

**Para além de anjos, loucos ou demônios:
um estudo sobre modos de subjetivação da loucura**

Luana da Silveira- doutoranda em Psicologia Social - UERJ
luanadasilveira76@gmail.com

1.0 Conversações iniciais

O presente trabalho se propõe a apresentar a minha pesquisa de mestrado¹ pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, realizada em um CAPS II- Centro de Atenção Psicossocial, de um município da Bahia (SILVEIRA, 2008).

Parte-se do entendimento de que os CAPS, enquanto dispositivos estratégicos substitutivos ao modelo manicomial, devem operar sob a lógica da invenção, propondo novos discursos e práticas *sobre a loucura, com a loucura e com o louco*, em consonância com os pressupostos ético-estético-políticos da Reforma Psiquiátrica. Deste modo, os CAPS precisam ser articuladores de uma rede de cuidado, como devem produzir interferências no cotidiano, no território, onde são mais potentes e turbinados. Com isso, questões referentes à religião, sexualidade, violência urbana, entre outros, exigem sua inclusão nas ações desenvolvidas, exigindo a ampliação do escopo tradicional da clínica.

Estas questões estiveram presentes em minha experiência enquanto psicóloga de um CAPS II no interior do estado da Bahia, onde atuei durante 3 anos. Mobilizada pelo potencial disruptivo da loucura, me senti impelida a compreender sua interface com a religião por ser um tema constante neste CAPS, trazido pelos usuários e familiares como referência ao modo como compreendiam a vida, o seu sofrimento e enfrentavam as questões do cotidiano. O que me surpreendia e me incomodava eram as referências aos costumes tradicionais impostos por determinadas religiões, que incitavam comportamentos morais como também rejeitavam modos de vida que não se enquadravam nos preceitos religiosos. Além disso, o perfil proselitista do evangélico e o posicionamento de combate às religiões espíritas, espiritualistas, dentre elas, as afro-brasileiras, provocavam alguns desassossegos, pois iam de encontro aos meus valores e princípios ético-estéticos e políticos. E a compreensão da loucura enquanto possessão demoníaca, cujo *mal* teria que ser *expulso* residia no ponto chave que mobilizava a minha atuação perpassada por indignação contra qualquer modo de esquadramento da produção desejante.

À *surpresa*, ao *incômodo*, ao *desassossego*, agregavam-se a *curiosidade* e o *interesse* em conhecer, entender outras referências à religião que causavam *estranhamento*, principalmente sobre a possessão, o exorcismo, a glossolalia, a profecia e o louvor. Afetos que também eram mobilizados quando ouvia palavras como *Demônio*, *Diabo*, *Satanás*, *Inimigo*, enquanto representante de todos os males.

Então, diante de algo que se tornou tão presente no meu cotidiano, compreender a interface entre a saúde mental e a religião tornou-se imperativo. Assim, este trabalho parte do pressuposto de que a relação entre CAPS e religião situa-se num campo de forças, podendo reproduzir tensões históricas entre a ciência e a religião enquanto modos de produzir saberes, fazeres sobre a loucura, sobre o louco. Esta tensão parece se acentuar na relação com determinadas religiões, como as pentecostais, que concebem a loucura como possessão demoníaca, o que mobiliza rituais para “expulsão do mal” (ANDRADE, 2002; RABELO, 1993; ANTONIAZZI ET AL, 1994).

A constatação da necessidade de promover diálogos entre estas instituições mobilizou a construção desta pesquisa. Para tanto, recortou-se como objeto de estudo modos de subjetivação da loucura através das experiências religiosas dos usuários de um CAPS II nas religiões pentecostais. A escolha do pentecostalismo reside no reconhecimento desta religião, que comporta várias igrejas, como fenômeno emergente na contemporaneidade. Além disso, em minha prática, observei que muitos usuários buscavam estas igrejas porque elas oferecem

¹ Esta pesquisa teve como orientadora a professora doutora Mônica de Oliveira Nunes.

possibilidades de atendimento às questões práticas da vida cotidiana, desde a proposta de cura das mais diversas doenças até soluções para problemas econômico-financeiros e emocionais.

Alguns questionamentos foram importantes e perpassaram este estudo: o CAPS reproduz a tensão entre ciência e religião? Não considera a dimensão da religiosidade e a filiação a religiões como importantes no cuidado? A religião é considerada como recurso terapêutico/ comunitário? Quais são os modos de subjetivação engendrados em suas práticas? Os espaços religiosos pentecostais vão de encontro aos pressupostos da Luta Antimanicomial? Traduzem-se como espaços importantes para a construção de sentido da vida e para a compreensão do mundo? Contribuem para a estruturação de práticas cotidianas, promovendo suporte social? Favorecem a produção de novos sentidos à experiência da loucura? Configuram-se como modos de cuidado? Que subjetividades são produzidas nos interstícios destas instituições?

