um dos entrevistados afirmou ignorar a cor da sua pele.

Em relação à religiosidade dos que se descreveram como tendo uma religião a maioria é praticante (63,9%). A maior parte d@s usuáři@s declarou ser católica, seguidos por aqueles/as pertencentes às diversas denominações evangélicas, uma minoria espírita e

apenas um pequeno percentual declararam-se do candomblé. O percentual de pessoas que afirmaram não ter religião é de 21, 05%. Segue a tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Religião.

RELIGIÃO	TOTAL	PERCENTUAL
candomblé ou umbanda	1	2,63%
Católica	16	42,11%
católico e espírita	1	2,63%
Espírita	2	5,26%
Evangélica	1	2,63%
evangélica assembléia de deus	3	7,89%
evangélica batista	3	7,89%
evangélica igreja congregacional	1	2,63%
evangélica prebisteriana	1	2,63%
evangélico família de cristo	1	2,63%
não possui	8	21,05%
TOTAL GERAL	38	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Sobre o exercício da sexualidade, a grande maioria afirma já ter tido experiências sexuais, sendo que a maior parte dos pesquisados iniciou a vida sexual aos 17 anos e 15,8% já tiveram relações com pessoas do mesmo sexo, conforme se observa na tabela 2:

Tabela 2 – Práticas sexuais.

JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS	TOTAL	PERCENTUAL
Não	3	8,3%
Sim	33	91,7%
TOTAL GERAL	36	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Os resultados obtidos na aplicação do questionário foram extremamente interessantes e, de certa forma, anteciparam algumas questões que apareceriam na ocasião das entrevistas de grupo. O termo **esquizofrenia** mobilizou as pessoas, que me abordaram individualmente, perguntando se este era o seu diagnóstico. Determinado usuário ficou profundamente inquieto e perguntou: “Eu sou esquizofrênico? Sou? (sic)”, relatando

depois que na sua família existiam casos de esquizofrenia e seu medo de ter este transtorno. Pude perceber o que já notava na minha prática em saúde mental: o grande preconceito e medo ligados à esquizofrenia. Outros diagnósticos como depressão, ansiedade ou transtorno obsessivo-compulsivo não são tão assustadores e carregados de preconceitos como a esquizofrenia.

Durante o preenchimento do questionário algumas pessoas riram e fizeram comentários relacionados às questões sobre sexualidade. Ao término todos/as se reuniram em pequenos grupos e compartilharam idéias e sentimentos mobilizados a partir do questionário.

Uma das usuárias do Ateliê quis relatar suas experiências de abuso sexual no momento do questionário, mobilizando assim todos os outros. Foi orientada a terminar esta etapa e então foi amparada por um membro da equipe. O apoio da equipe técnica foi imprescindível para acolher as demandas geradas pela aplicação do questionário.

3.3 As entrevistas

Usei como técnica investigativa principal para a produção de dados empíricos, a realização de entrevistas de grupo. A escolha da técnica de entrevistas grupais se deu pelo valor científico em investigações de cunho social que a mesma possui e principalmente porque as pessoas que participam do grupo não representam partes isoladas de um todo, mas constituem uma entidade em si mesma, ou seja, formam um conjunto de sujeitos que pertencem a um mesmo grupo com características semelhantes, conforme referem Caregnato e Mutti (2006).

Para Iñiguez (2004) os fenômenos grupais são qualitativamente diferentes, sendo o grupo mais que a soma de suas partes. Neste tipo de investigação a assimetria entre entrevistador/a e entrevistado/a é diluída em uma trama de relações de poder. Nas entrevistas de grupo, bem como em outros métodos de pesquisa qualitativos, a meta não é a representatividade, mas impetrar certa heterogeneidade discursiva.

Segundo Uriarte et. al. (2002) há certa confusão entre grupo focal, entrevista de grupo e grupo de discussão. Para os autores citados a denominação grupo focal é utilizada quando se pretende dar ênfase ao caráter focalizado de determinado tópico de discussão, o grupo de discussão seria mais utilizado quando se deseja reproduzir um contexto social característico e a denominação entrevista de grupo é utilizada para designar uma situação de questionamento, num contexto de grupo que pretende simular uma conversa cotidiana.

Vale ressaltar que apesar das aparentes semelhanças entre grupos focais e entrevistas de grupo, visto que ambas são práticas grupais no intuito de apreender expressões verbais, por trás da mesma aparência formal encontramos aproximações metodológicas diferentes, às vezes em questão de nuança e outras de maneira radical (COLECTIVO IOÉ, 2010).

Ao usar a técnica de entrevista grupal, além das informações obtidas, há uma dinâmica própria do grupo que faz emergir processos de construção coletiva utilizando estratégias de confrontação, divergência e oposição (URIARTE et. al., 2002).

Possíveis discursos sobre a pretensa neutralidade do/a entrevistador/a são abertamente repelidos ao adotar um posicionamento mais flexível na condução deste tipo de entrevista, onde o/a mesmo/a se situa também como sujeito no processo de estudo, o que se adéqua com o referencial teórico-metodológico eleito, ECD.

Para análise do material obtido nas entrevistas de grupo empreguei a análise de discurso. Para Caregnato e Mutti (2006, p. 680):

O processo de análise discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação; podem ser entrecruzadas com séries textuais (orais ou escritas) ou imagens (fotografias) ou linguagem corporal (dança).

No que diz respeito ao tamanho da amostra, os ED fogem à tradição da ciência convencional e não se preocupam com números elevados. Como bem afirma Nogueira (2001, p. 4):

Pretende-se apenas encontrar pessoas mais ou menos “típicas” da categoria em estudo, que vivam determinada situação particular, etc., assumindo-se que os padrões que se revelem através dessas entrevistas indicam o conhecimento partilhado por outros membros da mesma cultura, categoria, grupo, problemática, etc.

O critério para eleger o número de participantes é que se possa garantir uma condição de conversação e discussão satisfatórios para que se possa produzir a informação grupal (IÑIGUEZ, 2004).

Como os ECD não se propõem a fazer generalizações de qualquer espécie, os/as pesquisadores/as tem a possibilidade de definir o número da amostra, sendo que nesta pesquisa optei primeiramente por trabalhar com dois grupos, sendo um de mulheres e um de homens. A idéia inicial era que cada grupo fosse composto por cinco participantes.

Optei nesta pesquisa em dividir @s entrevistad@s em dois grupos: homens e mulheres. É importante salientar que a despeito das críticas aos modelos binários, e tendo inspiração nos estudos *queer*, tal opção se deu primeiramente pelo fato de que na minha prática com grupos de pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas, observava que as mulheres sentiam-se menos a vontade para discutir determinados assuntos (sexualidade em especial) quando da presença de homens nos grupos. Em segundo lugar ainda que afirmemos que o sexo, assim como o gênero é construído socialmente, uma das propostas deste estudo é verificar possíveis diferenças nos discursos de homens e mulheres em sofrimento psíquico.

Como critério de inclusão os/as entrevistados/as deviam ter o diagnóstico de esquizofrenia (F20)¹⁴ de acordo com a CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), serem maiores de idade, não apresentarem um quadro agudo da doença (ou seja, não estarem em crise), serem usuários/as do serviço onde a pesquisa foi

¹⁴ A CID 10 utiliza um código alfa-numérico como forma de classificar os transtornos. Os transtornos esquizofrênicos distintos são agrupados a partir do numeral 20.

realizada, bem como aceitarem participar sem sofrer qualquer tipo de alteração no acompanhamento caso não aceitassem. Casos nos quais os/as usuários/as fossem curatelados pelos pais ou outros/as, o responsável legal precisou autorizar a participação.

As entrevistas ocorreram nas dependências do serviço, no horário das atividades diárias e foram realizadas numa sala onde a privacidade e o sigilo das informações fosse garantido. As entrevistas de grupo aconteceram em momentos separados, sendo cada grupo composto apenas de pessoas do mesmo sexo, com durações distintas. As entrevistas foram gravadas eletronicamente e transcritas na íntegra posteriormente

Como técnica de entrevista, usei a associação livre, aqui entendida como um método que pretende mobilizar @s entrevistad@s a partir de palavras-estímulo. O intuito de ter eleito a associação livre como método investigativo se deu pelo anseio de não fazer perguntas fechadas visto que as palavras-estímulo não são colocadas como questões a serem respondidas, mas de forma que @s participantes pudessem discorrer livremente sobre os temas pesquisados.

As palavras escolhidas referiam-se ao tema estudado: sexualidade, religiosidade, virgindade, pedofilia, casamento, homossexualidade, aborto e estupro. (APÊNDICE D) A escolha de tais palavras se deu pelas possíveis articulações e mobilizações discursivas que usualmente se encontram associadas ao tema pesquisado, a saber, religiosidade e sexualidade.

A entrevista de grupo das mulheres ocorreu no mês de setembro de 2010. Foram muitas as tentativas, nove para ser exata, antes da efetivação da mesma. A ausência das usuárias ao serviço por causas diversas fizeram com que eu não pudesse realizá-la antes: as chuvas torrenciais que impediram as usuárias de irem ao serviço, faltas por motivos clínicos (ir a médicos, gripe), por não terem quem acompanhá-las ao serviço (duas delas só se deslocam acompanhadas pelos responsáveis) ou por estarem em crise, uma delas inclusive fugindo de casa neste período.

O grupo foi composto por seis mulheres: cinco usuárias do serviço e a pesquisadora. Participantes: Julia, Vera, Ana, Rita e Nara.¹⁵ Reunimo-nos na própria instituição, no horário da atividade de reciclagem, pois seria inviável para o grupo em outro horário, visto que três das participantes frequentam o serviço em regime integral (manhã e tarde). A entrevista ocorreu numa sala fechada, usualmente destinada às reuniões de equipe, psicoterapia de grupo e atendimentos individuais. O espaço era adequado e garantiu sigilo e privacidade durante a entrevista. A entrevista teve duração de 1':03'':07''.

Como houve um período de 25 dias entre a aplicação do questionário e a entrevista de grupo, pelos motivos anteriormente citados, decidi retomar o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) no intuito de reafirmar o desejo destas mulheres de participarem da entrevista.

Inicialmente li o termo e abri espaço para que elas pudessem tirar as dúvidas necessárias antes de aceitarem participar. Uma das usuárias, Nara, questionou sobre o sigilo da entrevista: quem teria acesso aos dados? A família? A equipe? Mostrou-se bastante desconfortável com a gravação eletrônica e desconfiada com relação ao uso dos dados, mas desejou participar.

Após ter respondido a todas as perguntas referentes à entrevista, outra participante (Ana) quis saber sobre seu diagnóstico, alegando ter um quadro de depressão e ser este o motivo de estar em acompanhamento no CAPS.

O uso do termo esquizofrenia no título da pesquisa mobilizou uma discussão acerca do que vem a ser esquizofrenia e por considerar esta uma questão crucial para a pesquisa, optei por iniciar a gravação mesmo com a conversa em andamento.

É importante salientar que tanto na elaboração da pesquisa como do roteiro de entrevista, a violência de gênero não era uma questão que pretendia ser abordada, mas que surgiu de maneira contundente nos discursos das mulheres entrevistadas e foi

¹⁵ O nome das entrevistadas foi alterado para preservar suas identidades.

levado em consideração por ser uma questão de suma importância nos estudos de gênero.

Posteriormente analisarei o conteúdo das entrevistas de grupo na perspectiva dos ECD, confrontando os resultados com pesquisas de intento similar, não apenas no intuito de alcançar os objetivos desta investigação, mas na perspectiva de elaborar discursos alternativos que promovam estratégias emancipatórias para o grupo pesquisado.

O processo da entrevista de grupo dos homens foi bastante tumultuado. Como citado anteriormente, a idéia inicial era compor um grupo de cinco homens, mas como o CAPS - Casa Forte atende pessoas com vários diagnósticos, além da esquizofrenia, algumas vezes não se encontram freqüentando o serviço pessoas com tais características.

Durante o mês de setembro de 2010, após ter a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, UFPB, iniciei as tentativas de formar o grupo de homens. No primeiro momento havia quatro participantes que atendiam aos critérios para participarem da pesquisa, mas por motivos alheios a minha vontade não consegui reuni-los no mesmo horário. Os quatro freqüentavam o serviço em horários distintos e marcamos a entrevista num horário que seria possível para todos eles, mas por seis vezes, dois deles não compareceram alegando dificuldade em sair de casa decorrente de doenças como gripe ou virose, estar em crise, impossibilidade de se locomover devido à chuva e esquecimento. A técnica de enfermagem auxiliou no processo de ligar para as pessoas um dia antes do agendado para lembrá-los da entrevista o que não surtiu o efeito esperado.

Neste percurso dois usuários abandonaram o tratamento. Contava então com três participantes, pois neste período outro usuário que atendia aos critérios de participação havia dado entrada no serviço. Um dos possíveis participantes tinha um histórico de muita dificuldade e desconfiança com relação às mulheres e à sexualidade, inclusive se mostrando agressivo, o que fez com que juntamente com a equipe técnica, decidisse não entrevistá-lo.

Aguardei por alguns meses (de setembro de 2010 a março de 2011) para que outros homens pudessem se somar aos que já freqüentavam o serviço e então realizar a entrevista de grupo, o que não aconteceu. Se isso fosse sinal que as pessoas não estavam adoecendo seria ótimo, mas sabe-se que não é o caso. A partir desta realidade decidi realizar a entrevista de grupo com dois participantes.

O grupo de homens foi realizado em março de 2011 e participaram dele, André e Tinoco¹⁶. Iniciamos o grupo lendo em conjunto o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C). André se mostrou bastante ansioso e participativo durante a entrevista, permanecendo assim até a conclusão da mesma que durou 36': 14". Durante a realização da entrevista, Tinoco estava ansioso e foi ficando desconfortável com a fala num tom mais pessoal de André sobre sexualidade e abandonou a sala, sem retornar 15' após termos iniciado. A entrevista foi concluída apenas com André.

Apesar de estar habituada a lidar com pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas na minha prática profissional e conhecer alguns dos entrevistados/as, bem como o serviço ter sido bastante receptivo para me receber (incluindo toda a equipe técnica) foi muito difícil articular as entrevistas de grupo pelo fato de os/as participantes serem dependentes de outras pessoas para freqüentarem o tratamento e estarem sujeitos às alterações no seu quadro, o que causou uma série de impedimentos e mudanças na trajetória pensada inicialmente. De qualquer maneira, é sempre um privilégio poder compartilhar com estas pessoas suas histórias de vida.

Após as entrevistas de grupo das mulheres e dos homens entrevistei também dois psiquiatras que fazem parte da equipe do CAPS - Casa Forte, o que aconteceu no mês de março de 2011. Foram entrevistados dois profissionais, em momentos separados, nas dependências do serviço uma mulher e um homem, ambos com formação médica e especialização em psiquiatria. Tais entrevistas também foram gravadas digitalmente e em seguida transcritas na íntegra. Os dois assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E).

¹⁶ O nome dos participantes foi alterado para preservar suas identidades. Os mesmos escolheram seus pseudônimos.

