

## CONVERSAÇÕES INICIAIS

Um pouco de possível... senão eu sufoco!  
(Deleuze)

A contemporaneidade engendra desafios provocados por questionamentos sobre os modos de viver e compreender a experiência disruptiva da loucura. Para retirá-la de um único lugar e um só tempo e percebê-la na vida cotidiana, somos convocados a refletir como a loucura tem sido problematizada, representada, interpretada, tratada e vivida ao longo da história. Isso implica na sua desnaturalização e na sua compreensão enquanto fenômeno sócio-histórico-econômico-político e cultural, que se traduz em diferentes visões de mundo e de ser humano, em que esta história desdobra-se em uma multiplicidade de tempos que se embaralham e se envolvem uns nos outros (FOUCAULT, 2005).

Implica em reconhecer que, no Brasil contemporâneo, coexiste a lógica *manicomial* com a lógica *antimanicomial*, em permanente confronto, que engendram lutas travadas num campo de forças da ordem do visível e invisível.

A lógica manicomial é gestada na modernidade, com um projeto muito bem sedimentado pelos cânones da ciência da razão, que imprime um modo de viver e produzir conhecimentos sob a perspectiva excludente e dicotomizante entre sujeito e coletivo, normal e patológico entre outros. Lógica que aprisiona a loucura sob o signo de “doença mental”, pela medicina oficial, cujo tratamento asilar é pautado pela lógica da normalização, exclusão social, estigmatização, incapacitação, desabilitação social e isenção de direitos. (FOUCAULT, 2005; GUATTARI & ROLNIK, 2000; BRASIL, 2004).

Este cenário aterrorizante atravessa, então, os séculos XIX e XX, deixando o século XXI assombrado com sua teimosia em permanecer, tanto como projeto oficial - ainda existem manicômios no Brasil... ainda existem manicômios na Bahia... em Salvador, e *oficioso* - ainda existem “manicômios” espriados em nós, expressos pela intolerância com a diferença, com o diferente...

Relativização do espaço e tempo. E Foucault está mais vivo do que nunca.  
Paisagem da Renascença no cenário contemporâneo:

Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. Isto é o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem (FOUCAULT, 2005, p. 12).

Cárcere permanente? Não... a loucura desvia, toma outros rumos (LAVRADOR, 2006). Novos dispositivos têm sido criados nas últimas décadas, no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que assumem o desafio de inventar outras rotas, outros sentidos para novas travessias com a loucura, engendradas pela lógica antimanicomial.

A atual política de saúde mental tem apostado e desencadeado o processo de transição entre os serviços hospitalares e os serviços substitutivos, com a implantação e implementação de CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, implantação das residências terapêuticas e do Programa “De volta para casa”<sup>1</sup>, visando uma atenção integral desde os serviços especializados até a re-inserção comunitária (BRASIL, 2004). Além dos serviços substitutivos, a proposta atual prevê a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica<sup>2</sup>, especialmente nas áreas cobertas pelo PSF - Programa de Saúde da Família, que consiste em um novo modelo de atenção em saúde, dirigido à família e à comunidade, com ações desenvolvidas no território<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> O Programa “De Volta Para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de sofrimento psíquico, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da OPAS e OMS para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

<sup>2</sup> Conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999).

<sup>3</sup> Espaço em permanente construção, revelador da dinâmica social, das assimetrias sociais produzidas pelas tensões entre os sujeitos sociais em embate político. Este conceito refere-se ao território-processo, que além de território-solo, geopolítico, é também território econômico, cultural, epidemiológico (MENDES & COLETIVOS, 1995).

Nesta perspectiva, os CAPS, como 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, engendrada pelo Movimento da Luta Antimanicomial<sup>4</sup>. Para se configurar como dispositivo antimanicomial, há a exigência de que os CAPS assumam os desafios do movimento, da processualidade, dos fluxos que pedem passagem para o novo. Movimento político, com convocação crítica para colocarem-se em análise as instituições, não só as asilares, mas também “as mentalidades manicomiais”, que podem atravessar o tempo e o espaço e estar entranhadas no cotidiano, inclusive nos dispositivos substitutivos.

Considerado estrategicamente como “o lugar” para construir e experimentar o projeto de mudança que estamos (?) trilhando na efetivação das propostas de desinstitucionalização da loucura e inclusão social do louco, o CAPS precisa ser articulador de uma rede de cuidado, assim como deve produzir interferências no cotidiano, no território, onde é mais potente e turbinado, podendo habitar com a loucura lugares ainda desconhecidos (LANCETTI, 2001/ 2007).

Mas não basta abrir as portas, tirar as grades, habitar a cidade se as subjetividades manicomiais, que se apropriam, engolem e devoram a loucura, penetram a vida ao ar livre, aniquilando o desejo, a vida, numa espécie de controle a céu aberto.

Com a territorialização dos CAPS, atuando com *a vida como ela é*, questões referentes à religião, sexualidade, violência urbana, violência intra-familiar, política entre outros, exigem sua inclusão nas ações desenvolvidas, engendrando diversos desafios. O que exige a ampliação do escopo tradicional da clínica, fazendo-a extrapolar os muros físicos e mentais, que obstruem a produção desejante da loucura.

---

<sup>4</sup> Movimento social que congrega militantes técnicos, usuários, familiares entre outros que vem lutando desde a década de 80 por uma sociedade sem manicômios (SILVA, M. V. O., 1995).

Estes desafios estiveram presentes em minha experiência enquanto psicóloga de um CAPS II<sup>5</sup> 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, uma vez que se tratava de um tema imanente à vida que movimentava e paralisava a instituição.

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. Tanto pela importância da religião na vida dos usuários e familiares do serviço, como pelo reconhecimento da religião enquanto agência terapêutica e recurso comunitário, na ótica e na experiência destes sujeitos concretos, com quem compartilhava dores, sofrimentos, alegrias, tristezas, potências e impotências. Ademais, a religião, enquanto instituição, produz subjetividades, as quais requerem análises.

Deste modo, este estudo 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 estes espaços institucionais mobilizou a construção desta pesquisa, que ora apresento no formato de uma dissertação. Cabe ressaltar a ausência de estudos que investigam esta interface entre CAPS e religião, o que dificultou 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.

---

<sup>5</sup> De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS se dividem em: CAPS I – população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II - população entre 70.000 e 200.000 habitantes, ambos com atendimento de segunda à sexta, das 8h às 18h; CAPS III - população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento 24h, inclusive em feriados e fins de semana; CAPS i – atendimento a crianças e adolescentes; e CAPS ad – atendimento à usuários de álcool e outras drogas.

A escolha do pentecostalismo<sup>6</sup> reside no reconhecimento desta religião, que comporta várias igrejas, como fenômeno emergente na contemporaneidade. Em poucas décadas as igrejas pentecostais alcançaram um contingente de adeptos, no Brasil, estimado entre 15 e 25 milhões de pessoas, algo próximo de 20% da população brasileira, migrados, predominantemente, do catolicismo (ESPINHEIRA, 2005). Além disso, em minha prática, observei que muitos usuários buscavam estas igrejas porque elas oferecem 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.

Neste sentido, 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 para as pessoas com sofrimento psíquico? Que subjetividades são produzidas nos interstícios destas instituições?

Muitos questionamentos, inquietações, desassossegos e muitos desejos permearam a construção deste trabalho, no qual me lanço ao desafio de colocar em análise estas instituições (CAPS e religiões pentecostais), descentrando do indivíduo o entendimento das experiências religiosas, o que implica no rompimento com a noção construída na modernidade de sujeito psíquico abstrato, universal e a

---

<sup>6</sup> Tem como características a manifestação de um Deus vivo, privilégio da experiência religiosa individual, capaz de engendrar visões, profecias, glossolalia (falar em línguas estranhas) e a inspiração, através do exercício dos dons do Espírito Santo. As seguintes igrejas fazem parte do Pentecostalismo: congregação Cristã (1910), Assembléia de Deus (1911), Igreja do Evangelho quadrangular (1951), O Brasil para Cristo (1955), Deus é Amor (1962). Já as igrejas que foram fundadas a partir das últimas décadas, as neopentecostais, são constituídas pela Igreja Evangélica pentecostal Cristã (chamada também Igreja Bom Jesus dos milagres), Igreja Rosa Mística, Igreja Universal do Reino de Deus (1977), igreja internacional da Graça (1974), Igreja Casa da Bênção (1974), entre outras (ANDRADE, 2003).

- histórico, e da noção de experiência como algo apenas individual. Para tanto, a análise se situa no campo da produção de subjetividade, com caráter de produção, de subjetivação, processualidade, constituído por um movimento ininterrupto, gerador de expectativa, aberta ao devir (BENEVIDES, 2002; GUATTARI & ROLNIK, 2000), acompanhando e produzindo movimentos de vida nos interstícios das relações entre usuários, familiares, técnicos, entre outros. Em outras palavras, este estudo pretende analisar 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.

Este processo de subjetivação é duplamente descentrado, não estando centrado nem no indivíduo nem em agentes grupais.

Trabalhada por agenciamentos coletivos de enunciação, a subjetividade é o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como *território existencial* auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação, com uma alteridade ela mesma subjetiva (GUATTARI, 1992, p. 19).

Subjetividade pulsátil, vibrátil, que desenha e redesenha um diagrama de conexões (PARPINELLI & SOUZA, 2005). Entretanto, este devir pode ser atravessado por fluxos estratificantes e territorializantes que podem desembocar em subjetividades engessadas, ameaçadas de paralisia. Guattari (1992) aponta que muitos movimentos podem encarnar em territorializações conservadoras da subjetividade. Deste modo, o caráter conservador e/ou subversivo vai depender das articulações com os agenciamentos coletivos de enunciação, no caso, o CAPS e as religiões pentecostais. Afinal, estes equipamentos coletivos de subjetivação são elos de ligação entre a vida psíquica e a realidade, engedram vozes de poder, saber e auto-referência (PARPINELLI & SOUZA, 2005).

Assim, a maior contribuição deste estudo reside na análise das micropolíticas<sup>7</sup>, construídas por estratégias voltadas para a produção de subjetividade, que se expressam no cotidiano dos serviços, transversalizadas com

---

<sup>7</sup> Plano molecular, da formalização de desejos, que rompe com a noção de unidades, mas reconhece as intensidades, como linhas flexíveis de afeto, de fuga. É o plano do devir, aberto à desterritorialização (NEVES & JOSEPHSON, 2001).

as macropolíticas<sup>8</sup>, que se expressam muitas vezes em forma de decretos e portarias e de estratégias de conscientização, que não garantem, por si só, que novos modos de lidar com a loucura e com o louco possam se produzir, mas que se constituem em modos de subjetivação. Estes planos não são estanques, estáticos, mas se movimentam, se atravessam, são fluidos “são dois modos de recortar a realidade, são dimensões indissociáveis que, apesar de terem seus modos próprios de funcionamento, se infiltram uma na outra” (NEVES & JOSEPHSON, 2001, p.105).

Considera-se, portanto, que não basta imprimir um modo de operar com a loucura no território, se as mentalidades manicomiais estão tão engendradas nestas instituições. Precisamos de políticas de contágio “acolhendo sua alteridade, abrindo portas em todos os sentidos e desobstruindo a produção desejante” (MACHADO & LAVRADOR, 2001, p. 47). Para finalizar as conversações iniciais, apresento o modo como esta dissertação está organizada em capítulos temáticos:

No capítulo 1, *Modos de Caminhar*, compartilharei as intenções e percursos realizados para a produção e análise dos dados, assim como abordarei a minha inscrição na pesquisa sobre os modos de subjetivação da loucura, partindo das experiências de usuários de um CAPS nas igrejas pentecostais, em um município no interior da Bahia.

No capítulo 2, *Fazer falar a loucura*, abordarei alguns sentidos para a experiência da loucura que, em diferentes tempos históricos, se embaralham e se confundem, entrelaçando loucura e vida, loucura e cultura, loucura e subjetividade, que se encontram em campo fértil e poroso.

No capítulo 3, *Modos de olhar e cuidar em saúde mental*, problematizarei os desafios que perpassam a nova clínica em saúde mental, considerando a importância de colocar em análise esse dispositivo para movimentar a Reforma Psiquiátrica.

---

<sup>8</sup> Plano molar, das linhas duras, dos processos instituídos, de territórios firmes. (NEVES & JOSEPHSON, 2001).

No capítulo 4, *Modos de acreditar, viver e cuidar*, abordarei os modos de subjetivação engendrados nos interstícios entre Religião e Saúde Mental, destacando o Pentecostalismo.

No capítulo 5, *Anjos, Loucos ou Demônios?*, compartilharei os dados produzidos no estudo, colocando em análise os modos de subjetivação da loucura no CAPS e nas igrejas pentecostais, a partir da perspectiva dos usuários, familiares e técnicos em saúde mental do CAPS estudado.

## CAPÍTULO 1 – MODOS DE CAMINHAR

Escrever é procurar entender,  
é procurar reproduzir o irreproduzível,  
é sentir até o último fim o sentimento que  
permaneceria apenas vago e sufocador.  
(Clarice Lispector)

Neste capítulo, compartilharei os diversos desejos, afetos e propósitos que mobilizaram a pesquisa sobre os modos de subjetivação da loucura, partindo das experiências de usuários de um CAPS nas igrejas pentecostais, em um município no interior da Bahia.

Num primeiro momento, abordo a minha inscrição na pesquisa, compartilhando minha trajetória nos dois campos: saúde mental e religião. Posteriormente compartilho os objetivos e metodologia deste estudo.

Devo continuar. Eu não posso continuar. Devo continuar. Devo dizer palavras enquanto as houver. Devo dizê-las até que elas me encontrem. Até elas me dizerem

— estranha dor, estranha falta. Devo continuar. Talvez isso já tenha acontecido. Talvez já me tenham dito. Talvez já me tenham levado até ao limiar da minha história, até à porta que se abre para a minha história. Espantar-me-ia que ela se abrisse (FOUCAULT, 2006, p. 06).

## 1.1. SOBRE A AUTORA E SEU “OBJETO”

Pra enxergar o infinito embaixo dos meus pés  
Não basta olhar de cima  
Olhar o escuro do obscuro  
(O Rappa)

Em primeiro lugar, cabe destacar que não sou uma religiosa pentecostal. Pelos diversos estudos que tenho acessado, muitos teóricos que se dedicam ao estudo da religião, são mobilizados por suas crenças e práticas pessoais no campo religioso.

Como dito anteriormente, esta pesquisa nasceu da minha experiência, como psicóloga, em um CAPS II, no interior da Bahia, onde o meu encontro com a religião pentecostal tornou-se um grande desafio, uma vez que gerou conflitos em várias dimensões. Entretanto, para compreender estes conflitos, considero oportuno passear pela minha história na saúde mental e na religião.

Meu primeiro contato com a saúde mental já fora um indicativo do que viria marcar a minha trajetória profissional. Em 1995, quando estava no início do III semestre do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul no Rio Grande do Sul, tive a experiência ímpar de participar do II Encontro Estadual de Saúde Mental Coletiva e I Encuentro de Salud Mental del Cono Sur em Bagé/ RS, organizado por militantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Neste evento, fui atravessada por tantos afetos, gerados pelo encontro com a loucura, com o louco, com a diferença e com o diferente. Tive a oportunidade de ter belos encontros com os diversos atores que procuravam produzir mudanças no olhar e atenção à loucura, aos loucos, que me desestabilizaram, gerando muitos risos<sup>9</sup> e choros.

Neste encontro, fui contaminada pelo vírus da luta antimanicomial, que, embora seus efeitos tenham ficado latentes em alguns períodos da minha vida,

---

<sup>9</sup> Recordo que tive crises de risos, juntamente com minhas colegas, parceiras de várias viagens, sendo que fazíamos piadas de tudo e sobre todos: os carecas, chamávamos de “pouca telha”, as pessoas de nariz grande, chamávamos de “ladrões de oxigênio”. O que estas brincadeiras denunciavam eram o assombro e o preconceito diante do novo, do estranho, do diferente, o que também provocou muitos choros e um processo lindo de mudanças na relação com o Outro, principalmente com o louco.

tendo feitos incursões por outras áreas, os princípios que mobilizam o movimento, tais como inclusão social, encontro com a diferença, com o diferente, a luta pela desinstitucionalização da loucura, afirmação e positivação do louco, permearam a construção do meu devir psicóloga, cuja materialização enquanto possibilidade de atuação aconteceu em 1998, no último ano da graduação, em que tive a experiência de realizar o estágio de Psicologia Comunitária no único CAPS do município, em articulação com a equipe de saúde da família de um bairro onde a maioria dos usuários do CAPS eram residentes. Com essa experiência, comprovei que a saúde mental é a minha *cachaça*.

Deste modo, quando mudei para a Bahia em 1999, um mês após a minha formatura, tive contato com os militantes da Luta Antimanicomial, com quem construí parcerias fundamentais, que estão presentes em vários momentos da minha vida nesta terra. E foi assim que, ironicamente, tive a minha primeira experiência profissional, enquanto psicóloga de uma ala de internação feminina no principal Hospital Psiquiátrico, que marca o imaginário sobre a loucura em Salvador e no estado: Hospital Juliano Moreira. Contudo, a experiência de ter trabalhado neste hospital por seis meses, ao invés de se constituir como um momento de captura pelos tentáculos nefastos do manicômio, propiciou a afirmação de princípios, incitou o desejo de contribuir com o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica no estado, que na época, não tinha nenhuma experiência com serviço substitutivo. Afinal, nada como adentrar os muros do manicômio para ter a certeza inabalável de que ele deve ser destruído!

Foi por isso que, após a conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, em 2002, fui para o município do CAPS em estudo, que se destacava no cenário estadual e nacional pelos avanços em saúde pública, a convite da coordenação municipal de saúde mental<sup>10</sup>, para atuar como psicóloga do CAPS II, dois meses após a inauguração do mesmo. Neste CAPS, atuei de dezembro de 2002 a janeiro de 2006, tendo *saído* para fazer o mestrado.

---

<sup>10</sup> A coordenadora era parceira da luta e acompanhou a minha trajetória profissional anterior no hospital psiquiátrico e na residência. Atualmente somos parceiras na secretaria estadual de saúde mental da Bahia.

O tema da religião, sobretudo a evangélica, era presente no cotidiano do CAPS, trazido pelos usuários e familiares como referência ao modo como compreendiam a vida, o seu sofrimento e enfrentavam as questões do cotidiano. Chamou minha atenção a frequência e intensidade com que eram pronunciadas frases como: “*Jesus Te Ama*”, “*Jesus Me Ama, não é qualquer um*”, “*Deus proverá*”, “*Só Jesus Salva*”, “*Para Deus, nada é impossível*”, “*O Senhor é meu pastor, e nada me faltará*”, “*Só Deus mesmo pra dar jeito*”, “*Deus tem um plano especial pra mim*”, “*Se for da vontade de Deus...*”, em referência clara a relação com o divino e explicitação de alguns princípios do evangelho, invocando um *Deus Amor, Salvador, Curador, Infalível e Todo Poderoso*. Além disso, era comum ouvir referências às atividades religiosas numa infinidade de religiões, com nomes desconhecidos para mim, que emergiam em diversos contextos, dizendo respeito tanto às crenças, valores, costumes, como de atividades nas igrejas, se constituindo como modos de inclusão e interação social, entre outros.

Dentro disso, o que me surpreendia e me incomodava, eram as referências aos costumes tradicionais impostos por determinadas religiões, que incitavam comportamentos morais, através de prescrições “só pode vestir saia e vestido compridos, ter cabelo grande, não usar bijuterias, nem jóias, não usar maquiagem, não ter vida sexual”, entre outros “*não pode*”, como também rechaçavam modos de vida que não se enquadram nos preceitos religiosos. Por isso, reiterada vezes, ouvia comentários críticos em relação aos homossexuais, usuários de álcool e outras drogas, mães solteiras, entre outros. Além disso, o perfil proselitista do evangélico, que cria situações para evangelizar, e o posicionamento de combate às religiões espíritas, espiritualistas, dentre elas, as afro-brasileiras, provocavam alguns desassossegos, pois iam de encontro aos meus valores, princípios ético-estéticos e políticos, tanto na vida pessoal e profissional, enquanto militante da vida, da afirmação da diferença. Ademais, 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 e disruptiva da loucura.

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*, sendo este o responsável por todos os males, todos os problemas pessoais e sociais. Em muitos momentos, esse personagem abstrato era citado como a encarnação e a personificação no *doido, drogado, veado*, etc. Enfim, o *Diferente* como *Inimigo*.

*O cara mais underground que eu conheço é o Diabo, que no inferno toca cover das questões celestiais, com sua banda formada só por anjos decaídos, a platéia pega fogo quando rolam os festivais. Enquanto isso Deus brinca de gangorra no playground, do céu com santos que já foram homens sem pecado... (Zeca Baleiro)*

Diante disso, era *impossível* (e ainda é...) ficar *impassível*, com cara de paisagem. Mas como lidar com essas crenças, valores, costumes? Que subjetividades são produzidas pelas instituições religiosas? Várias indagações atravessando e produzindo várias angústias.

A esta altura, imagino que o leitor deve estar curioso para saber sobre a minha relação com a religião. Aliás, esta curiosidade sempre se mostrou em diversos contextos quando falava sobre a minha pesquisa. *“Ué? E por que o interesse em saber sobre o meu envolvimento com a religião? Por que ninguém pergunta para meus colegas o porquê da escolha de seus objetos? O que há com o meu, que tanto instiga?”* Esses foram alguns questionamentos que tenho feito a partir do que a minha pesquisa parece suscitar nos outros. Não é em vão que olhares de curiosidade, espanto, seguidos de comentários *“Nossa! Que interessante!”*, *“Vixe! Você é ousada e corajosa!”*, *“Em que encrenca você foi se meter menina?”*, são comentários comuns quando me refiro a este trabalho. Tais reações apontam para a necessidade de dar visibilidade a um tema cotidiano, mas subterrâneo, que atravessa a nossa cultura.

*Por que aprendemos tão cedo a rezar? (O Rappa)*

Como a maioria dos brasileiros, tenho formação religiosa dentro do Catolicismo, opção religiosa da família de meu pai, tendo passado pelo Batismo, Primeira Comunhão e a Crisma. Entretanto, minha infância, vivida em Herveiras, uma pequena cidade no interior do Rio Grande do Sul, também é caracterizada pela participação em cultos e atividades festivas na Igreja Luterana do Brasil, da

qual a família de minha mãe<sup>11</sup> é adepta. Transitar pelas religiões católica e luterana não provocava conflitos na minha experiência pessoal, pois não percebia intolerância religiosa, apenas diferenças nos cultos e nas doutrinas.

As experiências religiosas são significativas em minha vida até os 18 anos, sendo que, a adolescência, vivida em Boqueirão do Leão/RS, é caracterizada pela atividade religiosa como *catequista*, pela participação em grupo de jovens e assiduidade nos cultos da igreja. A religião para mim, naquela época, tinha o sentido de espaço social, comunitário, fundamental para a interação social. Apesar disso, tinha uma relação crítica com a religião, com o questionamento a vários preceitos. Enquanto catequista, problematizava a obrigatoriedade da confissão, pela ênfase no pecado, entre outras práticas.

Contudo, ao ingressar no curso de Psicologia, fui atravessada por muitas mudanças, sendo que uma das primeiras foi sobre a minha relação com a religião. Lembro-me dos diversos afetos que me mobilizavam durante algumas aulas, principalmente as de Filosofia, em que minhas crenças foram profundamente abaladas, marcando o meu afastamento das atividades religiosas e, posteriormente, a morte de meu Deus. O que, obviamente, foi (e ainda é...) marcado por várias crises.

*Ardiam, como fogos dos novos tempos (O Rappa)*

De catequista à... (?)<sup>12</sup>. A partir de então, num percurso descontínuo, rugoso, a religião passou a ser um tema de inquietações, elucubrações, principalmente quando me mudei para Salvador/ BA, onde a religião parece correr pelas veias dos corpos. Todavia, este tema, me tomou de assalto durante a minha passagem pelo CAPS e pela experiência de morar em uma cidade, cuja cultura é evangélica, onde a *subjetividade crente*<sup>13</sup> esteve presente em outros contextos, como em uma faculdade, onde ensinava nos cursos de psicologia e enfermagem. As experiências que marcam este período não encontravam respaldo nas minhas

---

<sup>11</sup> É de matriz evangélica, mas se converteu ao catolicismo aos 17 anos, quando se casou com meu pai.

<sup>12</sup> Reticências e interrogação usadas como modo de me referir ao que ainda não pode ser nomeado.

<sup>13</sup> Termo que criei para me referir ao um certo modo de vida eivado pelos princípios religiosos evangélicos, pela crença em Jesus Cristo e temor a Deus, pela intolerância às religiões afro-brasileiras entre outros.

experiências anteriores, nem mesmo no período em que tinha um envolvimento religioso e transitava na igreja evangélica luterana, o que provocava diversos estranhamentos.

Assim, por entender que esta era uma *questão da ordem do dia*, construí meu projeto de pesquisa. A entrada no mestrado, em 2006, marcou o meu *afastamento*<sup>14</sup> do CAPS, como psicóloga, e a minha *aproximação*, enquanto pesquisadora. Marca também o meu retorno a Salvador (de todos os santos), o mergulho em outros espaços e com outros papéis na saúde mental, tais como: elaboradora e professora de um curso de pós - graduação em saúde mental e há um ano, como gestora pública, tendo assumido a Coordenação de Políticas Transversais, responsável pela Saúde Mental no estado da Bahia. Novos itinerários que se cruzam com a religião e reiteram a importância deste estudo, que, neste momento, irei compartilhar minhas intenções e trajetórias.

---

<sup>14</sup> A experiência de ter trabalhado neste CAPS foi uma das mais marcantes em minha trajetória profissional, por isso meu afastamento enquanto psicóloga se deu de modo progressivo, gradual, tendo retornado ao serviço em diversos momentos antes do início da pesquisa oficial, uma vez que construí uma rede afetiva com colegas, usuários e familiares.

## 1.2. COMPARTILHANDO INTENÇÕES

“Vou abandonar o que já sei e acreditar no incrível”  
(Moska)

### 1.2.1. Objetivo Geral:

- Analisar modos de subjetivação da loucura, através das experiências dos usuários de um CAPS nas religiões pentecostais, identificando possíveis articulações dessas experiências entre estas instituições.