A análise engendrada por esses questionamentos se situa no campo da produção de subjetividade, com caráter de produção, de subjetivação, processualidade, constituído por um movimento ininterrupto, aberto ao devir (GUATTARI & ROLNIK, 2000), acompanhando e produzindo movimentos de vida nos interstícios das relações entre usuários, familiares, técnicos, entre outros. Deste modo, colocam-se em análise modos de subjetivação da loucura através das experiências dos usuários do CAPS nas religiões pentecostais e como essas experiências são articuladas entre o serviço e estas religiões.

2.0. Modos de Caminhar e produzir encontros

A partir do referencial da Análise Institucional- AI, esta pesquisa se delineou como um estudo qualitativo com enfoque etnográfico, realizado em um CAPS II em um município no interior do estado da Bahia, sendo, portanto, um estudo de caso.

Considera-se que, muitas vezes, as políticas públicas partem da premissa de necessidades universais, inequívocas e naturais das instituições sociais. Já a AI, considera que as necessidades destas instituições são forjadas historicamente, produzidas dentro de um contexto dentro do qual merecem ser problematizadas.

A etnografia, por sua vez, se propõe a *tornar familiar o estranho, e estranhar o familiar*, num jogo incessante de aproximação e distanciamento para o conhecimento de uma dada realidade. O etnógrafo deve, então, imergir no universo do grupo ou cultura pesquisada. Na perspectiva da antropologia interpretativa, Geertz (1989) através da “descrição densa”, procura apontar modos de existência e interpretação dos mesmos, na perspectiva dos nativos e dos estrangeiros (como pode ser o pesquisador, o analista). Enquanto pesquisadora híbrida procurei me deixar afetar pelo estranhamento, através do reconhecimento, produção e afirmação de diferenças, marcadas por um regime de afetabilidade, de interferência (implicada, intencional) no processo, produzindo estranhamentos.

Para tanto, foi realizada a observação participante dos modos de operar com a loucura e com o louco no contexto das práticas do CAPS, sobretudo analisando discursos acerca do tema da religião, especialmente no que se refere às experiências religiosas pentecostais.

Foram realizadas entrevistas com 4 usuários do CAPS com diagnóstico de psicose, sem² crise no momento da pesquisa, com referência de filiação religiosa às igrejas pentecostais, que foram acompanhados individualmente ou em grupo por mim quando era psicóloga do serviço; entrevistas com os familiares destes usuários e entrevistas com técnicos do CAPS. As entrevistas foram conduzidas através de um roteiro semi-estruturado, tendo como questões básicas para investigação o itinerário terapêutico e religioso e seus sentidos para a compreensão do seu sofrimento psíquico, modos de subjetivação da loucura, modos de entendimento dos familiares e técnicos sobre seu envolvimento religioso. Foram entrevistados membros da família de três

² Gostaria de registrar meu profundo incômodo e discordância com o fato de ter que selecionar usuários “sem crise”, como orientação *ética* das pesquisas em saúde, por entender que a crise é um momento que explode toda uma configuração coletiva, de uma riqueza ímpar...

usuários, não tendo sido possível entrevistar nenhum familiar de um dos entrevistados, apenas um membro de sua rede afetiva, no caso, sua namorada. Os dados produzidos, através das entrevistas com os familiares, foram articulados com os dados produzidos a partir das entrevistas com os usuários, possibilitando a análise de discursos que se encontram e se separam por meio de distintas interpretações engendradas sobre a experiência do sofrimento, os cuidados terapêuticos e as experiências religiosas.

Outra técnica utilizada foi a do grupo focal, realizado com os técnicos do CAPS. A análise documental foi outro procedimento utilizado, tendo como objetivo compreender como são elaborados os projetos terapêuticos singulares, identificando discursos presentes em prontuários, registros de serviços do CAPS, entre outros.

3.0 Vidas cruzadas

Buscando transversalizar as experiências, sentidos e modos de subjetivação, analisando a implicação dos diversos sujeitos, os dados produzidos foram discutidos em três eixos analíticos: 3.1. Modos de subjetivação da loucura; 3.2. Modos de subjetivação da religião; 3.3. Modos de cuidado: limites e possibilidades de articulação do CAPS com o espaço religioso pentecostal;

O referencial para a análise é inspirado na Análise Institucional- AI, e vários aliados. A AI é trazida como uma maneira singular de entender o que são as relações instituídas, estabelecidas, bem como a forma de trabalhá-las. Permite ainda o engendramento de movimentos instituintes que atravessam e movimentam as instituições, que podem ser percebidos através dos analisadores. O analisador funciona como uma pista para que se construa uma interpretação sobre a forma como as diversas dimensões e implicações envolvidas no processo são transversalizadas (BAREMBLITT, 1996).