O objetivo de entrevistá-los era ter uma idéia mais ampla acerca dos temas estudados com as práticas discursivas de médicos e pacientes. De que forma tais discursos são convergentes ou não? Como tais discursos advindos do modelo biomédico, poderiam facilitar ou constranger as práticas discursivas dos usuários do serviço? De que forma as relações de poder se estabelecem nestas práticas discursivas?

O psiquiatra Paulo declara ser católico praticante, tem aproximadamente 30 anos e a psiquiatra Carla¹⁷ afirma ser católica não praticante, com idade aproximada de 60 anos. No caso dos profissionais, a entrevista foi diferenciada sendo a pergunta realizada da seguinte forma: O que é que você pensa sobre sexualidade e religiosidade nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia? Como é que você vê essa relação entre sexualidade e religiosidade?

Entende-se que a concepção de um ciclo de pesquisa nunca se acaba, ou seja, não existe um fechamento. Ela sempre se reinicia nas conclusões obtidas e sempre recomeça nas interrogações lançadas e/ou nas sugestões de pesquisa advindas dos resultados alcançados, sempre parciais e provisórios (ALVARENGA NETO; BARBOSA; CENDÓN, 2006).

Na próxima parte apresentarei as sínteses discursivas d@s participantes da pesquisa, seguidas das respectivas análises críticas dos dados obtidos nas entrevistas.

¹⁷ O nome dos profissionais foi alterado no intuito de preservar suas identidades.

4 DADOS EM DISCUSSÃO

Como indicado na primeira parte deste trabalho, um dos objetivos desta pesquisa é conhecer as concepções do grupo estudado acerca dos temas sexualidade e religiosidade nas suas práticas discursivas. Não se procura neste estudo alcançar uma verdade última a respeito dos temas pesquisados, mas sim uma forma de abrir espaço para que tais discursos dialoguem com pesquisadores, autores e contextos distintos, possibilitando a emergência de contra- discursos ou discursos alternativos aos discursos hegemônicos.

Greschat (2005), referindo-se à palavra religião, afirma ser esta um labirinto no qual se perderá quem não trazer consigo um fio para se orientar. Estendo a fala de Greschat aos outros temas abordados. Os discursos obtidos a partir das entrevistas de grupo com as mulheres e com os homens diagnosticados como esquizofrênicos serão o meu fio, bem como serão comparados com as práticas discursivas dos médicos.

No intuito de facilitar a apresentação dos temas foram elaborados quadros expositivos a partir das transcrições das entrevistas de grupo que serão apresentados a seguir. Tais quadros são as sínteses discursivas apresentadas pelos grupos e foram categorizados de forma que os discursos das mulheres e dos homens pudessem ser melhor visualizados para posterior análise. Também apresentarei a seguir excertos das entrevistas, tanto dos grupos quanto dos profissionais que foram selecionados a partir de um critério pessoal, que intenta ilustrar a forma como os contra-discursos emergem e os reposicionamentos discursivos dos/as participantes, com o objetivo de esclarecer ao leitor/a minha metodologia de análise.

Para promover uma melhor compreensão dos excertos que serão apresentados a seguir seguem os códigos de transcrição utilizados:

... – pausa de até 3”.

(?) – inaudível.

[] – sobrefala.

O grupo de mulheres foi composto por cinco usuárias do serviço, com idades entre 19 e 55 anos, sendo que duas delas se declaram como católicas e três como não tendo religião. Em relação à escolaridade duas completaram o segundo grau, uma completou o ensino fundamental e uma cursou até a terceira série primária. Apenas uma tem curso superior completo. Apenas uma delas é casada e as demais são solteiras. A renda familiar variou entre dois e mais de três salários mínimos. Nenhuma delas trabalha e apenas uma já teve ocupação profissional. Todas residem na cidade do Recife possuem casa própria, apenas uma das famílias não possui carro. Duas participantes se declararam morenas e três brancas.

O grupo de homens contou com dois participantes com idades de 22 e 49 anos. Um concluiu o segundo grau e o outro fez supletivo do primeiro grau. Quanto à religião, um deles se declarou evangélico praticante, e o outro católico/espírita, ambos são solteiros e afirmaram não terem tido experiências sexuais. Ambas as famílias possuem carro e casa própria. Os dois moram na cidade do Recife. Um deles é aposentado e o outro não trabalha. Ambos se declararam morenos.

4.1 Discursos em ação

Quadro 1- Discursos sobre religião.

MULHERES	HOMENS
• Crença que leva a Deus, todas são válidas, pois levam a ele. • Existem várias, mas o deus é o mesmo. • Faz com que as pessoas briguem. • É um dom de Deus a partir do qual cada pessoa escolhe a sua prática. • É refúgio e possibilidade de encontrar ajuda e se fortalecer. • É se livrar do “maligno”.	• O que liga a Deus. • É servir a obra de Cristo. • Algo que serve para estruturar a família e livrar as pessoas dos vícios.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010/2011.

Das cinco mulheres que participaram do grupo, apenas três se manifestaram oralmente de forma mais participativa, Vera, Ana e Rita. Júlia e Nara permaneceram o tempo todo

em silêncio. Interessante que as duas, segundo observações da equipe técnica e do prontuário são as que cotidianamente mais emitem discursos sobre sexualidade e Nara sobre religião. O fato de estarem em grupo as deixou constrangidas.

Sobre a religião, no discurso das mulheres fica evidente a distinção entre uma religião *a priori*, nestes discursos referida como um dom divino, algo que se recebe e que não se liga a uma religião institucionalizada, que seria secundária. Autores como Simmel, citado por Dalgalarondo (2008) diferenciam religião de religiosidade, sendo a segunda algo da ordem do pessoal menos vinculado a instituições religiosas. A questão da crença aparece tanto no pensamento durkheimniano quanto na descrição apresentada por Wilges, citado por Dalgalarondo (2008) como uma demanda para a ação, para uma prática.

Nos discursos das mulheres é presente a referência a Deus tanto como aquele que dá o dom, tanto como aquilo a ser alcançado. Não há referência a nenhuma religião institucional, como se a escolha pela possível afiliação fosse algo da ordem mais pessoal e de menor importância. Apenas Ana refere-se a brigas decorrentes de divergências religiosas, no caso a impossibilidade de se relacionar com um rapaz que tem uma religião diferente da dela, corroborando os discursos que afirmam que todas as religiões são válidas, pois levam a Deus. Rita faz alusão ao caráter monoteísta nos discursos, ao afirmarem que o deus é o mesmo ou que todas as religiões levam a Deus; é um Deus único.

A religião ou atitude religiosa como refúgio, ajuda e enfrentamento às adversidades inerentes ao cotidiano aparece em diversos estudos (PAIVA, 2007; FARIA; SEIDL, 2006; AQUINO et. al., 2009)

Conforme estudo de Aquino et. al.(2009) a religiosidade pode ser vista como

[...] um fator de proteção do vazio e do desespero existencial. Nesse sentido, a religiosidade poderia oferecer bem-estar psíquico ao sujeito; além do mais, a religiosidade poderia ajudar o homem na busca de respostas para as suas indagações de cunho filosófico-existencial. (AQUINO et. al. 2009, p. 241).

Segue um excerto da entrevista que pode ilustrar de maneira adequada o discurso de Vera no que se refere à busca por conforto na religião. Vale ressaltar ser comum que as pessoas em sofrimento psíquico tenham percorrido um caminho por diversas denominações religiosas no intuito de abrandar as crises psicóticas quando chegam para tratamento médico. Usualmente são os familiares que levam a pessoa a fazer esta trajetória por instituições religiosas e que pode inclusive continuar, mesmo com a pessoa em tratamento.

Vera: É espírita. [Ana- To com medo] Quando entrei eu não me senti bem, saí pior. Já fui pra católica... E eu também já me senti com um lado espiritual mais forte, mas não quis isso, não achei assim que isso é bom. Quero ler a bíblia e vou pra ler a bíblia ou ver o padre...aí acho que o padre fica aperreando [Ana- eu to com medo dela!] , senta, levanta, senta levanta! Então assim... tem ... tem...palavras de Chico Xavier que eu fico olhando bem muito e eu não sei por que eu escrevo tanto e chegou um tempo que eu não quis escrever mais, uma fase de eu não querer ver o caderno. [Ana- religião é uma prática] Eu quero me refugiar daquela coisa que fica me tomando. Aí eu disse que não queria ir e mais. E eu discuti comigo. Cada um que queria me levar pra um lugar...

Cabe aqui salientar o discurso da participante Vera que se refere a refúgio e ajuda, ao elucidar o que é religião que apesar de apontar para um aspecto positivo da religião a sua experiência com as instituições religiosas não parece ser uma experiência positiva. Vera foi levada pela família a várias denominações em busca dessa ajuda, mas se decepcionou com as práticas encontradas. Tal desapontamento se deve segundo Vera, às sacolas de doações da Assembléia de Deus e ao formato repetitivo da missa católica. Parece que no caso dela a instituição é um impedimento a uma religião mais reconfortante. Vera faz uma crítica ao aspecto institucionalizado da religião.

Neste excerto também chama a atenção o discurso de Ana que se mostra bastante assustada com a postura agressiva de Vera. Interromper seu discurso com sobrefalas é uma tática discursiva de fazer o outro se calar, mas Vera segue ignorando Ana durante toda a entrevista.

A religião como possibilidade de se livrar do maligno, novamente alude ao caráter de proteção, mas aqui a adversidade tem um componente também religioso, para Ana que se diz católica. Seu discurso faz alusão a uma possível incorporação dela pelo diabo que foi frustrada pela religião católica. Agora o maligno incorpora nos outros. Parece que ao se converter ao catolicismo a questão do maligno, do diabo deixa de ser um problema seu e passa a ser dos outros, daqueles de outras afiliações religiosas.

Segundo Dalgarrondo (2008) e Bessa (2006) as igrejas neopentecostais, reavivaram intensamente práticas antigas de curas religiosas advindas do cristianismo, com ênfase no combate ao demônio pelas guerras santas ou batalhas espirituais. De certa forma as religiões neopentecostais resgataram o demônio e as práticas de exorcismo daí decorrentes.

Ao analisarmos os discursos de Vera e Ana, observamos a questão do trânsito religioso que para Guerriero (2003, p. 9) o seu aumento foi permitido pela secularização “uma vez que não havendo as amarras das instituições religiosas, o indivíduo pode manipular os bens simbólicos construindo seus arranjos religiosos sem medo de quebrar o eixo central onde está apoiado.”

Neste caso específico, além da possibilidade do trânsito religioso, no que tange à saúde mental há vários estudos demonstrando que pessoas com maior sofrimento psíquico procurem mais as igrejas e práticas espirituais para auxílio nos períodos de aflição (DALGALARRONDO, 2008).

Tanto no caso de Ana como no de Vera, podemos notar que ambas as usuárias foram levadas pela família ou procuraram espontaneamente diversas denominações religiosas, não apenas como busca para alívio do sofrimento, mas também como uma forma de compreender e dar um significado ao que sentiam. Mas pelo excerto a seguir podemos ver como a religião também aparece como uma forma de contenção da sexualidade:

Ana: Eu acho que a religião... Eu já fui pra várias religiões pra poder focar na minha... pra conhecer várias. Fui em Centro Espírita, vários tipos de religião mas o Deus é o mesmo (riso). Não tenho nada contra nenhuma. Sei

que a minha é católica né? E eu tive em convento... Eu tive em convento porque eu tive um paquera entendeu?E o meu problema foi por causa de muito namoro. Muitos namorados mesmo, sucessivamente. Porque eu fazia aquilo pra ocupar a minha mente, pra distrair, já que minha mãe não me botava em nenhuma ocupação diária.

Para Ana o convento seria uma forma de interdição da sexualidade. De acordo com informações obtidas em prontuário e com a equipe técnica, observo que há um discurso generalizado que avalia a sexualidade de Ana como exacerbada e inadequada.

Segue excerto da entrevista com o psiquiatra:

Paulo- como as religiões encaram a questão da sexualidade né? Então se a gente tentar traçar um paralelo com a esquizofrenia, que anda ao lado da ruptura, da dissociação da realidade né? Da psicose que muitas vezes é uma questão de você se dissociar pra poder encontrar liberdade... falando em psicose né? Que é uma dissociação da realidade, muitas vezes uma maneira de se libertar de... muitos aprisionamentos que você se impõe ao longo da vida né? Então eu não acredito que sexualidade e religiosidade são duas coisas que consigam caminhar com certa tranquilidade não, não as duas juntas. Sexualidade ela... ela traz consigo... como é que eu poderia expressar meu deus?... traz uma... você precisa se libertar de muita coisa que te foi imposta ao longo da sua formação pra que você possa expressar a sua sexualidade e eu vejo a religião muitas vezes como um fator que boicota a livre expressão da sexualidade né?

Há neste discurso uma alusão ao caráter repressor da religião, indicando uma convergência com o discurso de Ana. A sexualidade é vista como algo *a priori*, um dado da natureza que seria impedido de ser expresso pelas restrições sociais. De certa forma é como se a religião reprimisse essa natureza.

Os discursos dos homens são aparentemente homogêneos. Os dois entrevistados se declaram religiosos, um católico/espírita e um protestante o que justifica o apelo cristão

de ambos. Para eles a religião é uma prática de ligação a Deus e pressupõe uma instituição.

Para os evangélicos, denominação mais utilizada no Brasil para se referir aos protestantes, a frequência à igreja é essencial, mais pelo seu caráter congregacional, que faz com que os membros participem ativamente, cumprindo uma série de tarefas do que pelo caráter sacralizado da hierarquia eclesiástica (FERNANDES et. al., 1998).

Ainda segundo Fernandes et. al. (1998) para os católicos há uma religiosidade que pode ser vivenciada além da igreja, acendendo velas ou rezando em casa, participando de procissões e romarias. Para Dalgarrondo (2008) o cristianismo, na forma de catolicismo popular brasileiro se tornaria “uma religião mais de família do que de catedral ou igreja, posto que os portugueses (e os brasileiros) não tiveram catedrais austeras e poderosas como as de Toledo ou Burgos.” (DALGARRONDO, 2008, p. 108). Então para Tinoco, servir à obra de Cristo é algo que independe de frequentar a Igreja, mas seguir os preceitos católicos.

Importante notar que para Tinoco não há problema algum em se definir católico/espírita, discurso característico do trânsito religioso e da porosidade do campo religioso brasileiro. Dalgarrondo (2008) refere-se à porosidade como um termo utilizado por vários autores para delinear a dinâmica religiosa brasileira.

O que Tinoco designa como espírita assemelha-se muito mais às denominações evangélicas do que ao espiritismo kardecista. O termo espírita possivelmente indica a ênfase dada a ação do Espírito Santo na vida dos fiéis, já que o entrevistado afirma assistir a programas evangélicos na televisão.