### 1.2.2. Objetivos Específicos:

- Analisar os discursos através dos quais os usuários produzem significados para a experiência da loucura nas religiões pentecostais e como se articulam estes significados e estes discursos com os produzidos no CAPS; Cartografar dizeres e fazeres dos familiares dos usuários sobre a loucura, modos de cuidado e sobre as experiências religiosas destes nas igrejas pentecostais;
- Investigar se as experiências religiosas são articuladas com o projeto terapêutico singular dos usuários no CAPS, identificando impasses e possibilidades para esta articulação;

## 1.3. DELINEANDO A TRAJETÓRIA

“Tudo é possível. Não há nada que se possa deter.  
O que era impossível, acaba de acontecer”.  
(Moska)

### **1.3.1. Articulando saberes: saúde coletiva, análise institucional e etnografia**

A saúde coletiva, enquanto campo transdisciplinar em construção, aponta a necessidade de sermos cuidadosos e criteriosos na seleção das estratégias de produção de conhecimento, sem cair nas armadilhas de uma ciência positivista, que impõe o engodo da “neutralidade” científica, numa atitude de total abandono de *aprioris* (como se o pesquisador fosse completamente despido de valores, crenças e experiência com o objeto de estudo). Ou ainda, com todos os pressupostos definidos, que cerceiam a produção de dados com o que já se sabe sobre o tema.

Diante da complexidade do campo, que em sua constituição é híbrido, transdisciplinar, as estratégias para a pesquisa também devem salvaguardar a transdisciplinariedade, através da hibridização de métodos.

Contudo, essa compreensão não implicou na facilitação da escolha metodológica adotada, tendo exigido um processo de colocar em análise as estratégias pensadas, modificando-as sempre que houve a necessidade. É preciso reconhecer a complexidade desta escolha, que implicou em uma dialética complexa de mútua indeterminação entre objeto e método, que são mediados pela práxis científica, num processo cotidiano de construção/ desconstrução do “objeto” de estudo (ALMEIDA FILHO, 2000).

Considerando que a saúde coletiva, em sua história, se institucionalizou nas dimensões teórico-prática e político-ideológica, constituindo-se enquanto instituição complexa e contraditória, o seu encontro com a Análise Institucional torna-se inevitável e imprescindível (L'ABBATE, 2003).

Apostando neste “encontro” e, pela natureza de “meu objeto”, considero oportuno pensar a Análise Institucional enquanto estratégia para colocar em análise as instituições em estudo, atravessadas por ações macro e micropolíticas, que engendram modos de viver e lidar com a experiência da loucura, que produzem subjetividades.

A Análise Institucional exige um campo de análise que, por sua vez, denota uma organização de conhecimentos históricos, políticos e conjunturais acerca do campo de intervenção no qual buscamos desenvolver um processo investigativo. Na qualidade de pesquisa-intervenção, tem início com a participação ativa na análise da micropolítica realizada, incitada pelos dispositivos mobilizadores, desencadeados primeiramente pela própria demanda do pesquisador, o que denota o caráter implicacional do mesmo (ROCHA & AGUIAR, 2006). Nesse sentido, enquanto pesquisadora, assumi um papel de “protagonista híbrida”, sendo simultaneamente *contaminada* e *estrangeira* ao campo, como vimos anteriormente quando abordei minha inscrição na pesquisa.

Com o intuito de produzir autonomia, autogestão, a Análise Institucional busca transversalizar as análises, rompendo com tendências verticais e horizontais estanques. Aposta no processo, no movimento, nos sentidos produzidos nas relações: “afirmando a alteridade e as suas turbulências que nos movem a analisar, a dialogar, a buscar entender o que vivemos” (ROCHA & AGUIAR, 2006, p.171). O que implica em criar um campo de problematização, articulando os planos macropolíticos, conjunturais com os planos micropolíticos, trazendo as práticas enquanto ética e estética da existência (GUATTARI, 1985).

Partindo da concepção da *sociedade* como uma rede de instituições “que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana sobre a terra e a relação entre os homens” (BAREMBLITT, 1996, p.29), cabe explicitar e diferenciar instituição, organização, estabelecimento e equipamento. Esses conceitos não podem ser confundidos, uma vez que é através deles que os institucionalistas conseguem compartilhar uma nomenclatura que permite sua comunicação.

As *instituições* são entidades abstratas, são composições lógicas, um conjunto de leis e princípios que prescrevem ou proíbem comportamentos e valores, ou seja, dizem o que deve ser, o que não deve e o que é indiferente. Já as *organizações* são a materialização das instituições, sob a forma de um organismo, uma entidade, assumindo uma configuração mais complexa ou mais simples.

São grandes ou pequenos conjuntos de formas materiais que põem em efetividade, que concretizam as opções que as instituições distribuem, que as instituições enunciam. Isto é, as instituições não teriam vida, não teriam realidade social se não fosse através das organizações. Mas as organizações não teriam sentido, não teriam objetivos, não teriam direção se não estivessem informadas como estão, pelas instituições (BAREMBLITT, 1996, p. 30).

Os *estabelecimentos*, por sua vez, são as estruturas propriamente físicas que conjuntamente integram a organização, tais como escolas, manicômios, conventos, prisões, entre outros.

Os *equipamentos* são os dispositivos técnicos cujo objetivo é facilitar a consecução dos objetivos específicos ou genéricos propostos pela instituição, organização e estabelecimento.

Os principais conceitos que servem como ferramentas da Análise Institucional são: grupo, instituição, análise de demandas, os analisadores históricos ou construídos e os analisadores de transversalidade e das implicações (ROCHA & AGUIAR, 2006). Enquanto dispositivo analítico, este método está pra além de ser apenas um procedimento, pois implica necessariamente em um modo de existência, um modo de posicionamento frente à pesquisa, ao outro, frente à vida, buscando toda a sua potência. Acaba com a ilusão confortável (não para mim!) da neutralidade do pesquisador.

Nesta perspectiva, *grupo* é entendido como se fazendo na processualidade do movimento de interação social, nas multiplicidades de tensões geradoras de transformações. Nesta mesma direção, a *instituição* “forma a trama social que une e atravessa os indivíduos, os quais por meio de sua práxis, mantêm ditas instituições e criam outras novas (instituintes)” (ALTOÉ, 2004, p.68).

Considera-se que a instituição denota a dimensão dos valores, normas das tradições, da referência das ações que no cotidiano são naturalizadas, universalizadas, legitimadas como verdades absolutas. Aparece como se constituindo em práticas produzidas em contextos sócio-históricos, no cotidiano das práticas, onde os sentidos são produzidos (ROCHA & AGUIAR, 2006). A Instituição “atravessa todos os conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo,

do indivíduo. Aparece em todos os níveis de análise, no nível individual, no da organização, no grupo informal” (ALTOÉ, 2004, p. 71).

Na instituição, aparecem duas dimensões constitutivas: instituído e instituinte. Segundo Lourau, citado por Altoé (2004), o *instituído* traz a dimensão da ordem, do que está posto, de valores estabelecidos, de modos de organização e representação normatizados, habituais. O *instituinte*, por outro lado, é a dimensão da resistência, da contestação ao instituído, denota capacidade de criação, invenção, como prática política como “significantes” da prática social.

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 *analísadores*. De acordo com Altoé (2004), o conceito de analisador suplanta o de analista, ao abordar um acontecimento ou fenômeno revelador (dissolver o saber instituído) e ao mesmo tempo catalisador (potencial instituinte). É espontaneamente produzido pela própria vida histórico-social, libidinal (BAREMBLITT, 1996) e traz à cena a análise de todos os participantes de determinada realidade social.

Em consonância com os pressupostos ético-estéticos e políticos da Reforma Psiquiátrica e pelos princípios da Análise Institucional, esta pesquisa assume o desafio de analisar as implicações de todos os atores sociais no processo – usuários, familiares, técnicos e a pesquisadora. Desafio que gera o reconhecimento e o fomento de tensões que atravessam a todos, como um processo, cujo suporte e desafio residem no compartilhamento de práticas e de saberes diferentes e contraditórios sobre a loucura, sobre o louco, sobre cuidados e sua interface com a religião.

A partir do referencial primeiro da Análise Institucional, 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 (MINAYO, 2000). Neste estudo, considera-se relevante apontar que, muitas vezes, as políticas públicas partem da premissa de necessidades universais nas instituições sociais, como se estas necessidades fossem inequívocas e naturais. A Análise Institucional, em contrapartida, considera que as

necessidades destas instituições são forjadas historicamente, produzidas dentro de um contexto dentro do qual merecem ser problematizadas.

O Movimento Institucionalista vem mostrar que “os coletivos têm perdido, têm alienado o saber acerca de sua própria vida, o saber acerca de suas reais necessidades, de seus desejos, de suas demandas, de suas limitações e das causas que determinam estas necessidades e estas limitações” (BAREMBLITT, 1996, p. 17).

A etnografia, método caro a antropologia, 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, o pesquisador deve, então, imergir no universo do grupo ou cultura pesquisada. Na perspectiva da antropologia interpretativa, Geertz (1989) através da “descrição densa<sup>15</sup>”, procura apontar modos de existência e interpretação dos mesmos, na perspectiva dos nativos e dos estrangeiros (como pode ser o pesquisador, o analista). Destaca três características importantes da descrição densa: “*ela é interpretativa, o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o ‘dito’*” (ibidem, p.15).

Este método tem conduzido estudos em diversas áreas do conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento de pesquisas nas ciências humanas e sociais, da saúde e da educação. Uma das explicações para isso é ampliação do campo de estudo da Antropologia ao adentrar nas tramas e dramas da cidade, que se torna objeto privilegiado de estudo na perspectiva de observar o *familiar* (VELHO,1981).

É nesse sentido que me “arvorei”, na qualidade de psicóloga sanitária, a me inspirar na Etnografia em articulação com a Análise Institucional.

Além disso, assumi o desafio de:

dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que se esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo (...) o estilo procura realizar a vontade de expandir os afetos de navegar com o movimento de

---

<sup>15</sup> Escrita etnográfica sobre o universo simbólico, sobre os mitos, rituais e o ato de reflexão sobre essa própria escrita antropológica, que não é neutra, despida de valores e interpretações, mas subjaz a sua inscrição em numa determinada cultura.

devorar os estrangeiros, para através das misturas, compor as cartografias que se fazem necessárias (ROLNIK, 1989, p.15 e 291).

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.

Os afetos pedem passagem, são o fundamento das escolhas que constituem o sujeito que deriva no meio, inclusive na experimentação científica. Afeto como base do conhecimento e como condição impessoal, trans-individual, desterritorializante (ANDREOLI, 2004, p. 44).

E por falar em estranhamentos e em afetos, esta pesquisa é visceralmente autoral. Ao mesmo tempo em que aponta um apaixonamento pela loucura, pelo louco, pela potência de expansão da vida e produção de novos modos de existência (que não retiram a dor e sofrimento da vida!), é marcado por dúvidas, por estranhamentos sobre a religião na articulação da experiência da loucura. A hibridização destes métodos converge com a própria especificidade do “meu objeto” na direção da transdisciplinariedade. Portanto, procurei manter o desejo para a articulação dos métodos, já que são métodos que produzem interferências no cotidiano, a partir de um olhar e um fazer intencional e tensionado que produzem desestabilizações e questionam o instituído. Problematizar é preciso...

A problematização põe em dúvida tudo aquilo que se presume ser evidente ou bom, questiona o que está configurado como inquestionável, duvida daquilo que é indubitável. (IÑIGUEZ, 2004, p.95)

### **1.3.2. Procedimentos metodológicos e seleção dos sujeitos**

Como procedimentos metodológicos, foram selecionados a observação participante, entrevistas semi-estruturadas, análise documental e grupo focal.

A *observação participante* é uma das técnicas mais utilizadas nos estudos sócio-antropológicos na produção de dados, em que o pesquisador mergulha no contexto sob observação, afetando e sendo afetado por este (SILVA, 2006). Nesta pesquisa, pode-se fazer observação participante<sup>16</sup> 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. Este tipo de observação permite capturar os interstícios das práticas, os discursos não oficiais, as experiências cotidianas, muitas vezes contraditórias com o discurso oficial preconizado.

*Entrevistas* são técnicas utilizadas nas mais diversas áreas. Na perspectiva qualitativa, a entrevista é considerada como uma técnica, ou método para estabelecer ou descobrir (e também criar) interpretações sobre acontecimentos a partir de distintas perspectivas (GASKELL, 2003). A partir da entrevista podemos produzir dados relacionando-os com fontes de informação, primários e secundários. Inicia-se a entrevista com informantes chaves, *“que se caracteriza por entrevistar pessoas que possuam conhecimentos especiais e estão interessadas em compartilhar seus conhecimentos com o pesquisador”* (TOBAR & YALOUR, 2001, p. 97). As entrevistas com os informantes chaves são importantes para identificar problemas relevantes ao estudo e conhecer a linguagem apropriada para discussão com os demais entrevistados. Além disso, a entrevista individual semi-estruturada ou de profundidade pode ser considerada como uma conversa um a um, uma interação, uma díade (GASKELL, 2003), onde a interação entrevistado e entrevistador assumem uma inter-relação que contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências e a linguagem do senso comum (MINAYO, 2000). Essa técnica é baseada na construção de um guia de entrevistas (anexo), onde constam as perguntas e temas a serem explorados nas mesmas. Porém, no decorrer do processo o pesquisador pode encontrar novos temas e pistas a seguir, o que não invalida a sua inclusão posterior no roteiro.

---

<sup>16</sup> A observação participante nos cultos e práticas das igrejas pentecostais freqüentadas pelos usuários do estudo foi pensada como estratégia metodológica, mas diante da curta duração do mestrado, fiz a opção em identificar os discursos e práticas sobre a loucura nestas igrejas através dos discursos dos demais participantes da pesquisa, especialmente dos usuários.

Neste estudo, foram realizadas:

- Entrevistas semi-estruturadas com usuários do CAPS com diagnóstico de psicose, sem<sup>17</sup> crise no momento da pesquisa, com referência de filiação religiosa às igrejas pentecostais, selecionados em discussão com a equipe do serviço;
- Entrevistas semi-estruturadas com familiares dos usuários do CAPS;
- Entrevistas semi-estruturadas com técnicos do CAPS em estudo;

Outra técnica utilizada foi a do *grupo focal*, realizado com os técnicos do CAPS (roteiro em anexo). Esta técnica vem sendo muito utilizada nas áreas da saúde, educação e sociologia para a “captação” de dados e para a avaliação de programas e serviços, mostrando-se pertinentes em processos de avaliação participativa.

O grupo focal é uma técnica que permite a produção de dados a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham uma dada realidade. “O ponto chave destes grupos é o uso explícito da interação para produzir dados e *insights* que seriam difíceis de conseguir fora desta situação” (OLIVEIRA & WERBA, 1998, p. 112). Tais grupos permitem a produção de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando capturar discursos e os modos de produção dos mesmos, como também possibilita a observação da interação entre seus componentes e como são expressas as relações de conflito e de poder.

Outro procedimento utilizado foi a *análise documental*, que se realiza baseada em documentos guardados em instituições ou com pessoas. São registros, atas, regulamentos, portarias, protocolos e outros documentos. Na pesquisa a análise documental terá como objetivo compreender como são elaborados os projetos terapêuticos singulares, identificando discursos presentes em prontuários, registros de serviços do CAPS e de material gráfico presente nas igrejas, entre outros.

---

<sup>17</sup> Gostaria de registrar meu profundo incômodo 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...

### 1.3.3. Plano de Análise

Após todas as considerações teóricas e metodológicas, que apontam para um fazer e um pensar crítico, político, contextualizado, apresentar categorias a priori seria um contra-senso. Contudo, como também é um engodo achar que elas não existem (!), neste momento apresento, enquanto esboço deste mapa de navegação, os princípios norteadores desta pesquisa:

#### 1.3.3.1. Eixos analíticos:

- Modos de subjetivação da loucura;
  - patologia;
  - invenção;
  - estranhamento;
  - diferença;
  - desrazão;
  - possessão;
  
- Modos de subjetivação da religião;
  - suporte social;
  - sofrimento;
  - singularização;
  
- Modos de cuidado: articulação do CAPS com o espaço religioso pentecostal
  - limites;
  - possibilidades

Outras categorias surgiram na inserção no campo, que se constituiu como um processo de trocas, de produção coletiva de significados entre os atores envolvidos, num percurso de idas e vindas.

Para análise destas categorias, é importante ultrapassar qualquer intenção de encapsulação em uma moldura disciplinar e/ou temática concreta. Como também reconhecer os limites do trabalho escrito que não traduz toda a riqueza e complexidade do trabalho de campo, sendo que muitos dados não se encaixam, *transbordam*.

## CAPÍTULO 2 - FAZER FALAR A LOUCURA

A loucura como alteridade, como estranhamento, nos é tão longínqua e, ao mesmo tempo, tão próxima. Somos então, constituídos por esse estranhamento, mesmo quando o promulgamos.

Atravessada por ambigüidades, numa mistura *louca* de paixão, medo e fascínio, atração e repulsa, a loucura nos *perturba*, nos *transtorna*. Porque falar *dela* é falar de *nós*: pode ser o outro e pode ser o outro de mim mesmo (LAVRADOR, 2006).

Não há um só conceito, como não há um só sentido para esta experiência, que nem sempre esteve acorrentada como doença. Pois, como salienta Pelbart (1989), cada cultura produz sentidos diferentes à loucura, assim como inventa modos de ser louco. Evidenciam-se, deste modo, os contextos social, econômico, político e cultural que imprimem diferentes modos de subjetivação da loucura.

Sem a pretensão de conceituar a loucura ou desfazer essas ambigüidades, tendo o cuidado de evitar ser capturada pela tendência de romantizar e elogiar a loucura, pretende-se neste capítulo abordar alguns sentidos para esta experiência, que, em diferentes tempos históricos, se embaralham e se confundem, *nos* confundem, entrelaçando loucura e vida, loucura e cultura, loucura e subjetividade, que se encontram em campo fértil e poroso.

A partir do colapso psicótico, por exemplo, é possível repensar aspectos de nossa *temporalidade*, de nosso modo de vivenciar a *história*, de nossas evidências *lógicas*, das *visibilidades* incontestes, consensos *políticos* etc. Não se trata de "usar" o sofrimento do louco para "fazer filosofia", mas de infletir-nos a partir daquilo que o campo da loucura dispara e conturba em nós. É uma maneira entre outras, porém esquecida e valiosa, de "ouvir" a loucura (PELBART, 1993, p.12).

Ambigüidades, dicotomias, polissemias evidenciam a tensão entre lógicas que ora divergem e ora convergem num espantoso encontro que atravessa os tempos, marcando discursos e práticas, que devem ser colocados em análise.

Numa perspectiva dita *científica*, Pessotti (1999), na obra “Os nomes da loucura”, pretende apresentar uma coleção de classificações, ordenadas em seqüência cronológica, evidenciando a busca por explicações biológicas. Segundo o autor, o estudo sobre a trajetória histórica da loucura, da antigüidade até o início do século XIX, demonstra que o conceito básico em torno da loucura permanece quase invariável ao longo deste tempo, representada pela perda da autonomia psicológica - gerada pela perda ou perversão da razão, ou ainda “porque a força do apetite atropela o controle racional do comportamento” (ibidem, p.7). Por outro lado, coloca que há grande variação entre o número de espécies ou subespécies atribuídas à loucura, especialmente depois do século XVII, sendo que, no século XIX, alternam-se explicações mentalistas ou moralistas e organicistas.

Pelbart (1989), numa perspectiva filosófica e foucaultiana, contesta a visão sobre a existência de dois enfoques correntes, distintos e irreconciliáveis sobre a loucura: de um lado, o modelo clínico, que focaliza exclusivamente o sofrimento psíquico, visto como sintoma psicológico e de outro, a cultura, em que a loucura é vista como vanguarda, como subversão estética. Louco impotente, de um lado; louco herói, por outro.

Tal distinção acaba por legitimar a hegemonia da clínica que o autor se contrapõe, partindo do pressuposto de que “faz parte das estratégias sociais e psiquiátricas reservar a seus opositores esse terreno baldio, gueto imaginário e mítico” (ibidem, p. 14). Para ele, por trás da distinção entre clínica e cultura “paira uma disjunção maior, histórica, já quase inconcebível para nós — a diferença entre Loucura e Desrazão” (ibidem, p.15).

Há uma clara tendência contemporânea de se abordar a loucura institucionalizada, revelando tanto um posicionamento ético como político. Com caráter de denúncia, busca-se romper com o enclausuramento da loucura à lógica manicomial, que aprisiona a loucura à noção de doença mental. Lógica que se atualiza e nos surpreende em tempos de produção de lógica antimanicomial, de outros sentidos.

Adentraremos agora no complexo campo permeado por diversos sentidos, que a princípio se apresentam como dicotômicos: loucura-desrazão,

loucura selvagem, loucura desterritorializada, loucura instituinte, loucura-doença mental, loucura institucionalizada, loucura cronificada, loucura reterritorializada-sobrecodificada, loucura instituída (LAVRADOR, 2006).

Falar da multiplicidade que envolve a loucura implica em distingui-la provisoriamente do louco, pois são palavras que se misturam e se diferenciam em determinados momentos históricos.

Por louco entendo esse personagem social discriminado, excluído e recluso. Por loucura, que para facilitar chamarei aqui de desrazão, entendo uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que a civilização enxerga, o seu contrário, o seu outro, o seu além (PELBART, 1989, p.133).

Loucura como enunciação e louco como a materialidade desta enunciação. E vários sentidos aparecem: louco-profeta, louco-poeta, louco-desarrazoado e de louco-doente mental, louco-institucionalizado (PELBART, 1993/1989; LAVRADOR, 2006; FOUCAULT, 2005).

Pensar a tensão entre loucura instituída-reterritorializada e loucura instituinte-desterritorializada, nos dinamismos espaço-temporais, é a trilha para análise desta complexa problemática, que convoca a análise entre as lógicas manicômias e antimanicômias.

A primeira é cercada pela lógica manicomial que se exprime visível e invisivelmente em todo o corpo social. A segunda é uma experiência limítrofe que precisa ganhar corpo, que precisa ser afirmada para poder fazer variar outros modos de vida. Duas experiências que falam de um mesmo processo vivenciado no contemporâneo (LAVRADOR, 2006, p. 14).

## 2.1. LOUCURA E DESRAZÃO

Na Grécia Antiga, o pavor e a exclusão não constituíam o modo predominante da relação com a loucura. Para Sócrates, a loucura não era um mal, e sim uma fonte de maiores bens. Contudo, seu elogio à loucura não se estendia a toda e qualquer modalidade, mas dizia respeito ao seu entrelaçamento com a divindade, discriminando a loucura humana - produzida pelo desequilíbrio do corpo gerado pelas perturbações do espírito (PELBART, 1989).

A *loucura divina*, segundo Sócrates, retirava o ser humano dos hábitos cotidianos e poderia ser subdividida em quatro espécies, sendo cada uma delas relacionada a uma divindade: a loucura profética (Apolo), a ritual (Dionísio), a poética (as Musas) e a erótica (Afrodite).

Platão, por sua vez, concebia certas modalidades de loucura como legítimas e vizinhas da razão grega, privilegiando nitidamente a loucura divina. Para ele, a profecia ritual revela uma mensagem de Deus e do destino, associando delírio ou loucura (*mania*) à arte divinatória (*mantikê*). Segundo ele, seria preferível o delírio que vem de um deus, como uma profecia, ao bom-senso de origem humana. Ao valorizar o entrelaçamento entre loucura e arte divinatória, Pelbart (1989) entende que Platão estaria apontando que os dons divinatórios só ocorrem em estado de possessão, evidenciando uma estreita relação entre delírio e sabedoria, o que, para alguns autores, deu origem à filosofia.

Ainda que nos cause estranheza, é preciso admitir que pelo menos um tipo de loucura — por ora nos referimos apenas à profecia mântica — produz algo que é da ordem do saber; que esse saber passa por uma linguagem desarrazoada que nem por isso o desqualifica; finalmente, que ele tem um efeito de verdade cuja densidade está perdida para nós (ibidem, p.32)

O segundo tipo de loucura sagrada mencionada por Platão é a *telestática* ou *ritual*, referindo-se ao culto dionisíaco. Dionísio era o deus do vinho, da fecundidade, da caça, da música, da alegria ou da vida, variando de acordo com a época e a cidade. Contudo, independentemente do seu atributo, seu culto era

caracterizado pela exaltação e excesso, levando as pessoas a se comportarem como “loucas”.

Considerado como o deus que trazia liberdade aos humanos e à natureza, os rituais que envolviam o seu culto tinham como uma das funções “curar” a loucura através do ritual da dança orgiástica, acompanhada de tímbores e flauta, em que, através da catarse coletiva, poderia se exorcizar a loucura, equivalendo a uma cura homeopática. “Caso não houvesse melhora, o louco deveria recorrer a outra divindade, pois a "causa" era outro deus. O diagnóstico era estabelecido em função da reação do louco à música ritual” (PELBART, *ibidem*, p. 35).

Por que aparece a noção de cura e de exorcismo? Ao se considerar que o louco era possuído por um *daimon* (força divina), tornava-se sagrado, portanto. Mas, se não houvesse o cumprimento de uma promessa ou de um sacrifício ou ainda se o deus fosse ofendido, isso provocaria a ira divina, resultando na mania. Nesse sentido, a proposta de cura advinha da necessidade de reconciliação do sujeito com a divindade.

*A perturbação não deve ser totalmente eliminada, assim como o deus não deve ser expulso; cabe a ela integrar-se ao culto e realimentá-lo. É assim que um possuído "curado" é um forte candidato a coribanto: é um íntimo do deus, apto a reconciliá-lo com outros "possuídos". O alívio então passa por uma intensificação do mal e pela ritualização da mania, em que o louco, 'curado', vira 'curandeiro'. (*ibidem*, p. 35)*

Esse entendimento da loucura, da cura e o ritual para tal, contudo, foram condenados por Hipócrates, considerado pai da Medicina, que se mostrava cético em relação à loucura divina, rejeitando a explicação mitológica.

*Com tal discurso eles [...] enganam os homens [...] e a maior parte de seu discurso acaba no divino ou no demoníaco [...] inventam novidades de todo gênero e insistem em enquadrar variadamente [...], principalmente para esta doença, cada aspecto da afecção, atribuindo a algum deus a responsabilidade (não apenas um deus, mas também outros podem estar envolvidos). (HIPÓCRATES, MS, 32, *apud* PESSOTTI, 1999, p.19)*

Para Hipócrates, a loucura era entendida como um desarranjo humoral ou um estado anômalo do encéfalo, provocando a mania ou a melancolia. Partindo de

critério etiológico, apontava que a alteração encefálica, provocada pelo fleuma ou pela bílis amarela levava a uma loucura tranqüila, enquanto que a melancolia era provocada pela alteração da bílis negra. Os estados agitados eram explicados pela alteração da bílis, que aquecia o cérebro gerando *gritlhões*, *perversos* e *não pacíficos*. Enfim, a loucura era entendida como mania, designação genérica de estados delirantes que significava perder a cabeça (PESSOTTI, 1999).