Colocar em análise uma instituição implica então, no reconhecimento de seus fluxos capturados e em curso que movimentam e/ou a conservam, identificando e fazendo eclodir crises, emergência dos analisadores, que são históricos e construídos, permitindo analisar as transversalidades e implicações. A análise das implicações busca dar visibilidade às relações dos participantes, incluindo o próprio pesquisador, com as instituições que se atualizam na intervenção. Assim, transversalizar as análises reside em iluminar as instituições atravessadas nas práticas, visando à superação do limite da análise da verticalidade, que aponta para relações sociais institucionalizadas, hierarquizadas e funcionais, e superação da análise da horizontalidade, que denota relações imediatas, informais nos diferentes estratos (ROCHA & AGUIAR, 2006).

3.1. Modos de subjetivação da Loucura – Como dizer o indizível

Para começar, há que se destacar que *a palavra loucura não aparece nos discursos*, tanto de usuários, como de técnicos e familiares, como um modo de entendimento acerca da experiência disruptiva do sofrimento psíquico. Tal ausência aponta para a negativização do sentido da loucura, marcada por preconceito e estigma historicamente construídos, constituindo-se como um analisador, visto que a loucura foi emudecida e rechaçada como fonte de alguma verdade num processo iniciado no século XVII, através do engendramento da contraposição absoluta entre razão e desrazão. Enquanto minoria, os loucos emudecidos e excluídos têm sido historicamente, deste então, os representantes da escória da humanidade, como um *mal* a ser banido/ curado (PELBART, 2001; BIRMAN, 2002; FOUCAULT, 2005).

Loucura interdita - em seu lugar aparece a *depressão* no discurso de todos os usuários entrevistados. Neste sentido, a justificativa que uma das entrevistadas encontra para denominar seu sofrimento psíquico enquanto depressão “*eu falo só na depressão, depressão todo mundo tem, né?*” (sic) sintetiza o modo como esse sofrimento tem tido visibilidade na contemporaneidade, o que denota a proliferação do mal-estar por um lado, e por outro, uma patologização dos sofrimentos inerentes à experiência de viver.

A modalidade negativa que perpassa a leitura da loucura/ depressão deve ser questionada, como um analisador histórico de um ideal de valores que enfatiza o individualismo do sujeito contemporâneo, indicando “imperativo moral do que devemos ser” (BIRMAN, 2002, p. 187). Entretanto, o sentido da depressão também evidencia uma maior aceitação social, pois como sabiamente foi apontado: “*até mesmo Jesus Cristo teve depressão no momento em que se sentiu desamparado*” (sic).

É interessante evidenciar que este modo de subjetivar a loucura aparece como uma nova roupagem sobre o modo como tradicionalmente as classes populares significam como “doença dos nervos”. Outro analisador é o significado da loucura como *psicose não identificada*, que não apareceu nas entrevistas e nas conversas com os técnicos, mas pôde ser identificado nos prontuários, como diagnóstico de três sujeitos. Isto aponta para a complexidade e conseqüente dificuldade em enquadrar a experiência disruptiva do sofrimento psíquico e da loucura na classificação nosológica.

Por outro lado, os significados que emergem na maioria dos discursos são o *de doença psiquiátrica* e *transtorno mental*. Termos analisadores que corroboram com o modelo hegemônico, gestado na modernidade, através da constituição do paradigma psiquiátrico, que reduz a experiência da loucura à de doença mental. (AMARANTE, 1995). A loucura como doença também aparece no discurso de três usuários, “*Eu estou consciente de que é um problema né, uma doença psiquiátrica*” (sic). Apenas um dos entrevistados faz o contraponto “*eu não tenho problema mental não. Problema né, como é que fala? Da mente desde nascença tenho não (...). Problema da alma, problema de tristeza*” (sic), evidenciando a influência religiosa na compreensão da loucura enquanto sofrimento psíquico, uma vez que atribui ao demônio a responsabilidade pelo seu problema.

Para os familiares, mesclam-se os significados de *doença e problema espiritual*, sendo que os filhos de uma das usuárias fazem o contraponto ao evidenciarem o sentido de doença, ao mesmo tempo em que apontam situações da vida cotidiana, que envolvem as relações familiares, como geradoras do seu sofrimento psíquico.

Outro modo de subjetivação da loucura é enquanto *possessão demoníaca*. Contudo, embora este seja o modo como o pentecostalismo, enquanto agenciamento coletivo, enuncia a loucura, aparece de modo significativo apenas em dois casos, sendo, portanto, um analisador. O modo de subjetivar a loucura não passa pelo significado da doença, mas como um problema espiritual, em que a *depressão* é vivida como uma intervenção demoníaca: “*demônio coloca a tristeza na pessoa, as coisas, a doença na pessoa, quando ele vive até ao redor da pessoa*” (sic); “*o mal é o diabo que fica me falando*” (sic) Entretanto, outra entrevistada coloca que mesmo no momento em que se sente atormentada pelos delírios persecutórios, não atribui à possessão demoníaca. “*Mas o pessoal, esse pessoal evangélico é um pessoal diferente. É um pessoal diferente, eles invocam muito assim, diz muito, fala muito em demônio, essa coisa toda*” (sic).