Aqui, como para as mulheres, o discurso sobre a religião também contempla seu aspecto de proteção, mas para eles é ressaltado o seu caráter menos individual: estruturar a família. Para Couto (2006) há expectativas e experiências distintas nas experiências de afiliação religiosa entre homens e mulheres. Para a autora os motivos que levam os homens a uma busca religiosa são mais da ordem do pessoal, como desemprego, falta

de saúde ou questões financeiras, sendo a motivação de problemas familiares o que impulsiona as mulheres para tal busca, o que diverge do encontrado nesta pesquisa.

Dalgalarrondo (2008) ao fazer uma avaliação geral da linha de pesquisa sobre saúde mental e religião elenca aspectos positivos e negativos nesta associação. Dentre os aspectos positivos refere que ter uma religião e tomar parte dela pressupõe estabelecer e sustentar contato com pessoas da mesma sociedade, dando e recebendo apoio quando assim for necessário, também implicando em maior estabilidade familiar e conjugal posto que a maioria das religiões não apenas estimula, mas vigiam de maneira intensa tais relações (DALGALARRONDO, 2008)

Quanto ao aspecto de livramento dos vícios, vale o caráter vigilante, o incentivo à sociabilidade e às trocas entre os fiéis, o que de certa forma tornaria os sujeitos menos vulneráveis à experiência com drogas (lícitas ou não), jogos ou outros comportamentos que levem ao vício. Conforme Bastos et. al. (2005) em pesquisa de âmbito nacional sobre uso de álcool e drogas afirmam que a religião desempenha um papel de proteção frente ao consumo destas substâncias, sendo a ausência de práticas religiosas associada ao aumento significativo do consumo de álcool e outras drogas. Tais discursos se apresentam alinhados às próprias opções religiosas dos participantes.

As práticas discursivas destes homens e mulheres acerca do tema religião são similares em alguns aspectos: ambos ressaltam a importância da religião como fator de proteção e conforto além de ser o caminho que leva a Deus.

Como discurso divergente para estes homens a religião é algo mais institucionalizado, o que não aparece nos discursos articulados pelas mulheres. Para elas a vivência da religião algo mais da ordem pessoal, íntima e independente da instituição religiosa, inclusive sendo a instituição um fator de conflito e restrição. Tal discurso me leva a refletir sobre as distintas formas como mulheres e homens têm sido abordados no interior das próprias instituições religiosas.

Para Lemos (2007) a tradição judaico-cristã tem perpetuado a supremacia masculina, pautando seus discursos nos modelos essencialistas e naturalizantes dos discursos

médicos e biológicos. As religiões através de séculos, especialmente as de tradição judaico-cristã, têm proferido discursos ressaltando a primazia dos homens sobre as mulheres, discursos reproduzindo a desigualdade de gênero que seguem produzindo práticas discursivas de exclusão e marginalização das mulheres nestes contextos. Para Lemos (2007, p. 119):

Até mesmo no âmbito das instituições religiosas, a mulher ocupa um lugar marginal no círculo decisório e das relações de poder. Ainda no século XXI o Catolicismo Romano ainda exclui as mulheres – que é maioria absoluta no corpo de leigos – de seu espaço clérigo, ou seja, as mulheres nunca tiveram acesso ao sacerdócio católico. No âmbito protestante já há evidências de ordenação feminina ao ministério clérigo, entretanto, às mulheres ainda são destinadas comunidades precárias, onde os homens não querem exercer atividades religiosas.

É possível inferir a partir dos excertos analisados que tal recusa e conflito ao frequentar as instituições religiosas seja uma forma de resistência por parte das mulheres em aceitar tais discursos de desigualdade. E também que seja mais confortável para estes homens frequentar o local onde a superioridade masculina é reafirmada e legitimada pelos discursos religiosos. Apesar de tais relações assimétricas de supremacia dos homens, vários estudos apontam para o fato das mulheres serem mais religiosas e participarem mais ativamente de cultos e missas (DALGALARRONDO, 2008).

Quadro 2 - Discursos sobre sexualidade.

MULHERES	HOMENS
• Saudável, quanto mais experiência melhor. Importante para a relação. • É algo que “gasta” se exercitar muito. • Sexo comum é sexo vaginal, sexo anal é mais desejado pelos homens e é violência, tortura. Prazer.	• A única permitida pela Bíblia é a heterossexual, todas as outras sexualidades são horríveis e condenáveis. • Algo a ser feito apenas no casamento. Tabu

Fonte: Dados da pesquisa, 2010/2011.

Começo a análise com a fala sobre o sexo saudável e a importância dele para a relação. Rita, que proferiu este discurso é uma mulher acima de 45 anos que nunca teve experiências sexuais/ afetivas, denotando a “prática do não fazer”.

Segundo Babo e Jablonski (2002) que analisaram nos anos de 1999 e 2000 revistas femininas e masculinas, afirmam que nas revistas femininas as capas anunciam técnicas para melhorar o desempenho sexual, reveladas passo a passo. A sexualidade anunciada pelas mídias impressas pode resvalar para uma busca por um modelo a ser atingido e consequentemente numa frustração por não atingir tal modelo, tido como esperado. Vale lembrar que por trás dessas afirmações da mídia há toda uma indústria, esperando faturar muitos milhões ao vender os produtos atrelados ao desempenho ideal.

Rita ao não experienciar a sexualidade nas relações todo o seu discurso se consiste num modelo idealizado desta, muitas vezes alimentado pela mídia televisiva e pelas revistas ditas femininas, em contraposição do discurso de sua mãe que dizia não ser permitido antes do casamento. Ainda segundo Babo e Jablonski (2002, p. 37) atualmente os meios de comunicação de massa surgidos nos séculos XIX/XX estabelecem ligação direta com “o grande público rivalizando - ou até suplantando - as tradicionais instituições de socialização (Igreja, Escola, Família, Estado)”.

Todas as instâncias, dependendo das crenças e disponibilidades pessoais vão modelar uma prática sexual, mas é fato que com o advento da pílula anticoncepcional e outros métodos contraceptivos vão repercutir de maneira intensa nas revistas femininas.

Neste discurso de Rita também há uma ligação entre sexualidade e relacionamento, sustentando o discurso que a relação afetiva é o local privilegiado para a sua realização. O estudo feito por Babo e Jablonski (2002) esclarece este ponto ao afirmar que nas revistas femininas

[...] nota-se uma preocupação em passar a idéia de que o sexo é parte de uma relação duradoura, com base na crença de que o sexo pode trazer, perpetuar ou mesmo revitalizar o amor. O sexo casual só muito lentamente começa a ser preconizado para as mulheres. Muitas vezes, o é apenas para que ela possa esperar sem ansiedade a chegada do “grande amor”. Sexo, nas revistas femininas, é considerado um atalho para o amor. (BABO; JABLONSKI, 2002, p. 46).

Não há também como negar a influência da questão religiosa nesta questão. Mesmo aqueles e aquelas que afirmam não terem uma prática religiosa institucional, como no caso de Ana, têm os seus discursos moldados também pelo discurso religioso haja vista

que no Brasil, apesar de ser um estado laico, a influência cristã extrapola a denominação religiosa e impregna muitas das práticas discursivas, em especial aquelas que dizem respeito à sexualidade. Para o cristianismo a sexualidade é vista apenas para fins de procriação e por isso deve ser reservada para o casamento.

Foucault (2009) nos lembra que a sociedade moderna, através de vários dispositivos¹⁸, tentou reduzir a sexualidade ao casal heterossexual, preferencialmente legitimado pelas leis civis e religiosas. Fato este que parece ter tido êxito, mas que também “inventou” todas as sexualidades não heterossexuais e não monogâmicas. (FOUCAULT, 2009).

O sexo visto como prazer, na fala de Vera, aparece como uma contradição: é prazer que ela não tem. Vera é casada há mais de 24 anos e relata diversos episódios de violência na sua relação. Podemos questionar se a violência de gênero antecede seu adoecimento, mas também se não se perpetua por este adoecer? Ter um quadro psiquiátrico seria uma condição que sustentaria uma relação de desigualdade já evidenciada pela questão gênero. No caso de Vera, ela relata situações de violência psicológica e sexual.

De acordo com Giffin (1994) no Brasil não existe legalmente o estupro pelo marido. Estudos mostram que a maioria dos casos de violência contra a mulher são cometidos pelos próprios parceiros (GIFFIN, 1994). Aqui se encontra uma concepção de que o marido é o dono da mulher podendo ter ascendência inclusive sobre seu corpo, enraizada ainda hoje nas práticas discursivas atuais de muitas pessoas. Há nestas práticas uma relação de poder, legitimada por todos os discursos que afirmam que à mulher, ao gênero feminino caberia a esfera familiar e à maternidade, sendo que à construção social do gênero masculino concentra sua atividade na esfera pública, na provisão dos valores materiais, o que faz dele o **protetor** da família. (GIFFIN, 1994, grifo nosso).

Vera encontra-se numa situação de vulnerabilidade: mulher, esquizofrênica, pobre. Na perspectiva de interseccionalidade não se percebe a identidade como acúmulo de

¹⁸ “Um dispositivo é um conjunto heterogêneo de discursos e práticas sociais, uma verdadeira rede que se estabelece entre elementos tão diversos como a literatura, enunciados científicos, instituições e proposições morais.” (MISKOLCI, 2009, p. 154-155).

pertenças do tipo mulher + branca + pobre, mas como algo onde cada aspecto potencializa o outro. Cada uma das “diferenças” de classe, sexo e raça se cruzam e articulam-se reproduzindo a opressão e a desigualdade social ao naturalizar tais categorias (CECCHETTO; MONTEIRO, 2006).

Para duas das participantes, Vera e Ana a prática do sexo anal é vinculada à violência, surge como algo menor e desprezível. A despeito das preferências sexuais, Foucault (2009) nos esclarece não apenas sobre o aparato discursivo da Igreja até o final do século XVIII (elaborando listas dos pecados graves), mas também sobre o discurso da medicina que

[...] penetrou com grande aparato nos prazeres do casal: inventou toda uma patologia orgânica, funcional ou mental, originada nas práticas sexuais “incompletas”; classificou com desvelo todas as formas de prazeres anexos; integrou-os ao “desenvolvimento” e às “perturbações” do instinto; empreendeu gestão de todos eles (FOUCAULT, 2009, p. 48).

O sexo anal e outras tantas outras práticas sexuais possíveis passam de pecado às patologias. Atualmente há um discurso biomédico¹⁹ que associa prática de sexo anal a disfunções esfincterianas, transmissão de HPV/ AIDS e abuso sexual. O que se coloca aqui não é a negação destes discursos, mas a possibilidade de pensar criticamente como tais discursos modelam as práticas discursivas contemporâneas. Para Ana o sexo anal difere do sexo **comum**, que é o sexo vaginal. Segue o excerto cujo posicionamento sobre o sexo anal é explicitado por Ana.

Ana: Eu tive muitos relacionamentos.

Andréa - Relacionamentos de que tipo?

Ana: Sexo comum.

Andréa- Sexual?

Ana: Sexo comum e eles queriam sexo anal. Então eu não gostava dessas coisas, entendeu? Eu não gostava dessas coisa.

¹⁹ Pesquisa em base de dados indexados - SCIELO a partir do descritor: sexo anal, realizada no mês de abril de 2011.

Os entrevistados do sexo masculino apresentam discursos homogêneos no que tange a sexualidade, sendo o participante protestante, André, mais reticente quanto às sexualidades não heterossexuais. Ambos utilizam dos discursos religiosos para se legitimarem. Os aspectos dogmáticos e moralistas da religião prevalecem nestes discursos.

A despeito de todos os apelos midiáticos o aspecto prazer não aparece em nenhum momento, mesmo quando André relata ter sonhos onde faz sexo, estes são descritos como pesadelos, pois sonha estar fazendo sexo anal e sente muitas dores.

Para Foucault (2009) toda a prática da confissão, sobretudo na Contra-Reforma, tem como objetivo devassar todos os recônditos do ser. A prática da confissão então usurpa o sexo, fazendo com que através deste discurso o sexo não tenha nem anonimato nem sossego. Falar e falar muito sobre o sexo e tudo que de alguma forma se relacione a ele, mas não se deve falar de qualquer maneira. Ainda seguindo o pensamento de Foucault (2009, p. 29):

[...] a pastoral cristã procurava produzir efeitos específicos sobre o desejo, pelo simples fato de colocá-lo integral e aplicadamente em discurso: efeitos de domínio e de desinteresse, sem dúvida, mas também efeito de reconversão espiritual, de retorno a Deus, efeito físico de dores bem-aventuradas por sentir no seu corpo as ferroadas da tentação e o amor que lhe resiste.

A despeito de outros mecanismos que colocaram o sexo em discurso (a medicina, psiquiatria, sexologia e outros) para também usarem o poder, tornando-o objeto de disputa e delimitando fronteiras entre o dito e o não dito, o lícito e o ilícito, o normal e o anormal, nos discursos deste grupo há um apelo basicamente cristão.

Ao tomar a bíblia como referência discursiva, o participante aparentemente coloca-se numa posição de conforto visto que a bíblia, por ser a palavra de Deus não se submete a críticas ou contra-discursos. Só é válido o que a bíblia preconiza.

Ao se referir ao sexo como tabu, Tinoco faz uma crítica ao modo como alguns homens casados, posto que seja essa a única opção para o exercício do intercurso sexual, tratam

as mulheres de maneira brutal, violenta. O tabu não é a prática sexual propriamente dita, mas a violência muitas vezes associada ao sexo.

No discurso da psiquiatria podemos observar uma prescrição que difere dos homens. Ela profere que @s esquizofrênic@s podem ter relações sexuais, mas sem a procriação. Uma espécie de eugenia, legitimada pelo discurso da hereditariedade.

Carla- É, porque eu acho que não deveria ter a ver assim... não é que não tenha a ver relação sexual... mas com relação à procriação né? É que a sexualidade traduz pra procriar, pra ter filhos. Eu acho que o esquizofrênico não deve ter filhos.

Andréa- Não? Porque a senhora acha isso?

Carla- Por causa da carga hereditária né?

Andréa- Como assim? A senhora pode me explicar um pouquinho?

Carla- É porque pode ser transmitida e ele ter filhos com esquizofrenia também e outras doenças mentais. É muito comum em pais esquizofrênicos... mas que da religião num, não tem nada a ver com isso não. Não acho que tem nada a ver com essa sexualidade dos esquizofrênicos não. Eu acho que eles podem ter, mas com... sem procriar... né?

Para Carla a religiosidade não é um impedimento à vivência da sexualidade nas pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas. Para ela na hora do sexo a religião fica de lado.

Mais do que a religião, que para ela não poderia conter a sexualidade exacerbada d@s esquizofrênic@s vale o olhar de repressão, sempre a espreita para conter possíveis excessos como aponta o trecho a seguir.

Andréa- e com a sexualidade?

Carla- aí eles se preocupam mais... falam mais e querem mais né? Inclusive lá na Tamarineira²⁰ mesmo que a gente via muitos psicóticos né? A gente vivia muito preocupado assim... em controlar.

Andréa- Controlar o que exatamente?