Estaria entre os gregos o surgimento da concepção de loucura como doença mental? Jeamarie afirmava que a loucura dionísica era uma doença mental explicada pela religião.

Ressalva em tempo, Pelbart (1989) nos alerta:

Nada nos autoriza a ler a loucura dionisiaca com a lupa psiquiátrica e construir uma ponte atemporal, avessa a toda diversidade etnográfica e histórica, entre a *mania* dionisiaca e nossa noção de doença mental. A começar pelo termo *doença*, impróprio para designar uma experiência que aos olhos dos gregos não caía no domínio exclusivo — nem mesmo predominante — da medicina (*ibidem*, p. 39).

As múltiplas formas da experiência da loucura na antigüidade foram vividas como um misto de proximidade e distância, que, em nossa época, vemos desaparecer e ser invertidas.

Proximidade porque a loucura não é o excluído. Ela habita a vizinhança do homem e de seu discurso, permitindo um trânsito ritual que não desqualifica seu portador nem sua palavra. Ao mesmo tempo, porém, uma distância sem mediação possível: distância inapelável do sagrado, reverência perplexa às forças do mundo, exterioridade da loucura em relação ao sujeito, estranheza da mensagem que ela porta. (*ibidem*, p. 42)

A experiência da loucura, portanto não pode ser reduzida a um único sentido da palavra mania para os gregos, pois suscita entendê-la como diferença, multiplicidade: “A loucura não é o Outro *do* homem (do qual ele poderia se assenhorear), mas simplesmente o Outro” (*ibidem*, p. 42), não ocupando um lugar contrário à razão.

A compreensão de que era preciso enlouquecer para encontrar o divino, implica no reconhecimento de que é necessária a desrazão para que se estabeleça a razão divina, explicitando a primeira ligação entre razão e desrazão, uma

evidente positividade na idéia da loucura. “Pois se aqueles que foram possuídos – ‘entusiasmados’- pelos deuses tornam-se mestres da verdade, sacerdotes e mais tarde reis, é sinal de que o desregramento e a desrazão ocupavam não só o avesso da razão, como também implicava uma outra forma de racionalidade” (VASCONCELOS, 2000, p.16).

## 2.2. LOUCURA NA IDADE MÉDIA... CAÇA AOS LOUCOS

“Essa gente é o diabo, faz da vida de Deus, um inferno”  
(Chico César)

Longo período da história, marcado pela hegemonia do Cristianismo, a Idade Média coloca a experiência da loucura diretamente associada à religião. O modo de entendimento do mundo era o de uma organização que seguia os desígnios de Deus (agora no singular e com letra maiúscula), o *todo-poderoso* a quem tudo e todos tinham que obedecer.

Segundo Pessotti (1999), a concepção demonista da loucura é muito influenciada por Agostinho e Tomás de Aquino. Através de princípios metafísicos, idéias mágicas e uma concepção pessimista do ser humano, pregavam-se a vida perfeita, sem pecados, sem aberrações para atender à vontade divina.

Enquanto na antigüidade o sentido da loucura revelava um encontro com a divindade, na idade média a loucura era considerada como encontro com o diabo. A loucura atraía, mas não fascinava. “É importante apontar que qualquer classificação de espécies da loucura se reduz, então, a uma lista dos diferentes modos de atuação do demônio sobre o conhecimento e a vida afetiva”. (ibidem,p.31) *Passagem do louco- divino para o louco-demoníaco?*

Ao louco, denominado como lunático (sob influência da lua), ou insano, não restava saída: representante dos vícios, do pecado, da relação defeituosa com Deus. “Privilégio absoluto da loucura: ela reina sobre tudo o que há de mau no homem” (FOUCAULT, 2005, p. 23).

Contudo, como a loucura era considerada uma manifestação da vontade divina, o louco não era privado de liberdade, sendo um dos principais alvos dos mais abastados, que precisavam expiar seus pecados através da caridade. Outros modos de lidar com o louco também marcaram este período. Muitas vezes, os loucos, “insanos”, “lunáticos” ou “pecadores” eram submetidos a rituais religiosos

de exorcismo “Apenas a expulsão definitiva do espírito maléfico garantia o completo restabelecimento da vítima” (PELBART, 1989, p.35). O exorcismo era um ritual em que se utilizava água-benta, cruz, imposição de mãos sobre o “possuído” e, através de orações, salmos, conjurações entre outros, tentava-se fazer a expulsão de demônios.

Contudo, todavia, entretanto... os ditos casos mais graves ou mais agressivos sofriam também agressões físicas, sendo flagelados, acorrentados, escorraçados, submetidos a jejuns prolongados, sob a alegação de estarem “possuídos pelos demônios”. Período de *caça aos loucos*.

Podiam até ser queimados, por serem considerados feiticeiros. No final da Idade Média, vários indivíduos de comportamento “desviante”, de loucos a contestadores, foram assim perseguidos, julgados e queimados vivos nas fogueiras da Santa Inquisição. (<http://estevamhp.sites.uol.com.br/storiadaPsiquiatria.htm>) ?

A maior encarnação do mal neste período, entretanto, era a lepra, cujo “tratamento” consistia em colocar os representantes do mal às margens da sociedade. Com o desaparecimento da lepra no ocidente, no final da Idade Média, os leprosários são rapidamente habitados por novos moradores: pessoas com doenças venéreas. Por esta população ser tão numerosa foi necessário pensar na construção de outros prédios “em certos lugares espaçosos de nossa cidade e arredores, sem vizinhança” (FOUCAULT, 2005, p.7).

O papel da lepra na Idade Média, contudo, não foi substituído pelo papel das doenças venéreas na Idade Clássica. A memória do leproso permaneceu “reencarnada” nos pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas”. Exclusão justificada pela idéia de salvação. “Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual.” (ibidem, p. 6 e 7)

### 2.3. BREVE PASSEIO PELA RENASCENÇA E CLASSICISMO

Após um longo período de latência, quase dois séculos, a loucura substitui a lepra, suscitando temores e relações excludentes para garantir a purificação. “Antes de a loucura ser dominada, por volta do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinamente, a todas as experiências maiores da Renascença” (FOUCAULT, 2005, p.8).

Para além de modismos, de naves romanescas ou satíricas, a Renascença inaugura um espaço que concretiza o modo como se lida com a loucura: a Nau dos loucos, que transportava aqueles que eram escorraçados das cidades, cujo destino era a errância.

Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. Isto é o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem (ibidem, p. 12).

Este modo de lidar com os loucos se justificava tanto na perspectiva de purificação das cidades como de purificação dos loucos. “A preocupação de cura e exclusão juntavam-se numa só: encerravam-nos no espaço sagrado do milagre” (ibidem, p.11).

Confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá pra longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais do que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à própria sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que ele chega quando desembarca (ibidem, p.12).

A embarcação dos loucos evidencia uma ligação entre água e loucura que atravessa os sonhos do europeu, invadindo os espaços mais familiares, provocando inquietude na cultura europeia por volta do fim da Idade Média, em que

“a loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambigüidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens” (ibidem, p.14). Em Nuremberg, na Alemanha, por exemplo, proibia-se o acesso dos loucos às igrejas, embora não lhes fosse proibido o uso de sacramentos enquanto direito eclesiástico.

Tendo assumido o papel da lepra no imaginário social, a partir dos últimos anos do século XV, a loucura substitui o tema da morte.

Da descoberta desta necessidade, que fatalmente reduzia o homem a nada, passou-se à contemplação desdenhosa deste nada que é a própria existência. [...] agora a sabedoria consistirá em denunciar a loucura por toda parte, em ensinar os homens que eles não são mais mortos, e que, se o fim está próximo, é na medida em que a loucura universalizada formará uma só e mesma entidade com a própria morte” (ibidem, p.16).

O limiar tão estreito e tênue entre loucura e o nada, a faz ascender na paisagem da Renascença, que inicialmente é percebida como ruína do simbolismo gótico: “como se este mundo, onde a rede de significações espirituais era tão apertada, começasse a se embaralhar, deixando aparecer figuras cujo sentido só se deixa apreender sob as espécies do insano” (ibidem, p. 18). No entanto, aos poucos, as formas góticas vão sendo silenciadas e outras formas surgem - plásticas ou literárias- com a gravitação da loucura ao seu redor.

Loucura livre? A loucura vai sendo libertada, na medida em que exerce fascínio sobre as pessoas pela sua sabedoria proibida, invisível, predizando ao mesmo tempo o reino do Diabo e o fim do mundo. “Quando o homem desdobra o arbitrário de sua loucura, encontra a sombria necessidade do mundo; o animal que assombra seus pesadelos e suas noites de privação é sua própria natureza, aquela que porá a nu a implacável verdade do Inferno” (ibidem, p. 22)

Enquanto uma das formas da razão, a loucura estabelece com esta uma relação de afirmação e negação uma à outra, sai da existência absoluta na noite do mundo, existindo apenas relativamente à razão. “Aos poucos, a loucura se vê desarmada, e seus momentos deslocados; invertida pela razão, ela é como que acolhida e plantada nela” (ibidem, p.35). Nova prisão.

No começo do século XVII, na era clássica, a loucura é hospedada no âmago da vida humana “signo irônico que embaralha as referências do verdadeiro e do quimérico, mal guardando a lembrança das grandes ameaças trágicas – vida mais perturbada que inquietante, agitação irrisória na sociedade, mobilidade da razão” (ibidem, p.44).

A hospedaria destinada aos loucos é o Hospital Geral, a quem cabe também recolher, alojar e alimentar pobres, vagabundos, criminosos, pois a loucura só terá hospitalidade entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. A partir de agora o louco deixa de ser visto como de outro mundo, como acontecia na Idade Média, mas, justamente por ser deste mundo, deveria ser excluído, pois as significações que são atribuídas à loucura assemelham-se àquelas atribuídas aos pobres:

A hospitalidade que o acolhe se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social. Despojada dos direitos da miséria e de sua glória, a loucura, com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados (ibidem, p.63).

Varição institucional própria do séc. XVII, a internação não se compara à prisão da Idade Média, pois se insere em um contexto mais amplo dos problemas da cidade, da pobreza e daqueles considerados como incapazes para o trabalho e de integração social, reunindo num só espaço-tempo personagens e valores que outrora era vistos como distintos: *os desatinos - o devasso, o dissipador, o homossexual, o mágico, o suicida, o libertino*. “Imperceptivelmente, estabeleceu uma gradação entre eles na direção da loucura, preparando uma experiência – a nossa- onde se farão notar como já integrados ao domínio pertencente à alienação mental” (ibidem, p. 83).

A internação consistia tanto em espaço para dar respostas às crises econômicas como de repressão, com seu poder de polícia. Imperativo do trabalho: os aliados do trabalho poderiam e deveriam assim trabalhar. Enquanto na Idade Média o pior pecado era da soberba, na Idade clássica era o da preguiça. Assim, procurava-se combater todo tipo de inutilidade social. O labor nos hospitais assume

caráter de sagrado, sendo considerado tanto um exercício ético como garantia moral.

O hospital geral foi progressivamente substituindo o propósito dos hospitais filantrópicos de prestar assistência, entre elas assistência religiosa, aos merecedores de caridade, por um novo modelo da internação, determinado por autoridades reais e jurídicas, assumindo aspectos mais sociais e políticos. Este novo modelo também é justificado pela Igreja Católica, por representar o mito da felicidade social. Religião e polícia eram vistos como complementares para garantir a ordem social, enquanto virtude. “A casa de internamento na era clássica configura o símbolo mais denso dessa “polícia” que se concebia a si própria como o equivalente civil da religião para a edificação de uma cidade perfeita” (ibidem, p. 77).

Portanto, o espaço do internamento reunia em uma só pátria e em um só lugar a redenção comum aos pecados da carne e às faltas da razão. Sem propósito terapêutico médico “O internamento destina-se a corrigir, e se lhe é fixado um prazo, não é um prazo de cura, mas, antes, o de um sábio arrependimento” (ibidem, p. 116).

O hospital enquanto máquina de cura como conhecemos é uma invenção do século XVIII, no bojo das mudanças produzidas pela Revolução Francesa. Suas características serão apontadas mais adiante.

Diante do exposto, que sentidos foram produzidos sobre a experiência da loucura?

Até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava relacionada à presença de transcendências imaginárias, mas, a partir da era clássica e pela primeira vez, “a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho” (ibidem, p.73).

Segundo a tese foucaultiana, a era clássica corresponde ao momento de controle da loucura, em que tudo aquilo que estivesse fora do domínio da razão era banido. Ao se estabelecer a contraposição entre razão e desrazão, dá-se início ao

Império da Razão. Descartes, um de seus principais cavaleiros, no seu caminho da dúvida encontra com a loucura, que para ele é um negativo da razão, já que ‘Se sou louco não penso, se penso, não sou louco’, banindo a loucura “em nome daquele que duvida, e que não pode desatinar mais do que não pode pensar ou ser” (ibidem, p. 47).

No entanto, embora o cartesianismo tenha excluído todas as formas de desregramento do pensamento, Foucault destaca a existência de certa positividade da loucura durante a Renascença, que foi suprimida na era clássica e patologizada na modernidade, como veremos a seguir.

## 2.4. LOUCURA CONFINADA: A LOUCURA DO IMPÉRIO DA RAZÃO

A experiência da loucura foi sendo paulatinamente rejeitada e silenciada como fonte de alguma verdade, quer seja sobre si ou sobre o outro, como decorrência da contraposição absoluta entre razão e desrazão que se iniciou no século XVII. Os loucos emudecidos e excluídos foram colocados numa posição de minoridade, com um dos signos do mal, tendo sido inscritos "no território maldito dos hospitais gerais, em conjunto com a totalidade do rebotalho social, isto é, os criminosos, os infiéis, os blasfemadores, etc" (BIRMAN, 2003, p.14).

Mergulharemos agora no período em que o louco foi confinado a um território hostil, mudando radicalmente a geografia da loucura. Agitada por um turbilhão de mudanças em várias dimensões e direções, a Modernidade chacoalha o mundo, as verdades e edifica o poderoso Império da Razão, aprisionando a loucura às noções de *alienação mental* e *doença mental*.

Estas noções surgem no contexto das ciências humanas, fortemente influenciadas pelo Iluminismo, pelos pressupostos da racionalidade científica cartesiana, mecanicista, que inaugura a visão de um Sujeito da Razão a que a loucura é o seu contraponto. Analisar esta produção implica no reconhecimento da relação de saber/ poder sobre os sujeitos.

Da Era Cartesiana às Revoluções Burguesas, a experiência da loucura muda radicalmente de rota e passa a ser afirmada como alienação mental, que para Hegel era a contradição *na* razão: "não é a *perda* abstrata da razão (...) (mas) somente contradição na razão que ainda existe" (PELBART, 1989, p. 47).

Para Hegel, a sanidade é resultante da ordem, hierarquia e totalização, supremacia organizativa da consciência individual, enquanto na loucura isso se subverte, em que a consciência perde o controle sobre essa totalidade. A contradição que marca a loucura está entre a consciência e uma de suas representações. "O sujeito, absorvido que está nesta determinação particular, já

não pode subordiná-la a si e sucumbe, subordinando-se a ela e estagnando na particularidade” (ibidem, p. 48).

A loucura enquanto interioridade, conflito, distância entre si, é apontada por Hegel como dimensão humana necessária: “só é homem aquele que tem a virtualidade da loucura - aquele que pode transcender a si mesmo, que pode conflitar-se consigo mesmo, que pode descolar-se de si através da linguagem - ainda que a humanidade reflexiva implique a superação dessa etapa” (ibidem, p. 52 e 53).

Vista como conflito do ser humano consigo mesmo, como subjetividade dilacerada e sofrida, à loucura se oferece a promessa de *cura*, como parte de um projeto ousado e ambicioso de dissolução da alteridade humana em prol da identidade universal, da homogeneidade, do aniquilamento da diferença.

As figuras da alteridade, dessemelhantes, ocupando na trama das trocas simbólicas uma função de dessimetria original, foram perdendo sua estranheza ao integrarem a nova e homogênea paisagem dos seres. Assistiu-se, assim, a um processo maciço de metabolização da alteridade, que significou o fim de um *fora* simbólico e sua transformação num *fora* concreto e enclausurado — por exemplo, o confinamento efetivo dos loucos (ibidem, p.54).

À sombra da Revolução Francesa, no rastro de Hegel, surge Pinel, um dos maiores pensadores da razão e primeiro grande clínico da loucura. Personagem polêmico na história da loucura, Pinel é considerado como o responsável pela primeira reforma, por “desacorrentar” os loucos dos grilhões da loucura. Se a concepção de loucura enquanto doença começa a se delinear em Hegel, é em Pinel que ela passa a ser meticulosamente estudada, classificada, diagnosticada e, portanto, dominada: loucura como doença mental, objeto médico de tratamento.

O Grande Internamento que caracterizou o Antigo Regime foi amplamente criticado por ser símbolo de opressão e foi desaparecendo (?) no cenário europeu, libertando muitos de seus passageiros. Contudo, ao louco o destino foi menos bondoso, pois a exigência do asilo se justifica pela “necessidade” apontada de “curar” a loucura, através do tratamento moral. A perspectiva alienista de

entendimento da loucura vem marcar também o atrelamento à noção de periculosidade “Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais” (TORRE & AMARANTE, 2001, p.75). Essa noção serve de justificativa para a institucionalização da loucura como princípio universal, em que o isolamento é explicado pela necessidade - sentida como absoluta- de confiar os alienados à estranhos e de isolá-los de seus familiares.

Assim, seu internamento/ confinamento justifica-se pela perspectiva jurídica de retirada da liberdade que seu comportamento encarregou-se de abolir, como também pela perspectiva de organizar a liberdade, para que a loucura entendida como *erro, vontade perturbada, paixão pervertida*, pudesse ser conduzida à verdade, à razão, por meio do encontro com o médico, responsável por libertar os loucos. É desse modo que o hospital com sua estratégia de isolamento se torna local de cura, em que a loucura tornou-se objeto médico, ganhando valor de doença.

Com a noção de sujeito como indivíduo com interioridade, abstrato, a-histórico, cria-se condições para outro exercício de poder, o disciplinar. Este poder, articulado ao Estado, materializa-se através da grande estratégia do confinamento.

Início do Reinado do Hospital Psiquiátrico (que irá ser discutido mais detalhadamente no próximo capítulo). Silêncio da desrazão em prol da organização e explicitação da loucura, agora despida de misticismo, desatrelada da pobreza, torna-se objeto de conhecimento e de alienação.

Estão postos à mesa todos os ingredientes para fazer o bolo que a ciência do louco quer devorar. O alienista - misto de pai, juiz, família, imprime modos *específicos e especializados* de tratamento ao louco, ensejando o surgimento da Psiquiatria como primeira especialidade médica. “Que o alienismo tenha acorrentado o homem à sua loucura de um modo novo não quer dizer que ele acolheu uma diferença, mas que, através de um controle, ele conjurou seus perigos e inventou um novo modo de apropriação” (PELBART, 1989, p. 61).

A loucura, enquanto modo de subjetivação, passa a ser confinada a saberes e instituições psiquiátricas nos séculos XIX e XX. Negativizada enquanto experiência, continuou emudecida com o “avanço” da psicopatologia, especialmente na França e na Alemanha, que visou a normatização e normalização dos loucos, uma espécie de ortopedia moral dos alienados mentais, materializando-se nas práticas disciplinares nos hospitais psiquiátricos, palco de horrores gerador de cronificação, morte psíquica e física (BIRMAN, 2003).

Importante salientar que esses saberes e práticas não se limitaram ao campo da Psiquiatria, mas permearam também outras disciplinas, tais como a Psicologia, cuja constituição enquanto ciência se inscreve no panorama científico positivista da modernidade (BASTOS & PASSOS, 2000). O que, enquanto parceira da norma, faz triunfar o projeto da modernidade, negando a experiência da loucura que enuncia e diz algo mediante sua obra como produção, que convoca o reconhecimento de sua existência.

Campo fértil para o desenvolvimento de disciplinas como a neurociências e a conseqüente fabricação de psicofármacos, que permitem a clausura subjetiva através da contenção química quando acontece a medicalização excessiva da loucura, encobrando questões mais complexas (DIMENSTEIN & ALVERGA, 2005).

Enquanto na Idade Média, a loucura esteve aprisionada à noção de *possessão demoníaca*, atrelada ao poder da Igreja - que incitava modos de subjetivação da loucura, na modernidade, a ciência - biomedicina, enquanto nova força detentora do saber se apropria da experiência disruptiva, enclausurando-a como *doença mental*, oferecendo-lhe o manicômio como local de cura e um vasto comércio de remédios que prometem conter e redimir sintomas. A Escritura Sagrada é substituída pelos manuais classificatórios: CID X (Classificação Internacional das Doenças) e DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico: Distúrbios Mentais), que contribuem com a nova missão de *uniformizar* os critérios de diagnóstico, o registro estatístico e a comunicação entre os clínicos, ordenando os filhos da Psiquiatria – *pacientes psiquiátricos* em grupos e subgrupos, classificando as diferentes formas de *alienação mental*.

Não se pode, portanto, entender o DSM-IV como uma classificação das formas de loucura. E nem mesmo como uma classificação específica das doenças *mentais*, visto que, fiel às suas definições, entre os distúrbios que classifica, vários são apenas 'manifestações de disfunção *biológica* do indivíduo' (PESSOTTI, 1999, p. 186).

A fala dos loucos é sobrecodificada e reduzida a sinais e sintomas, retirando a singularidade, a concretude e a historicidade do louco.

A loucura institucionalizada, manicomial, perde sua potência instituinte?

Alguma coisa se passa 'entre' as loucuras que escapa e difere das normalizações e dos controles (LAVRADOR, 2006).

## 2.5. LOUCURA NO SINGULAR E NO PLURAL

A loucura, ao longo da história nos tem convocado a entendê-la como singular e plural, a reconhecer sua processualidade, seu movimento incessante e sua potência instituinte, que podem ser capturados, estagnados, cuja interrupção do processo, assume o caráter de “doença/ sofrimento”. Contudo, não é um fim em si mesmo, engendrando outras possibilidades, inventividades, potencialidades, outros sentidos (MACHADO & LAVRADOR, 2001; GUATTARI & ROLNIK, 2000).

Os loucos, em suas lutas cotidianas, nas suas resistências e na sua teimosia em continuar existindo, buscam sentidos para sua experiência, convocando a todos a lutar pela desinstitucionalização da loucura, que perpassa pelo aniquilamento dos “desejos de manicômios” (MACHADO & LAVRADOR, 2001), que podem atravessar vários espaços e contextos, como nos CAPS e nas religiões pentecostais.

Não seria esta uma visão romântica da loucura, sobre o louco? E o que pensar sobre a provocação de Foucault de que a loucura desaparecerá? Machado e Lavrador (2001) fazem esta reflexão, abordando o deslocamento da loucura para a doença mental como um modo de “apagar o fluxo-esquizo presente numa face da loucura” (ibidem, p. 51). Contudo, apesar da política da normalização, de domesticação, de captura da loucura pelo controle da medicina, da farmacologia, das práticas *psi*, a loucura transgride.

Nesta mesma direção, Deleuze e Guattari (1972) na obra “O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia” abordam a necessidade de nos desvencilharmos das amarras reterritorializantes da loucura/ doença e potencializarmos novas conexões e agenciamentos coletivos que acionem toda a potência criativa.

A loucura implica a desrazão, um pensamento louco que vem embaralhar a razão nas verdades que cria e as quais se apega. No entanto, esta ordenação embaralhada ganha aí sua força para ordenar-se novamente, mas agora reabastecida de oxigênio. Essa é a força da alteridade da loucura, de sua diferenciação. Potência para tornar diverso aquilo que mais naturalizamos, tornar diverso aquilo a que mais nos apegamos e, no entanto, tudo o que mais nos endurece, tudo o que mais veda nossos poros a outras formas de sentir, de viver, de amar (MACHADO & LAVRADOR, 2001, p. 52 e 53).

Quando a loucura, enquanto processo interrompido, *enlouquece*, produz sofrimento (que não é só mental, psíquico!). Segundo Deleuze (1997) “A neurose, a psicose não são passagens de vida, mas estados em que se cai quando o processo é interrompido, impedido, colmatado. A doença não é processo, mas parada do processo...” (p.13).

Pelbart (1993) fala dos anjos de Wenders, analisando o filme “Asas do Desejo”, propondo uma articulação poética, política, ética com a loucura. Em sua análise, os anjos não são deuses e sua infelicidade em busca da encarnação assemelha-se ao sofrimento experimentado pelo louco em seu devir-anjo:

Pois há na loucura um sofrimento que é da ordem da desencarnação, da atemporalidade, de uma eternidade vazia, de uma historicidade, de uma existência sem concretude (ou com um excesso de concretude), sem começo nem fim, com aquela dor terrível de não ter dor, a dor maior de ter expurgado o devir e estar condenado a testemunhar com inveja silenciosa a encarnação alheia (ibidem, 20)

O louco-anjo seria um modo de resistir e existir diante do que se apresenta como camisa-de-força que expurga o devir-anjo? Em sua busca pela imanência, os loucos convocam um olhar sobre a vida, sobre as políticas de subjetividade domesticadoras, normalizantes, assépticas, tediosas e entediantes.

O devir-anjo do louco é afetado pelo desejo de asas “A *religião*, o amor, a literatura, o cinema, tudo isso oferece asas para um devir-anjo” (ibidem, p. 21), colocando em análise as propostas de parceria, de cuidado:

Não podemos oferecer-lhes, porém, a encarnação seca que nós mesmos suportamos mal e que freqüentemente pensamos transcender com nossas histórias, drogas, aventuras, com nosso esforço em multiplicar nossos devires-anjo, em viver várias vidas ao mesmo tempo, muitas dimensões, em fazer proliferar o real para além da mortalidade mortífera que nos é proposta e imposta por todos os lados (,ibidem, p. 22).

Na tentativa de encarnar uma vida menos dolorosa, menos sofrida ou ainda na busca de livrar-se (cura?) da tormenta, gerada pela interrupção do processo, vagam por territórios diversos, desde os mais tradicionais, legitimados pela ciência, até os mais alternativos, como os cuidados religiosos.

Como pluridimensionar a loucura? Como multiplicar conexões, linguagens, abordagens, novos dizeres sobre a loucura e o louco? Como não cortar suas asas? Como forjar asas para novos devires?