Para os familiares entrevistados, embora todos sejam pentecostais, este significado não aparece em seus relatos. Este também é um analisador, que evidencia o modo como o significado hegemônico de doença atravessa a maneira de entendimento dos familiares e se sobrepõe a outros significados.

Os técnicos, por sua vez, tecem críticas ao significado de possessão, o que constitui uma das principais divergências em relação às religiões pentecostais.

Neste eixo me surpreendeu a ausência de algumas categorias sobre a loucura, tais como diferença, desrazão, estranhamento e invenção, que são modos de afirmar positivamente a experiência da loucura, enquanto movimento instituinte, engendrado como contraponto aos significados instituídos ensejados pela clínica psiquiátrica tradicional. Esta ausência também é um analisador que aponta para a necessidade de direcionarmos nossos olhares “para os ideais que ‘pairam’ acima de nossas cabeças e ocupam nossa imaginação, como assombrações que nos exortam” (FONSECA, 2004, p. 32). E deste modo, nos acompanham no cotidiano de nossas

práticas de produção de saúde e cuidado em saúde mental, oferecendo o risco de institucionalizar a loucura com novos dispositivos. Falamos dos *manicômios mentais* (PELBART, 2001), engendrados por um agenciamento coletivo do tipo “capitalístico” (GUATTARI & ROLNIK, 2000), tanto do ponto de vista epistemológico, assistencial e jurídico, quanto cultural, que interrompe e obstrui a produção desejante da loucura.

3.2. Modos de subjetivação da religião

A presentificação da religião na vida dos quatro usuários se mostra de modo significativo, evidenciando a matriz religiosa familiar e a inserção no espaço religioso desde a infância, sendo que dois sujeitos migraram da igreja católica para a igreja pentecostal, enquanto que os outros dois são evangélicos desde a infância. Em todos os casos o itinerário religioso aparece, o que é uma característica comum entre fiéis pentecostais (ANDRADE, 2002). Para dois sujeitos, a religião se constitui como principal modo de subjetivar a loucura, aparecendo nitidamente como *agência terapêutica*, pois oferece um idioma que propicia um ordenamento para a experiência disruptiva da loucura ao denominá-la como *possessão*, constituindo-se enquanto um analisador. A religião também propicia um ritual de cura, através do exorcismo, que consiste em expulsar o demônio por meio de orações e da imposição das mãos sobre o indivíduo que está possuído, em que o líder religioso afirma a existência do diabo para poder expulsá-lo, como indica este relato: “*Chamam as pessoas na frente pra orar (...) Começa a orar, impõe as mãos na cabeça é, coloca as mãos, vira, coloca as mãos pra cima, pra orar pra, expulsar, chamar pelo sangue de Jesus. Coloca a mão na cabeça da pessoa, ora e faz a oração “demônio, sai o demônio, manifesta!”*.”(sic)

A crença na cura denota que ela acontece na medida em que o sujeito se liberta da possessão do demônio, enquanto representante do mal que o aflige, como pode ser visto em outra fala: “*É o espírito do mal vai saindo da pessoa, a pessoa se liberta (...) Libertação da alma. (...) É coloca a mão na cabeça pra expulsar o, os, expulsar o diabo (...) Eu fecho os olhos, começo a orar. Eu caio no chão e aí o mal foi embora*”. (sic)

Conforme Rabelo (1993), a importância dos cultos religiosos, enquanto agências terapêuticas entre as classes populares urbanas, tem sido amplamente reconhecida, através da análise das diferentes estratégias pelas quais as religiões reinterpretem a experiência da doença, da aflição e, desta forma, produzem mudanças no modo pelo qual o sujeito doente e a comunidade em que está inserido percebem o problema.

No entanto, outra entrevistada, que está há cerca de 2 anos numa igreja pentecostal renovada, não compartilha com o universo simbólico do ritual religioso de sua igreja, que provoca estranhamento e medo, mas também fascínio, uma vez que o ritual desta igreja difere significativamente da sua igreja de batismo, a Igreja Batista Tradicional. Para ela, a religião se constitui como *rede social* que propicia a inclusão social, sendo, portanto, um analisador. O que é reiterado pelos filhos, que migraram com ela para a Igreja Renovada no momento em que a Igreja Batista Tradicional falhou enquanto espaço de inclusão social e eles se sentiram forçados a mudar de igreja, tendo sido acolhidos em uma neopentecostal.