Carla- a sexualidade deles né? Deles se encontrarem né? Porque num tem... num tem é... consciência, num tem... não é consciência... é... num tem... é... como é que se diz assim... vergonha, em qualquer lugar fazem... aí a gente se preocupava muito em controlar essas coisas, em não permitir que isso acontecesse, principalmente lá dentro do hospital né? Porque aí podia acontecer deles... engravidarem, delas engravidarem né?

Andréa- Alguma vez alguém pensou em fazer algum trabalho preventivo? De esclarecer... de falar de métodos contraceptivos, de camisinha?

Carla- Não. Lá não... a gente não se preocupava, se preocupava em impedir né?

Andréa- Impedir?

Carla- (riso) É, impedir.

Andréa- A senhor diz a gente, a gente quem?

Carla- O pessoal, toda equipe.

Andréa- Isso era uma preocupação constante da equipe?

Carla- Era. Inclusive quando eles ficavam todos assim... juntos em dia de festa...

Andréa- Todos ...?

Carla- homem e mulher. Dia de festa, em dança... assim, essas coisas a gente sempre ficava assim... é... vigilantes. Por que... pra não acontecer.

O discurso da psiquiatra remete à sua vivência profissional pregressa assentada numa prática em um hospital fechado, manicomial. Ao ser indagada sobre o serviço onde atua hoje, o CAPS, emite um discurso onde se nota que a sexualidade de pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas apesar de ter um forte apelo moral não remete ao aspecto animalesco e incontrolável.

²⁰ Tamarineira é como é chamado o Hospital Ulysses Pernambucano, inaugurado em 1883, local de tratamento psiquiátrico de longa permanência. Funciona como única emergência em psiquiatria no estado de Pernambuco.

Andréa- Tá. E aqui no CAPS? Que é outro tipo de serviço, um serviço substitutivo, como é que a senhora vê essa questão aqui? Por exemplo, no Ateliê, que tem algumas pessoas, homens e mulheres com diagnóstico de esquizofrenia...

Carla- Eu acho que continua né? A sexualidade se faz presente, mas há também o... o ... como é que se diz... Porque não... é o caso de Márcia²¹, com qualquer um ela pega e... vai e faz né? Mas eu acho que lá eles respeitam...

Andréa- Lá? No Ateliê? Eles respeitam o que?

Carla- O ato em si. Eles não fazem com as mulheres e com os homens... Eles tem um certo respeito.

Os discursos proferidos por Carla remetem ao caráter repressivo da própria instituição manicomial e suas estruturas de poder e controle, que segundo Birman (1980) levariam a mortificação²². Para o autor a sexualidade na instituição asilar se configuraria como um contrapoder a instituição, como forma de @s louc@s se apropriarem de seus corpos e se restaurarem como sujeitos. Tal comportamento é visto pela equipe como ameaçador posto que desafia todas as normas e a própria estrutura de poder e controle manicomial. Ressalto neste extrato o contra- discurso emitido por Carla ao afirmar que no CAPS as coisas são diferentes, ela desconstrói o discurso que a loucura por si mesma é produtora de uma sexualidade incontrolável e revela que é a própria instituição manicomial que “inventa” tal sexualidade desregrada. Vale notar também no final deste trecho uma alusão a práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo, tidas como desrespeitosas, se @s usuári@s tiverem relações com pessoas do mesmo sexo estarão respeitando algo, indicando a hegemonia das práticas heterossexuais. Neste sentido o discurso de Carla converge com o dos homens que condenam as práticas homossexuais.

Para Paulo, psiquiatra, ao discursar sobre sexualidade das pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas utiliza o discurso médico de componentes orgânicos, genética e segue por uma perspectiva naturalizante, usando a metáfora do homem primitivo para ilustrar

²¹ Usuária do serviço, nome fictício.

²² Para Birman (1980) a mortificação é um processo pelo qual o indivíduo tido como louco perde seu lugar de sujeito, tornando-se objeto, perdendo assim todos os seus privilégios.

sua fala. No final do excerto acaba por apresentar um discurso que se afina com o discurso de Carla, transcrito e analisado anteriormente, no qual @s esquizofrênic@s são referidos com alguém que apresenta uma sexualidade exacerbada sendo que o social, aqui tendo como expoentes o manicômio ou a lei, teria como tarefa conter esta hipersexualidade.

Paulo- É porque na questão da esquizofrenia tem um componente orgânico muito fortemente envolvido. Não é só a questão da psicose, porque esquizofrenia não é sinônimo de psicose. O esquizofrênico, além de psicótico, tem toda uma questão orgânica, genética, de neurodesenvolvimento mesmo ainda bem... é, é, é, estruturada assim. Não é ... tem uma questão orgânica fortemente envolvida que não tem ligação necessariamente com a sexualidade, mas o esquizofrênico goza de uma liberdade sexual que as pessoas que não são esquizofrênicas talvez não se permitissem gozar. (riso)

Andréa- Esses homens e essas mulheres então têm...

Paulo- Tem essa liberdade sexual maior... eles são mais... eles se aproximam mais do homem primitivo eu acho.

Andréa- Como assim? O que é esse homem primitivo? O que seria esse homem primitivo?

Paulo- Eles têm uma frouxidão de superego, digamos assim... que a gente não tem, que a gente ... pela normatização... nós somos regidos pelas normatizações sociais, pela... pela... pela deficiência cognitiva que é imposta ao esquizofrênico, pela deterioração da questão volitiva né? O comprometimento da... do... das leis, da capacidade de compreensão das leis que regem a nossa vivência em sociedade, eles perdem isso, então eles se libertam, dão vazão de uma forma explícita. Eles não têm os nossos... a nossa forma de ver, de enxergar, de normatizar...

Andréa- Você tá fazendo um gesto assim como...

Paulo- é de compartimentar, sabe? Do compartimento, da blindagem que a gente tem, eles não têm isso, libertam-se.

Andréa- Tá. Então no quesito sexualidade pra você eles têm uma coisa assim mais liberta, mais frouxa...?

Paulo- eles são mais hipersexualizados digamos assim.

Quadro 3- Discursos sobre a virgindade.

MULHERES	HOMENS
• Pureza e deve ser mantida até o casamento. • Não ser virgem é se “perder”.	• Deve ser mantida até o casamento. • Quem não a preserva até o casamento é fornicador e não entra no reino dos céus, é pecador.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010/2011.

Rita foi a única participante que se declarou virgem, acima dos 45 anos, parece se ressentir desse fato. O seu primeiro surto ocorreu quando ela tinha em torno de 20 anos, o que foi um complicador no exercício da sua sexualidade, relata nunca ter namorado. Quanto à virgindade existe um discurso de fundo religioso que sustenta que a mulher deve ser virgem até o casamento. Virgindade associada à pureza indica que o sexo então seria impuro? Consoante Ressel e Gualda (2003, p. 86):

A igreja, como instituição religiosa, cumpriu seu papel conservador dos valores sociais, por intermédio da impregnação do medo religioso, do pecado. Ela tentou manter a vergonha ligada a tudo que se relacionasse a sexo; defendeu a manutenção da virgindade feminina e a aceitação da relação sexual somente após o casamento, instituindo, dessa forma, o controle da sexualidade feminina.

A igreja cristã, particularmente, segue perpetuando a manutenção dos valores morais e temas ligados à sexualidade não são passíveis de discussão, visto que estão alicerçados no pensamento de Santo Agostinho e Tomás de Aquino, cuja obra supervalorizou a virgindade afirmando que aqueles que se mantivessem virgens seriam recompensados no plano celestial (FERNANDES, 2005).

No caso de Rita, a manutenção da virgindade se relaciona mais ao seu transtorno mental do que à questão religiosa uma vez que tendo adoecido cedo, a sua vida social foi afetada negativamente. Moll e Saeki (2009) em pesquisa com pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas em um CAPS em Uberaba- Minas Gerais verificaram a dificuldade de se manter a vida social pregressa ao adoecimento não apenas pelos sintomas que se apresentam ou pelo uso de medicamentos que muitas vezes trazem efeitos colaterais negativos, mas também pelo preconceito e estigma que circundam a própria esquizofrenia. O estudo de Thornicroft et. al. (2009) aborda a questão da

discriminação às pessoas com esquizofrenia e refere que tais pessoas usualmente experimentam discriminação negativa da família, amigos e nas relações íntimas e sexuais. Há uma tendência nas pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas de apresentarem um comportamento onde evitam situações avaliadas como potencialmente propensas a sofrer discriminação, no caso relacionada à sexualidade. Compreende-se a dificuldade de exercer a sexualidade, que Rita aponta como saudável, após seu primeiro surto psicótico. Além da discriminação que gera uma insegurança e baixa auto-estima, a usuária foi simbolicamente tutelada pela família e até recentemente só saía de casa acompanhada pelos pais.

Guerriero et. al. (2002) em seu estudo sobre masculinidade e vulnerabilidade ao HIV, afirma que a virgindade atualmente ainda é algo valorizado pelos homens. Para os homens entrevistados mais uma vez o discurso religioso apóia a prática discursiva dos entrevistados. Se o casamento é o lugar permitido para a prática sexual, qualquer desvio é condenado biblicamente. Para Tinoco, que tem um discurso mais tolerante e menos moralista, até o casamento o casal pode ter experiências como beijos, abraços e afagos, mas não pode ter “sexo pesado” que seria o sexo com penetração.

André fez diz ter feito a opção de ser virgem até o final da vida, o que para ele é algo difícil, pois sente que ninguém o compreende.

Tinoco- Tem gente que é noivo, tem gente que é noivo e fica doido que chegue a hora do casamento, pra chegar a lua de mel... lua de mel...

Andréa- Pra fazer sexo pesado?

Tinoco- é... pesado, pesado.

(risos de tod@s)

Andréa- então enquanto não chega o casamento não pode fazer sexo pesado?

Tinoco- (riso) é... não pode não.

Andréa- Gente, a gente já falou um pouquinho sobre a virgindade... a gente ta falando sobre isso mas...

André- eu sou virgem!

Andréa- E o que você pensa sobre a virgindade?

André- eu na verdade... é porque é uma coisa meio estranha mas eu pretendo ser virgem até a morte.

Andréa- até a morte?

André- ninguém aceita isso né?

Andréa- Não? Você acha isso estranho André?

Tinoco- [eu vou lá... vou lá] se levanta e abre a porta para sair.

Depois de idas e vindas Tinoco resolve sair e não retornou mais, o que confirmou para André a sua percepção de que todas as pessoas acham a opção pela virgindade algo incompreensível, como mostra o excerto a seguir:

Andréa- Então vamos lá André. Você estava me falando sua opinião sobre a virgindade.

André- Eu acho que foi aí que ele... (faz um gesto referindo-se a saída de Tinoco, como se percebesse qual foi o incômodo que o fez sair e mostrando-se incomodado também). Mudando um pouco de assunto eu queria falar sobre (?) eu tô muito emocional, meu emocional tá muito baixo. Por exemplo, tem uma amizade aqui que eu tenho e se eu falasse sobre isso ele ia embora assim... aperreado, sabe? Sem dizer o nome da pessoa porque isso não cabe. Aí fica...

Na minha interpretação a saída de Tinoco da sala se deu ao fato da entrevista abordar questões mais íntimas, as quais ele gostaria de evitar como a virgindade, mas de qualquer forma ambas as leituras (a de André a minha) revelam o aspecto negativo que a virgindade pode ter nas práticas sexuais e discursivas dos homens. Para Ponce (2004) na construção da masculinidade uma série de características é valorizada como a agressividade, a racionalidade e a força que fazem com que os homens afirmem sua virilidade, sua capacidade de penetração, domínio e controle para si mesmos e para os outros. Tais características repercutem na sexualidade e ao decidir não fazer sexo André transgride a norma implícita e muitas vezes explícita que afirma que **homem de verdade** é aquele que faz sexo, preferencialmente com muitas mulheres. Com esta decisão a prática discursiva de André aponta para o fato de que a masculinidade é múltipla e permite arranjos dos mais variados. Mas tal contra-discurso não se configura

sem inquietações para ele que se sente incompreendido e solitário, afirmando que não fala sobre isso com ninguém. André sente a pressão para se tornar um **homem** e desabafa:

Andréa- Você acha André que essa sua posição incomoda as pessoas?

André- Perfeitamente. E também tem outra coisa que eu digo é que não quero me casar. E nem ter filhos. E todo mundo: É. Ele tá errado! É pra ter filho! Eu nem discuto. Tá certo. Nem vou discutir. Agora a minha vida quem define sou eu. Eu to aqui pra definir minha vida, não pra definir a vida de parente, de amigo e etc.

Para as mulheres aqui entrevistadas a virgindade não aparece como incômodo nos seus discursos, o que se coaduna com o aspecto religioso de pureza, ao passo que para os homens a virgindade se apresenta como fonte de conflito, apesar dos seus discursos religiosos em defesa da mesma, já que manter-se virgem parece contrariar todos os discursos sobre o tornar-se homem.

Quadro 4- Discursos sobre a homossexualidade.

MULHERES	HOMENS
• Absurdo, loucura, safadeza, distúrbio mental, doença. • O ser dele, o ser da pessoa, um dom, uma forma de ser que nasce com a pessoa. • São sadios (os homossexuais), pois não tomam remédio. • Mulheres homossexuais são aquelas que não encontraram um namorado.	• É normal. Vem de nascença, da família e da sociedade. • Horrível e condenável biblicamente.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010/2011.

Os discursos sobre a homossexualidade são heterogêneos no grupo de mulheres. Ana é enfática ao afirmar o caráter patológico da homossexualidade: distúrbio mental, loucura, doença. Assenta seu discurso no discurso biomédico.

Como dito anteriormente acerca da sexualidade (da qual a homossexualidade é uma de suas inúmeras expressões), Foucault (2009) através da sua arqueologia dos saberes sobre a sexualidade nos mostra como a sociedade moderna ocidental “inventou” a

homossexualidade. É fato que práticas homossexuais sempre existiram, mas ainda segundo Foucault (2009) a nossa época foi a precursora de heterogeneidades sexuais ao circunscrever o sexo apenas ao casal monogâmico e heterossexual acabou por “criar” todas as outras sexualidades subalternas. A sodomia, incluída no rol dos pecados graves, pelo direito canônico e pastoral cristã (além da lei civil) no final do século XVIII, mudou para homossexualidade no final no século XIX ao ser apropriada pelos discursos psicológicos e psiquiátricos (FOUCAULT, 2009). Toda uma relação de saber, prazer e poder se articula nesse diálogo com as sexualidades “errantes” segundo Foucault (2009).

Vera percebe os/as homossexuais como seres saudáveis, pois não fazem uso de remédios, novamente um discurso biomédico onde a própria medicação legitimaria doença.

Ao definir a homossexualidade como essência que nasce com a pessoa, a entrevistada utiliza um discurso de naturalização. Segundo Vaz (2007, p. 93):

Ao definir o desejo homossexual como um impulso independente da vontade dos sujeitos, alinha-se ao discurso de vários grupos ativistas *gays* e *lésbicos*, particularmente aos estadunidenses, que reivindicam a aceitação social dos homossexuais, alegando uma origem genética da homossexualidade.