Parece haver nessa operação o risco de uma espécie de proliferação demoníaca, cancerígena, sem forma nem finalidade. Ao invés de um contorno para o mundo, de uma imagem de mundo reaseguradora, teríamos de fato um mundo sem uma imagem de mundo, monstruoso, sem modelo (ibidem, p. 24)

Algumas inquietações emergem e mobilizarão os dois próximos capítulos sobre práticas terapêuticas, abordando os cuidados clínicos e cuidados religiosos, em que colocarei em análise dispositivos que têm se configurado como modelos, procurando compreender a que perspectiva correspondem ou quais forças - ativas, reativas forjaram tal perspectiva, e como afirmam ou não a vida, a *loucura em nós*.

### CAPÍTULO 3 – MODOS DE OLHAR E CUIDAR EM SAÚDE MENTAL

A clínica sempre suscitou um mistério... O que é possível acontecer em uma relação que se propõe terapêutica e de certa forma libertadora? Libertar-se de que/quem? Ou tratar-se-ia de sair de si, tarefa labiríntica de desdobrar-se em meio às múltiplas dobras da própria pele? Por onde e como poderiam vir a ser criados novos modos de fazer-se existir e de tramar maior resistência na própria experiência do sofrimento de nossos banais cotidianos? Poder-se-ia falar em um movimento clínico para o Fora? (FONSECA, 2004, p. 29)

O novo modelo de atenção em saúde mental, que vem sendo construído no bojo do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira – engendrado pelo Movimento da Luta Antimanicomial – nos convoca a colocar em análise saberes e fazeres instituídos sobre a loucura e sobre o louco.

Para tanto, é necessário problematizar o campo da saúde mental, que se configura como complexo, heterogêneo e plural, sendo atravessado por tensões entre diferentes perspectivas e modos de entendimento e atendimento sobre a loucura, cujas lógicas - manicomial e antimanicomial - estão em permanente confronto e ensejam lutas travadas num campo de forças da ordem do visível e invisível.

A tensão que caracteriza este campo é marcada também pela relação entre clínica e política, no interior do próprio processo da Reforma Psiquiátrica, denotando que, tanto as perspectivas teóricas como as abordagens, ora privilegiam uma dimensão, ora outra. Esta dissociação produz impactos significativos na reorganização das práticas dos dispositivos antimanicomiais (NEVES & JOSEPHSON, 2001).

A dimensão política é expressa na luta pela cidadania e direitos humanos do louco, tendo como principal influência a Psiquiatria Democrática Italiana (RINALDI, D. L. & LIMA, M.C.N., 2006). Ao procurar romper com a clínica psiquiátrica tradicional, tece críticas ao modelo asilar, manicomial, que durante dois séculos encarcera e encerra a loucura como doença mental, cujo tratamento é

médico-centrado, pautado pela lógica da normalização, exclusão social, estigmatização, incapacitação, desabilitação social e isenção de direitos. (FOUCAULT, 2005; GUATTARI & ROLNIK, 2000; BRASIL, 2004).

Na perspectiva política e social, os dispositivos antimanicomiais, em especial os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, erguem a bandeira da inclusão social, organizando os projetos em torno de atividades como oficinas terapêuticas, de geração de emprego e renda, tradicionalmente coordenadas pelos profissionais não “Psi”, como terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, artistas plásticos, *oficineiros*<sup>18</sup> em geral. Atividades muitas vezes descoladas das ditas terapêuticas (NEVES & JOSEPHSON, 2001).

A dimensão da clínica, por outro lado, é marcada pela influência da Psicoterapia Institucional Francesa no processo inicial da Reforma Psiquiátrica, com valorização da clínica psicanalítica, que considera a especificidade da loucura e a necessidade de positivar esta experiência, buscando acolhê-la na instituição. A influência da Psicanálise pode ser percebida através de categorias como escuta, sujeito, presentes na própria linguagem dominante no campo, retomando a relação entre a problemática do sofrimento e a existência do sujeito (RINALDI, D. L. & LIMA, M.C.N., 2006). Esta influência se traduz na organização dos serviços através de atividades ditas clínicas e terapêuticas, realizadas pelos profissionais “Psi” (psicólogos, psicanalistas e psiquiatras) como psicoterapia individual, de casal, de família e realização de grupos terapêuticos que abordam as questões ditas psicológicas, que em muitas vezes, são descoladas das questões sociais, políticas, econômicas e culturais (NEVES & JOSEPHSON, 2001).

Ademais, o campo da saúde mental ainda é marcado pelas clássicas dicotomias individual/social, interno/externo, consciente/inconsciente, sujeito/objeto, objetividade/subjetividade, evidenciando que, ao mesmo tempo em que a luta pela superação do manicômio é marcada por movimentos que abalam certezas e verdades, e convocam o novo, esta mesma luta também é solavancada por “modismos”, preescritores de modelos, que padronizam as ações e reproduzem modos de funcionar de forma sintomática, paralisando o processo, capturando o

---

<sup>18</sup> Termo que designa a ocupação profissional do facilitador de oficinas terapêuticas nos serviços de saúde mental.

movimento de mudança, alimentando velhas fórmulas que teimam em existir com novos rótulos (PASSOS & BARROS, 2000).

Portanto, o processo de implantação da reforma psiquiátrica tem apontado a necessidade de nos lançarmos ao desafio conceitual e metodológico de colocar em análise também saberes e fazeres que emergem como instituintes em um processo supostamente de mudança de modelo assistencial.

Neste intuito, muitos estudiosos têm se dedicado a construir outros modos de operar sobre a loucura, com o louco, sobre o sofrimento psíquico de modo geral. Clínica ampliada, clínica psicossocial, clínica transdisciplinar, clínica e política, clínica e crítica, clínica em movimento, clínica peripatética são algumas denominações que apontam que aquele antigo (e atual...) modelo de clínica deve ser extinto (!!!) e propõem novos saberes e práticas, que apostam em outros modos de interação entre os sujeitos sociais, entre os atores concretos, que quando engajados e mobilizados em seus contextos concretos potencializam movimentos que, coletivamente, possibilitam transformar realidades e modificar a si próprios neste mesmo processo.

Nesse sentido, este capítulo se propõe a problematizar a nova clínica em saúde mental, partindo do pressuposto de que esta discussão é crucial para colocar em movimento a Reforma Psiquiátrica, clamando pela desnaturalização do dispositivo clínico. Para tanto, é fundamental reconhecer a existência de muitas formas e lugares instituídos de saber/poder com marcas ou imagens vazias, e de especialismos com slogans prontos que perdem a vida e a força instituinte de provocar, perturbar. Como também pelo reconhecimento dos “desejos de manicômios” que nos atravessam e insistem em habitar nossas experiências com a loucura e com o louco (MACHADO & LAVRADOR, 2001).

Em um misto de mergulho e contaminação, há que se direcionar 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, perpassando o cotidiano de nossas práticas de produção de saúde e cuidado em saúde mental, juntando a *fome com a vontade de comer, de devorar a diferença*, correndo o risco de institucionalizar a loucura com novos dispositivos.

### 3.1. NASCIMENTO EM BERÇO ESPLÊNDIDO

Como ponto de partida, é necessário delimitar o contexto sócio-histórico e político do surgimento da clínica, o que demarca a compreensão de que a constituição do próprio conceito de clínica não é feito de modo linear e totalitário, mas é eivado de multiplicidade de sentidos que “surgiram concomitantemente a modos de ver e modos de dizer, que são condições *a priori* a partir das quais todas as idéias se formulam e os comportamentos se manifestam na espessura de um momento histórico” (DELEUZE, 1992, p. 69)

Considerar os pressupostos éticos e epistêmicos, e o caráter de processualidade da constituição da clínica como um projeto em curso, portanto, inacabado, implica necessariamente em abordar crises e mudanças, no engendramento de acontecimentos históricos (PASSOS & PITOMBO, 2003).

Foucault (2004) em “O Nascimento da Clínica” discute sobre a constituição da Medicina Científica, também conhecida como Medicina Moderna, em fins do século XVIII e início do XIX, que através da ruptura com saberes seculares, gera mudança conceitual, metodológica e de objetos. Com isso, novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais surgem, interferindo na constituição das ciências humanas e sociais e do estabelecimento do tipo de poder característico das sociedades capitalistas: o poder disciplinar. Inaugura-se uma nova racionalidade, a Biomédica, que hegemonicamente atravessa séculos, cujo percurso é permeado por contradições, dissonâncias, hesitações, mas se apresenta na atualidade de modo naturalizado, estagnado, invariante, escamoteando seu caráter de produção.

Segundo Passos & Pitombo (2003, p. 219) “A clínica, sendo produtora de diferença, se aproxima da história que, na contemporaneidade, é entendida também como campo de heterogêneses”. Assim, a abordagem da dinâmica da história aponta que esta se confunde “com uma dinâmica que é da clínica: a produção histórica de produção de sentido seria a própria clínica” (ibidem, p. 219)

Em seu sentido original, a noção de clínica significa *inclinarse sobre o leito* - expressando o espaço primordial onde o saber médico se formou ao longo da história (FOUCAULT, 2004). O pensamento médico ocupa um lugar determinante na vida do ser humano moderno, pois vem substituir a promessa religiosa da salvação pela promessa científica da saúde (RINALDI, D. L. & LIMA, M.C.N., 2006).

O seu nascimento é gerado por um projeto de Ciência Moderna, cujos pressupostos escamoteiam a sua complexidade.

O princípio de que o saber médico se forma no próprio leito do doente não data do final do século XVIII. Muitas, senão todas as revoluções da medicina, foram feitas em nome desta experiência colocada como fonte primeira e como norma constante. Mas, o que se modificava continuamente era a própria rede segundo a qual esta experiência se dava, se articulava em elementos analisáveis e encontrava uma formulação discursiva. Não apenas mudaram o nome das doenças e o agrupamento dos sintomas; variavam também os códigos perceptivos fundamentais que se aplicavam ao corpo dos doentes, o campo dos objetos a que se dirigia a observação, as superfícies e profundidades que o olhar do médico percorria, todo o sistema de orientação deste olhar (FOUCAULT, 2004, p. 59).

Foucault evidencia nesta obra que a medicina científica só pode ter início com a classificação das doenças, organizadas segundo a espacialidade de sua manifestação. Rompe-se com o modelo da medicina clássica de entendimento da doença como espécie nosográfica, que devia ser configurada, e instaura-se, então, o modelo anátomo-clínico, que pauta o entendimento da doença “como espaço de projeção sem profundidade e de consciência sem desenvolvimento” (ibidem, p. 4), analogamente definida pelas suas essencialidades e semelhanças, possibilitando classificar suas espécies. Portanto, há o deslocamento do lócus da doença, de um espaço ideal para um espaço real: o corpo, o que engendra a produção de novos olhares sobre este.

Ao romper com as velhas concepções sobre o corpo humano, a medicina científica transformou gradativamente a arte de curar os indivíduos doentes em uma disciplina sobre as doenças. Para Madel Luz (2004), os médicos do Renascimento e da época clássica sofrem a influência da botânica e da história natural e a partir disso constroem o modelo classificatório das morbidades, pautado na observação sistemática, ordenatória e empírica.

Este modelo impõe compreender a doença como um fenômeno da Natureza: com suas espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento. A doença entendida como natureza, exerce uma ação particular sobre um corpo individual.

Os clínicos procuravam, no leito dos doentes, ou no microscópio do século XVII, as evidências que apontavam para esta ou aquela doença. O que provocou mudanças na prática clínica, exigindo a reorganização dos hospitais como espaço clínico para produzir conhecimentos sobre as entidades patológicas (FOUCAULT, 2004; YASUI, 2006).

Segundo Foucault (2004), a função do hospital até o século XVIII era de prestar assistência aos pobres, loucos, meliantes, devassos, prostitutas, excluindo-os do convívio social, por serem vistos como perigosos. Ainda sem uma função terapêutica, o hospital era um misto de exclusão, assistência e transformação espiritual. Como aponta o autor, não foi a partir de uma técnica médica que o hospital foi reorganizado, mas a partir de uma tecnologia política: a disciplina. Para ele:

A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (ibidem, p. 107).

A introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital possibilitou sua medicalização, transformando o saber médico, imbuindo-o de poder sobre o corpo. Portanto, a formação de uma medicina hospitalar deveu-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar e, por outro, à transformação, no século XVIII, do saber e das práticas médicas. “O Hospital se constituiu como o *lócus* para a produção de uma verdade objetiva sobre o corpo doente. O grande laboratório que possibilita um olhar que esquadrinha, observa, anota, cataloga, classifica e intervém” (YASUI, 2006, p. 74).

Neste sentido, para Luz (2004), a medicina ao tornar-se a ciência das doenças, vivendo da morte, transforma a questão da vida numa metafísica e assim, supérflua para o conhecimento, sendo essa sua grande contribuição para a racionalidade moderna. Ao positivar a doença e o corpo, tornando-os objetos do discurso científico moderno, através de categorias como: entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma, etc., excluíram-se temas como a vida, a saúde, a cura. É o momento em que a saúde é entendida como ausência de doenças e não como afirmação da vida, para tanto, é necessário eliminar a doença no corpo dos indivíduos para que se tenha saúde.

Instaura-se, então, a Ordem Médica. É preciso e possível (?) controlar fenômenos envolvendo doenças, sofrimento, dor e morte (CLAVREUL, 1978).

Dessacralização da natureza. Homem- máquina. Demandas para a compartimentalização do corpo. Era do especialismo.

Corpo-máquina em ação: produzir é preciso. A engrenagem tem que funcionar. Para tanto, a operação médica exige a medicalização da sociedade: penetração da medicina no tecido social, dando suporte científico à economia de poder (DONNÂNGELO, op.cit; MACHADO et al, 1978).

As forças produtivas (a energia proletária) constituem alvo eleito [da medicina como prática social]. A medicina é ato de regulação da capacidade de trabalho. O processo de trabalho médico seria permeado pela necessidade econômica de reprodução da força de trabalho (POLACK *apud* DONNÂNGELO, 1979, p. 35).

Divisão do trabalho médico e tecnologização da prática. Reestruturam-se processos de trabalho, com nova delimitação do objeto de intervenção do médico: doente como objeto de trabalho. A doença é (re)localizada em partes do corpo, gerando a especialização e a subdivisão do ato médico, restringindo-se, desse modo, a autonomia do profissional (DONNÂNGELO, 1979; SCHRAIBER, 1992; SCHRAIBER, 1993). Deste modo, a prática profissional é marcada pela impessoalidade, fragmentação, pelo não-envolvimento com os doentes e familiares. Com a supremacia do procedimento em detrimento do sujeito, os profissionais não mais se responsabilizam “pelos doentes e passam a ser responsáveis por

procedimentos, fragmentando o processo terapêutico e dificultando a definição do responsável pelo acompanhamento integral do doente, bem como a articulação das várias ações necessárias para a recuperação deste” (ROLLO, 2002, p. 324).

O doente, por sua vez, é entendido como a própria doença, que adquiriu traços regulares. Doente-paciente, de todos e de ninguém, retirado de sua concretude, singularidade, é reduzido a uma doença, a um CID, uma sigla. Um corpo-órgão assujeitado, subordinado e despersonalizado (SCHRAIBER, 1993; SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996).

Por um lado, “paciente” apagado pela doença. Por outro, o médico também se despersonaliza, se assujeita diante das exigências de seu saber. A “relação ‘médico-doente’ é substituída pela relação ‘instituição médica-doença” (CLAVREUL, 1978).

Assim, ao reduzir a complexidade do processo saúde-doença-cuidado ao nível individual, biológico, a medicina pretende-se a-histórica, escamoteia relações de poder, de conflito.

Entretanto, a medicina moderna é um dispositivo que compõe uma tecnologia de poder sobre a vida – biopoder –, que pretende regular a população e disciplinar os indivíduos, enquadrando-os num aparelho de normalização, tornando-os produtivos, consumistas e dóceis (DONNÂNGELO, 1979; FOUCAULT, 1979).

Deste modo, esta racionalidade nascida no bojo da modernidade, sob o paradigma positivista da ciência, alimenta-se do objetivo de tornar o corpo-objeto em máquina, prolongando e controlando a vida ao máximo (FOUCAULT, 1979; CAMARGO, 2003). “Perdemos o mundo e ganhamos o corpo” (ORTEGA, 2003, p.73). Corpo entendido “como último território a ser explorado... única posse e território de liberdade individual (SANT’ANNA, 2001, p.18).

A produção de verdades a que se propõe a biomedicina, em que o método e a linguagem são mais importantes do que os objetos que investigam, coloca-a como o modelo global e totalitário de racionalidade científica, constituindo-se como dogma, como único caminho para encontrar a verdade “Estrada única que nega o

caráter racional de todas as formas de conhecimento que não se pautam pelos seus princípios epistemológicos e por suas regras metodológicas” (YASUI, 2006, p. 73)

É neste contexto sócio-histórico-político-científico que a loucura passa a ser atrelada à noção de “doença mental”, como objeto de uma terapêutica que a dissocia do ser humano, relegando-a ao universo da desrazão e reduzindo-a a um distúrbio orgânico. Eis que se inaugura a era dos especialismos na medicina com o surgimento da primeira especialidade médica: a Psiquiatria.

### 3.2. SALVE O ESPECIALISTA! O ESPECIALISTA SALVA

O surgimento da Psiquiatria inaugura uma nova ordem, que ao produzir novos modos de entendimento e atendimento da loucura e do louco, constitui-se como *Paradigma Psiquiátrico*. A partir deste paradigma, falar sobre a história da loucura, situando o panorama dos séculos XVIII e XIX, implica em analisar a sua captura pelos conceitos de alienação e de doença mental (PELBART, 1989; AMARANTE & TORRE, 2001).

O contexto de seu surgimento traz à tona a visão de um Sujeito da Razão, imbuído pelos pressupostos da racionalidade científica cartesiana, mecanicista. “A loucura se torna seu contraponto: é capturada como sujeito da desrazão” (AMARANTE & TORRE, 2001, p. 74). Portanto, sua análise incide sobre a produção de saber/ poder sobre os sujeitos, através da influência do Iluminismo, das ciências humanas.

Eis o paradoxo do projeto iluminista “que buscava, por meio do conhecimento, libertar o homem dos grilhões que lhe eram impostos pela ignorância e pela superstição. Os homens eram livres e dotados de uma racionalidade que lhes permitia conhecer o real e agir livremente. A Liberdade e a racionalidade constituíam o que é naturalmente próprio do Homem” (YASUI, 2006, p. 77). A imagem desse novo homem deveria ser desatrelada da do louco, pois como afirma Foucault (1979) o louco era visto como aquele que ao se privar da liberdade por sua irresponsabilidade inocente, compromete a razão. A ele, só resta o confinamento: manicômio.

Este panorama que contextualiza o nascimento do hospital psiquiátrico, no século XIX, explicita sua missão:

[...] lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão. O grande médico do asilo [...] é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode

produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente (FOUCAULT, 1979, p. 122).

Foi no mesmo momento histórico em que o hospital se organizou como instrumento e *locus* médico, que a loucura ganhou estatuto de doença mental. Para Foucault (1979), no período da Revolução Francesa, suprimiu-se o internamento como símbolo da opressão do Antigo Regime como marco de um novo mundo. Contudo, as casas de internamento foram gradativamente destinadas aos loucos “que se tornaram os herdeiros naturais do internamento e das medidas de exclusão” (YASUI, 2006, p. 77).

A loucura é liberta das correntes materiais e passa a ser acorrentada por um saber que exige um modelo investigativo que possibilite realizar um diagnóstico objetivo para uma conduta terapêutica. O que implica no estudo exaustivo para enumerar e descrever as manifestações exteriores, os sintomas para caracterizar as diferentes patologias que, em última análise, são entendidos como desregramentos das funções cerebrais. Este modelo investigativo revela o empenho da Psiquiatria em busca de um corpo para sua doença.

A subjetividade se exterioriza, se transforma em uma verdade positiva, ou seja, uma realidade passível de observação científica. Este é o fundamento para toda uma “ciência” baseada nas evidências dos sintomas e sinais: a psicopatologia. E como objeto de conhecimento, a loucura só poderá ser falada pelo médico, delegado da razão. A experiência humana da loucura desapareceu. Em seu lugar surge um discurso da racionalidade que define quem está privado dela. As correntes que aprisionam a loucura já não são feitas de ferro, mas, sobretudo de palavras (YASUI, 2006, p. 79).

O discurso psiquiátrico, portanto, assume o poder de especialista sobre a loucura, se configurando ainda como Razão Instrumental, a serviço da ciência que impõe a objetividade na busca por evidências experimentais, que demonstrem a determinação material da patologia mental. Mais do que intervenção clínica, é uma intervenção política, uma prática disciplinadora, mediadora da sutil violência repressiva que caracteriza as sociedades contemporâneas.

O surgimento do hospício como espaço de confinamento para o tratamento da loucura, anuncia a hegemonia da clínica psiquiátrica tradicional sobre a loucura:

desqualificando as margens e sombras dos saberes alheios à sua luminosidade cientifizante, a Psiquiatria (e antes dela a exclusão da Idade Clássica, e depois dela seus derivados) arvorou-se como única alternativa 'séria' à 'tagarelice' dos leigos e sonhadores (PELBART, 1989, p. 14).

Ao se conectar à razão, a experiência da loucura é subjugada ao conceito de alienação, sendo Pinel o primeiro grande clínico da loucura, por inventar o modelo asilar para tratamento moral, na perspectiva de sua cura. Este tratamento consistia em esvaziar os delírios, através do silêncio institucional; em julgamento perpétuo; em ridicularizar a loucura, tudo isso marcado pela autoridade médica. “O espaço asilar deveria ser uma cidade perfeita, transparente, racional e moral, em que a loucura pudesse ao mesmo tempo aparecer e ser abolida” (ibidem, p. 46).

Assim, aponta o autor, funde-se a loucura do louco com a loucura do homem em geral, tanto na perspectiva da involução – caráter primitivo, como da perspectiva terminal, enquanto degeneração da sociedade. A alienação é entendida como erro, uma desordem da razão, “como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social” (TORRE & AMARANTE, 2001, p. 74).

Como coloca Pelbart (1989, p. 60), o confinamento característico da internação ganha uma legitimidade moral, terapêutica e epistemológica, em que a existência do louco “passa a ser medida, subdividida, classificada, vigiada, julgada, responsabilizada ou inocentada, corrigida e punida – numa palavra, não excluída, mas dominada” (ibidem, p. 61). Dominação que se estende às dimensões “física, moral e médica *sobre a loucura*, baseada no Olhar, no Silêncio, na Autoridade e no Julgamento” (ibidem, p. 61).

A perspectiva alienista de entendimento da loucura vem marcar também o atrelamento à noção de periculosidade “Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais” (TORRE & AMARANTE, 2001, p. 75). Essa noção serve de justificativa para a institucionalização da loucura como princípio universal, em que o isolamento é explicado pela necessidade - sentida como absoluta- de confiar os alienados a estranhos e de isolá-los de seus familiares.

Eis o panorama que coloca Pinel como o desencadeador da primeira reforma, justificando que o isolamento permitia num só tempo conhecer e classificar- perspectiva influenciada pelo método da botânica, da história natural das doenças-, mas também possibilitava a cura, através do afastamento do alienado de “influências maléficas externas”- como também “impedia a contaminação” da sociedade. Em um ambiente artificial, como um laboratório, apostava-se no isolamento, por ser “ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional)” (TORRE & AMARANTE, 2001, p. 75).

Este contexto estende-se à nossa realidade. No Brasil, a história da Psiquiatria é a de um processo de asilamento, de um processo de medicalização social, denotando a indissociabilidade entre dizeres e fazeres sobre a loucura enquanto construção histórica e social (AMARANTE, 1995).

A Psiquiatria brasileira emerge no processo de reordenamento do espaço urbano, após a chegada da Família Real, no início do século XIX. A partir do levantamento da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em 1830 sobre a situação dos loucos na cidade, que se misturavam entre os pobres, negros, índios, desempregados, degenerados e perigosos, entre outros, começa-se a pensar em espaços exclusivos para seu isolamento e tratamento, pautados no seu entendimento como “doentes mentais”.

Assim, em 1852 é inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Pedro II. Alvo de diversas críticas pelos médicos alienistas de então, que reivindicavam ao hospital status de produção de conhecimento, de reconhecimento público, devendo ser medicalizado, como aponta Amarante (ibidem).

Sendo assim, a contextualização sobre a produção de saberes e práticas sobre a loucura na modernidade, tanto no cenário europeu como no cenário nacional, legitima o manicômio, com seu funcionamento regado, disciplinar, consolidando o Paradigma Psiquiátrico, a clínica psiquiátrica tradicional, que aprisionam a diferença do louco sob o signo de doente mental, de incapaz, de irracional, dependente, alienado, retirando-lhe a possibilidade de ser livre e igual aos cidadãos ditos normais (BEZERRA, 1992).

Contudo, o cenário contemporâneo, engendrado por transformações em vários sentidos e em vários campos, tais como da Física Quântica, da Psicologia, da Antropologia, da Filosofia, da Política, gera crises paradigmáticas. A que a Psiquiatria não passa imune e impune, através das severas críticas aos especialismos, à fragmentação de disciplinas e a lógica da segregação. Contexto marcado pelas experiências de reformas.

### 3.3. CRÍTICAS AO MODELO MANICOMIAL: EXPERIMENTANDO REFORMAS NO CENÁRIO MUNDIAL

O período pós-guerra, marcado por inúmeras mudanças na sociedade, abala o “edifício psiquiátrico”, dando início a um processo de mudança de modelo, marcado pela heterogeneidade e pluralidade teórica e metodológica. A Psiquiatria passa a mudar o foco sobre as “anomalias” para olhar a “saúde mental”, pretendendo prevenir os desvios, produzir um indivíduo saudável e de prever a doença, antecipando-se onde houver comportamentos de risco, desviantes da norma. As reformas propostas pela Psiquiatria comunitária norte-americana e pela Psiquiatria de setor francesa concretizam este ideal (AMARANTE, 1998; BIRMAN & COSTA, 1994).

Contudo, as dificuldades encontradas pela Psiquiatria para afirmar-se cientificamente, geraram impasses para seu reconhecimento:

O discurso da anátomo-clínica, base epistemológica da dita medicina científica, não encontrava legitimidade no campo da Psiquiatria. A Psiquiatria buscava as causas físicas dos distúrbios mentais e apenas encontrava, desde Pinel e Esquirol, as causas morais (BIRMAN, 2001, p. 180 e 181).

Realidade que começa a se modificar com as descobertas da psicofarmacologia, nos anos 50 do século XX, e, sobretudo, nos anos 80 e 90, com o desenvolvimento das neurociências. Na perseguição do status científico, a Psiquiatria segue o modelo global e totalitário da racionalidade científica, negando e/ou invalidando toda forma de epistemológicos e por suas regras metodológicas.

Com a pretensão de explicitar discurso, diagnóstico, raciocínio, método, e terapêutica, são adotadas as classificações oficiais como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana, e o Código Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (YASUI, 2006).