Uma das entrevistadas, a única adepta de uma religião representante da primeira onda - a face tradicional do pentecostalismo, a religião apresenta um *modelo de e para a realidade*, incitando padrões morais de comportamento (GEERTZ, 1978). A religião, enquanto sistema simbólico, é público e centrado no ator, que o usa para interpretar seu mundo e para agir, de forma que também o reproduz. As interações sociais são baseadas numa realidade simbólica que é constituída de, e por sua vez, constitui os significados, instituições e relações legitimados pela sociedade. Este modo de se relacionar com a religião se constitui como um analisador da sua história. “*É a gente orando, é bom, não é ruim não, melhor assim do que no mundo pra perdição né, não? Nas drogas igual muitos, que fica nas droga, é pior ainda. Melhor ir pra uma igreja*

assim, evangélica mesmo, de que no mundo, em outro mundo das drogas ou pintando os escambaus igual tem muitos(...)” (sic)

Todavia, a religião para ela não se constitui como agência terapêutica. Embora aborde o espaço religioso como “um lugar para onde ir” nos momentos em que se sente sozinha, sua relação com a religião Congregação Cristã no Brasil é ambígua, uma vez que se sente discriminada pelos fiéis e apresenta dificuldades para se *enquadrar* dentro dos preceitos religiosos. Contudo, após a experiência da tentativa do suicídio, a busca da religião tem se dado como um modo de garantir a salvação, através do arrependimento e da fé, o que é estimulado pela família.

Embora os modos de subjetivar as experiências religiosas são diferentes, todos acreditam na Santíssima Trindade: Pai, Filho e Espírito Santo e procuram Deus no momento de aflição, revelando uma relação transcendental com o divino, em que a religião se constitui como mediadora desta relação e por isso assume importância em suas vidas, sendo, portanto, um analisador. “*O Senhor é meu pastor e nada me faltará*”. A crença em um *Deus Todo-Poderoso, Infalível, que Cura, que Salva e que Ama* perpassa o modo de lidar com a vida, com as situações de dor, aflição, entre outros, sentindo-se amparados, protegidos e até mesmo *perdoados*.

A recorrência à religião em momentos de dor, sofrimento, doença é muito comum em nossa sociedade e ocorre em muitas situações em que os modelos tradicionais de cuidado não conseguem resolver todos os problemas demandados (RABELO, 1993; ESPINHEIRA, 2005; REDKO, 2004; VASCONCELOS, 2006; MONTERO, 1985; NUNES, 1999; ANDRADE, 2002; BALTAZAR, 2003). Além disso, as igrejas pentecostais oferecem um ritual mágico, permeado por cantos, danças que expressam intensas emoções, o que mobiliza a adesão de fiéis, assim como a ênfase em dons, como da profecia e da glossolalia, produzem um encantamento e um fascínio sobre as pessoas, como foi evidenciado em todos os casos (ANTONIAZZI et al, 1994).

Para os familiares entrevistados a religião não aparece diretamente como agência terapêutica. Os filhos de uma das usuárias se posicionam categoricamente, diferenciando os espaços terapêuticos dos espaços religiosos, inclusive não vislumbram possibilidades de que a religião possa produzir a cura, mas ressaltam o papel de rede social. “*Eu acho que pode ajudar, mas não tratar. É porque na igreja você tá convivendo com outras pessoas né (...) isso pode ajudar bastante, mas curar assim, eu acho que, além disso, tem que ter o tratamento. A mesma coisa é você falar assim “tô com o braço quebrado, eu vou na igreja que eu vou curar”. Acho que não tem nem lógica” (sic)*.

Apesar da presença da temática da religião, sobretudo as evangélicas, no cotidiano do CAPS, a perspectiva dos técnicos é de *negativização e negação* da experiência religiosa dos usuários, se configurando como analisador. Tecem críticas ao modo como determinadas religiões oferecem um padrão rígido de comportamento moral, gerando conformismo, resignação e uma crença no determinismo. Ademais, apontam que a dificuldade maior é com as igrejas evangélicas/protestantes. “*...devo confessar que tenho um pouco de resistência aos protestantes, a religião... mas tenho trabalhado muito nisso por conta que a grande maioria dos usuários aqui do serviço são de religiões protestantes.(...) e assim me parece que há uma imposição muito grande das questões da bíblia, há proibições e que às vezes a pessoa se submete sem nem entender o porquê daquilo. Então eu não concordo muito né, com esse tipo de conduta, mas tenho procurado não deixar interferir nos atendimentos.” (sic)*

De acordo com Rabelo (1993), para que o tema seja reconhecido e abordado na comunidade, é importante que se compartilhe o universo simbólico. O desconhecimento, o preconceito, as crenças pessoais e, sobretudo, o atravessamento das concepções tradicionais em saúde sobre a religião, favorecem para a negação e a negativização da experiência religiosa. Salienta-se que os argumentos para tal visão não foram pautados nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. O modo como a equipe técnica aborda a religião corrobora com diversos estudos que denotam que há uma tensão entre o campo da saúde e o campo religioso sobre modos de entender e lidar com fenômenos envolvendo saúde/doença e cuidado, principalmente sobre o

sofrimento psíquico e a loucura (ESPINHEIRA, 2005; VASCONCELOS, 2006; BALTAZAR, 2003; MACHADO, 2001). Entretanto, há o reconhecimento de que a religião para algumas pessoas se constitui como um modo de inclusão social, o que favorece a melhora da situação disruptiva de sofrimento psíquico. Essa possibilidade apontada é um analisador que denota que as posições não são unívocas e homogêneas. “*Existem alguns usuários que, por conta da religião, por se sentirem acolhidos, fazem parte de um grupo social, têm uma melhora relevante*”(sic).