Ao naturalizar a homossexualidade, há um movimento de não culpabilizar o indivíduo por ser homossexual, visto que é uma questão da **natureza** da pessoa. Também se coloca a questão de se universalizar, de mascarar o aspecto de coisa construída da sexualidade. Souza Filho (2007) ao se referir à ideologia elucida que:

Uma teoria construcionista do gênero e da sexualidade, praticada desde as primeiras escolas de antropologia e sociologia, tem desenvolvido esta reflexão incansavelmente, contra o senso comum social, contra a opinião popular, contra a ideologia, que vêem a sexualidade e o gênero como coisas definidas pela natureza, sem possibilidade de alterações, e definidas em termos pelos quais há o que seja “natural” e “normal” e o que seja “antinatural” e “anormal”. (SOUZA FILHO, 2007, p. 52)

De acordo com Lopes (2010) e Souza Filho (2007) ao aceitarmos a idéia de que a sexualidade é algo que possuímos naturalmente perdemos a possibilidade de argumentar sobre suas dimensões políticas e sociais, nos distanciamos do seu caráter construído.

Em outras palavras, os discursos sejam eles científicos ou não, validariam modos de ser e agir. Tais estratégias discursivas são utilizadas tanto pela ciência quanto pela religião para naturalizar e conseqüentemente para legitimar a heterossexualidade, desqualificando as sexualidades tidas como subalternas.

O discurso de Ana se relaciona com a oferta: a lésbica seria aquela mulher que não tem um homem à disposição. Ao encontrar um homem com o qual se relacione deixa de ser lésbica. Aqui Ana emite um contra-discurso ao se referir a orientação sexual não como um dado estanque, mas à sexualidade como algo fluido e cambiante. Ao proferir tal discurso evidencia o caráter da sexualidade como algo construído e que pode mudar a depender da situação que se apresenta. Com tal afirmação não se pretende afirmar que a sexualidade depende da oferta, mas que é passível de mudanças posto ser uma construção. Ana desnaturaliza a heterossexualidade, transgride a fronteira entre a homo e a heterossexualidade, criando espaço para um embate discursivo.

Como as pesquisas nas perspectivas críticas estão preocupadas em como o poder se configura e possibilita o acesso ou não às práticas discursivas, compartilho um trecho da entrevista quando abordávamos questões da sexualidade que ilustra como determinadas práticas discursivas facilitam ou constroem as pessoas.

Ana: Posso falar sobre minha menina?

Andréa - Pode falar sobre a sexualidade.

Ana: Eu tive um noivado. Que esse noivo meu batia muito em mim. Ele era muito ciumento... Eu fiquei com ele pensando em ele mudar, como minha tia ficou, entendeu? Eu fiquei com ele com doze anos de idade, enganava com os livros pra poder marcar um encontro com o rapaz, entendeu? Esse encontro ele pegou, me beijou e... Eu tomei um susto peguei uma gastrite, comecei a adoecer daí, uma gastrite nervosa, entendeu? Fiquei na psicóloga por muitos tempo de namoro. Muito namorado, muito namorado, muitos namorado enfim, eu levava a sério e eles sempre no ficar e o ficar

matou, o ficar... Hoje eu não tenho mais desejo corporal de tanto namorado que eu tive. Eu me usei muito, me estraguei muito.

Aqui se evidencia como a dominação pode constranger e limitar as práticas discursivas, principalmente nas relações onde se configura uma assimetria. Na entrevista o meu lugar de entrevistadora, pesquisadora e psicóloga, em relação à Ana, entrevistada usuária do serviço de saúde, esquizofrênica colocou-me numa posição legitimada de superioridade, fazendo com que eu interrompesse sua fala, ao passo que ela segue falando, mas “adéqua” seu discurso à minha interdição. Não se sabe a qual menina Ana se referia ao ser interrompida.

Quanto à homossexualidade os discursos dos homens são menos convergentes. Para André, conforme citado anteriormente a homossexualidade é condenável, utilizando um discurso religioso para sustentar sua posição discursiva.

Tinoco lança mão de vários discursos para sustentar sua fala. Ao relacionar homossexualidade a algo normal, de nascença utiliza um discurso de naturalizar a homossexualidade, utilizado também por Rita e Vera. Mas seu discurso também revela o aspecto social, cultural, da homossexualidade como coisa construída. Louro (2010) nos diz que no tocante à sexualidade não existe nada de “natural”, pois é através de uma série de processos culturais que decidimos o que é ou não natural. Através dos discursos produzidos tornamos a natureza e a biologia em categorias históricas.

Tinoco também utiliza trauma, erro e fatalidade para a homossexualidade o que mostra uma série de deslocamentos discursivos, de posicionamentos distintos numa tentativa de validar seu discurso.

Para André, que fez a opção de ser celibatário, existe um medo de ser considerado homossexual. Afirmar obstinadamente que é heterossexual, que seu desejo é pelo sexo oposto, mas como não quer casar, então não deve ter relações sexuais. Sua heterossexualidade é sempre avaliada em oposição à homossexualidade, o que corrobora o pensamento de Louro (2010) e Foucault (2009) ao afirmarem que a construção da heterossexualidade hegemônica necessita sempre deste outro para se

sustentar e se afirmar. Como referido na análise sobre virgindade, a opção de André por manter-se virgem até a morte provoca uma inquietação que reverbera nas questões homossexuais. Segue um trecho da entrevista como forma de elucidar seu receio de ser tido como homossexual.

André- Por exemplo, se eu to numa boate vem uma mulher, me aborda e diz que quer ficar comigo. Aí eu não quero e ela vai ficar dizendo que eu sou gay, que eu sou veado. “Ah! Olha esse aqui não é homem não porque não quer namorar comigo, não quer ficar comigo, não quer nada, não quer namorar não, é gay!” Aí todo mundo iiiiiiiiiiiii, entende? O pessoal acha estranho eu não aceitar namorar nem ficar com uma mulher bonita.

E mais adiante se justifica:

André- Eu disse que não queria namorar com ela e ela ficou dizendo que eu sou gay porque eu não quero uma mulher. Não tem nada a ver porque o gay é aquele que tem relação sexual com homem. Eu não quero ter relação sexual com homem, eu sou hetero, só não quero ter relação sexual com ela, nem namorar com ela.

Novamente a pressão para que André, assim como os homens de maneira geral, se afirme a partir da sexualidade heterossexual hegemônica.

No que tange a homossexualidade tanto as mulheres como os homens apóiam seus discursos em referências variadas. Utilizam-se de discursos médicos e religiosos para legitimarem suas práticas discursivas. Mas para André há um medo de ser visto como homossexual receio este que não aparece nos discursos das mulheres.

Quadro 5- Discursos sobre casamento.

MULHERES	HOMENS
• Troca de afetos, de sentimentos, viver bem, união de duas pessoas que se amam, necessita de compreensão, de cuidados mútuos. • Papel não prende ninguém. Difícil que necessita de estrutura familiar prévia, de emprego.	• Muita responsabilidade, filhos, esposa, ter que prover e dar satisfação. Impedimento de estar viajando pelo mundo. • Quem casa faz bem, quem não casa faz melhor.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010/2011.

Os discursos sobre o casamento no grupo de mulheres são homogêneos. Apenas uma das entrevistadas, Vera, é casada e tem muitas dificuldades com o marido, mas mesmo ela apresenta um discurso sobre o casamento como um lugar de afetos, sentimentos e amor.

Mas sabe-se, o casamento não foi sempre o mesmo. Se em tempos nem tão longínquos estava assentado em arranjos explicitamente políticos e econômicos atualmente vimos proliferar os discursos que o liga às relações afetivas, de amor.

Para Jablonski (1994) o amor como alicerce do casamento contemporâneo pode ser algo muito arriscado, visto que o casamento possui muitas implicações. Ainda segundo o autor na contemporaneidade há toda uma antagonia discursiva que se consiste em “Monogamia versus permissividade, permanência versus apelo ao novo, tradição versus novidade, vida em família versus incentivo à realização pessoal, culto à efemeridade das paixões versus estabilidade das relações.” (JABLONSKI, 1994, p. 72). Difícil e frustrante será conciliar tais discursos como no caso de Vera.

Mesmo o discurso de Rita ao afirmar “papel não prende ninguém”, assenta-se na perspectiva que o que une as pessoas é o afeto. Primazia do amor, sob a qual todas as outras questões são menores. É em nome da díade amor/casamento que Vera e Ana encontram-se sujeitadas a práticas de violência na relação com o marido e namorado, respectivamente.

O emprego, e uma estrutura familiar prévia aparecem apenas no discurso de Ana. Interessante, pois para ela as duas pessoas (marido e mulher, já que ela se posiciona de maneira contrária a homossexualidade) devem trabalhar. Não há nestes discursos uma concepção onde apenas o homem é o provedor econômico.

Quanto à estrutura familiar prévia Ana se refere a uma série de pré-requisitos, valores que para ela devem ser ensinados pela família. Nenhuma das mulheres se refere aos

aspectos religiosos do casamento. Para André o casamento aparece de maneira negativa, sendo um impedimento ao seu desejo de se tornar missionário no futuro.

Enquanto os discursos das mulheres entrevistadas abordam o afeto e uma relação econômica mais horizontal, o discurso de André segue na perspectiva contrária, afirmando a necessidade de ser o homem o responsável pelo sustento da família. Para os evangélicos no apelo bíblico, de fundo Paulino, há uma ascendência do homem no comando da família, reafirmado com autoridade e assiduidade na literatura e sermões (FERNANDES et. al. 1998).

Quadro 6 - discursos sobre aborto.

MULHERES	HOMENS
• Crime. • A favor em casos em que a mulher tenha sido estuprada. • Quem aborta vai para o inferno	• Questão complicada. Praticado quando a mulher não quer criar o filho ou não deseja que ele viva. Destruir uma vida. Em caso de estupro ela aborta e não tem culpa, mas não tem certeza.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010/ 2011.

O tema aborto produz discursos heterogêneos. Apenas uma das entrevistadas, Ana, utiliza o discurso cristão para legitimar explicitamente sua fala. Há neste discurso uma relação estreita entre aborto e pecado, com a conseqüente condenação ao inferno.

Vera, apesar de aparentemente discordar de Ana, relata ter tentado abortar a sua segunda filha e imagina que todo seu sofrimento psíquico advenha deste fato. Embora não concorde com a condenação ao inferno cristão de Ana, ela se culpabiliza pela tentativa de aborto.

Vera: quando eu tive a minha filha, que eu voltei pra trabalhar já voltei grávida da outra. Aí eu peguei tomei remédio. Na minha mente eu tinha que... não ter ela, porque tava em cima. Eu tinha que fazer as coisa, complicado, eu não tinha como ficar com duas meninas. Eu tomei muito remédio mesmo, injeção, remédio demais, fiz tanta coisa. E hoje eu fico com isso na cabeça, porque eu fiz? Porque eu fiz? Às vezes eu penso que eu to pagando tudo que eu fiz. Mas não era por nada. Como eu ia ficar com uma

e com outra. Uma pequena e uma no braço, aí eu ia trabalhar, ficava com minha mãe uma, que minha mãe só tem eu e minha irmã, e a outra? Aí pronto hoje eu fico sentindo isso.

Andréa – Sentindo o quê?

Vera: Fico sentindo uma culpa dentro de mim. Porque que eu fiz isso? E quando eu olho pra ela eu começo a lembrar, aí eu choro. Ela faz: Tá chorando por que mãe? Nada não, nada não...

O crime ao qual Rita se refere está mais assentado no direito canônico do que no direito civil, todo seu argumento discursivo está pautado na questão da vida *versus* morte. Para ela o aborto seria matar uma vida, discurso este que reverbera os valores cristãos.

Há aqui um reposicionamento discursivo quando Rita é questionada sobre gravidez em casos de estupro, ela assume um posicionamento favorável. Em casos de gravidez decorrentes de estupro a lei brasileira mostra-se favorável ao aborto, mas as Igrejas cristãs, em especial a católica, não o aceitam de forma alguma.

Observo que dependendo do contexto Rita pode se posicionar a favor ou contra o discurso religioso, transitando por discursos distintos e muitas vezes aparentemente inconciliáveis.

Quanto ao aborto, André novamente recorre ao discurso religioso ao usar a expressão “destruir uma vida”. Ao articular o conceito de vida ao embrião, as igrejas recorrem para o caráter de destruição desta no ato de abortar, há um apelo discursivo no sentido de associar vida *versus* morte.

Mariz (1998), afirma que em geral os evangélicos são contra o aborto, alegando a partir de sua pesquisa que a variável religiosa é importante, mas não a única a definir essa opinião (variáveis como gênero, escolaridade e renda devem ser levadas em consideração). Ainda segundo a autora existe mais tolerância ao aborto entre os evangélicos de todas as denominações quando este tem um caráter terapêutico ou é decorrente de estupro, sendo este último mais aceito pelas camadas mais instruídas e favorecidas economicamente.

É curioso notar que no discurso de André existe uma dúvida quanto à permissão e não culpabilização da mulher que decide interromper uma gestação decorrente de estupro parece querer se lembrar do que já ouviu falar sobre isso, mas opta por não se comprometer já que não tem certeza.

Para Fernandes et. al. (1998) na opinião dos evangélicos o aborto não se justifica pela pobreza, discurso que corrobora o discurso de André ao afirmar que se a pessoa não tem condições de criar, alguém o terá já que no *mundo existe muita gente generosa*.

O discurso de André atribui à mulher toda a responsabilidade e decisão de abortar, não sem conflito, incluindo o homem apenas ao ser questionado durante a entrevista, então desloca a responsabilidade para o casal heterossexual. Apesar do seu posicionamento alinhado com o discurso contra o aborto defendido pelas igrejas cristãs, no caso a evangélica, André se posiciona de maneira a demonstrar que o aborto é possível não apenas em casos de estupro.

Andréa- Sei. E o que te levou então a optar por não casar?

André- É muita responsabilidade, ter filhos, cuidar da esposa, cuidar de outros filhos que tiver também... se por acaso ela engravidar ter que abortar, tá entendendo ou não?

É possível inferir a partir do excerto acima que a depender da necessidade e desejo, André se posiciona de forma contrária aos preceitos religiosos, defendidos de maneira exaustiva durante a maior parte da entrevista.

Quadro 7- Discursos sobre estupro.

MULHERES	HOMENS
Distingue relação sexual forçada de estupro.	- É uma opção a impossibilidade de ter relações sexuais com alguém. Deve ser preso quem comete. - Não deve ser praticado de maneira alguma.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010, 2011.

O tema estupro não foi mobilizador dos discursos do grupo. O estupro mobiliza a questão da pedofilia que será abordada adiante. Ana narra uma situação em que um

namorado a fez ter uma relação sexual forçada, sem seu consentimento, mas diz nunca ter sido estuprada. Vera também relata algumas situações em que seu marido a “pegou à força”, mas pelo seu discurso observamos que ela não se sente “estuprada”.