A potencial descoberta e domínio dos processos cerebrais, responsáveis pelos diferentes estados da psique, reduzem o entendimento sobre o funcionamento do psiquismo a neurobioquímica.

Segue-se, aqui, um dos princípios fundamentais da racionalidade científica moderna: simplificar para conhecer. A vida humana é por demais complexa, repleta de nuances, contradições e paradoxos. A tristeza que ela nos causa não pode ser compreendida se todos esses aspectos não forem levados em consideração. Portanto, para esta racionalidade, o homem é uma máquina que deve possuir um funcionamento padrão ótimo e tudo aquilo que se desviar deste padrão/normalidade deve sofrer uma intervenção para readequá-lo, readaptá-lo, corrigi-lo (YASUI, 2006, p. 38).

No bojo destas mudanças, surge também a Psiquiatria Social a partir da crise que atravessa o campo, marcada pela passagem da Psiquiatria da condição de profissão liberal para a condição assalariada; da emergência do conflito entre o paradigma da doença mental e da saúde mental, apontando a promoção de saúde mental como objetivo, parametrado pela adaptação social, produzindo mudanças no discurso e nas práticas, que são “invadidas por instituições externas” ao campo hegemônico psiquiátrico (ROSA, 2003).

Assim como a Psiquiatria é alvo de críticas, crises e mudanças, o modelo clínico consagrado passa a ser ameaçado com as críticas ao modelo manicomial, que podem ser caracterizadas em dois grandes períodos, da reforma do hospital à reforma da Psiquiatria (AMARANTE, 1998; BIRMAN & COSTA, 1994).

O primeiro período é caracterizado pelas críticas sobre a estrutura asilar, considerada como patológica e produtora de cronificação. Condições essas que se acreditavam ser possíveis de mudança, através do processo de reforma interna e de modernização do manicômio, apostando na humanização e democratização das práticas, e “resgate” dos propósitos, da “missão” inicial.

Seguindo esta lógica da reforma do hospital, em meados do século XX, surgiram movimentos como das *Comunidades Terapêuticas* na Inglaterra e Estados Unidos, da *Psicoterapia Institucional* na França e da *Psiquiatria Comunitária Preventiva* nos Estados Unidos. Estes movimentos tinham como características comuns a mudança da conduta terapêutica de individual para coletiva e de

assistencial para preventiva, apontando a necessidade de extensão da Psiquiatria ao espaço público.

No segundo período, as críticas ao modelo se intensificam, radicalizando e rompendo com os movimentos anteriores em busca da desconstrução do aparato psiquiátrico e, portanto, com o hospital psiquiátrico, através da análise sobre os dispositivos médico-psiquiátricos e as instituições e dispositivos terapêuticos a eles relacionados. Assim, surge na Inglaterra a *Antipsiquiatria*, na década de 60 e na Itália, na década de 70, a *Psiquiatria Democrática* de Franco Basaglia. Para esses movimentos a estrutura asilar é um espaço de violência que reproduz a violência familiar (perspectiva da Antipsiquiatria) e social (perspectiva Basagliana), vivenciada pelos pacientes (ROSA, 2003).

Estes movimentos influenciam o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente a Psiquiatria Democrática Italiana, que demonstrou que a problemática da saúde mental está inserida no interior de uma temática política. A ênfase prática de sua proposta envolvia a diminuição e extinção de leitos nos hospitais psiquiátricos e estruturação de uma rede de serviços psiquiátricos na comunidade, articulada por equipes interdisciplinares, capazes de responder às demandas dos pacientes e de seus familiares.

### **3.4. CRÍTICAS AO MODELO “ANTIMANICOMIAL<sup>19</sup>”: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA**

A experiência brasileira, no processo de construção da Reforma Psiquiátrica, situa-se numa posição diferenciada em relação ao panorama internacional. Enquanto todos os países imbuídos em fazer suas reformas encontravam dois obstáculos importantes, expressos por um lado pelos preconceitos sociais contra a loucura (periculosidade, incapacidade, entre outros) e por outro lado pela resistência das áreas “Psi” em transformar suas práticas, o Brasil precisou, além desses, encarar outro obstáculo importante: a indústria da loucura. Na primeira metade do século XX, a política assistencial era marcada pela construção dos grandes hospícios e a partir dos anos 60, a política privatista que marcou o governo militar fez proliferar hospitais psiquiátricos privados conveniados com o poder público. Eis que se instaura o panorama de mercantilização da saúde (LOBOSQUE, 2003)

As críticas e movimentos contra essa situação são contemporâneas ao processo de mudança para superação do modelo manicomial em outros países e ao processo de mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, incitadas pelo movimento sanitário, nos anos 70. Este movimento pautava a luta em defesa da saúde coletiva, na equidade na oferta dos serviços, para o qual foi crucial o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de novas tecnologias de cuidado em saúde (AMARANTE, 1998; BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, enquanto processo político e social complexo, desencadeia, portanto, articulação entre diversos atores e instituições, incidindo em territórios diversos (governamentais, não-governamentais,

---

<sup>19</sup> Quando o ato falho explica e complica... embora este subcapítulo aborde a construção do modelo antimanicomial e a crítica ao modelo manicomial, o ato falho aponta a importância de colocar em análise a reforma psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial, que são atravessados por forças que paralisam e cronificam.

acadêmicos, profissionais) penetrando a sociedade em territórios do imaginário social e da opinião pública.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005, p.6).

Este processo situa-se, no caso brasileiro, no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade dos anos 70.

A crise na assistência à saúde em geral, e em particular à saúde mental faz eclodir diversos movimentos sociais guiados por severas críticas ao modelo hospitalocêntrico, caracterizando assim, a primeira fase do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no período compreendido entre 1978 a 1991 (ibidem).

Temas como o da segregação, da violência e dos maus tratos aos pacientes, que eram destituídos de cidadania, são objetos de denúncias. Assim, a reflexão sobre a loucura sai da clausura do manicômio e se espalha em diferentes territórios, contextos e fóruns de discussão. A partir de um movimento articulado entre movimentos sociais e a classe trabalhadora organizada, radicaliza-se a crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo manicomial através da proposta de extinção dos manicômios, entendidos como mecanismos de opressão (LOBOSQUE, 2003).

Há que se destacar neste I período alguns marcos, tais como: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), iniciado em 1978 e que em 1987, no II Encontro do MTSM em Bauru, lança o lema “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”, marcando o início do Movimento da Luta Antimanicomial. Destaca-se também a realização da I Conferência Nacional em Saúde Mental no Rio de Janeiro em 1987; a implantação do I CAPS- Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo; a experiência santista que, em 1989, faz a intervenção no Hospital Anchieta, constituindo-se como principal referência para mudança de modelo através da implantação de uma rede substitutiva ao manicômio, composta por

NAPS – Núcleo de Atendimento Psicossocial, com funcionamento 24 h, criação de cooperativas, residências terapêuticas para os egressos dos hospitais e associações. Por fim, em 1989 o projeto de lei Paulo Delgado, do PT / MG começa a tramitar no Congresso Nacional, o qual serviu de luta e referência no campo jurídico e normativo para a construção de Políticas Públicas visando à extinção progressiva do modelo manicomial e versando sobre os direitos das pessoas com sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

Outro destaque importante neste período foi a Constituição Brasileira de 1988 que marca a criação do Sistema Único de Saúde.

O II período da Reforma Psiquiátrica é caracterizado pela CONSTRUÇÃO DA REDE EXTRA-HOSPITALAR (1992 -2000). A implantação da rede substitutiva ocorre de modo descontínuo, sem políticas específicas de financiamento para a rede extra-hospitalar e sem uma definição para a redução de leitos. Além disso, destacam-se as diferenças regionais, havendo uma concentração de serviços substitutivos no sul e no sudeste, onde também foram criadas as primeiras leis estaduais. Ao final da década haviam sido implantados 208 CAPS, contudo 93% do financiamento em saúde mental era concentrado na rede hospitalar (ibidem).

Este período marca o delineamento da Política Nacional em Saúde Mental. O projeto de lei Paulo Delgado, a Declaração de Caracas e a II Conferência de Saúde Mental são marcos que possibilitaram que entrasse em vigor as normatizações federais para regulamentação da rede de atenção diária e primeiras normas para fiscalização e classificação de hospitais psiquiátricos.

Por fim, o III período “A REFORMA PSIQUIÁTRICA DEPOIS DA LEI NACIONAL – 2001” tem obviamente, como principal avanço a aprovação da Lei federal – 10.216/ 2001, que conjuntamente com os desdobramentos da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, serve de norte para a efetivação das Políticas Públicas em Saúde Mental, regulamentando com financiamento os serviços substitutivos, definindo políticas específicas de Atenção à Criança e Adolescente, incorporando a Política de Álcool e outras drogas, tendo como eixo estratégico a redução de danos e a criação dos CAPS AD, a criação Programa De Volta Pra Casa para possibilitar a desinstitucionalização das pessoas em situação

de longa permanência nos hospitais (que em muitas casos é marcada pela moradia/ prisão “perpétua”...).

Destaca-se neste período (2006) o marco na inversão de investimento público historicamente concentrado nos hospitais, para um maior investimento na rede extra-hospitalar, evidenciando o processo de mudança de modelo de gestão da produção de cuidados em saúde mental.

Contudo, entretanto, todavia... podemos afirmar que ganhamos a batalha?

Eis que aí reside o ponto crucial para discussão e preocupação. Apesar do objetivo comum em torno da superação do modelo manicomial, a Reforma Psiquiátrica desde sua origem é marcada por diferenças, tensões, conflitos e disputa de saber-poder em diversos contextos e por diversos atores. No momento em que se delineia a política nacional, conhecida como política de indução de serviços substitutivos, “coincide” com o enfraquecimento e cisão do Movimento da Luta Antimanicomial, inseridos no contexto sócio-histórico do avanço da política neoliberal.

Como aponta Yasui (2006), se por um lado foi importante a institucionalização das reformas sanitária e psiquiátrica, pela consolidação de um projeto de saúde contra-hegemônico, por outro, veio demarcar um afastamento dos movimentos e organizações sociais, havendo o deslocamento da luta da sociedade civil para o interior do aparelho estatal.

Tem-se a impressão de que os principais atores estão nos gabinetes ministeriais, produzindo normas e portarias e não estão mais nas forças vivas da sociedade, nas instituições e nos serviços, como ativos protagonistas políticos (ibidem, p. 60).

Roberto Machado ao analisar a *genealogia do poder* em Foucault, afirma que:

Não há saber neutro. Todo saber é político. E isso não porque cai nas malhas do Estado e é apropriado por ele, que dele se serve como instrumento de dominação, desvirtuando seu núcleo essencial de racionalidade. Mas porque todo saber tem sua gênese em relações de poder [...] não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como

também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder (*apud* MACHADO & LAVRADOR, 2001, p. 1988 e 199).

A reforma psiquiátrica perde a força instituinte, o caráter de luta e movimento, e fica reduzida à lógica de indução de serviços, à administração de recursos financeiros, o que pode ser evidenciado pelo paradoxo de uma grande expansão da rede substitutiva e uma grande dificuldade em produzir concretamente novos saberes e práticas em saúde mental. As críticas a esse processo geralmente emergem no contexto acadêmico, o que não é visto com bons olhos por se achar que se corre o risco de retorno do mesmo: o velho e caquético modelo manicomial.

Colocar em análise o processo de implantação da política nacional é fundamental, pois se observa um grande equívoco ao se achar que simplesmente a abertura de CAPS garante por si só a mudança de modelo, a geração de novos protagonistas entre outros. Para que de fato aconteça uma mudança, o CAPS precisa ser entendido enquanto como uma estratégia de mudança do modelo de assistência que incita uma rede comunitária, territorial capaz de tecer múltiplos modos de cuidado. Para tanto, é crucial um investimento para a geração de protagonistas parceiros da loucura, inventores de possibilidades múltiplas e singulares de intervenção e produção de cuidado *cuidadores* e não tutelares.

Sem esta aposta, o cenário de reprodução do modelo hegemônico manicomial, tão vivo (!!!) nos serviços substitutivos, vai permanecer... com estruturas rígidas, verticalizadas, o saber e as condutas médicas preponderantes entre outros.

Aquilo que deveria ser a atenção psicossocial é assim construída cotidianamente num processo que reproduz uma mesma lógica manicomial, perpetuando uma prática que, sem ser executada no interior dos altos muros dos asilos, exclui e segrega. No lugar de um processo de transformação assistencial, norteado por princípios éticos temos a reprodução. Mini-manicômios de portas abertas e mentes fechadas. Apenas uma Psiquiatria reformada (YASUI, 2006, p. 63).

Portanto, a leitura do processo restrita à análise das macropolíticas camufla um grande perigo que nos ronda: o “desejo de manicômios” (MACHADO &

LAVRADOR, 2001) e os “manicômios mentais” (PELBART, 2001) Forças que “perpassam todo o *socius* e alimentam as instituições, que se fazem presentes cotidianamente nas práticas e concepções no campo da saúde mental” (DIMENSTEIN & ALVERGA, 2007, p. 3).

Novos (e velhos!!!) desafios surgem, que requerem novas (!) rupturas e radicalizações para que a reforma não se estanque e tenha força de movimento instituinte e “não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e aquilo que representa a manutenção de séculos de dominação” (ibidem, 16)

Em tempos tão complexos e contraditórios e, portanto, difíceis, faz-se necessário retomar a mobilização social, chacoalhar verdades que teimam em persistir, que nos cegam e acomodam ao mesmo. É fundamental produzir tensões, em busca do novo, para a construção de espaços que por problematizarem o cotidiano, acima de tudo, sejam potentes para afirmar a vida.

Nesse sentido, lança-se o convite para a reflexão sobre as micropolíticas do cuidado em saúde mental, sobre as demandas que a nova (...) clínica enseja e nos convida a navegar mares ainda não conhecidos.

### 3.5. POR UMA NOVA (!) CLÍNICA (?) EM SAÚDE MENTAL

Não nos surpreendemos com vosso despreparo diante de uma tarefa para a qual só existem uns poucos predestinados. No entanto nos rebelamos contra o direito concedido a homens - limitados ou não - de sacramentar com o encarceramento perpétuo suas investigações no domínio do espírito. A. Artaud (carta aos médicos-chefes dos manicômios)

Falar de uma nova clínica traz à tona diferentes sentidos para este conceito tão antigo e tão novo. Como fora visto, o campo da Psiquiatria também vem atravessando crises geradoras de mudanças conceituais, metodológicas evidenciadas por modos distintos de ver, compreender, interrogar, atender a loucura. Tais modos instauravam um conjunto de saberes acerca da loucura, determinando o que é a loucura, o que é um homem louco e quais as práticas terapêuticas mais adequadas.

O dispositivo da clínica adquire novos contornos com o processo da Reforma Psiquiátrica, necessariamente extrapolando as fronteiras rígidas características do modelo clínico da antiga prática psiquiátrica encastelada no manicômio.

Estaríamos, então, abandonando a clínica em direção a seu exterior? Não!  
Para Deleuze:

Através da operação histórica, vemos o quanto que a política, a cidade, as instituições asilares, a família não são elementos exteriores ao domínio da clínica. Ao contrário, as experiências clínicas realizadas no movimento da Reforma Psiquiátrica nos indicam que a clínica muda de lugar, habitando agora o limite com o seu fora. A clínica habita o limite de tal maneira que o seu fora se torna interior. Seu próprio limite é o fora que a clínica torna possível (DELEUZE, 1997, p. 9).

Ao invés do abandono, o que se propõe é sua reinvenção através da ampliação da clínica, incluindo nela outros elementos. O que “é de alguma maneira fazê-la experimentar o seu limite; habitar este limite é levá-la a experimentar uma crise que implica um processo de diferenciação” (PASSOS & PITOMBO, 2003, p. 223).

Nesse sentido, muitos estudiosos procuram romper com noções que perpassam a clínica tradicional. Entre eles, destaco as contribuições no cenário brasileiro de Gastão Wagner Campos e Emerson Merhy (UNICAMP), com a noção de clínica ampliada em saúde coletiva, estendida à saúde mental; de Paulo Amarante (FIOCRUZ/UFRJ) sobre a clínica psicossocial; de Eduardo Passos e Regina Barros (UFF) com a noção de clínica transdisciplinar e articulação entre clínica e política; de Ana Marta Lobosque (ESSP/MG) sobre a clínica em movimento e de Antônio Lancetti sobre a clínica peripatética. Estes autores são também, atores importantes no processo de produção de novos saberes e fazeres no campo da saúde mental e suas contribuições são influenciadas por diversas perspectivas como a Análise Institucional, a Esquizoanálise e a Psicanálise, em permanente diálogo com os outros autores/ atores.

Assim, acolhendo a provocação de Artaud sobre o nosso despreparo em entender e lidar com a complexidade da loucura e do louco, procurarei articular as idéias comuns que permeiam as principais reflexões sobre a clínica destes autores e trazendo ainda a contribuição de outros.

Na partida, um olhar *sobre o próprio leito*, um olhar sobre a clínica que, ao ser criticada – ponto comum entre os autores – encontramos uma crítica às pegadas de um projeto da modernidade que inaugura uma nova visão de sujeito - a que os autores se contrapõem -, apresentando um indivíduo abstrato, universal e a - histórico, cujas “verdades” residem em seu interior, na sua intimidade, produzindo a clássica dicotomia entre indivíduo/sociedade. Esta visão se desdobra na busca de essencialidades, semelhanças, regularidades e invariâncias: a noção de identidade individual opondo-se à possibilidade de afirmação da diferença, do diferente, dando passagem para outras dicotomias, como normal e patológico. Com isso cria-se a necessidade de produzir saberes sobre este indivíduo. Saberes que ganham *status* de verdade científica, que de algum modo ditam “Há que ser sempre *o mesmo* para ser reconhecido”.

Nesse sentido, os autores pontuam que é necessário conhecer as condições sócio-históricas em que o sujeito se insere, se inscreve. Para tanto, apontam a

desnaturalização do sujeito, entendido em sua concretude, como possibilidade de incorporação de outros elementos para a ampliação da clínica.

Isso implica em colocar o sujeito no centro ou como ponto de partida dos movimentos que lhe ocorrem?

Não! Por isso, seguindo os rastros de vários autores, como Deleuze e Guattari ao “ao invés de sujeito, de sujeito de enunciação ou das instâncias psíquicas de Freud, prefiro falar em agenciamento coletivo de enunciação. O agente coletivo de enunciação não corresponde nem a uma entidade individuada, nem a uma entidade social predeterminada” (GUATTARI & ROLNIK, 2000, p. 30 e 31). Estamos, portanto, falando em subjetividade, que é produzida por agenciamentos coletivos de enunciação.

Mas a noção de subjetividade adotada não reproduz a clássica dicotomia com a objetividade, como também não considera a subjetividade como algo centrado no sujeito, intrapsíquico, egóico, como uma essência, como algo estranho à suas condições de produção. Ao contrário de se confundir com o sujeito, com o pessoal, esse conceito de subjetividade visa, exatamente, embaralhar as dicotomias sujeito-objeto, individuo-sociedade, corpo-psiquismo, interior- exterior. É uma noção inseparável da noção de produção, cujas máquinas sociais de sua produção são muito variadas. Subjetividade, portanto, fabricada e modelada no registro social, matéria- prima para o desenvolvimento de forças produtivas (BENEVIDES, 2002)

Ao apontar a subjetividade como produzida, significa desnaturalizá-la, analisar seus planos diversos de multideterminação, com direções divergentes, conflituosos, que travam lutas por hegemonia.

Nesta luta, a clínica tradicional engendra modos de subjetivação capitalísticos, que reduzem a multiplicidade de saberes e de poderes, confiscam a autonomia e a criação, modelizam e recusam a heterogeneidade, produzindo subjetividades manicomiais, marcadas pelo esquadrinhamento do desejo.

Tudo o que é produzido pela subjetivação capitalística- tudo o que nos chega pela linguagem, pela família e pelos equipamentos que nos rodeiam- não é apenas uma questão de idéia, não é apenas uma transmissão de significações por meio de enunciados significantes. Tampouco se reduz a modelos de identidade, ou a identificações com pólos maternos, paternos, etc. Trata-se de sistema de conexão direta entre as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo (GUATTARI & ROLNIK, 1986, p. 27).

Enquanto campo de produção, vários processos diferentes podem surgir, tais como subjetividades-vítima, subjetividades-privilegiadas que escancaram a reprodução de modos de funcionamento instituídos, que devem ser explicitados, assim como se devem criar condições para a emergência de efeitos-subjetividades sintonizados com as mudanças das práticas de saúde (PASSOS & PITOMBO, 2003).

No percurso por uma nova clínica nos deparamos com outra crítica comum, desta vez, em relação ao método clínico. Caracterizado tradicionalmente pela exigência de conhecer, medir, classificar, diagnosticar, prescrever, acaba por esquadrihar o desejo, a diferença.

Em uma nova perspectiva, o trabalho clínico se parece com o do cartógrafo, que

Longe de buscar leis gerais e universalidades, o cartógrafo é movido pela escuta daquilo que ainda nunca foi dito e visto. Neste sentido, ele não interpreta o mundo, apenas o experimenta através das ligações/afecções que possa a vir estabelecer com ele. Ele habita o movimento da caosmose que faz com que esteja ao mesmo tempo no tudo e no nada, na complexidade e no caos. Abre espaço para conexões múltiplas e imprevisíveis que venham a se efetuar. O que conta, nessa travessia, são todos os espaços nos quais se possa vir a fazer rizoma (FONSECA, 2004, p.32).

Com a proposta de acolhimento do sofrimento, da diferença, a questão do diagnóstico e do enquadramento com suas tradicionais medições e prescrições é deslocada para a possibilidade de atribuição de outros sentidos à experiência do sofrimento, da loucura, apostando na existência de múltiplas imagens e vozes numa mesma forma/sintoma. “Toda forma/sintoma habita um território existencial” (ibidem, p. 31).

Longe de atender ao ideário da modernidade, esta clínica enquanto dispositivo em construção se espanta com o Acaso e o incorpora, busca compreender este complexo mosaico do viver e do sofrer (YASUI, 2006). Mosaico esse que implica em, necessariamente, mudar a relação terapêutica, tradicionalmente marcada pelo distanciamento, impessoalidade, verticalidade, subordinação e dependência para uma relação horizontal, que acredite no encontro com a alteridade, com a diferença, na arte do conviver com o Outro Parceiro e na produção de autonomia (MERHY, 2007).

É na mira da micropolítica do trabalho vivo em ato, através da produção de novos coletivos de trabalhadores comprometidos ético-estético-politicamente com a potencialização da vida, que novos horizontes são vislumbrados. Todo o processo de trabalho e de intercessão é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam relações de saber-fazer-poder, como forças instituintes, suas instituições, no palco da vida (MERHY, 2007).

Aposta-se, portanto, na produção de coletivos:

... que não se reduz nem a um conjunto de indivíduos com sua heterogeneidade em conflito, nem ao pertencimento a uma cultura entendida como um conjunto de regras ou formas de sociabilidade. O coletivo é por nós pensado como um plano que está aquém ou além das formas, portanto, aquém e além das pessoas e aquém e além das regras instituídas. (PASSOS & BARROS, 2000, p.75)

O plano das forças de produção da realidade, seja das práticas de saúde, seja das práticas de si afirma o caráter indissociável entre singular e coletivo, que de modo algum pode significar o encobrimento de conflitos e tensões que marcam este plano, em especial com a experiência disruptiva da loucura. Esta experiência impõe fazer experimentações provisórias, problematizações sobre a vida, sobre modos de existência.

Pelbart (1989), antes da institucionalização da reforma, já apontava que a superação do manicômio precisaria ir além do fechamento do espaço físico:

Mas é preciso insistir desde já que não basta destruir os manicômios. Tampouco basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de

loucura compreendendo seus determinantes psicossociais... se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão. (ibidem, p.106)

Para tanto:

Um primeiro passo é nos libertarmos dos '*desejos de manicômios*', que se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (MACHADO& LAVRADOR, 2001, p. 46).

Mas que saberes são necessários para estas experimentações, que possibilitem novas travessias com a loucura e com o louco?

A complexidade que envolve a clínica enseja o reconhecimento de um campo produzido por saberes múltiplos, que rompem com as fronteiras tradicionais de disciplinas, apontando para seu caráter necessariamente transdisciplinar. Como colocam Passos e Barros (2000) não se trata de nenhum modismo tampouco de uma nova técnica, mas de uma subversão do eixo de sustentação dos campos epistemológicos, desestabilizando a dicotomia sujeito/objeto, entre teoria/ prática, embaralhando as unidades das disciplinas e logicamente, abalando os *especialismos*.

Para tanto, é necessário diferenciar as noções de interseção e intercessão. Segundo Passos e Barros (2000), a *interseção* diz respeito a uma relação de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, que se espera estável, idêntico a si e para o qual se pode definir um objeto próprio, numa perspectiva interdisciplinar. Já a noção de *intercessão* aponta para a transdisciplinaridade, em que a relação estabelecida entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do atravessamento que possa desestabilizar relações de dominação e subordinação de saberes e fazeres.

Ao invés de saberes e práticas *especializadas* dos *especialistas*, propõe-se a noção de rede, que abre a possibilidade de múltiplas conexões, em que os saberes e instituições estão numa relação de intercessão, marcada pela perturbação, e não de troca de conteúdos. “Embarca-se na onda, ou aproveita-se a potência de diferir do outro para expressar sua própria diferença” (PASSOS & BARROS, 2000, p.77). Travessia marcada por uma operação de mergulho e contaminação, construindo caminhos diversos que podem conduzir a vários territórios, abordando-se os processos de subjetivação engendrados.

A clínica transdisciplinar se formaria como um sistema aberto onde o analista não apenas criaria intercessores, elementos de passagem de um território a outro, mas onde ele próprio seria um intercessor. Produzindo agenciamentos, misturando vozes, as enunciações, agora sem sujeito, nasceriam da polifonia dos regimes de signos que se atravessam. Por exemplo, uma sensação, um som, um cheiro experimentado como ato no território que define o nível de intervenção, produz interferências, ressonâncias, amplificações, mantendo o sistema em aberto para o tempo. (ibidem, p. 78)

Desse modo, as histórias trazidas pelos ditos loucos seriam articuladas com vários sistemas, ampliando a possibilidade de conexões, indo além dos sentidos do trabalho do clínico, propiciando a emergência da diferença, de novos modos de subjetivação, de novos modos de existência.