3.3. Modos de cuidado em saúde mental: limites e possibilidades de articulação do CAPS com o espaço religioso pentecostal

Todos os usuários da pesquisa carregam a marca do modelo manicomial em seu itinerário terapêutico, sendo que todos tiveram passagem pelo ambulatório de Psiquiatria, sendo um analisador. Esta *necessária passagem* pelo ambulatório denuncia uma estratégia assistencial que materializa a possibilidade de gerir a terapêutica centrada no atendimento médico e na psicofarmacologia, sem necessitar do hospital (DIMENSTEIN & ALVERGA, 2005).

Dois usuários também são marcados pela experiência *enlouquecedora* da internação em Hospital Psiquiátrico, que no caso dele, ocorreu mesmo após estar sendo acompanhado pelo CAPS. Apesar de tecerem críticas a este modelo, apontam para o caráter *imprescindível* da necessidade do hospital nos momentos de *crise*, o que é reiterado pelos seus familiares. A *necessidade* do manicômio é reforçada pela dificuldade apresentada pelo CAPS em abordar a crise, encaminhando alguns usuários para internação psiquiátrica, o que é um analisador que revela ainda a fragilidade da rede de saúde no cuidado integral em saúde mental neste município, uma vez que não possui leitos no hospital geral e nem um CAPS III, que poderiam prestar um cuidado mais intensivo no momento da crise. Ademais, não existe uma articulação com a rede social, o que também é fundamental para a atenção integral das pessoas com sofrimento psíquico.

A recorrência ao hospital, como o *velho caminho da roça* trilhado há séculos, nos momentos de intensificação do sofrimento psíquico, é um analisador das dificuldades culturais, que se materializam no CAPS e na rede de saúde, para que novos entendimentos e práticas sobre a loucura e com o louco surjam. É também um analisador da lógica *alternativa* que permeia o processo de implantação da mudança de modelo de atenção em saúde mental. Se, por um lado, a Política Nacional incentiva a expansão da rede de serviços comunitários e territoriais, centrando na estratégia CAPS, por outro, o fechamento dos hospitais psiquiátricos, após o processo de redução progressiva de leitos, ainda se constitui como um futuro longínquo, quase inalcançável, não havendo clareza nem um planejamento definido. Tal lógica denuncia o funcionamento da rede que deveria ser *substitutiva* e se apresenta enquanto rede *alternativa* e *complementar* ao hospital psiquiátrico.

Na medida em que a lógica manicomial ou hospitalocêntrica se presentifica nos serviços substitutivos e se espalha pelas cidades, escancara modos de subjetivação contemporâneos eivados por “desejos de manicômios” (MACHADO & LAVRADOR, 2001), que capturam e mortificam a loucura (DIMENSTEIN & ALVERGA, 2005).

Nas histórias de dois entrevistados, o CAPS não aparece enquanto um modo de cuidado no momento da crise, a qual é entendida aqui como uma realidade subjetiva e coletiva, que perpassa o sujeito, as coisas e as instituições, atravessada pelas dimensões familiar, econômica, social, cultural, política, histórica, antropológica, sexual, afetiva, ética, estética, entre outros.

Além disso, o CAPS apresenta dificuldades em lidar com as questões da vida cotidiana de uma das entrevistadas, com sua diferença, inquietude e movimento de recusa em aderir aos projetos terapêuticos impostos pelo serviço. A equipe se mostra incomodada também com seu pai, uma vez que ele, ao mesmo tempo em que legitima o atendimento médico, desautoriza o mesmo, ao alterar as medicações sem conversar com os profissionais do serviço.

Em outro caso, esta dificuldade também aparece evidenciada pela ausência de um técnico de referência do próprio serviço, bem como pela intolerância com os recorrentes pedidos para realização do exame de HIV.

Deste modo, o CAPS produz subjetividades institucionalizadas, normatizadas, manicomialis. Isso também é evidenciado pelo modo como todos se referem *ao lugar da medicação no projeto terapêutico*, e aparece nos diversos discursos “*Ela disse pra mim que, disse que, que prefere ver eu morrendo de sono, sem agüentar fazer quase nada, do que agüentando, movimentando, fazendo as coisas, e tudo e nervosa. “É pior”, ela falou. Melhor tomar certinho o remédio igual ela quer e ficar calma, mas o pior é que tá precisando da gente também Luana*” (sic). O caráter de denúncia que assume do discurso citado é no sentido do esquadramento do desejo, da mortificação da experiência delirante que a medicação tem assumido historicamente. Entretanto, diante de um sofrimento psíquico, que é difuso e abstrato, culturalmente há uma legitimação do uso da medicação, que afirma a existência de doença e oferece cura e normalidade, conferindo-lhe um grande poder. O discurso de um familiar “*Será que essa medicação não vai resolver o problema dessa menina, não normalizar a mente dela?*” evidencia a busca por respostas prontas, objetivas e claras.