Segundo Dantas- Berger e Giffin (2005, p. 418):

Uma ordem social de tradição patriarcal por muito tempo “consentiu” num certo padrão de violência contra mulheres, designando ao homem o papel “ativo” na relação social e sexual entre os sexos, ao mesmo tempo em que restringiu a sexualidade feminina à passividade e à reprodução. Com o domínio econômico do homem enquanto provedor, a dependência financeira feminina parecia explicar a aceitação de seus “deveres conjugais”, que incluíram o “serviço sexual”.

Nesse grupo de mulheres as relações sexuais exercidas no namoro ou casamento ainda estão autorizadas pela própria relação, ou seja, o relacionamento com um parceiro seria *a priori* uma condição para o exercício da prática sexual, seja ela permitida ou não pela mulher. Segue um excerto da entrevista onde é clara a violência presente na relação de Vera com o marido ao passo que Rita se compadece e propõe estratégias para que ela saia desta situação:

Vera: (?) entendeu? Tem aquelas forma mais... ímpar, é como se pega uma enxada e vai arrancar um pé de bananeira... que é isso? (referindo-se a forma como seu marido a aborda sexualmente)

Rita: Ô Vera, conversando com seu parceiro, com seu marido não resolveria não? Conversando com ele? Pra resolver também essa mágoa que você tem aí dentro de você?

Aqui a violência de gênero, doméstica assume um caráter mais perverso já que legitimado pelos discursos sobre os papéis de homens e mulheres. Por mais que encontremos outros discursos sobre homens e mulheres, ainda que em 2006 tenha sido aprovada a Lei 11.340 (Lei Maria da Penha), discursos tidos como antigos sustentam uma série de práticas discursivas cruéis na atualidade.

Neste aspecto o discurso de André se mostra ambivalente. Para ele o estupro é decorrente da impossibilidade de fazer sexo com alguém. Não sendo o homem casado e

não tendo dinheiro para uma prostituta, o que contradiz seu discurso sobre sexualidade e virgindade o homem estupra.

Ao afirmar que o estuprador é alguém sem opção, seja pela falta da esposa, seja pela falta de dinheiro, assume um discurso que remete ao caráter animalesco da sexualidade humana, em especial a masculina, como algo incontrolável. Apesar de condenar o estupro o discurso religioso não está presente, afirma que a pessoa deve ser presa, recorrendo à lei civil. Neste ponto, além da contradição entre seu posicionamento religioso e certa permissividade e justificativa para o estupro, há um contra-discurso no que tange às práticas sexuais antes e fora do casamento. Neste discurso sobre o estupro André corrobora que a sexualidade pode e deve se manifestar independente da pessoa ser casada ou não.

Há uma diferença significativa no ponto de vista nos discursos das mulheres e dos homens entrevistados. Para Ana e Vera o tema estupro remete a relações estabelecidas com um parceiro e para André envolve a relação com alguém estranho.

Quadro 8 - Discursos sobre pedofilia.

MULHERES	HOMENS
• É algo que mata, a criança não suporta fisicamente. • Loucura, barbaridade, maldade, absurdo.	• Não deve ser praticado de maneira alguma. Um pecado horrível. • A pessoa deve aceitar que não tem ninguém para ter relações sexuais e esperar o casamento. É falta de opção ou de parceir@s.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010, 2011.

Os discursos sobre a pedofilia foram mobilizados a partir da palavra estímulo estupro para o grupo de mulheres. Quando mencionei a palavra estupro Rita, Ana e Vera relacionaram com crianças e falaram sobre a pedofilia. Para estas mulheres os dois discursos (estupro e pedofilia) apresentam um denominador comum: a fragilidade da criança, tanto no plano corporal quanto no plano psicológico. A criança, por ser frágil, deve ser cuidada pelos adultos. Não cuidar da criança, abusando sexualmente dela é loucura, barbaridade. Também fica evidente a negação da sexualidade infantil, fato questionado pelos estudos freudianos e foucaultianos. (Foucault, 2009).

Segue um trecho da entrevista que evidencia a relação estupro/pedofilia para Vera.

Vera: Acontecendo os estupro. Os pais com as filhas, estuprando as criança... [Ana e Júlia seguem rindo] direto... direto. Isso que vê no canal 4, e eu assisto, e quando eu assisto eu fico mais agressiva, nem vê, quando olha o homem e a menininha da vontade de estraçalhar.

Ana: Estraçalhar quem? Uma criança?

Vera: Uma criança... Agora de dizer que um amor assim correto, muito difícil...

Ana: Licença! Licença... Tem vontade de estraçalhar uma criança, é?

Vera: Não. Eu não gosto de ver um homem estraçalhar uma criança... eu tenho vontade de estraçalhar é ele.

Ana: E é?

Vera: Não é? Ele não mexeu com a criança?

Ana: Era sua filha?

Vera: Não! Qualquer uma por aí, mexer com uma criança... na forma que mexeu...

Ana: Ah é? Eu não! Eu não! Ele pode estraçalhar mil e eu não to nem aí! Eu não to nem aí...

Para Vera a situação de ver um adulto abusando uma criança é algo que incita uma agressividade latente. Ao analisar o discurso de Ana percebe-se uma aparente contradição ao dizer que não se importa visto que anteriormente afirmou que a pedofilia é uma violência e o pedófilo deve ter prisão perpétua decretada. Na minha análise esta “contradição” é uma tática discursiva muito usada por ela também usada em situações anteriores para ter atenção e intimidar às demais, se contrapondo e interrompendo as suas falas. Estratégia que não surte o efeito esperado de um embate discursivo e que irrita as demais participantes que seguem ignorando Ana.

Ao se referirem à pedofilia como loucura, utilizam o discurso biomédico de pedófilo como alguém que tem um transtorno mental. Numa perspectiva biomédica a pedofilia aparece descrita no CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p. 215) como:

Uma preferência sexual por crianças, usualmente de idade pré-puberal ou no início da puberdade. Alguns pedófilos são atraídos apenas por meninas, outros apenas por meninos e outros ainda estão interessados em ambos os sexos. A pedofilia raramente é identificada em mulheres. Contatos entre adultos e adolescentes sexualmente maduros são socialmente reprovados, sobretudo se os participantes são do mesmo sexo, mas não estão necessariamente associados à pedofilia.

[...] Incluídos entre os pedófilos, entretanto, estão homens que mantêm uma preferência por parceiros sexuais adultos, mas que, por serem cronicamente frustrados em conseguir contatos apropriados, habitualmente voltam-se para crianças como substitutos. Homens que molestam sexualmente seus próprios filhos pré-púberes, ocasionalmente seduzem outras crianças também, mas em qualquer caso seu comportamento é indicativo de pedofilia.

As participantes apenas se referem à pedofilia masculina, corroborando a descrição do CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) que afirma ser a pedofilia mais raramente identificada nas mulheres. Há neste ponto algo a ser questionado: seriam as mulheres mais legitimadas nas relações de contato com as crianças pelo fato de às mulheres serem atribuídos os papéis de cuidado, higiene e afetos? O quanto não estariam sendo notificados casos de pedofilia cometidos pelas mulheres também, devido a essa relação autorizada pelas divisões de papel de gênero? A palavra crime não aparece nem nos discursos das mulheres e nem dos homens.

Conforme Cappellari (2005) a infância como a conhecemos hoje é uma invenção da modernidade. Crianças e loucos foram apartados do universo adulto “por seu raciocínio livre e desmedido e, principalmente por sua fértil imaginação.” (CAPPELLARI, 2005, p. 77).

Já Foucault (2009) elucida que desde o século XVIII o sexo das crianças e dos adolescentes, passou a mobilizar inúmeros dispositivos institucionais e estratégias discursivas. Vale lembrar, de acordo com Foucault (2009) que antes da época clássica havia certa licenciosidade de linguagem entre as crianças e os adultos que progressivamente vai desaparecendo, o que não significa um silenciar sobre o sexo. “Fala-se dele de outra maneira; são outras pessoas que falam, a partir de outros pontos de vista e para obter outros efeitos.” (FOUCAULT, 2009). Médicos, pais e professores, toda estratégia discursiva em movimento visa controlar, hierarquizar todos os discursos em volta de relações de poder.

Toda a discussão acima não implica em negar o fator abusivo e criminoso da pedofilia, mas lembrar que a sexualidade infantil existe e é enredada nas redes discursivas de poder, disputada por diversas instituições e saberes. Outro ponto importante é a constante exploração da mídia, a erotização dos corpos infantis, criando tensões e discursos opostos.

Nesta discussão André recorre, além do discurso utilizado para os casos de estupro (falta de opção do pedófilo), ao discurso religioso. A pedofilia surge como pecado, condenável exclusivamente em termos bíblicos, desconsiderando os aspectos civis, ou seja, não é crime. Refere-se aqui também ao estupro, mas a ênfase é dada à pedofilia. A criança como alguém que deve ser mais protegido, visto que mais inocente e frágil que os adultos. Há no discurso de André um posicionamento contrário ao seu discurso de sexualidade como algo a ser vivido apenas após o casamento quando justifica a pedofilia em termos de falta de parceir@s. Novamente recorre ao aspecto instintivo da sexualidade que necessita ser saciada a qualquer custo.

Andréa- E sobre abuso sexual de criança? Pedofilia. Qual sua opinião?

André- Eu imagino a mesma coisa que o estupro. O estupro não deve ser feito de maneira alguma. Acho isso um pecado horrível, horrível fazer um abuso sexual com uma criança. Acho que essa pessoa tem que tentar desenvolver e aceitar que ela não tem até agora ninguém pra ela fazer e pronto. Esperar o tempo. Vai ter o tempo que ela vai se casar e vai poder fazer sexo normalmente.

Há nos discursos dos homens e das mulheres um consenso sobre o caráter de fragilidade da criança e uma exaltação ao abordarem o assunto. Os dois grupos se posicionam de maneira enfática contra a pedofilia, mas apenas André recorre ao discurso religioso para pautar sua fala.

A partir do exposto pode-se concluir que a religião institucional, em especial a de tradição cristã, segue produzindo discursos de opressão da sexualidade. A culpa pelas vivências relacionadas ao prazer e ao sexo surge na forma de dores físicas e psicológicas, tanto para os homens como para as mulheres. Os homens entrevistados

são claramente mais religiosos do que as mulheres, mas em todos os discursos há um apelo de fundo religioso para legitimar seus discursos, o que aponta para a influência do poder discursivo da religião, mesmo para aqueles/as que afirmam não terem uma prática religiosa.

Tanto as mulheres quanto os homens diferenciam uma religião institucional de uma religião pessoal e íntima, sendo que para os homens a instituição é mais importante para suas práticas. Tod@s se referem a um Deus único e não fazem menção a qualquer outra religião que não seja de tradição cristã.

O discurso dos psiquiatras entrevistados é convergente não apenas entre si, mas também aos dos/as usuários/as do serviço, no que concerne ao caráter instintivo, primitivo e animalesco da sexualidade humana. Tal posicionamento legitimaria toda a intervenção medicamentosa e vigilante dedicada à sexualidade d@s esquizofrênic@s.

Para @s mulheres entrevistadas a violência é lugar comum, legitimada pelos discursos da supremacia masculina que conferem ao homem, seja ele marido, noivo ou namorado o pleno poder sobre o corpo da sua companheira.

Nos discursos do participante mais religioso, André, encontram-se mais contra-discursos que nos demais, indicando uma relação proporcional entre maior pressão proselitista e maior necessidade de transgredir os preceitos religiosos nas suas práticas discursivas. Não apenas no caso de André, mas há outros discursos aqui proferidos que demonstraram que as pessoas fazem alguns arranjos e negociações com os princípios religiosos, podendo se reposicionar discursivamente a depender do contexto. O que não significa que tais arranjos sejam realizados de maneira tranquila e sem ônus às mulheres e homens entrevistados, como no caso da virgindade e do aborto.

Uma diferença significativa entre os discursos de mulheres e homens se refere à importância atribuída por estas mulheres aos relacionamentos afetivos. Tal fato indica que na atualidade cabe às mulheres o papel de manter e fazer acontecer o relacionamento afetivo. Para os homens a relação com uma mulher surge como possibilidade de ter relações sexuais e como fator impeditivo de se viver livremente.

No grupo de mulheres houve poucas trocas discursivas entre elas e a estratégia mais utilizada para se fazer ouvir foi interromper a fala alheia, utilizada principalmente por Ana, mas que não surtiu efeito. Fica claro também a partir das entrevistas de grupo como a/o profissional de saúde, no caso a psicóloga, tende a concentrar o poder visto que tod@s @s entrevistad@s sempre se dirigiam a mim, pedindo aprovação para legitimarem seus discursos. Percebe-se que ao se colocarem nesta posição de subordinação podem ser mais facilmente coagidos pelos discursos dominantes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após percorrer tantos caminhos faz-se necessária uma aproximação entre meus objetivos e a análise do material produzido durante as entrevistas. É válido ressaltar que tal pesquisa é um recorte que contempla minhas escolhas conceituais enquanto pesquisadora e que outros tantos recortes poderiam ter sido eleitos por outros/as pesquisadores/as, bem como articulações distintas entre os temas poderiam ter sido feitas.

É importante neste percurso observar a metamorfose dos temas investigados, lembrando que a esquizofrenia é uma produção social historicamente situada, assim como a sexualidade, a religiosidade e o gênero. Por serem sempre contextualizadas, são construídas e reconstruídas pelos discursos dominantes de cada época, sendo que tais (re)construções não ocorrem de maneira pacífica. Há sempre uma tensão e um embate nestes processos, sendo a linguagem/discurso o local privilegiado para sua ocorrência. É *pelos* e *nos* discursos, articulados às outras práticas sociais, que se fazem possíveis as transformações.

As instituições religiosas são locais onde as mudanças não são facilmente assimiladas, principalmente no que concerne à sexualidade. Sabe-se também que a religião cristã é uma instância que se faz presente no cotidiano das pessoas, de forma mais ou menos direta, e influencia as práticas sexuais, afirmando a heterossexualidade como natural e desqualificando as sexualidades subalternas, prescrevendo na atualidade a virgindade como algo a ser mantido até o casamento, criando espaços de opressão para a expressão sexual. Mas a religião apresenta também aspectos positivos, conferindo sentido à existência e fazendo com que geralmente as pessoas tenham menos comportamentos de risco relacionados ao sexo e drogas. A religião tem uma relação estreita com os transtornos mentais, ora mais, ora menos positiva, legitimando pelos seus discursos os/as loucos/as como seres especiais ou como seres subversivos afastados de Deus, validando ações muitas vezes cruéis contra aquelas/es tidas/os como insan@s.