A clínica é crítica não em seus sentidos epistemológicos, mas em sua dimensão de deriva, de processualidade, criação, intervenção. Enquanto intervenção não buscará desvelar a verdade escondida ou latente, mas, ao contrário disso, irá se imanentizar nos âmbitos macro e micropolíticas. Âmbitos estes indissociáveis, já que indivíduos e grupos são atravessados pelas diferentes linhas que o compõem. (NEVES & JOSEPHSON, 2001, p. 102)

Além do embaralhamento dos espaços de saber, propõe-se também o enredamento de fazeres através da construção de novos espaços de articulação. Ao invés do setting terapêutico tradicional entre quatro paredes, o espaço clínico se desdobra em múltiplas possibilidades, espreado-se pelos territórios da vida cotidiana, atuando com a dimensão cultural- social.

Na perspectiva de trabalho em rede em saúde mental, cada serviço é um nódulo, compondo um sistema autopoietico Este sistema é:

constituído como uma unidade, como uma rede de produção de componentes que em suas interações geram a mesma rede que os produz, e os constituem seus limites como parte dele em seu espaço de existência... Em princípio podem haver sistemas autopoieticos em qualquer espaço em que se possa realizar a organização autopoietica (MATURANA, 1998, *apud* FILHO & NÓBREGA, 2004, p. 376).

Mas esta ampliação da clínica não é nada fácil... Para a produção de diferenciação com a diferença e com o diferente, é preciso investir na capacidade de fazer articulações entre atores e instituições que tradicionalmente disputam e divergem no entendimento e atendimento à loucura (AMARANTE, 2007).

Os CAPS, considerados como dispositivos estratégicos para articular uma rede de atenção integral em saúde mental no seu território, assumem (ou deveriam assumir) desafios de lidar com questões muito presentes no cotidiano de suas práticas, tais como religião, sexualidade, violência urbana, violência intra-familiar, uso de substâncias psicoativas, política entre outros, que exigem sua inclusão nas ações desenvolvidas, engendrando diversos desafios teóricos e metodológicos.

Como aponta Lancetti (2007), os CAPS turbinados são aqueles que mergulham em águas da complexidade, que reconhecem seus fracassos, que rompem com a lógica do enquadramento do usuário em sua grade de programações, que priorizam os casos mais difíceis, inventando novos modos de acolher a diferença. Defende uma clínica peripatética, em movimento, capaz de transbordar os consultórios, de ocupar a cidade e suas vicissitudes, em que os sujeitos, ao invés de ficarem confinados no leito, na poltrona, no divã... podem circular, perambular, se movimentar pelas vias da vida.

A clínica em movimento, como propõe Lobosque (2003), vai ao encontro da miséria humana, à dor e ao sofrimento. Um “movimento” que é também comprometimento, uma transvalorização da ética e da política, que, ao positivar a loucura como experiência, produz desestabilização da fome de verdade de nossa cultura.

Nessa mesma direção, Yasui (2006) coloca que a clínica antimanicomial é a do encontro, da invenção e da produção de sentidos.

Assim o lugar será qualquer um onde houver possibilidade de encontro com a vida e com a autonomização do sujeito. Um serviço substitutivo deve necessariamente ser pensado como um dispositivo que tece (no sentido de trabalhar a urdidura e a trama) e ativa uma rede de cuidados (YASUI, 2006, p. 104).

O entendimento da necessidade de criação de rede de cuidados evidencia o caráter de processualidade que envolve o campo da saúde mental e a atenção psicossocial, exigindo movimento, transformação, inclusão de novos elementos, novas situações e, obviamente, novos atores sociais, com diferentes e conflitantes interesses. Na roda viva da vida se encontram trabalhadores, familiares, amigos, colegas, vizinhos, instituições sanitárias, sociais, religiosas entre outros (YASUI, 2006; AMARANTE, 2007).

Todas essas mudanças demonstram o desejo de abertura da clínica para o fora, na perspectiva de desinstitucionalizar a loucura, através da inclusão social, da reabilitação social, enquanto princípios norteadores.

Tratar do propósito central dos dispositivos substitutivos requer alguns cuidados. Como propõem Dimenstein & Alverga (2007), pode-se articular a noção de CAPS enquanto serviço territorial com a concepção de cidades subjetivas, proposta por Guattari (2000), que possibilitam o engajamento tanto dos níveis mais singulares quanto dos níveis mais coletivos.

Assim, as cidades são pensadas como imensas máquinas produtoras de subjetividade, por meio de equipamentos materiais e imateriais. Os CAPS são cidades subjetivas que fazem parte do *socius*, que *'em toda a sua complexidade, exige ser re-singularizado, re-trabalhado, re-experimentado'* (ibidem, p. 176).

Assim, a luta pela reforma psiquiátrica não pode se limitar à proposta de reinserção social, já que isso revela a

busca pela reafirmação dos ideais modernos de liberdade, igualdade e fraternidade, sem uma crítica (ruptura) radical aos fundamentos de um processo societal que se desenvolveu ancorado na rejeição de tudo o que não se identificava com a racionalização da vida cotidiana" (ibidem, p. 303).

Como contraponto, estes autores colocam que se trata de desinstitucionalizar a sociedade, a cultura, impregnada por modos de vida institucionalizados, normatizados, adaptados

é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão, e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação (ibidem, p. 303).

Com este alerta, os autores trazem a discussão proposta por Deleuze sobre a mudança da sociedade disciplinar, garantida pelo confinamento, para a sociedade do controle, que, com redes moduláveis, abarca todo o campo social.

Assim, a família nuclear burguesa pulveriza-se; a escola entra em colapso; o manicômio vira hospital-dia; a fábrica se atomiza na acumulação flexível; mas, por mais paradoxal que possa parecer, a lógica de controle se generaliza. Dessa maneira, o controle social prescinde das instituições disciplinares e sua decorrente necessidade de confinamento para assumir modalidades mais fluidas, flexíveis, tentaculares, deslizantes (PELBART, 1997 *apud* DIMENSTEIN & ALVERGA, 2007, p. 307).

Eis aí o perigo de institucionalizar a loucura a céu aberto...

Ao livrar-se das grades do manicômio, pode-se ficar aprisionando a experiência disruptiva da loucura à grade de atividades dos serviços, a uma rede que amarra, que interrompe os fluxos de vida, que coíbe outros modos de existência.

Como podemos separar o conceito de espaço dos mecanismos de controle? Os gângsters do território, as Nações/Estados, tomaram o mapa inteiro. Quem pode inventar pra nós uma cartografia da autonomia, quem pode desenhar um mapa que inclua nossos desejos? (BEY, 2003 *apud* DIMENSTEIN & ALVERGA, 2007, p. 305).

Sem uma resposta pronta, há que se acolher o Fora, gerando a “abertura para novos devires, em sincronia com as diversas tonalidades que vai adquirindo em função do(s) território(s) que habita, sempre pronto para novas produções” (FONSECA, 2004, p. 32).

Novas produções que ressaltam o caráter indissociável entre clínica e política.

toda clínica (...) só pode ser entendida e vivida, como imediatamente política, resultado da tensão crítica e da superação da dicotomia entre o individual e o

coletivo, entre o psicológico e o social (...) abrindo-se inapelavelmente para a história e a política ... (RAUTER, PASSOS & BARROS, 2002, p. 11 ).

Estes autores destacam a indissociabilidade entre clínica e política, a partir do reconhecimento de que os modos de produção de subjetividade correspondem a modos de experimentação e da construção da realidade. Engendram o engajamento a modos de criação de si e criação do mundo que não podem se realizar em sua função autopoietica sem o risco constante da experiência com a crise.

Portanto, há que se arriscar a experimentar a análise crítica das formas instituídas, mortificadas, o que sempre nos compromete politicamente. Desse compromisso não há como escapar, pois a política também é regime de afetabilidade. Com este compromisso e todos os desafios que advêm dele, eis a certeza: a travessia só está começando e novos encontros estão por vir.

## CAPÍTULO 4 – MODOS DE ACREDITAR, VIVER E CUIDAR

Hem? Hem? O que mais penso, texto e explico: todo-o-mundo é louco. O senhor, eu, nós, as pessoas todas. Por isso é que se carece principalmente de religião: para se desendoidecer, desendoidar. Reza é que sara a loucura. No geral. Isso é que é salvação-da-alma... Muita religião, seu moço! Eu cá, não perco ocasião de religião. Aproveito de todas. Bebo água de todo rio... Uma pra mim é pouca, talvez não me chegue. Rezo cristão, católico, embrenho a certo; e aceito as preces de compadre meu Quelemem, doutrina dele, de Cardeque. Mas, quando posso, vou no Mindumbim, onde um Matias é crente, metodista: a gente se acusa de pecador, lê alto a Bíblia, e ora, cantando hinos belos deles. Tudo me quieta, me suspende. Qualquer sombrinha me refresca. Mas isso é só muito provisório. Eu queria rezar – o tempo todo. Muita gente não me aprova, acham que lei de Deus é privilégio, invariável. E eu! Bofe! Detesto! O que sou? – o que faço, que quero, muito curial. E em cara de todos faço, executado. Eu? – não tresmalho!

(Riobaldo Tatarana, personagem de Guimarães Rosa em *Grande Sertão Veredas*).

A complexidade que permeia a experiência da loucura, ao longo da história, aponta para o seu entrelaçamento com a vida, com a cultura e a produção de subjetividade. Neste entrelaçamento, o encontro com a religião aparece de modos distintos e contraditórios.

O mundo contemporâneo produz e reproduz modos de existência, cujo entendimento requer um olhar mais aprofundado sobre a complexidade de fenômenos envolvendo a dor e o sofrimento, especialmente o sofrimento psíquico e a loucura.

A ambigüidade da contemporaneidade, em que a ciência entra em crise e a biomedicina não consegue cumprir com todas as suas promessas, imprime a produção/ resgate e/ou valorização de outras propostas terapêuticas, que compõem ou poderiam compor uma rede de atenção integral em saúde.

No campo da saúde mental, o processo de desinstitucionalização da loucura prioriza o cuidado nos serviços comunitários e o trabalho terapêutico em rede

social, articulada a partir da demanda do usuário e/ou família e que funcione como sistema de suporte social para as pessoas em situação de sofrimento.

Nesse sentido, destacam-se os cuidados religiosos, observando-se que as religiões que afirmam o poder de cura têm uma significativa acolhida nas massas (ESPINHEIRA, 2005).

Sem ponto fixo de onde partir, sem território firme para apoiar-se, sem horizonte visível aonde chegar, embarcado no processo vertiginoso das transformações de toda ordem, o indivíduo sente o *mal-estar na racionalidade* e apegam-se às promessas e possibilidades de administrar o próprio destino. (ibidem, p. 228)

Entre os vários sentidos atribuídos à religião está o de agência terapêutica, espaço de cuidado que faz parte do itinerário terapêutico daqueles em situação de dor, sofrimento e enfermidade, como demonstram estudos em diferentes países, em diversos contextos culturais (NUNES, 1999, RABELO, 2003; VASCONCELOS, 2006; DALGALARRONDO, 2006/2007; FLECK ET AL, 2003; BALTAZAR, 2003; ESPINHEIRA, 2005; ANDRADE, 2002). Como vimos nos capítulos anteriores, a religião tem se constituído como um importante modo de produzir sentidos e modos de subjetivação da loucura.

Nas últimas décadas, a OMS – Organização Mundial de Saúde tem se posicionado de modo favorável à inclusão relativa aos serviços de saúde dos chamados sistemas terapêuticos culturais, incitando a necessidade de pesquisas sobre os sistemas terapêuticos oficial e cultural.

Para Filho e Nóbrega (2004) numa rede de apoio, esses dois sistemas não estão em concorrência, mas em cooperação, e com a intenção de "auxiliar, proteger e socorrer" o usuário e/ou família que sofre. Perspectiva contrária a deste estudo e a de outros autores (ESPINHEIRA, 2005; DALGALARRONDO, 2007), por se entender que estes sistemas até podem se aproximar, mas em geral divergem e disputam pela hegemonia, em que o indivíduo fica no fogo cruzado desta disputa.

Em tempos acelerados, com proliferação de sintomas sociais, império do mal-estar, a religião mobiliza o cuidado através da dimensão *esquecida* pela

biomedicina: a espiritualidade (FLECK et al, 2003; BALTAZAR, 2003; ESPINHEIRA, 2005; VASCONCELOS, 2006).

A religião tem sido tema polêmico e controverso em diversos campos, aparecendo como desafio no campo da saúde, que, ao abordar a vida concreta, percebe que “A busca da religião está na ordem do dia” e “nada é tão cotidiano quanto a religião” (ESPINHEIRA, 2005, p. 39 e 124).

Enquanto a racionalidade biomédica impera, *emperra* a possibilidade de ampliação do fenômeno saúde - doença e cuidado, ao não considerar a dimensão cultural. Graças à contribuição das ciências sociais e humanas ao campo da saúde, o tema da cultura e, por conseguinte, da religião, tem sido incorporado nos discursos e práticas em saúde.

O discurso religioso tem continuidade com a experiência concreta e subjetiva, que o sujeito tem de sua ‘doença’, enquanto a medicina produz uma ruptura entre o vivido e sua interpretação. A doença perde, portanto, no contexto religioso seu conteúdo orgânico original e se torna um acontecimento simbolicamente significativo que organiza e pontua a biografia individual. (MONTERO, 1985, p. 88).

Constata-se que o campo religioso é percebido “como um processo dinâmico de recomposição de sentido nas sociedades que não conseguem responder às aspirações e as angústias que suscitam” (TEIXEIRA, 1994, p. 23). O que denuncia a fragilidade e a fragmentação do modelo biomédico, o qual o sujeito está submetido, e aponta a possibilidade de *recomposição* do sujeito no âmbito da religião ou da seita, no sentido de uma pertença ao grupo e à vontade divina.

Outras promessas. Por outros caminhos, a mesma lógica da biomedicina? Eis que entra em cena outro grande mercado, onde a felicidade revestida de cura e salvação pode ser adquirida através dos mais variados produtos da fé: patuás, incensos, cristais, imagens, entre outros.

A fé tornou-se uma mercadoria de grande valor; a esperança no produto de primeira necessidade e, assim, a Religião tornou-se um negócio, a tônica é a do marketing da fé (ESPINHEIRA, 2005, p. 35).

Relativizar é preciso para que outras possibilidades de entendimento possam surgir, pois reduzir este fenômeno à unilateralidade da determinação econômica evidencia uma não compreensão do mesmo, já que “o drama humano desenrola-se sempre na direção da busca de sentido para a própria existência humana” (*ibidem*, 2005, p. 35).

Baltazar (2003), afirma que, no que se refere à formação de laços sociais, enquanto as ações em saúde mental pretendem promovê-los, a religião os sustenta, se configurando como espaço que promove a inclusão social, especialmente para aqueles em situação de sofrimento psíquico, produzindo sentidos para este. Novos rituais provocam o engajamento do corpo na oração, manifestações afetivas na relação entre os membros e ambiente favorável ao emocionalismo e comunicação não verbal.

Nos relatos sobre o sofrimento estão as construções de sentido e também as explicações delirantes, que, freqüentemente, reconhecem no sofrimento um valor místico, oferecendo sentido religioso à dor. A reflexão sobre o discurso religioso no campo da saúde mental possibilita a aproximação da interpretação religiosa que algumas pessoas dão à sua existência e ao seu sofrimento, abrindo a possibilidade de uma interface entre o conhecimento científico e as práticas religiosas presentes no cotidiano da sociedade.

Os conhecimentos religiosos e científicos se entrelaçam e se fundem na perspectiva de quem sofre. Entretanto, quando a perspectiva da atenção à “doença” é privilegiada, estas lógicas se diferenciam e disputam saberes e práticas (ESPINHEIRA, 2005).

Esta disputa também se revela no campo da saúde mental. Os profissionais, desta forma, são desafiados a lidar com as formas singulares dos usuários interpretarem seu sofrimento mental, a loucura, o que nem sempre tem referência na vivência dos técnicos, ou encontram-se descritas em suas “Bíblias”: manuais de Psiquiatria, Psicanálise etc.

Problematizar os modos de subjetivação engendrados neste campo de tensão entre Religião e saúde mental é o desafio a que se propõe este capítulo, destacando o Pentecostalismo.

#### 4.1. A RELIGIÃO NA MIRA DA CIÊNCIA

Então, do que se trata quando falamos de religião?

Segundo Bauman (1998, p. 205) “a religião pertence a uma família de curiosos e às vezes embaraçantes conceitos que a gente compreende perfeitamente até querer defini-los”. Presente na história da humanidade, a religião tem assumido múltiplos sentidos, sendo um fenômeno sócio-histórico-econômico-político e cultural, que se traduz em diferentes visões de mundo e de ser humano, imprimindo modos de existência, produzindo subjetividades.

O século XVIII, eivado pelos princípios iluministas, provocou um abalo significativo nas explicações mítico-religiosas sobre o ser humano e o mundo, com a pretensão de *substituí-las* pela compreensão dos fenômenos sociais baseada na razão. A racionalidade que subsidiava a ciência moderna negava toda produção de conhecimento que não estivesse pautada em princípios epistemológicos e regras metodológicas. (SANTOS, 1997, p. 11).

A modernidade provoca a emergência da ciência como Verdade sobre tudo e sobre todos, produzindo o processo de dessacralização do mundo. Na obra “A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo” Weber (1983) introduz o termo secularização para caracterizar a diminuição progressiva do caráter religioso da sociedade. Esse processo provocou um *desencantamento do mundo*, que consistiu na passagem de uma cosmovisão religiosa para uma cosmovisão profana, em que as instituições religiosas perderam a hegemonia do controle de alguns setores da vida social, no processo de larga expansão do Capitalismo, que, desde o início, provocou novos modos de vida.

À medida que a ciência e a tecnologia iam modificando a paisagem natural, social e cultural, à medida que a sociedade se democratizava, esta já não requereria legitimações religiosas, e nessa medida a sociedade e o mundo se entenderiam em termos totalmente seculares, produzindo-se a decadência da religião (PARKER, 1996, p. 98 e 99 *apud* BALTAZAR, 2003, p. 45).

O processo de secularização afetou a vida em várias dimensões, tendo produzido interferências em todo o campo simbólico das sociedades, com transformações significativas na organização das classes sociais e também modificações nas representações culturais e religiosas. Contudo, esse processo não impediu o ressurgimento de movimentos religiosos nas sociedades consideradas secularizadas, pois a busca de um cosmo sagrado que ofereça sentido e significado para a vida e experiências persistiu, com velhas e novas perspectivas.

O mundo contemporâneo e secularizado entrou em crise. Não foi capaz de oferecer perspectivas de sentido transcendentais às massas. Na era da eletrônica, dos computadores, dos robôs e da mídia, vemos como ressurgem os sentimentos religiosos, agora transbordando os canais eclesiais. (PARKER, 1996, p. 103 *apud* BALTAZAR, 2003, p. 46)

A fome de Verdade engendrada pela ciência moderna - que tentou escamotear outros modos de produção de conhecimento, como a filosofia e a religião, não consegue sucumbir o desejo que emerge “quase desesperado de complementarmos o conhecimento das coisas com o conhecimento do conhecimento das coisas, isto é, com o conhecimento de nós próprios” (SANTOS, 1997, p. 30, *apud* BALTAZAR, 2003, p. 14). Assim, a ciência é convocada a dialogar com outras formas de conhecimento produzidas no cotidiano das relações sociais.

Estaríamos assistindo um *Re- encantamento* do mundo?. Emergência do sagrado? Questões polêmicas que tentarei abordar ao longo deste capítulo.

No âmbito da Psicologia, há que se destacar a contribuição de dois teóricos, que apresentam perspectivas distintas e divergentes: Freud e Jung.

Freud (1927) coloca a religião como uma defesa contra medos primitivos, impulsos irracionais e inaceitáveis, constituindo-se como uma maneira de lidar com o mal-estar da vida moderna. Portanto, religião como um subterfúgio, como um mecanismo de defesa, como uma ilusão. Sua perspectiva é a de apresentar os aspectos negativos da relação do indivíduo com a religião.

No decorrer do tempo, fizeram-se as primeiras observações de regularidades e conformidade à lei dos fenômenos naturais e, com isso, as forças da natureza perderam seus traços humanos. O desamparo do homem, porém, permanece e, junto com ele, seu anseio pelo pai e pelos deuses. Estes mantêm sua tríplice missão: exorcisar os terrores da natureza, reconciliar os homens com a crueldade do Destino, particularmente o que é demonstrada na morte, e compensá-los pelos sofrimentos e privações que uma vida civilizada em comum lhe impôs (FREUD, 1927, p. 29).

Sem a pretensão de avaliar o valor ou a verdade, Freud reconheceu a natureza psicológica das crenças religiosas como ilusões que derivam de desejos humanos, e não como erros.

As ilusões não precisam ser necessariamente falsas, ou seja, irrealizáveis ou estarem em contradição com a realidade. (...) Classificar uma crença religiosa como ilusão ou como algo análogo a um delírio dependerá da própria atitude pessoal. (...) Podemos, portanto, chamar uma crença de ilusão quando uma realização de desejo constitui fator proeminente em sua motivação e, assim procedendo, desprezamos suas relações com a realidade, tal como a própria ilusão não dá valor à verificação (FREUD, 1927, p. 44).

Freud é considerado precursor de uma corrente de pensamento que faz uma analogia entre os fenômenos religiosos e as manifestações psicopatológicas, comparando as práticas dos devotos às restrições auto-impostas do neurótico obsessivo (BALTAZAR, 2001).

Religião, assim, é uma visão de mundo e não um erro cognitivo ou um desvio afetivo cometido na interpretação de um fato particular do mundo. Uma crença religiosa não possui 'uma causa' pela simples razão de ser, ela mesma, a base inferencial para a existência de 'causas'. Pouco importa que a evidência religiosa seja diversa da evidência científica, por se apoiar na fé. Cada crença tem seu jogo de linguagem estruturado por termos tacitamente aceitos que não podem ser trocados, sob pena de se deixar de jogar o jogo. O sujeito religioso não é um estúpido que ignora o sentido prático e convencional da realidade. Ele constrói ao lado desse sentido um outro sentido que pode ou não se opor a visões de mundo concorrentes (COSTA, 2001 mimeo *apud* BALTAZAR, 2001, p. 19).

Jung, por outro lado, coloca a religiosidade como sendo uma forma encontrada pelo ser humano para explicar e dar significado aos mistérios e dificuldades em suas vidas, através de um universo simbólico, coletivo. Modifica a compreensão deste fenômeno que deixa de ser visto apenas na dimensão

individual para ser entendido também em sua dimensão social (DALGALARRONDO, 1999; BALTAZAR, 2003; ARANHA, 2004).

Na obra *“Psicologia e Religião”*, Jung (1971), em diálogo com a medicina, teologia, metafísica e a própria psicologia, procurou fazer uma abordagem subjetiva da religião. O autor coloca a religião como uma atitude da mente, uma observação cuidadosa em relação a certos poderes espirituais, demoníacos, deificados “seria capaz de atrair a atenção, subjugar, ser objeto de reverência ou de passiva obediência e incondicional amor (ARANHA, 2004, p. 76). Para ele, a religião não é entendida como dogma ou teologia, mas como experiência do divino ou transpessoal.

Gostaria de deixar claro que, com a expressão “religião”, não me refiro a um credo. Nestes termos, é certo dizer, por um lado, que toda confissão se fundamenta originalmente na experiência do numi-nosum, mas, por outro lado, também na “pistis”, na fidelidade (lealdade), na fé e na confiança em determinada experiência de efeito numinoso e nas conseqüentes mudanças na consciência (...) (JUNG, 1971, p. 9).

Ao considerar a religião como o que há de mais antigo e universal na mente humana, Jung lança o convite para que sejam realizadas pesquisas sobre a temática, assim como aponta para o seu reconhecimento nas práticas dos profissionais que trabalham com a saúde mental (ARANHA, 2004).

A sociologia, desde sua origem, destaca a importância da religião como forma de mediação simbólica capaz de favorecer a formação de laços sociais entre os indivíduos e também a normatividade social. Auguste Comte embora se pautasse em uma perspectiva racional, na qual a ciência seria capaz de estabelecer o consenso das vontades dos indivíduos através da racionalidade, reconhecia seus limites e considerava a moral e a religião como indispensáveis para edificar a ordem social (BALTAZAR, 2003).

Na sociologia clássica, temos a importante contribuição de Durkheim. Para o autor (1989), a religião, enquanto fato social, tem a função de aglutinar, transcender a consciência, com práticas obrigatórias que se organizam em torno da visão de mundo bipartido entre sagrado e profano, da noção de alma, de espírito, de

personalidade mítica, de divindade, com ritos de oblação e de comunhão, ritos imitativos, ritos comemorativos e ritos de expiação. É um instrumento lógico de conhecimento do mundo, em que os símbolos religiosos cumprem a função de classificação. Tem efeito gerador de ordem, uniformiza modos de pensar e agir, por isso é considerado como poderoso cimento social, capaz de produzir solidariedade.

As crenças são ativas somente quando partilhadas. Pode-se conservá-la por algum tempo mediante um esforço completamente pessoal; mas não é assim que elas nascem, nem que elas são adquiridas: é mesmo duvidoso que possam conservar-se nestas condições. De fato, o homem que tem uma verdadeira fé experimenta invencivelmente a necessidade de difundi-la; para isto, ele sai de seu isolamento, aproxima-se dos outros, procura convencê-los e é o ardor das convicções por ele suscitadas que vem reconfortar a sua. A fé estiolar-se-ia rapidamente se permanecesse sozinha. (DURKHEIM, 2000, p. 228)

Deste modo, a religião para o autor é crença e prática obrigatórias, contrastando com a moral - cuja prática é obrigatória, embora a crença não o seja, e com a ciência, que exige a obrigatoriedade da crença.

Entendendo que a religião representa algo real, Durkheim buscou compreender esta realidade. Para tanto fez a opção metodológica de estudar as religiões mais elementares, buscando a essência dos fenômenos religiosos, identificando seu núcleo. Durkheim percebeu que a sociedade só existe porque o indivíduo a respeita, “Quando a religião parece caber inteira no foro íntimo do indivíduo, ainda assim é na sociedade que encontra a fonte viva da qual ela se alimenta” (ibidem, p. 607).

Além disso, teve a preocupação de compreender a dimensão simbólica, ressaltando a eficácia desta na transformação pelas quais os indivíduos passam na experiência coletiva, que transcende a crença. Portanto, coloca que a religião não é somente um sistema de idéias, mas é primeiramente um sistema de forças (impessoal, lógica, moral, material e imaterial), em os indivíduos experimentam um poder que não sentem na vida comum, fora do contexto religioso.

Ao analisar o totemismo australiano, discriminou as formas mais primitivas do pensamento e da prática religiosa, chegando aos elementos essenciais da religião, entendida como uma instituição produzida socialmente com a função de possibilitar

o pertencimento social. Desse modo, não pretendeu nomear as religiões como falsas ou verdadeiras, mas procurou compreendê-las como resposta às condições e necessidades da existência humana (BALTAZAR, 2003).