A medicação – *pílula de Deus*, aparece em alguns discursos legitimada por explicações religiosas: “*Abaixo de Deus, vem o tratamento também né? As medicações e todo tratamento que envolve. (...) Deus criou o médico, criou a medicação, deu a inteligência ao homem pra fazer a medicação, a inteligência ao médico pra né, pra nos examinar e tudo. Então eu creio que Deus tá no meio disso aí também*” (sic).

Todavia, com esta prática, coexistem outras propostas terapêuticas, que abrem a possibilidade para novas experiências, como todos evidenciaram, com destaque às atividades festivas e outras que contribuem para o processo de autonomia e inclusão social. A riqueza dos relatos de uma das entrevistadas demonstra o quanto o CAPS tem se constituído para ela como um modelo de atenção integral, capaz de lidar terapêuticamente com seus delírios, medos, inseguranças, desvios, oferecendo atividades terapêuticas, como teatro e oficina de boneca, nas quais ela se implica de modo a ressignificar sua experiência disruptiva de sofrimento intenso. Para além disso, coloca que o CAPS devolveu-lhe o sentimento de ser “gente”, de pertencimento ao mundo. É como um *espaço sagrado*, onde se sente amparada, segura, acolhida e estimulada a desenvolver várias potencialidades artísticas.

Evidencia deste modo, um movimento instituinte do CAPS, um analisador que retira o serviço do funcionamento padrão e homogêneo, mas demonstra a potência para reavaliar suas práticas, com o propósito de contribuir para o processo de melhora de seus usuários, conforme apareceu nas discussões sobre projeto terapêutico.

No grupo focal, a equipe anunciou um processo de mudança que atravessa o fazer da clínica psicossocial, revelando a busca por uma maior autonomia de gestão em relação à secretaria municipal de saúde, assim como tem apostado na co-gestão com os usuários e familiares, o que tem sido favorecido pela participação do curso de especialização em saúde mental.

A pesquisa também contribuiu para a problematização das práticas instituídas, principalmente no momento da realização do grupo focal, em que foi abordada a temática da religião, sendo um analisador importante. No processo de auto-análise, ficou evidente para a equipe o quanto este tema está presente no cotidiano do serviço e o quanto é silenciado, interdito, por ser um “*tabu*”. O que explode toda uma configuração coletiva de um campo da saúde constituído em oposição ao senso comum, aos conhecimentos mítico-religiosos e em relação às práticas religiosas terapêuticas. A equipe reconheceu o seu *desconhecimento* sobre a dimensão religiosa, tão presente no cotidiano da vida dos usuários, assim como assumiu o preconceito e a dificuldade em lidar com a religião pentecostal. Isso se deve pela compreensão de que ela *compete e atrapalha* a sua proposta terapêutica, noção que foi reforçada em um único caso em que se

sentiram impelidos a buscar a igreja, porque o pastor havia decidido internar no hospital psiquiátrico um usuário do serviço.

Deste modo, a articulação com a religião pentecostal apareceu como um *limite*, cujo reconhecimento implicou na busca por estratégias de seu enfrentamento, tais como: conhecer as igrejas, fazer parcerias, divulgar o serviço e, por fim, reconhecer que devem atuar no território, na perspectiva de rede, da qual a religião faz parte. Evidenciou-se a necessidade de articular clínica com a política.

A perspectiva de encontro com a diferença e com o diferente, que o CAPS anuncia ao abordar a necessidade de trabalho em rede e articulação com o espaço religioso, é fundamental para romper com a *esquizofrenização* gerada nas experiências dos usuários e familiares. O que apareceu em todos os relatos, que não se sentem impelidos a falar das experiências no CAPS e na igreja, pelo reconhecimento da desarticulação e disputa de saberes, poderes e projetos das mesmas.

4.0. Considerações finais

As implicações que perpassaram este estudo, demonstram movimentos de batalha entre lógicas que, num primeiro momento, apareciam como distintas e divergentes. Entretanto, ao me colocar no processo de análise permanente, foi possível perceber como os diversos atravessamentos foram responsáveis pela potência criativa do trabalho. Nada como a experiência com a diferença e com o diferente para colocar em análise concepções e posições, promovendo desestabilizações e desafetos. Ter mergulhado nos interstícios destes campos, me fez perceber que se tratava realmente de um fogo cruzado, entre lógicas diferentes, que perpassam projetos divergentes. O que *não esperava*, no entanto, era me deparar, em vias diferentes, com mapas de navegação com roteiros diversos, mas uma mesma direção... Constatar *na vida nua e crua*, a existência dos manicômios mentais (PELBART, 2001) e dos desejos de manicômios (MACHADO & LAVRADOR, 2001) que perpassam os modos de entender, lidar, cuidar, viver que atravessam as histórias (mas que explodem configurações coletivas de outras tantos personagens), foi algo no mínimo *inusitado*.