Aos esquizofrênic@s, comumente chamados de louc@s, coube na história um papel de se tornarem objeto de intervenção não apenas da Igreja, mas de todo discurso psiquiátrico que lhes retirou o desejo e a possibilidade de falarem por si, tendo muitas vezes seus corpos e sua sexualidade como única fonte de afirmação existencial. Tal fato tem mudado significativamente desde os anos 70 do século passado com a Reforma Psiquiátrica, que abriu espaço para um reposicionamento discursivo acerca do doente mental. A partir de tais mudanças se colocou em movimento uma série de estratégias e tecnologias que deslocaram o foco da doença para a saúde, da cura para a melhoria da qualidade de vida, promovendo melhorias significativas na atenção às pessoas em sofrimento mental.

Nesta pesquisa, onde optei trabalhar com as práticas discursivas de pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas, fica evidente o processo contemporâneo de desqualificação dos seus discursos, pois são muito escassos os estudos onde tais pessoas sejam ouvidas. Encontram-se estudos abordando a família de pessoas esquizofrênicas ou a equipe de serviços de saúde mental, mas raramente são ouvid@s @s próprio@s usuáři@s, a pessoa em sofrimento psíquico.

Para o grupo pesquisado há uma distinção entre a religião como fator individual, mais próximo do que alguns autores definem como religiosidade, e uma religião institucional. Para as mulheres a instituição religiosa apresenta-se como fonte de restrições, conflitos e interdições relacionadas à sexualidade, o que aponta para o caráter repressivo e moral das religiões, em especial as de tradição cristã que foram as únicas mencionadas por todos/as. Os homens participantes se mostraram mais religiosos, inclusive utilizando o discurso religioso de maneira contundente para alicerçar seus discursos sobre todos os temas pesquisados; e no que concerne à sexualidade, ela se articula diretamente com religião, sendo o discurso religioso usado para legitimar sua falta de experiências sexuais.

A posição do grupo se alinha às pesquisas que afirmam que ser religioso/a pode proteger e reconfortar as pessoas, possibilitando para os homens uma melhor organização familiar. Vale lembrar que os dois homens apresentam uma prática

religiosa, que não ocorre com as mulheres entrevistadas, o que diverge de pesquisas que afirmam serem as mulheres usualmente mais religiosas.

Para os dois grupos a sexualidade é tida como saudável, sendo que o discurso dos homens, ancorados na perspectiva religiosa mais conservadora, a restringem ao casamento heterossexual. O participante mais novo, André, por ser o mais religioso apresentou o discurso mais claramente proselitista, evidenciando o caráter heteronormativo e homofóbico presentes em determinadas religiões. Apesar das mulheres não se declararem praticantes religiosas, observa-se nos seus discursos um apelo de fundo religioso que sustenta que o relacionamento afetivo é o local de vivenciar a sexualidade. As mulheres que condenam a homossexualidade não se utilizam do discurso religioso, mas do discurso biomédico.

Na questão da sexualidade surgem contra-discursos que podem reconstruir a questão da virgindade como condição essencial até o casamento, apontando para espaços emancipatórios e subversivos com relação às práticas religiosas. Também o discurso de Ana sobre a homossexualidade indica que a sexualidade é algo não natural, portanto algo construído, o que abre espaço para desconstruir o discurso que remete ao aspecto essencialista da sexualidade, tarefa da qual a Igreja, aliada ao discurso biomédico se ocupa incansavelmente em manter.

Observa-se como as mulheres do grupo estão mais sujeitas às práticas de violência sexual cometidas pelos próprios parceiros, discurso convergente aos estudos de violência de gênero, mas que inquieta também por saber que, numa perspectiva analítica interseccional as mulheres com diagnóstico de esquizofrenia estão potencialmente mais vulneráveis não apenas a este tipo de violência, mas expostas a muitas outras situações de risco. O que aponta para a urgência de se afirmarem estratégias emancipatórias voltadas especificamente para tais mulheres.

Nos discursos analisados surgem inúmeros contra-discursos que ratificam a possibilidade de rearranjos discursivos e de criação de espaços onde se articulem discursos alternativos aos discursos dominantes, sejam eles religiosos ou biomédicos. Para que isso ocorra faz-se necessária a criação de tais lugares de trocas discursivas nos

serviços substitutivos de saúde mental, contrariando a afirmação que “religião não se discute”. Religião se discute, assim como qualquer outro assunto. É no embate das trocas discursivas, alinhado a outras práticas sociais que se pode elevar os ditos loucos à condição de cidadãos.

A partir desta pesquisa percebe-se que ao analisar criticamente a articulação entre sexualidade e religiosidade, para as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, abrem-se possibilidades de reposicionamento destas pessoas na sociedade visto que suas práticas discursivas não diferem das pessoas ditas “normais”. Para @s esquizofrênic@s a relação entre sexualidade e religião é tão conflituosa como o é para qualquer pessoa que seja adepta de uma religião de tradição cristã ou que esteja inserida numa sociedade basicamente cristã, como é o caso do Brasil. Tal constatação não se propõe a incluir a pessoa com diagnóstico de esquizofrenia no grupo das pessoas consideradas normais, mas sim evidenciar o caráter perverso que mantém as práticas discursivas destas pessoas como práticas subalternas e desqualificadas pelos discursos religiosos e biomédicos, perpetuando práticas de desigualdade e subordinação aos discursos hegemônicos. Vale lembrar que a sanidade mental é, assim como a loucura, uma construção social e se ocupa atualmente um lugar de destaque na sociedade isto não ocorreu sem deixar à margem e sem voz outros tantos discursos de pessoas “não saudáveis”.

Observa-se numa perspectiva crítica que a partir de um modelo binário, vigente em nossa sociedade, a normalidade sustenta a loucura, e vice-versa, o que faz com que uma precise da outra para continuar existindo. Ao se evidenciar os discursos de grupos oprimidos, abrem-se possibilidades de intervenções que questionem inclusive o binarismo normal X anormal, indicando que tais discursos são mais próximos do que aparentam ser.

Desejo que a presente pesquisa estimule outras de intento similar a ouvirem @s louc@s de maneira crítica e que não apenas as/os profissionais de saúde mental, mas a sociedade como um todo, possa repensar suas práticas discursivas a respeito das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

REFERÊNCIAS

- ACKERKNECHT, E. H. Ethnologische Vorbemerkung. In: ERWIN, H. **Ackerknecht, Kurze Geschichte der Psychiatrie**. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1985.
- ALVARENGA NETO, R. C. D.; BARBOSA, R. R.; CENDÓN, B. V. A construção de metodologia de pesquisa qualitativa com vistas à apreensão da realidade organizacional brasileira: estudos de casos múltiplos para proposição de modelagem conceitual integrativa. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v.16, n.2, p.63-78, jul./dez. 2006.
- AMARAL, D. G. Confederação Católica do Trabalho: práticas discursivas e orientação católica para o trabalho em Belo Horizonte (1919-1930). **Horizonte**: Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 56-74, jun. 2007
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AQUINO, T. A. A. et al. Atitude religiosa e sentido da vida: Um estudo correlacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, p. 228-243, 2009.
- AZEVEDO, J. Metodologias Qualitativas - Análise do Discurso. In: ESTEVES, A.; AZEVEDO, J. (Orgs). **Metodologias qualitativas para as ciências sociais**. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Instituto de Sociologia, 1998.
- BABO, T.; JABLONSKI, B. Folheando o amor contemporâneo nas revistas femininas e masculinas. **ALCEU**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 36-53, jan./jun. 2002.
- BARBOSA, R. M. **Negociação sexual ou sexo negociado?** Gênero, sexualidade e poder nos tempos de AIDS. 1997. QUATAS FOLHAS???. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Universidade do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1997.
- BASTOS, F. I. et. al. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, (Supl 1), p. 109-17, 2008.
- BESSA, D. B. A Batalha Espiritual e o Erotismo. **Intersecções**: revista de estudos da religião, São Paulo, v. 6, n.1, p. 39-49, jul., 2006.
- BIRMAN, J. **A Psiquiatria como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- _____. **Sexualidade na instituição asilar**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.
- BORBA, P. L. A inscrição do discurso do esquizofrênico no discurso religioso. **Linguagem & Ensino**, Pelotas (RS), v. 11, n. 2, p.393-417, jul./dez, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNESNet. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=70&VListar=1&VEstado=26&

VMun=261160&VSubUni>. Acesso em: 17 jun. 2011.

_____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde Mental no SUS: acesso e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão de 2003-2006.** Brasília: MS, 2007.

BRUMANA, F. G.; MARTINEZ, E.G. **Marginalia Sagrada.** Campinas: UNICAMP, 1991.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CALDAS-COULTHARD, C. R.; VAN LEEUWEN, T. Discurso crítico e gênero no mundo infantil: brinquedos e a representação de atores sociais. **Linguagem em (Dis)curso - LemD,** Tubarão, v. 4, n. esp, p. 11-33, 2004.

CAMURÇA, M. Ciência da religião, ciências da religião, ciências das religiões? In: _____. **Ciências sociais e ciências da religião: polêmicas e interlocuções.** São Paulo: Paulinas, 2008.

CAPPELLARI, M. S. V. A pedofilia na pós-modernidade: um problema que ultrapassa a cibercultura. **Em Questão,** Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 67-82, jan./jun. 2005.

CAREGNATO, C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CECCHETTO, F.; MONTEIRO, S. Discriminação, cor e intervenção social entre jovens na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): a perspectiva masculina. **Estudos Feministas,** Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 336, jan./abr., 2006.

CHERUBINI, K. G. Modelos históricos de compreensão da loucura. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel. **Jus Navigandi,** Teresina, v. 10, n. 1135, 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8777>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

COLECTIVO IOÉ. ¿Para qué sirve el grupo de discusión? Una revisión crítica del uso de técnicas grupales en los estudios sobre migraciones. **EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales.** n. 19, p. 73-99, jan./jun., 2010.

COUTO, M. T. Gênero, família e pertencimento religioso na redefinição de ethos masculinos e femininos. **ANTHROPOLÓGICAS,** Recife, v.13, n. 1, p. 15-34 2002.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia & saúde mental.** Porto Alegre: Artmed , 2008.

DANTAS-BERGER, S.M; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 417-425, mar-abr, 2005.

DE SANCTIS, S. C. **La conversione religiosa:** Studio bio-psicologico. Roma: Laborari Fidenter, 1927.

DEL RÍO, J. M. V. De la heterosexualidad a la ciudadanía. **AIBR.** Revista de Antropología

Iberoamericana, Madrid, v. 1, n. 1., p. 125-142, jan./fev., 2006.

DELUMEAU, J. **História do medo no Ocidente**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DENZIN, N. K. ; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DURIGAN, M.; MINA, S. R. N. Sujeito, identidade e representação: entre o discurso oficial e a voz de Profissionais do sexo e travestis. **GUAVIRA LETRAS**, Mato Grosso do Sul, n. 4, p. 57-76, fev. 2007.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: UNB, 2001.

FARIA, J.B; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicol. estud.**, Maringá, v.11, n.1, p.155-164, 2006.

FERNANDES, R.C et. al. **Novo Nascimento – Os Evangélicos em Casa, na Igreja e na Política**. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

FERNANDES, S. R. A. A não-ordenação feminina: delimitando as assimetrias de gênero na igreja católica a partir de rapazes e moças vocacionados/as. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 256, maio/ago., 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A., CARVALHO, V. **O corpo de enfermeira como instrumento de cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FIORAMO, G.; PRANDI, C. **As Ciências das Religiões**. São Paulo: Paulus, 1999.

FLECK, G. L. L. **O discurso de gênero das professoras construindo identidades**. 2004. 84 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Regional de Blumenau – FURB, Programa de Pós-Graduação em Educação Mestrado em Educação. 2004

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1 - a vontade de saber**. 19. ed. São Paulo: Graal, 2009.

GIFFIN, K. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 10, (Supl 1), p.146-55, 1994.

GRACIA, T. I. O “giro lingüístico”. In: IÑIGUEZ, L. (Org). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005. p.19-49.

GRESCHAT, H-J. **O que é ciência da religião?** São Paulo: Paulinas, 2005.

GUARESCHI, N. M. F., REIS, C., OLIVEN, T. Usuários do Hospital-Dia: uma discussão sobre performatividade em saúde e doença mental. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 119-137, mar., 2008.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 50-60, 2002.

GUERRIERO, S. A Diversidade Religiosa no Brasil: A Nebulosa do Esoterismo e da Nova Era. **Revista Eletrônica Correlatio**, São Paulo, n. 3, maio, 2003.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HEBERLE, V. M. Revistas para mulheres no século 21: ainda uma prática discursiva de consolidação ou de renovação de idéias? **Linguagem em (Dis)curso** - LemD, Tubarão, v. 4, n.esp, p. 85-112, 2004.

HOMERO. **Odissea**, Torino: [s.n.], 1963.

HUMEREZ, D.C. **Evolução histórica do conceito de loucura e de louco**. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/1990/3_4/sum.htm>. Acesso em: 26. fev. 2010.

IÑIGUEZ, L. A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: IÑIGUEZ, L. (org). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005. p.105-160.

IÑIGUEZ, L. Métodos cualitativos em psicologia sócial. **Revista de Psicología Social Aplicada**, v. 5, n. 1/2, p. 4-26, 1995.

JABLONSKI, B. Até que a vida no separe: o enfoque psicossocial. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, n. 2, p. 65-73, 1994.

JASPERS, K. Psychopathie und religion. In: _____. **Allgemeinde Psychopathologie**. Berlin: Springer Verlag, 1973.

KAPPEL, I. B. A. O discurso institucional legal do ensino religioso e os atravessamentos discursivos. **InterteXto**, Uberaba UFTM, v. 1, p. 73-98, jan./ jun., 2008.

KRAEPELIN, E. **La demência precoce, parafrenias, la locura-maníaco-depressiva**, 1ª, 2ª e 3ª partes. Buenos Aires:Polemos, 1996.

LEMOS, F. “Se deus é homem, o demônio é [a] mulher!”: A influência da religião na construção e manutenção social das representações de gênero. **Revista Ártemis**, João Pessoa, v. 6, p.114-124, jun., 2007.

LOURO, G. L. Gênero e Sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Rev Pro-posições**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 17-23, 2008.

_____. **Um corpo estranho**: Ensaio sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MARIZ, C. A opinião dos evangélicos sobre o aborto. In: FERNANDES, R. C et. al. **Novo Nascimento – Os Evangélicos em Casa, na Igreja e na Política**. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. **Pesquisa social - teoria, método e criatividade**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MISKOLCI, R. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 150-182, jan./jun., 2009.

MOLL, M. F.; SAEKI, T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 995-1000, nov./dez., 2009.

MUSSKOPF, A. S. Quando sexo, gênero e sexualidade se encontram: reflexões sobre as pesquisas de gênero e sua relação com a Teoria Queer a partir da teologia. **História Unisinos**, São Leopoldo, v. 9, n. 3, p. 184-189, set./dez., 2005.

NOGUEIRA, C. A análise do discurso. In: ALMEIDA, L.; FERNANDES, E. **Métodos e técnicas de avaliação: novos contributos para a prática e investigação**. Braga, Portugal: CEEP, 2001. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4355/1/Capitulo_analise%20do%20discurso_final1.pdf>. Acesso em: 11. jul. 2009.