Como afirma o autor:

Na base de todos os sistemas de crenças e de todos os cultos deve necessariamente haver um certo número de representações fundamentais e de atitudes rituais que, malgrado a diversidade das formas que umas e outras puderam revestir, em todas as partes têm a mesma significação objetiva e em todas as partes preenchem as mesmas funções. São esses elementos permanentes que constituem o que há de eterno e de humano na religião; eles são todo o conteúdo objetivo da idéia que se exprime quando se fala da religião em geral (DURKHEIM, 2000, p. 207 e 208).

No intuito de construir uma sociologia da ação, Weber coloca que o campo social é um campo de ação, situado na relação social e não apenas de reações a fatos sociais, conforme o pensamento de Durkheim. Este campo é sempre mediado pelo fenômeno do sentido e uma das dimensões constitutivas do sentido é a religião.

Weber (1983) buscou compreender as disposições subjetivas dos indivíduos para adotar certo tipo de conduta e assim, de que modo as motivações religiosas podem romper ou reproduzir o modo de vida das sociedades. Desta forma, sua teoria confronta-se com a de Marx, que coloca a religião como falsa consciência, como ideologia. A religião é estudada como um campo plural de tensões e possibilidades diversas.

No estudo clássico sobre “A Ética protestante e o espírito do capitalismo”, Weber (1983) procurou identificar em que medida o protestantismo contribuiu para o desenvolvimento de capitalismo ocidental, entendendo que a correlação entre protestantismo e capitalismo responde a uma contingência específica. Deste modo, aponta que as motivações produzidas pelo protestantismo são particularmente úteis para o desenvolvimento capitalista, que estão para além do aspecto econômico, mas revelam uma orientação para a vida. Para este autor, a religião oferece motivação para a ação e a sua maior preocupação é compreender a gênese destas motivações.

Sua análise, interpretada por muitos como sendo determinista, aponta a complexidade da realidade social, mas na qualidade de pesquisador faz um recorte da mesma. Assim, ele denota que as concepções religiosas são um dos determinantes das transformações econômicas, contradizendo a crítica do determinismo.

A partir das contribuições clássicas da sociologia, Bourdieu busca fazer uma síntese das teorias sociais, visando romper com o subjetivismo<sup>20</sup> e com o objetivismo<sup>21</sup>. Analisa o fenômeno religioso como sendo “fundamentalmente de cunho ideológico, alcançando uma das manifestações culturais mais fundamentais para a identidade de um povo; a religião é o refúgio, e em certas situações de dominação, o único possível” (ESPINHEIRA, 2005, p. 219).

Bourdieu (1987) aponta a constituição de um campo<sup>22</sup> religioso, que reproduz a lógica da divisão social do trabalho entre os agentes especializados no trabalho sagrado e os leigos, que se configura como um campo de forças, estruturado num contexto de luta de poder entre dominantes e dominados.

De acordo com o autor, o campo religioso apresenta as relações sociais de forma transfigurada, cumprindo uma função política, ideológica. A lógica religiosa não é a disfarçada, mas a única possível para perceber a realidade, os conflitos e de expressá-los. Dito de outra maneira, apresenta uma imagem transfigurada de algo social, histórico, que ao ser absolutizado, legitima determinados modos de dominação que são naturalizados, sacralizados, transformando algo arbitrário em necessário, produzindo assim o efeito de consagração, com caráter inquestionável, com estatuto de verdade.

Esta lógica, conhecimento/ desconhecimento, possibilita um modo de conhecer, mas que exclui outros modos de conhecimento. Segundo Bourdieu (1987), essa lógica não é exclusiva da religião, estando presente nos sistemas

---

<sup>20</sup> Perspectiva que minimiza as agências, as estruturas, focalizando a experiência vivida como interioridade.

<sup>21</sup> Perspectiva que maximiza o papel da agência, das superestruturas.

<sup>22</sup> Não é nem o tema e nem o espaço físico, mas campo social, onde há um capital (cultural, social ou simbólico) em jogo.

simbólicos, destacando que a própria ciência acaba causando um efeito de consagração<sup>23</sup>.

O conceito de campo aplicado à religião traz a dimensão *relacional* (presente na obra weberiana), ao abordar uma religião em relação a outras. Mas também destaca as *lutas de poder* (presente na obra marxista) entre dominantes e dominados<sup>24</sup> e a *disputa de ordem de bens*, caracterizada pela busca e garantia da salvação, que se constitui como capital religioso.

Outro conceito chave na teoria de Bourdieu é o de *habitus* - que não pode ser dissociado do conceito de campo, caracterizado como um conjunto de disposições duráveis estruturadas como estruturas, propensas a estruturantes como estruturas. É um senso prático, um senso de jogo com uma lógica implícita que aparece como uma matriz geradora (e não determinista) de percepções e práticas, como uma lei imanente das condições de existência que tende à reprodução social, podendo também revelar práticas novas, criativas.

No âmbito da antropologia tem-se a contribuição importante de Lévi- Strauss (1967), que aponta a eficácia simbólica do ritual xamânico, em que há uma analogia estrutural entre o mitológico e o fisiológico, através de narrativas que reordenam a experiência que parece ser desprovida de sentido. Contudo, não aborda a possibilidade de alteração desta estrutura a partir da manipulação do corpo e por isso, sua teoria assume uma pretensão universalista ao centrar na forma/ estrutura e não no conteúdo do que é produzido no ritual.

Em uma perspectiva antropológica interpretativa, Geertz tem sua obra marcada pela influência importante de Weber, Durkheim e da Hermenêutica, especialmente a de Paul Ricour. Ao entender a cultura como texto, como campo de significado, em que os sujeitos são enredados em teias de significados por eles mesmos tecidas, denota a importância de compreender os significados no diálogo

---

<sup>23</sup> Este efeito de consagração deve se constituir como alerta para que os profissionais de saúde não se arvorem a se apropriar do fenômeno saúde-doença de modo vertical, sem considerar outros modos de cuidado;

<sup>24</sup> Como por exemplo a hegemonia do catolicismo na relação com outras religiões no Brasil.

entre as interações entre os sujeitos, no espaço público, a partir da realidade construída por suas práticas (GEERTZ, 1978).

Nas últimas décadas, buscou compreender a religião como um sistema de símbolos, que traduz o “ethos” de um povo, seu estilo de vida, as disposições morais, estéticas e afetivas, o caráter e a visão de mundo. Nesta perspectiva, a religião se constitui como instituição social organizadora da experiência subjetiva, tanto enquanto modelo para a realidade e modelo de realidade.

Para este autor, o que existe de moderno na modernidade é a diversidade de crença, de fé e de envolvimento. Esta diversidade apontada pode ser compreendida como uma necessidade sentida pela cultura de construir significados para suas experiências, tais como as do sofrimento e da aflição. A religião pode oferecer certo ethos e certa visão de mundo que possibilite ressignificar estas experiências, não visando curar a dor, o sofrimento, a aflição, mas contribuindo para suportá-los ao fornecer um idioma.

Ao acentuar a importância de estudar a cultura como texto, como totalidade única, que só pode ser compreendida em seu contexto, Geertz rompe com princípios invariantes, universalizantes, tão presentes nas perspectivas funcionalistas e estruturalistas do modelo biomédico.

Por outro lado, a metáfora do texto corre o risco de escamotear as relações de conflitos presentes em todas as práticas culturais, podendo silenciar muitas vozes: do conflito, da dinâmica de poder, das desigualdades.

Considerando que as relações de poder, de conflito estão presentes nas diversas culturas e por entender que a relação entre ciência e religião situa-se num campo de forças, de disputa de saberes e fazeres, entendo que é necessário fazer um diálogo entre Geertz e Bourdieu. Pode-se apontar como ponto de convergência entre estes autores os conceitos de ethos e habitus como dimensões formativas do religioso, que possibilitam uma maior análise das micropolíticas que atravessam este campo de forças dos modos de entender e operar sobre a realidade.

Deste modo, ao abordar os conceitos de campo e de habitus, a análise de Bourdieu permite fazer uma articulação entre as dimensões macro e micropolíticas.

Além do diálogo entre esses autores, entendo ser necessária a articulação com outros pensadores como Foucault. Segundo ele, o biopoder é o poder de gerir e gerar a vida, exercido sobre os corpos dos indivíduos e da população através de tecnologias disciplinares e biopolíticas. Na sociedade contemporânea assistimos, com um misto de fascínio e assombro, a um poder que está entranhado em todas as dimensões de nossas vidas, atravessando os modos de pensar, perceber, sentir, amar, criar, viver, morrer e sobreviver. Trata-se, portanto, não apenas de um poder repressivo ou ainda transcendente, mas de um poder produtivo, imanente, que não visa barrar a vida, mas tende a encarregar-se dela, intensificá-la, otimizá-la. Assim, podem-se buscar modos de resistência que potencializem a vida- biopotência (PELBART, 2003).

A religião, enquanto instituição social organizadora da experiência da dor, sofrimento, enfermidade, pode ser compreendida como uma instituição disciplinar, que dociliza os corpos. O poder disciplinar pode ser observado nas igrejas pentecostais mais tradicionais, cujos rituais, situados no interior dos templos, são marcados pelas relações hierarquizadas, pela incitação de comportamentos morais e combate a livre expressão. O que implica na produção de corpos cordeiros e uniformizados, em que o fiel ocupa uma posição mais passiva, engendrando subjetividades cordeiras, uniformizadas.

Deleuze (1992) em sua obra “Conversações”, afirma que estamos passando da sociedade disciplinar, descrita por Foucault, para uma sociedade de controle. O poder passa a erigir *controlatos*, espaços *abertos*, nos quais a lógica de controle se generaliza, assumindo modalidades mais fluídas, flexíveis, tentaculares, perpassando a vida como um todo.

“Sorria, você está sendo filmado”. Novos modos de controle, operando sobre a vida. E as religiões que mais têm crescido são justamente àquelas que têm saído dos espaços fechados, das igrejas e atuado em espaços abertos, como estádios, nas ruas, promovendo uma substituição dos prazeres do mundo, com shows, marchas entre outros, que incitam o louvor, o movimento, em cultos avivados e

performáticos. Religiões que sabem usar, com *louvor*, os meios midiáticos (TV, jornais, revistas), ocupam espaços importantes no cenário político, o que contribui para o aumento do carisma, do poder de penetração nas massas, adentrando seu universo de sonhos, desejos, necessidades. Portanto, produz subjetividades excitadas, eufóricas.

Disputam-se fiéis-clientes. Na atualidade, o conflito entre diferentes sistemas religiosos, entre cristãos e não cristãos, revela uma disputa de mercado, numa situação em que o mundo não é mais representado de forma religiosa (ou a partir de uma religião determinada), mas sim representado como o lugar da “liberdade de consciência”, do plano subjetivo, na medida em que, objetivamente, o campo simbólico se apresenta como arena onde concorrem visões de mundo, numa situação que pode ser assimilada à de mercado (BENEDETTI, 1988, p. 26).

Conforme Espinheira (2005), a religião opera como um círculo protetor que dá ao religioso segurança, sobretudo em relação à sua saúde. A religiosidade é tomada como virtude em si mesma no imaginário social, e há uma certa intolerância em relação aos não-religiosos, ateus, agnósticos.

A religiosidade popular não tem fronteiras religiosas e está muito mais ligada às coisas práticas da vida do que à transcendência. Religiosidade para atender às coisas do amor, da sorte, do ciúme, do dinheiro, do emprego, dos negócios bem sucedidos, do anteparo para a inveja e, enfim, “para que vás muito bem e vivas muitos e muitos anos sobre a face da terra” (ESPINHEIRA, 2005, p.141).

Segurança e / ou controle? Resposta que não pode ser reduzida nem simplificada, exigindo a compreensão das experiências dos sujeitos concretos, de determinados coletivos, a que se propõe este trabalho.

## 4.2. MODOS DE CUIDADO: SAÚDE MENTAL E RELIGIÃO

Os anjos, de onde vem?  
Suas vidas, bem-vindas  
Os livros não são sinceros  
Quem tem Deus como império  
No mundo não está sozinho  
Ouvindo  
Sininhos  
(Marisa Monte)

No estudo sobre a espiritualidade em saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (2006, p.112) afirma que “a maior angústia humana é perceber-se em um mundo caótico, cujos acontecimentos que marcam a vida não têm nenhuma explicação dentro de seu sistema de crenças”. Destaca a importância da espiritualidade na Educação Popular como propiciadora da construção de sentidos coletivos que mobilizam a transformação social.

Entretanto, conforme o autor, apesar da espiritualidade ser o maior tema da vida privada dos profissionais e dos usuários, ela é escamoteada nos serviços de saúde, não sendo considerada na elaboração de projetos terapêuticos dos usuários, revelando que:

O deslocamento da vida religiosa apenas para a vida privada na sociedade moderna, afastando-a da vida acadêmica e da crítica nos espaços institucionais das empresas e do Estado, pode ter tornado a vida religiosa num espaço onde a ‘política da razão’ não mais penetra de forma ampla e incisiva, contribuindo para ampliar as possibilidades de ser habitada por neuroses e preconceitos (ibidem, p. 25).

Por outro lado, a relação entre religião e saúde e em especial saúde mental, tem sido tema de diversas pesquisas, em diversas áreas, como será abordado a seguir.

Dalgalarrondo (2007) realizou uma pesquisa sobre os estudos que investigava a relação entre saúde mental e religião no contexto brasileiro, observando que os primeiros estudos sobre a saúde mental e a religião iniciaram no final do século XIX, abordando temáticas sobre o messianismo e formas

coletivas de “loucura religiosa”. Já os trabalhos contemporâneos abarcam questões como religião e uso de álcool e drogas, depressão, ansiedade, esquizofrenia e suicídio, evidenciando uma rica multiplicidade metodológica e temática.

Todavia, antes de situar trabalhos contemporâneos, é necessário fazer uma breve explanação dos estudos a partir da primeira metade do século XX, em que os alienistas investigavam os fenômenos de transe e possessão, fomentados pelas religiões mediúnicas. Estes estudos despertaram grande interesse entre os psiquiatras que compreendiam estes fenômenos de um modo negativo, como sendo prejudiciais à saúde mental, fazendo associação com a histeria e o “atraso cultural” e até mesmo acusavam estes fenômenos de fraudes, como modos de exploração da fé popular. Quando percebiam algum aspecto positivo nestes fenômenos, era na perspectiva de reconhecer que produziam melhoras nas condições de saúde ou contribuía para a conservação da saúde. Entretanto, essa positividade atribuída era associada à idéia de atraso cultural.

No eixo Rio de Janeiro-São Paulo, os psiquiatras estimavam que as religiões mediúnicas pudessem causar a loucura, chegando a considerá-las a terceira maior causa de “alienação mental”. Diante da perspectiva patologizante e medicalizante, arvoravam-se no combate às práticas mediúnicas, como um modo de promoção da “higiene mental”, exigindo a repressão destas práticas pelo poder público.

Colocavam-se em confronto duas representações sobre o ser humano e a loucura, instaurando-se assim uma franca disputa pela hegemonia de ambos os grupos no campo científico. Com isso, ao grupo vencedor seria conferida autoridade científica e intelectual para estudar e explicar a mediunidade, o funcionamento da mente e a origem das doenças mentais (DALGALARRONDO, 2007, p.40).

No nordeste, na Bahia e Pernambuco, os psiquiatras apresentavam uma visão mais antropológica, destacando os aspectos socioculturais envolvidos nos fenômenos de transe e possessão, e a busca de entendimento do comportamento humano. Apesar de um entendimento patológico do fenômeno religioso, consideravam as práticas religiosas como manifestações religiosas étnicas ou culturais.

Nina Rodrigues, médico maranhense, destacou-se neste período pelos estudos sobre possessão, observando terreiros de candomblé em Salvador. Procurou estudar os fenômenos enquanto manifestações religiosas nos domínios científicos, incorporando a discussão psicopatológica ao relato etnográfico. O autor considera o “estado-de-santo” relacionado ao sonambulismo provocado por sugestão.

Como na possessão demoníaca, como na manifestação espírita, o santo fetichista pode apoderar-se, sob invocação especial do pai-de-terreiro, ou ainda de qualquer filho-de-santo, e por intermédio deles falar e predizer. A pessoa em quem o santo se manifesta, que está ou cai de santo na gíria do candomblé, não tem mais consciência de seus atos, não sabe o que diz, nem o que faz, porque quem fala e obra é o santo que dele se apoderou. Por esse motivo, desde que o santo se manifesta, o indivíduo que dele é portador perde a sua personalidade terrestre e humana para adquirir, com todas as honras a que tem direito, a do deus que nele se revela (RODRIGUES, 1935, p.99/100 *apud* DALGALARRONDO, 2007).

Para Nina Rodrigues, o transe e a possessão poderiam ter valor psicológico positivo, tanto por seus efeitos catárticos como por se apresentarem de forma ritualizada e sob forte controle do grupo religioso, principalmente pelos pais-de-santo. Por acreditar que esses fenômenos produziam satisfação às necessidades emocionais “primitivas” dos praticantes do candomblé e que a liberdade de culto deveria ser assegurada, posicionou-se politicamente contrário à repressão policial sistemática e arbitrária que os terreiros de candomblé sofriam naquele período. Entretanto, combatia o uso destas crenças fora do contexto religioso, especialmente quando afetava a classe alta. Para sua psicologia evolucionista, tais crenças eram incompatíveis com o processo civilizatório.

Em uma perspectiva da Psiquiatria cultural, é importante destacar os trabalhos do psiquiatra Álvaro Rubim de Pinho, nas décadas de 60 e 70, período marcado por pesquisas que apresentavam interpretações patologizantes e preconceituosas sobre fenômenos como a possessão, a demonopatia, os transe mediúnicos e os estados-de-santo. Para Pinho, estes fenômenos que tradicionalmente a Psiquiatria identificou como estados de dissociação histérica, deveriam ser compreendidos à luz da cultura.

Para o pesquisador, as “(...) populações dos centros espíritas e candomblés incluem imensa maioria de pessoas normais, simultaneamente com a minoria de anormais, estes em parte levados pela expectativa das curas” (PINHO, 1975, p. 220). O que aponta o itinerário terapêutico de pessoas que ao mesmo tempo recorriam ao psiquiatra e às práticas terapêuticas religiosas, sendo que muitas apresentavam benefícios importantes nos espaços religiosos. Compreensão esta que demanda ao psiquiatra uma outra postura “mais humilde e menos onipotente”, esforçando-se para identificar as pessoas que realmente se beneficiam de tais intervenções religiosas.

Ao analisar a sobreposição entre experiência mística e sofrimento mental em “A visão psiquiátrica do misticismo”, Pinho (1975) coloca a crença e o sentimento religioso como presentes na história da humanidade, assim como as psicoses e comportamentos desviantes. Como aponta Dalgalarondo (2007), Pinho reconhece que místicos não psicóticos, gerados quase que exclusivamente por fatores socioculturais, existiram em todas as seitas e todas as eras, tanto individualmente como coletivamente.

A pesquisa realizada por Dalgalarondo conclui que o modo como os psiquiatras brasileiros compreenderam os fenômenos de transe e possessão refletiu noções marcadas tanto por debates intradisciplinares, de natureza psicopatológica, como por disputas sociais e ideológicas referentes ao lugar que se deveria dar às formas de religiosidade das classes médias e de segmentos pobres da população. “O desenvolvimento desses embates revela várias facetas e dimensões da luta por hegemonia de distintas concepções sobre a subjetividade humana, incluindo aqui a religiosidade e o adoecimento mental” (ibidem, p. 40).

Em outro trabalho, intitulado como “Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião”, Dalgalarondo (2006) faz uma revisão bibliográfica de estudos transversais e de seguimento sobre saúde mental e religião, identificando nesses estudos que, de modo geral, sujeitos que se envolvem com a vida e atividades religiosas e se consideram “pessoas mais religiosas” apresentam maior bem estar psicológico e menores prevalências de depressão, uso, abuso ou dependência de substâncias, ideação e comportamentos suicidas.

Para o autor, a relação positiva entre saúde mental e religiosidade depende de vários aspectos, referentes ao apoio social dos grupos religiosos, a disponibilidade de um sistema de crenças gerador de sentido à vida e ao sofrimento. Depende também do incentivo a comportamentos saudáveis e regras referentes a estilos de vida familiar, sexual entre outros. Pondera, contudo, que a maioria destes estudos foi realizado num contexto cultural anglo-saxão, e a religião, entendida como *categoria universal e homogênea* é pesquisada por métodos que não contemplam o contexto cultural, simbólico. Para tanto, coloca que a religiosidade deve ser entendida como intrínseca ao processo cultural e social da experiência humana.

Bastide (1967), em seu livro *Sociologia das Doenças Mentais*, apontou que determinadas seitas desempenham uma espécie de proteção em relação aos sofrimentos psíquicos, enquanto outras

intensificam (...) os conflitos psíquicos entre o desejo de perfeição absoluta e os instintos, mais particularmente o instinto sexual. (...) há uma vida religiosa que é regressiva e patológica, existe outra que é progressiva e formadora de personalidades sadias” (*apud* DALGALARRONDO, 2007, p. 28).

Além disso, apontou que há certa autonomia da patologia mental em relação à religião:

(...) mas quem não vê então que é a doença ou a sanidade que é anterior à religião? As neuroses podem transformar a religião em uma construção patológica e as psicoses podem alimentar-lhe os delírios. Mas não é a religião que cria umas ou outras” (*apud* DALGALARRONDO, 2007, p. 28).

Retirando a religião do lugar de uma categoria universal e homogênea, Rabelo (1993), na perspectiva da antropologia da saúde, ressalta que as terapias religiosas, na maioria das vezes, promovem a cura ao ordenar a experiência de sofrimento, compartilhando símbolos e significados entre o doente, a família e o curador. Reconhece a importância dos cultos religiosos enquanto agências terapêuticas entre as classes populares urbanas, analisando a história de adoecimento de uma jovem que busca no candomblé, no espiritismo e no Pentecostalismo a compreensão de seu sofrimento psíquico, paralelamente ao tratamento medicamentoso. A autora apresenta as cosmovisões destas religiões e suas formas distintas de ordenar a realidade, estabelecendo relações com a forma de compreender o processo de adoecimento e cura.

Assim, coloca que, no candomblé, bem e mal são compreendidas como realidades situacionais e relativas, sendo o mundo visto em sua dinâmica de mudanças, de trocas, o que pressupõe que seus adeptos devem ponderar a relação entre favores recebidos e retribuições prestadas, através de esforço contínuo. A doença é entendida como resultante da vulnerabilidade do indivíduo ao meio e para obter a cura é preciso que o indivíduo faça alianças com os poderes do sagrado, o que possibilita o seu fortalecimento.

Já para o espiritismo, a relação entre o bem e o mal denota a evolução do sujeito, em que os níveis inferiores de existência correspondem ao mal, o que implica no processo de desenvolvimento pessoal para alcançar o sagrado. São espíritos menos desenvolvidos ou obsessores que causam a maioria das doenças, e o trabalho realizado visa a desobsessão e liberdade do sujeito doente e ensinamento pra que o espírito obsessor busque seu caminho evolutivo.

Para o Pentecostalismo, o bem e o mal são rigidamente antagônicos, descontínuos e irreconciliáveis, exigindo a aliança com o bem para compartilhar do poder sagrado monopolizado pelo culto. Assim, a doença é compreendida como decorrência da invasão do mal no corpo e será curada através da luta para expulsão deste mal.

Ao analisar a trajetória de uma jovem e de sua mãe, através das distintas religiões, afirma que

a relação entre símbolos religiosos e vida social não é definida *a priori* por propriedades e significados inerentes aos símbolos, mas estabelecida no curso de eventos concretos nos quais os indivíduos se apropriam, confrontam e reinterpretam os símbolos à luz de determinados fins e interesses” (RABELO, 1993, p. 325).

Sendo assim, a autora entende que a religião deve ser abordada a partir da experiência religiosa, do modo como o universo simbólico religioso é vivido e ressignificado em situações concretas de interação.

Outro estudo a ser destacado é o de Montero, na obra “Da doença à desordem – a magia da umbanda”, de 1985. Para ela, a procura pela cura “mágica”, especialmente nas classes populares urbanas, vem aumentando significativamente no Brasil na medida em que a medicina evoluiu

tecnologicamente, se distanciando da visão integral do sujeito, com uma atuação fragmentada, centrada no orgânico.

Segundo Montero (idem) o espaço religioso reconstrói uma nova subjetividade, uma ressignificação do sofrimento/ adoecimento, resgatando a concepção weberiana de religião que a define como justificativa da vida concreta que explica os males que afligem a humanidade. Para a autora, a umbanda se apropria simbolicamente de características da medicina oficial, contudo, faz sua releitura do sofrimento/adoecimento, contrapondo-se à forma tradicional de enfrentamento das doenças, buscando articular as dimensões físicas, psicológicas e sociais com a compreensão espiritual. O discurso religioso favorece que o indivíduo dê sentido à sua experiência, entendendo seu papel no interior dos conflitos e “abre para o sujeito a possibilidade de uma interpretação prática na ordem do mundo” (ibidem, p. 256).

De acordo com a autora, enquanto o tratamento médico/ psiquiátrico tradicional reduz a multiplicidade da experiência do sofrimento ao desregramento de um corpo- doente, o ritual mágico é capaz de produzir sentidos positivos a esta experiência. Ao criar um espaço de linguagem e de ação para os grupos populares, produz novas subjetividades e novos valores, como um modo de resistência à tentativa de enquadramento imposta pelas práticas médicas instituídas, dentro do modelo biomédico.

Nunes (1999) na tese *À temp et à contre-temps: les voix des tambours du candomblé dans La psychose*, aborda os aspectos terapêuticos do candomblé, em particular em relação à experiência psicótica. Para a autora, o candomblé oferece múltiplas possibilidades de ressignificação para experiências do transe e da possessão, permeadas por ambigüidades que atravessam as significações do candomblé. Sua pesquisa foi realizada na cidade de Cachoeira, situada no recôncavo baiano, perto da capital Salvador. Observou que a religião afro-brasileira também apresenta um papel econômico e social importante. Muitas famílias se organizam para atender às demandas de moradores de outras localidades da Bahia e do Brasil em busca de tratamentos, de consultas, ajuda espiritual, entre outros serviços do gênero. As atividades religiosas possibilitam uma organização do

trabalho dessa comunidade, o que contribui para uma ampliação de renda através da cobrança da consulta religiosa. Essa renda é imediatamente redistribuída às pessoas em situação de desemprego e que, às vezes, a única fonte de subsistência passa a ser esta, evidenciando uma rede de solidariedade comunitária.