Diante do novo, tive que rever meus próprios mapas, rever rotas. Meu encontro com a Análise Institucional foi crucial para a compreensão de que se trata da análise da religião pentecostal e do CAPS enquanto instituições, vetores que incidem sobre modos de existência, que atravessam e são atravessados por corpos materiais e imateriais, num incessante processo de produção de subjetivação da loucura. Para tal, cada qual com seu manual, com sua munição: a Bíblia com seus mandamentos, de um lado e o manual de CAPS, com as portarias, de outro. *Oração e medicação como propostas de salvação*.

Enquanto instituições, atravessam e são atravessados por movimentos de captura, com propostas de normalização, de cronificação, apropriação da diferença, da alteridade, produzindo subjetividades manicomialis, tornando os loucos prisioneiros do desejo do outro, de dominação, de controle, de contenção. Todavia, as experiências concretas dos sujeitos do estudo apontam para a necessidade de analisar as instituições em sua vida cotidiana, onde se tecem práticas e discursos. Para isso, é fundamental recusar olhares totalitários, fechados em si mesmo, que produzem determinações lineares, centrados muitas vezes apenas na dimensão das macropolíticas.

Para que a vida pulse, para que possamos forjar asas num devir anjo incessante, precisamos lidar com essa intolerável tolerância ao seqüestro do que difere. Para além de defesas pró ou contra, de *demonizações* ou *angelizações* em relação à religião pentecostal, ao CAPS, o que insisto neste trabalho é na importância de promover encontros entre esses campos, principalmente engendrados pelos usuários, analisando possibilidades de articulação. E por que não, de cuidados compartilhados na perspectiva de rede de atenção integral em saúde mental quando se problematiza esses cuidados, cuja síntese é feita pelos usuários. Com isso lanço um convite/

desafio para se experimentar um pensar e agir crítico, ético, estético e político que tensione os processos de institucionalização do CAPS, da religião, da loucura e de *nós mesmos*.

5.0 Referências

- ALTOÉ, S. (org.) (2004). *René Lourau: Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec.
- AMARANTE, P. (1995). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,
- ANDRADE, M. M. (2002). *Possessão como Loucura - A noção de saúde e doença mental na Igreja Universal do Reino de Deus e sua respectiva proposta terapêutica*. Dissertação - (Mestrado em Sociologia) Universidade Federal da Bahia, Salvador/ BA.
- ANTONIAZZI et al. (1994). *Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo*. Petrópolis: Vozes.
- BALTAZAR, D. V. G. (2003). *Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade*. Dissertação (Mestrado na FIOCRUZ/ ENSP), Rio de Janeiro/ RJ.
- BAREMBLITT, G. (1996). *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- BIRMAN, J. (2002). A Psicopatologia na Pós-Modernidade. In: *O Mal-Estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.
- DIMENSTEIN, M. & ALVERGA, A. (2005) *A loucura interrompida nas malhas da subjetividade*. In: AMARANTE, P. (coordenador). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau.Fon
- ESPINHEIRA, G. (2005). *Os limites do indivíduo: mal-estar na racionalidade: os limites do indivíduo na medicina e na religião*. Salvador: Fundação Pedro Calmon, Centro de memória e Arquivo Público da Bahia.
- FONSECA, T. M. G. (2004). *O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica*. *Psicol. Soc.* v.16 n.3 Porto Alegre set./dez.
- FOUCAULT, M. (2005). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- GEERTZ, C. (1978). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. (2000). *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. 6ª edição. Petrópolis: Editora Vozes.
- LAVRADOR, M.C.C. (2006). *Loucura e vida na contemporaneidade*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Brasil.
- MACHADO, L. M.; LAVRADOR, M. C. C. & BARROS, M. E. B. (orgs). (2001). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- MONTERO, P. (1985). *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio Janeiro: Graal.
- PELBART, P. (2001). *Da Clausura do Fora ao fora da Clausura*. São Paulo: Brasiliense.
- RABELO, M. C. (1993). *Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- ROCHA, M. L. & AGUIAR, K. (2006). *Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa intervenção em movimento*. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS. Maio/agosto, v. 37, n. 2, p. 169 – 174.
- REDKO, C. (2004). Vivendo a primeira experiência da psicose através da religião. In: LEIBING, A. *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*. RJ: Nau editora.
- SILVEIRA, L. (2008). Para além de anjos, loucos ou demônios: um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais, em um município no interior da Bahia. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil, 250 p.
- VASCONCELOS, E. M. (org). (2006). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: HUCITEC.