_____. Análise(s) do Discurso: Diferentes Concepções na Prática de Pesquisa em Psicologia Social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 2, p.235-242, 2008.

NUNES, M. J. R. A sociologia da religião. In: USARSKI, F. **Espectro disciplinar da ciência da religião**. São Paulo: Paulinas, 2007. p. 99-119.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças (CID-10)**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OTTO, R. **O sagrado**. Lisboa: Edições 70, 1992.

PAIVA, G. J. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estud Psicol**, Campinas, v. 24, n.1, p.104-114, 2007.

PALMEIRA, L. F., GERALDES, M. T. M., BEZERRA, A. B. C. **Entendendo a Esquizofrenia: Como a família pode ajudar no tratamento?** Rio de Janeiro: Interciência, 2009.

PELBART, P. P. **Da Clausura do fora ao fora da clausura - loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: 34, 1994.

_____. **O século dos manicômios**. São Paulo: 34, 1996.

PINHO L. B., HERNÁNDEZ A. M. B., KANTORSKI L. P. Análise Crítica do Discurso: Novas possibilidades para investigação científica no campo da saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, jan./fev., 2009.

_____. Equipe de saúde mental: análise do discurso sobre a prática no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 98-106, 2010.

PINTO, A. G. S.; GONÇALVES, L. L. G. Retirando a Máscara da Alma: Uma proposta de Desmedicalização da Vida. In: RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C.; FARIA, Y. R. A. (orgs). **Olhares – Experiências de CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Goiás: Kelps, 2009. p. 25-48.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

PONCE, P. Masculinidades diversas. **Desacatos Revista de Antropologia Social**, Mexico, n. 15/16, p. 7-9, 2004.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.37, n.3, p. 82-87, 2003.

RICHARDSON, R. J. et. al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

SAAVEDRA, L. Alunas da Classe Trabalhadora: Sucesso Acadêmico e Discurso de Regulação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p.267-276, 2004.

SCHIFFRIN, D. **Approaches to Discourse**. Oxford: Blackwell, 1994.

SCHNEIDER, K. **Zur Einführung in die Religionspsychopathologie**. Tübingen: Verlag von J. C. B. Mohr (Paul Siebeck), 1928.

SILVA, E. L. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVEIRA, N. **O Mundo das Imagens**. São Paulo: Ática, 1992.

SOUZA FILHO, A. Por uma teoria construcionista crítica. *Bagoas : estudos gays - gêneros e sexualidades*, Natal, v. 1, n. 1, p. 27-51, jul./dez., 2007.

THOMAS, K. **Religião e o declínio da magia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

THORNICROFT, G.; BROHAN, E. ; ROSE, D. ; SARTORIUS, N.; LEESE, M. Padrão global de discriminação experimentada e antecipada contra pessoas com esquizofrenia: estudo transversal. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 141-160, mar., 2009.

TÍLIO, R. O jogo discursivo na vida afetiva: a construção de masculinidades hegemônicas e subalternas. In: LOPES, L. P. (Org.). **Discursos de identidades: discurso como espaço de construção de gênero, sexualidade**. Campinas: Mercado de Letras, 2003. p. 89- 111.

URIARTE, A. G. et. al. Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre em cataluña. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 76, n. 5, p. 437-450, set./out., 2002.

VAN DIJK, T. A. **Discurso e Poder**. Contexto, São Paulo, 2008.

_____. O giro discursivo. In: IÑIGUEZ, L. (Org). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005. p.7- 14.

VAZ, J. **Masculinidades: Um estudo crítico das práticas discursivas de alunos do ensino médio**. 2007. 177 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, CIDADES??, v. 9, n. 3, p. 489-495, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

- 1 – a) Idade: _____ anos.
b) sexo:
b) escolaridade:
- 2 – Você nasceu em: _____
- 3 – Você mora atualmente em: _____
- 4 – Você é:
☐ Solteiro ☐ Casado
☐ Outro: (separado, viúvo, amigado, etc.) _____
- 5 – Quantos filhos você tem?
☐ Nenhum ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ou mais
- 6 – Trabalha?
☐ Sim ☐ Não
- 7 – Caso trabalhe, seu salário é igual a:
☐ Menos de 1 salário mínimo ☐ Mais de 3 salários mínimos
☐ 1 salário mínimo ☐ Não recebe salário
☐ 1 a 3 salários mínimos
- 8- Quantas pessoas moram na sua casa? _____
- 9- Sua família tem
☐ carro ☐ casa própria
- 10 – Qual a renda total da sua família?
☐ 1 salário mínimo
☐ 1 a 3 salários mínimos
☐ Mais de 3 salários mínimos
☐ Sem renda fixa
- 12- Sua religião é:

☐ Católica

☐ Evangélica. Qual? _____

☐ Candomblé ou Umbanda

☐ Espírita

() Outra. Qual? _____

() Não tem religião

13- Você pratica a sua religião?

() Não () Sim

14- Você já teve relações sexuais?

() Não () Sim

15- Com que idade iniciou os relacionamentos sexuais? _____ anos.

16- Já teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo?

() Não () Sim

17- Qual a cor da sua pele? _____

APÊNDICE B – TABULAÇÃO REFERENTE AO QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Tabela 1: proporção dos usuários segundo a idade. Recife 2010.

IDADE	TOTAL	PERCENTUAL
23	2	5,3%
25	1	2,6%
27	1	2,6%
32	2	5,3%
33	1	2,6%
34	2	5,3%
35	2	5,3%
38	1	2,6%
39	2	5,3%
42	2	5,3%
43	1	2,6%
44	2	5,3%
45	3	7,9%
48	2	5,3%
50	3	7,9%
51	1	2,6%
53	1	2,6%
54	1	2,6%
55	1	2,6%
56	2	5,3%
57	1	2,6%
59	1	2,6%
62	1	2,6%
63	1	2,6%
64	1	2,6%
TOTAL GERAL	38	100,0%

Tabela 2: proporção dos usuários segundo o sexo. Recife 2010.

SEXO	TOTAL	PERCENTUAL
Feminino	29	76,3%
Masculino	9	23,7%
TOTAL GERAL	38	100,0%

Tabela 3: proporção dos usuários segundo a escolaridade. Recife 2010.

ESCOLARIDADE	TOTAL	PERCENTUAL
Alfabetização	2	5,6%
Fundamental	1	2,8%
fundamental I	2	5,6%
fundamental II	2	5,6%
Ensino médio	12	33,3%
Ensino superior	14	38,9%
pós- graduação	3	8,3%
TOTAL GERAL	36	100,0%

Tabela 4: proporção dos usuários segundo a cidade de nascimento. Recife 2010.

NASCEU	TOTAL	PERCENTUAL
Brejo da Madre de Deus	1	3,2%
Cabo	1	3,2%
Cabrobó	1	3,2%
Escada	1	3,2%
Jaboatão dos Guararapes	1	3,2%
Olinda	2	6,5%
outro estado	4	12,9%
Recife	18	58,1%
Surubim	1	3,2%
Paulista	1	3,2%
TOTAL GERAL	31	100,0%

Tabela 5: proporção dos usuários segundo a cidade de residência. Recife 2010.

MORA EM	TOTAL	PERCENTUAL
Camaragibe	1	2,7%
Escada	2	5,4%
Igarassu	1	2,7%
Jaboatão dos Guararapes	2	5,4%
Moreno	1	2,7%
Olinda	6	16,2%
Paulista	3	8,1%
Recife	21	56,8%
TOTAL GERAL	37	100,0%

Tabela 6: proporção dos usuários segundo o estado civil. Recife 2010.

ESTADO CIVIL	TOTAL	PERCENTUAL
casado	12	31,6%
divorciado	3	7,9%
outro	2	5,3%
separado	6	15,8%
solteiro	15	39,5%
TOTAL GERAL	38	100,0%

Tabela 7: proporção dos usuários segundo o número de filhos. Recife 2010.

FILHOS	TOTAL	PERCENTUAL
0	10	26,3%
1	8	21,1%
2	13	34,2%
3	5	13,2%
4 ou mais	2	5,3%
TOTAL GERAL	38	100,0%

Tabela 8: proporção dos usuários segundo exercício profissional. Recife 2010.

TRABALHO	TOTAL	PERCENTUAL
aposentado	2	5,4%
não	16	43,2%
sim	19	51,4%
TOTAL GERAL	37	100,0%

Tabela 9: proporção dos usuários segundo a renda pessoal. Recife 2010.

RENDA	TOTAL	PERCENTUAL
0	1	3,8%
1	4	15,4%
0 - 1	1	3,8%
1 a 3	11	42,3%
3 ou +	8	30,8%
ignora	1	3,8%
TOTAL GERAL	26	100,0%

Tabela 10: proporção dos usuários segundo pessoas que moram na mesma residência. Recife 2010.

NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM NA CASA	TOTAL	PERCENTUAL
1	3	8,1%
2	8	21,6%
3	10	27,0%
4	7	18,9%
5	5	13,5%
6	2	5,4%
7	2	5,4%
TOTAL GERAL	37	100,0%

Tabela 11: proporção dos usuários segundo posse de automóvel. Recife 2010.

CARRO	TOTAL	PERCENTUAL
não	17	45,9%
sim	20	54,1%
TOTAL GERAL	37	100,0%

Tabela 12: proporção dos usuários segundo posse de imóvel. Recife 2010.

RESIDÊNCIA PRÓPRIA	TOTAL	PERCENTUAL
Não	3	8,1%
Sim	34	91,9%
(vazio)		0,0%
TOTAL GERAL	37	100,0%

Tabela 13: proporção dos usuários segundo renda familiar. Recife 2010.

RENDA FAMILIAR	TOTAL	PERCENTUAL
0	1	2,7%
1 salário mínimo	1	2,7%
1 a 3 salários mínimos	9	24,3%
mais de 3 salários mínimos	20	54,1%
sem renda fixa	6	16,2%
TOTAL GERAL	37	100,0%

Tabela 14: proporção dos usuários segundo a religião. Recife 2010.

RELIGIÃO	TOTAL	PERCENTUAL
candomblé ou umbanda	1	2,63%
Católica	16	42,11%
católico e espírita	1	2,63%
Espírita	2	5,26%
Evangélica	1	2,63%
evangélica assembléia de deus	3	7,89%
RELIGIÃO	TOTAL	PERCENTUAL
evangélica batista	3	7,89%
evangélica igreja congregacional	1	2,63%
evangélica prebisteriana	1	2,63%
evangélico família de cristo	1	2,63%
não possui	8	21,05%
TOTAL GERAL	38	100,00%

Tabela 15: proporção dos usuários segundo a prática religiosa. Recife 2010.

PRATICA A RELIGIÃO	TOTAL	PERCENTUAL
não	12	33,3%
sim	23	63,9%
sim e não	1	2,8%
TOTAL GERAL	36	100,0%

Tabela 16: proporção dos usuários segundo relações sexuais. Recife 2010.

JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS	TOTAL	PERCENTUAL
Não	3	8,3%
Sim	33	91,7%
TOTAL GERAL	36	100,0%

Tabela 17: proporção dos usuários segundo idade de início da vida sexual. Recife 2010.

IDADE DE INÍCIO DA VIDA SEXUAL	TOTAL	PERCENTUAL
12	1	4,0%
14	1	4,0%
15	2	8,0%
16	4	16,0%
17	7	28,0%
18	5	20,0%
19	3	12,0%
21	1	4,0%
27	1	4,0%
TOTAL GERAL	25	100,0%

Tabela 18: proporção dos usuários segundo relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. Recife 2010.

RELAÇÕES SEXUAIS COM PESSOAS DO MESMO SEXO	TOTAL	PERCENTUAL
Não	32	84,2%
Sim	6	15,8%
TOTAL GERAL	38	100,0%

Tabela 19: proporção dos usuários segundo a cor da pele. Recife 2010.

COR DA PELE	TOTAL	PERCENTUAL
Amarela	1	2,63%
Branca	12	31,58%
Ignora	1	2,63%
Negra	3	7,89%
Parda	21	55,26%
TOTAL GERAL	38	100,00%

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
USUÁRIOS/AS

Universidade Federal da Paraíba
Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões - PPGCR

PESQUISA

**Práticas discursivas sobre sexualidade e religião de mulheres e homens com
diagnóstico de esquizofrenia**

Pesquisadora
Andréa Graupen/ UFPB

Orientador:
Prof. Dr. José Vaz Magalhães Neto

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USÁRIOS/AS
(ENTREVISTAS DE GRUPO)**

Prezado Sr(a).

Solicito autorização para entrevistar e gravar depoimentos a serem utilizados numa pesquisa que procura, dentre seus objetivos, analisar o discurso de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e articular as possíveis relações entre sexualidade e religiosidade.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista. Você pode inclusive ouvir a gravação das entrevistas e solicitar que seja retirado o que você não concorda. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante nossa conversa. Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para produção de artigos científicos.

Qualquer dúvida, o/a Sr./a poderá entrar em contato com a pesquisadora:

Andréa Graupen
(81) 3441.0433

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador

_____	_____	_____
(nome do/a entrevistado)	(assinatura)	(data)
_____	_____	_____
(nome do responsável)	(assinatura)	(data)
_____	_____	_____
(nome da pesquisadora)	(assinatura)	(data)

Recife, de de 2010.

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA DE GRUPO

- 1- PARA VOCÊS RELIGIÃO É...
- 2- QUANDO EU FALO SEXUALIDADE O QUE VOCÊS PENSAM?
- 3- O QUE VOCÊS PENSAM SOBRE VIRGINDADE?
- 4- HOMOSSEXUALIDADE É...
- 5- QUAL A OPINIÃO DE VOCÊS SOBRE O CASAMENTO?
- 6- QUANDO EU DIGO ABORTO, O QUE VEM A SUA CABEÇA?
- 7- O QUE VOCÊS PENSAM SOBRE ESTUPRO?
- 8- E SOBRE PEDOFILIA/ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS?

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PSIQUIATRAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal da Paraíba
Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões - PPGCR

PESQUISA

**Práticas discursivas sobre sexualidade e religião de mulheres e homens com
diagnóstico de esquizofrenia**

Pesquisadora
Andréa Graupen/ UFPB

Orientador:
Prof. Dr. José Vaz Magalhães Neto

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PSIQUIATRAS
(entrevista individual)**

Prezado Sr(a).

Solicito autorização para entrevistar e gravar depoimentos a serem utilizados numa pesquisa que procura, dentre seus objetivos, analisar o discurso de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e articular as possíveis relações entre sexualidade e religiosidade.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista. Você pode inclusive ouvir a gravação das entrevistas e solicitar que seja retirado o que você não concorda. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para produção de artigos científicos.

Qualquer dúvida, o/a Sr./a poderá entrar em contato com a pesquisadora:

Andréa Graupen

(81) 3441.0433

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela pesquisadora.

_____	_____	_____
(nome do entrevistado)	(assinatura)	(data)

_____	_____	_____
(nome da pesquisadora)	(assinatura)	(data)

Recife, de de 2011.