Cristinha Redko (2004) realizou uma pesquisa com cerca de vinte jovens de baixa renda que estavam sofrendo o primeiro surto psicótico na cidade de São Paulo. Procurou compreender de que modo determinados aspectos socioculturais poderiam influenciar a experiência da psicose, investigando também as estratégias utilizadas pelos jovens e suas famílias para lidar com esta experiência.

Na obra “Vivendo a primeira experiência da psicose através da religião”, esta autora apresenta o estudo de caso de Sara (como representativo dos demais casos), que ao se sentir atormentada pelas percepções e experiências estranhas, buscou na religiosidade modos de lidar com este estranhamento.

Sara e sua família fizeram um itinerário terapêutico tanto em emergências psiquiátricas como em diversas igrejas pentecostais (sua mãe era freqüentadora da Assembléia de Deus). Os rituais religiosos destas igrejas produziram significados diferentes para Sara. Ao mesmo tempo em que se sentia melhor com as orações, se sentia amedrontada em outras situações, quando confundia ou interpretava mal os sinais religiosos que ela recebia. Ou seja, ao invés de sentir-se possuída pelo demônio - significado atribuído à loucura-, percebia que todos os demais estavam possuídos, menos ela.

Poderíamos dizer que Sara constantemente lutava para encontrar algum ponto de apoio no qual ela pudesse se ancorar- nela própria, na religião ou nas pessoas à sua volta. Esta estratégia era bastante evidente quando os referentes religiosos que Sara percebia apresentavam significados ambíguos e contraditórios (REDKO, 2004, p. 67).

Sara interpretou sua primeira experiência disruptiva como sendo conversas que ela mantinha com Deus, freqüentemente mediadas pela leitura da bíblia, além da constante “luta” para enfrentar o demônio. “Deus, demônio e o ato de ler a Bíblia foram os principais referentes religiosos empregados por Sara na sua tentativa

incessante de atribuir sentido à sua experiência de psicose” (REDKO, 2004, p.71 e 72).

O caso em questão evidenciou que a religião serve como ponto de apoio para articular a experiência disruptiva, através de seus idiomas. Para a autora, a experiência desestabilizadora e, por vezes alienante da loucura, encontra um ponto de apoio na religião que oferece um quadro de referência mais estável, através de uma coleção de representações e significados. Aponta a religião como tendo tanto um papel de cura espiritual, como exercendo impacto direto sobre a experiência da loucura.

Para Machado (2001), a religião e a Psiquiatria se configuram como espaços de construção de representações sociais da loucura, os quais evidenciam a representação do “descontrole” que “exige” a prática controladora e reguladora dos saberes médicos psiquiátricos e religiosos. Contudo, pontua a necessidade de abertura para que estas práticas, em um diálogo permeado por disputas de poder, possibilitem novas representações à loucura, coadunando com os pressupostos da reforma psiquiátrica. Como afirma a autora:

Enquanto não houver valorização dos aspectos ligados ao simbólico-afetivo, enquanto as necessidades humanas não forem entendidas por meio das questões da subjetividade, e não se trabalhar com o conceito de doença como uma construção social e histórica, ficaremos numa crise de teorias, saberes, ciências, oficiais e não-oficiais (ibidem, p. 12).

No estudo sobre “A recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental” Baltazar (2003) destaca que a religião esboça uma reação à escassez de referências de sentido na contemporaneidade, configurando-se como possibilidade de rede de apoio social. Contudo, em sua pesquisa observou que os profissionais reproduzem a lógica dos especialismos para analisarem a complexidade do fenômeno religioso, sustentando a lógica de entendimento da recorrência à religião como possível desde que não produza interferência no tratamento “oficial”, o tratamento psiquiátrico, ou fazendo uma abordagem psicopatológica do fenômeno.

Salienta que é preciso respeitar o direito à desrazão, produzindo modos de singularização, através da produção de novos sentidos para as experiências

religiosas, transcendendo o significado de alienação. Ela destaca ainda a interpretação de uma nova religiosidade que promove a inclusão social, como um lugar para si e sentido para seu sofrimento, engajamento do corpo na oração, manifestações afetivas na relação entre os membros e ambiente favorável ao emocionalismo e comunicação não verbal, a exemplo do Pentecostalismo, que será discutido agora.

### 4.3. PENTECOSTALISMO

O campo religioso tem sofrido mudanças importantes nos últimos 30 anos. O crescimento significativo e consistente do Pentecostalismo se destaca como um dos temas mais recorrentes em vários estudos e pesquisas que visam compreender os motivos que levam as massas a aderir a esta opção religiosa, que altera o mapa da distribuição do poder na sociedade brasileira.

O termo Pentecostalismo vem de Pentecostes, em menção à passagem bíblica do capítulo II de Atos, que relata uma reunião dos apóstolos em Jerusalém, cinquenta dias após a morte e ascensão de Cristo. Nesse encontro, ocorre a manifestação do Espírito Santo, através das manifestações dos seus dons ou 26 carismas.

Pentecostes – Tendo completado o dia de pentecostes, estavam todos reunidos no mesmo lugar. De repente, veio do céu um ruído como o agitar de um vendaval impetuoso, que encheu toda a casa onde se encontravam. Apareceram-lhes línguas de fogo, que se repartiam e pousaram sobre cada um deles. E todos ficaram repletos do Espírito Santo e começaram a falar em línguas, conforme o Espírito lhes concedia se exprimissem... (BÍBLIA, Atos 2, 1-12)

Deste modo, o Pentecostalismo, inicialmente, é intrínseco à experiência cristã. De modo geral, sua origem é indissociável do protestantismo, por se caracterizar como uma denominação religiosa que lida com manifestações de um Deus Vivo (assim como os protestantes priorizam a caráter divino e vivo da Bíblia), por condenar a idolatria, e principalmente, por privilegiar, como o protestantismo, a experiência religiosa individual que se expressa pelo exercício dos dons do Espírito Santo. Dentre eles, estão o “dom de línguas” (oração em línguas, glossolalia), o “dom da profecia” e o “dom de curas” (ANDRADE, 2002).

O Pentecostalismo nasceu em âmbito protestante, em solo norte-americano e através dos movimentos avivalistas dos séculos XVII e XIX – historicamente influenciados pelo metodismo de John Wesley, para quem, após a justificação, a prioridade deveria ser concedida à santificação.

Em meados do século XIX, ainda no EUA, nasceu o movimento *holiness* (santificação), influenciado pela proposta de santificação trazida por Wesley. Esse movimento separou-se do metodismo carismático, através da distinção feita entre conversão e santificação, pelo “batismo do Espírito Santo”. Asa Maham e Charles Finney são os maiores representantes do movimento *holiness*, que, entre 1880 e 1923, produziu duzentas novas denominações (grupos de oração) nos EUA.

O Pentecostalismo contemporâneo nos EUA é delimitado a partir do registro da primeira experiência da manifestação do dom de línguas, ocorrida na passagem de ano de 1901, durante uma vigília, em que Agnez Ozman (uma das alunas de Parham<sup>25</sup>) pediu para receber uma oração de imposição de mãos (APTHERKER, 1967).

Desse cenário surgem outros movimentos com ênfases doutrinárias pentecostais, que implementam mudanças nas liturgias antigas de igrejas tradicionais. Resumidamente, pode-se dizer que o Pentecostalismo, com raízes européias, se consolida nos EUA, caracterizado pela associação com o segmento da população marginalizada pela discriminação racial e social, que encontra nesta expressão religiosa um modo de lidar com suas dificuldades.

No Brasil, este movimento, trazido por vários missionários estrangeiros influenciados pela experiência do negro norte-americano em Los Angeles, assume características peculiares da cultura nacional, tendo penetrado nas camadas mais pobres da sociedade brasileira e invadindo, com sua linguagem simples e popular, os lugares mais ermos e distantes do Brasil.

Com o advento do Pentecostalismo, a hegemonia do catolicismo no Brasil é questionada, possibilitando o engendramento de um novo campo religioso e novas práticas religiosas no Brasil (ORO & SEMÁN, 1997). Tendo iniciado em 1950, 30 anos após, os pentecostais somavam 3% da população brasileira, significando 70% do campo evangélico (FREESTON, 1994; PRANDI & PIERUCCI, 1996).

---

<sup>25</sup> Aprofundou a discussão sobre o batismo do Espírito Santo e fundou o “Lar de Curas Bethel” (1898) e o “Colégio Bíblico Bethel” (1900) em Topeka, Arkansas (ANDRADE, 2002, p. 26)

Há dificuldade de mensuração do campo religioso brasileiro pelo censo, pois as estatísticas omitem que a maioria das pessoas – principalmente as que se consideram católicas não-praticantes – participa de outras religiões, distorce a percepção dos índices do número de pentecostais, embora o perfil proselitista do evangélico, seja o de confissão contundente em relação à denominação religiosa à qual pertence.

A história do Pentecostalismo no Brasil pode ser analisada segundo três ondas de implantação (FREESTON, 1994).

A primeira onda se dá na primeira década do século XX, com a vinda da Congregação Cristã em 1910, e da Assembléia de Deus em 1911, caracterizada pela ênfase na glossolalia, e tem como base doutrinária o batismo no Espírito Santo.

A segunda onda tem início nas décadas de 50 e de 60, com a divisão do campo pentecostal e o surgimento da Igreja do Evangelho Quadrangular, fundada no Brasil em 1951. Esta Igreja pregava uma maior tolerância aos costumes, com relação às primeiras igrejas, privilegiando a cura divina e foi a primeira a utilizar os meios de comunicação de massa para propagar a mensagem religiosa. A criação da igreja “O Brasil para Cristo”, em 1955, gerou o *abrasileiramento* do Pentecostalismo. Foi a primeira a utilizar grandes espaços para evangelização e incentivou a participação pentecostal na política. Em contrapartida, a “Deus é Amor”, criada em 1962, mantém os princípios rigorosos e sectários da primeira onda, renovando os rituais, combatendo a religiosidade popular do catolicismo e dos cultos afro-brasileiros.

A terceira onda, que teve início no final dos anos 70 e 80, tem a Igreja Universal do Reino de Deus (IURD) como principal expoente. Caracteriza-se pela posição de ataque aos cultos afro-brasileiros e pela demanda de exclusividade na escolha do fiel. Enfatiza a teologia da prosperidade, paralelamente à liberação do costumes, colocando foco central na ritualística e na ideologia do dinheiro (FRIJERIO, 1994) – através do dízimo. Apresenta líderes carismáticos, estimula a expressividade emocional, com papel de destaque para a possessão e o

exorcismo, o que explica a procura de milhares de pessoas em situação de sofrimento psíquico por esta religião.

O Pentecostalismo preconiza a fé, a adesão direta, pessoal, exclusiva e engajada ao exemplo de vida de Cristo, com o poder de transformar a existência do sujeito. A IURD se nega a ser denominada como religião, por acreditar que a salvação se dá de forma direta, sem intermediação, aproximando-se do protestantismo tradicional.

Esse regime de fé produz um reencantamento, uma nova visão de mundo, na qual os sinais e as provas da existência de um Deus que realiza obras e que cura são percebidas como presentes em toda parte. Por outro lado, no Pentecostalismo, esse reencantamento não se constitui na negação da hipótese weberiana do processo de racionalização da religião na sociedade industrial. Mas reflete a racionalização do campo religioso como um todo, na medida em que se oferece uma ética moral e se adota uma sistematização intelectual da fé e a burocratização de suas instituições (MARIZ, 1994 *apud* ANDRADE, 2002).

No Neopentecostalismo da IURD, os “sinais” são procurados por um uso sistemático de mediações – gestos, objetos, copo d’água, terra, contatos físicos – e pelo poder do dízimo, constituindo, assim, um retorno aos expedientes de mediação, às graças almejadas e agenciadas pelos especialistas da Fé.

O Pentecostalismo engendra novos modos de subjetivação em diversas dimensões como na família, na vida profissional, no trabalho, no cuidado e uso do corpo, o sexo, o emprego do tempo, a aparência física e a maneira de encarar as questões de saúde e doença. O “batismo no Espírito Santo”, é o ritual de mudança na orientação na vida do sujeito – a experiência de conversão (ANDRADE, 2002).

Embora apresente críticas severas às religiões Afro-brasileiras e ao Espiritismo, o Pentecostalismo, no que diz respeito à possessão, ou melhor, a experiência de “ser o Outro”, aproxima-se delas. Entretanto, cabe salientar as diferenças: o Outro, para o pentecostal, é Um (o Espírito Santo). Enquanto o Deus é um só, os demônios são muitos e sempre intervêm na busca do sujeito a uma condição de bem-estar e prosperidade, justificando, assim, a existência do

exorcismo (ANDRADE, 2002). A possessão para a IURD está fortemente ligada ao corpo teológico, que empresta ao Diabo um papel decisivo. Essa crença surge na década de 80, no meio teológico e evangelístico norte americano, e é tão importante quanto a crença no Batismo no Espírito Santo.

A influência desta teologia se dá em quatro planos: (1) transformação dos rituais em atos de exorcismo, precedidos por transe de possessão demoníaca; (2) estabelecimento da libertação dos demônios como condição para “cura” dos males ou a “prosperidade divina”; (3) transformação do papel dos agentes religiosos em exorcistas; e (4) norteamericanização das campanhas evangelizadoras em função do reconhecimento prévio da demonologia local (ORO e SEMÁN, 1997).

Segundo Rolim, na obra “Pentecostais no Brasil” (1985), apesar de o Pentecostalismo brasileiro ter se iniciado através de iniciativas evangelizadoras de missionários americanos, tem sido desde sempre um produto social, se constituindo como um tipo de antropofagismo que tem como referência os traços culturais, religiosos ou não, predominantemente presentes nas classes populares, que coaduna com o modo de vida capitalista e prega o não-sofrimento. Deste modo, o Pentecostalismo, como religião concretamente experienciada, é um produto de nossa sociedade e sua ação envolve atores do nosso contexto sociocultural, ressaltando suas dimensões ideológicas e políticas.

A Teologia da Prosperidade, na qual se pauta a IURD, valoriza o não-sofrimento, o estado perene de saúde, o sucesso nos projetos mundanos e a boa situação financeira.

Basta evocar um dos motes fundamentais do *marketing* da IURD – “Pare de Sofrer” –, para entender que o sofrimento, nesse tipo de pentecostalismo, não carrega em si nenhum tipo de valor pedagógico, não havendo, assim, a perspectiva da resignação frente ao sofrimento (tendo em vista um outro plano de existência após a morte). Ao contrário, na Universal, o sofrimento estabelece a ausência de Deus e a proximidade de forças demoníacas. (ANDRADE, 2002, p. 35)

A ênfase na prosperidade e no controle do corpo e da mente como propósitos terapêuticos aproxima o Pentecostalismo à Nova Era, como modos de enfrentamento dos problemas cotidianos, conforme aponta Campos (1997).

Desse modo, a incorporação de práticas tidas como místicas e supersticiosas para a ciência ocidental ao campo teológico e doutrinário, inscrevem a Nova Era e a “mística pentecostal” no âmbito da pós-modernidade ou neo-arcaísmo, segundo Campos (1985). Para o autor, as duas tendências religiosas apresentam semelhanças na medida em que pregam a rejeição ao sofrimento, a intervenção nas energias divinas que movem o mundo e promovem mudanças interiores para quem tem fé, com valorização da “confissão positiva”, entrelaçando a prática cotidiana e a espiritualidade, semelhança entre “energia” e a força do “Espírito Santo”, que atua nas coisas e nas pessoas, e, por último, a privatização da experiência religiosa.

Tanto os pentecostais quanto a versão católica do Pentecostalismo, a Renovação Carismática, prometem a cura do corpo.

Mas a Igreja Universal, em pregação ostensiva, promete desde cura a dor de cabeça, da depressão, do desmaio, do nervosismo, em suma, dos infortúnios que atingem o cotidiano de qualquer pessoa, até a cura da doença mais estigmatizada deste fim de século, a AIDS... de forma mágica, através do contato com “óleos santos”, “sal abençoado”, “roupas unguidas”, a cura é prometida a todos que têm fé... portanto é no mínimo insuficiente o argumento de que as pessoas procuram a igreja simplesmente por não terem a disposição serviços de saúde oferecidos pelo Estado. A Igreja Universal promete mais do que o Estado e a Medicina podem proporcionar. A cura milagrosa da AIDS, a cura do câncer sem sacrifícios e a cura de outros males são respostas oferecidas à aflição do fiel frente ao sofrimento e à morte. (ALMEIDA, 1996, p. 15 *apud* ANDRADE, 2002, p. 42)

Andrade (2002), no estudo “Possessão como Loucura- A noção de saúde e doença mental na Igreja Universal do Reino de Deus e sua respectiva proposta terapêutica” procurou compreender como o referencial religioso da IURD afeta “a saúde mental dos fiéis que lhe demandam cura, ou que apresentam quadros classificados pela biomedicina e psicopatologia, como patológicos” (ibidem, p.13). Para tanto, buscou ainda conhecer as noções de saúde e doença mental dos fiéis freqüentadores dos cultos, dos agentes religiosos e dos sujeitos com problemas

mentais, que em seu itinerário terapêutico em algum momento buscaram ajuda na IURD.

Segundo este autor, as noções de doença (sentido amplo) e de doença mental (sentido estrito) são atravessadas pelo mesmo sentido: são provocadas por forças demoníacas, sendo que todo problema de saúde do seu fiel é entendido como sendo um problema de saúde espiritual. Partindo desta perspectiva, oferece como proposta terapêutica principal o exorcismo (expulsão do demônio), além da participação nos cultos, responsabilidade de conversão da família, pagamento do dízimo e doações ocasionais. Portanto, exige do fiel um engajamento total, mudando, inclusive, seu modo de estar no mundo, visto que a relação entre saúde e prosperidade é indissociável. Quando não há sucesso desta proposta terapêutica, responsabilizam-se os procedimentos (doações, dízimos, etc) e comportamentos dos fiéis.

Com este estudo, constatou que a importância desta religião reside na:

ressignificação da doença enquanto experiência de sofrimento e aflição se mostra uma possibilidade de inserção do sujeito em um grupo social que acolhe, significa e trata os sinais de doença que são trazidos como motivos de sofrimento para o sujeito” (ibidem, p.197).

De outro modo, constatou que a inserção neste contexto religioso, para alguns sujeitos e familiares foi considerada como a origem dos problemas. Assim, conclui que “que o sucesso da terapêutica depende não apenas de seus procedimentos internos, mas das redes de suporte que se formam ao redor do paciente” (ibidem, p. 197), destacando ainda a importância fundamental da família no cuidado.

Ao aliar cura, exorcismo e prosperidade financeira, e atribuir ao demônio a responsabilidade por todos os males, a Igreja Universal demarcou seu espaço no cenário da religiosidade popular brasileira, o que tem sido alvo de muitas pesquisas e de muitas polêmicas.

Eis aí um dos motivos pelo crescimento expressivo na busca desta agência terapêutica, pois o Pentecostalismo oferece uma magia moral, regida por leis

universais inexoráveis, oferecendo uma ordem e uma lógica que as pessoas não encontram em suas vidas, principalmente quando acometidos por sofrimentos graves. Assim, apesar de seus milagres, curas e exorcismos, as Igrejas Pentecostais oferecem um apoio carismático e mágico para uma proposta racionalizante da ética. (ANTONIAZZI et al, 1994).

Corpos que se movem, cantam, dançam, louvam. O culto, na verdade, oferece um espaço alternativo que substitui os “prazeres do mundo” pelo prazer das práticas e celebrações religiosas. (RABELO, 1993; ANDRADE, 2002).

Um novo lugar para o corpo é criado nestas religiões. Novas subjetividades estão sendo produzidas? Ou, apesar da mudança nos cultos e rituais, estas instituições permanecem como tentáculos sustentadores do controle e vigilância da vida individual e coletiva, produzindo subjetividades domesticadas e excitadas na maratona da fé em busca da felicidade?

Estes questionamentos evidenciam a complexidade que envolve o fenômeno religioso, cujo entendimento requer analisar justamente em que medida pode se constituir como espaço de controle e vigilância e/ou de produção de resistência e libertação. Para isso é fundamental compreender a religião enquanto instituição e enquanto tal, não é universal, invariante e homogênea, mas eivada de múltiplos sentidos.

## CAPÍTULO 5 – ANJOS, LOUCOS OU DEMÔNIOS?

Devemos interpelar todos aqueles que ocupam uma posição de ensino nas ciências sociais e psicológicas, ou no campo do trabalho social – todos aqueles, enfim, cuja profissão consiste em se interessar pelo discurso do outro. Eles se encontram numa encruzilhada política e micropolítica fundamental. Ou vão fazer o jogo dessa reprodução de modelos que não nos permitem criar saídas para os processos de singularização, ou, ao contrário, vão trabalhar para o funcionamento desses processos na medida de suas possibilidades e dos agenciamentos que consigam pôr para funcionar. Isto quer dizer que não há objetividade científica alguma nesse campo, nem uma suposta neutralidade na relação (GUATTARI, 1992)

O entrelaçamento entre loucura e vida engendra o entrelaçamento entre modos de cuidado diferentes e divergentes como: biomédico, atenção psicossocial e religioso. Neste capítulo, colocarei em análise os modos de subjetivação da loucura no CAPS e nas igrejas pentecostais, a partir da perspectiva dos usuários, familiares e técnicos de saúde mental do CAPS em estudo, apresentando os dados produzidos no campo que permeou essa pesquisa.

Para tanto, o capítulo foi organizado e dividido em quatro momentos, a fim de compartilhar os dados produzidos, possibilitando ao leitor acompanhar progressivamente a construção das categorias que permearam a análise.

No primeiro momento, abordarei a experiência etnográfica enquanto analista institucional, situando a instituição CAPS e os interstícios que permearam a imersão no campo.

No segundo momento, apresentarei quatro casos, abordando a perspectiva dos usuários e familiares, apresentando uma síntese de suas histórias de vida, enfocando temas que versam sobre os modos de subjetivação da loucura, cuidados terapêuticos, envolvimento religioso entre outros.

No terceiro momento, apresentarei discussões que permearam a pesquisa com os técnicos do serviço sobre os temas citados anteriormente.

E por fim, no quarto momento, procurarei transversalizar as experiências, sentidos e modos de subjetivação, analisando a implicação dos diversos sujeitos, através de três eixos analíticos sobre os dados produzidos, a partir dos quais emergiram as categorias analíticas.

Gostaria de ressaltar que a riqueza e a complexidade que marcaram esta pesquisa transbordam os limites de um trabalho escrito, por mais que eu tenha me esforçado no sentido de garantir uma descrição densa.

## 5.1. ESTRANGEIRA NO PRÓPRIO TERRITÓRIO: ESTRANHANDO “MINHA CASA”

O show tá começando... O Rappa

Compartilhar a experiência etnográfica enquanto analista institucional é talvez, a maior dificuldade que enfrento para escrever. Mas vamos lá...

Pra iniciar, contarei um pouco da história deste CAPS, construída a partir de vários depoimentos, da minha experiência enquanto técnica, pesquisadora e gestora, do plano de saúde mental (BAQUEIRO, 2002) e do relatório preliminar da pesquisa “Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil”, coordenada por Mônica Nunes do ISC/ UFBA, financiada pelo CNPq.

O CAPS<sup>26</sup> II foi fundado em setembro de 2002. Sua implantação fez parte da construção do Plano de Saúde Mental do município, que se destacava, no cenário regional e nacional, pelos avanços na reorientação da atenção básica, que em 2002, contava com 31 equipes de PSF implantadas em várias regiões do município, perfazendo 100% de cobertura na zona rural. Havia o reconhecimento da gestão local de que a rede de saúde mental existente era incipiente, e não funcionava na lógica substitutiva, pois a assistência nesse campo era centrada no Hospital Psiquiátrico, com cerca de 60 leitos, que atendia uma região de 80 municípios, abarcando uma população de cerca de dois milhões de habitantes. Contava ainda com um ambulatório de Psiquiatria e um serviço de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que, logo em seguida, foi credenciado como CAPS ad (o primeiro do estado da Bahia).

---

<sup>26</sup> Este CAPS ,até o presente momento, não possui nenhum nome específico, o que por um lado me deixa triste, uma vez que foram feitas várias tentativas para a escolha de um nome de algum louco que tenha marcado o imaginário social local sobre a loucura, mas também me deixa aliviada, porque não segue a lógica de homenagear “figuras de notório saber” em Psiquiatria, como acontece em outros serviços no estado.

O projeto de implantação deste CAPS II, como parte do Plano de Saúde Mental do Município, previa, dentre outras estratégias, a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, com rastreamento de casos, através da aplicação de um questionário (adaptado do QMPA – Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto) para indivíduos com possível sofrimento psíquico; implantação inicial de quatro CAPS (01 CAPS ad, 01 CAPS i e 02 CAPS II); capacitação das equipes do PSF em saúde mental e capacitação para os profissionais de saúde mental, tendo como objetivo a formação de “profissionais de um novo tipo” (BAQUEIRO, 2002).

Esta experiência se destacou como umas das pioneiras no estado, em um momento em que a Reforma Psiquiátrica na Bahia estava avançando com passos muito lentos. Contudo, as estratégias previstas no plano para expansão da rede não foram efetivadas, apesar dos diversos esforços empreendidos pela coordenação de saúde mental (gestão 2002 a fevereiro de 2006), pelos trabalhadores de saúde mental e por diversas instituições parceiras.

A não efetivação do plano de expansão da rede de saúde mental é identificada por todos como um nó que este CAPS enfrenta para atender a demanda, que transcende a possibilidade de atenção do serviço. A esse problema, agregam-se outros, referentes à precariedade dos vínculos trabalhistas, os baixos salários, estando entre os menores do estado da Bahia, e a conseqüente rotatividade de profissionais, muitos dos quais qualificados, mas que acabam migrando para municípios que oferecem melhores condições de trabalho.

Outro problema destacado é referente ao espaço físico. Desde a sua implantação, o CAPS II tem funcionado no mesmo imóvel, uma casa alugada, localizada na região central do município, considerada área nobre por ter vários serviços de saúde da rede pública e privada. A limitação do espaço físico do imóvel e a crescente demanda ao serviço por novos usuários, procedentes de vários bairros, constitui, na atualidade, uma importante questão para o serviço que permanece sendo o único desta modalidade em um município com uma população estimada em 290.135 habitantes (IBGE, 2006).

Tais dificuldades são pontuadas pela equipe como analisadoras da falta de priorização da saúde mental pela gestão municipal, sendo que o município ficou

sem uma coordenação de saúde mental de 2006 a meados de 2007, o que aumentou a dificuldade de interlocução entre o CAPS e a gestão municipal de saúde.

Minha atuação como psicóloga começou em dezembro de 2002, tendo sido contratada em fevereiro de 2003, após ter sido aprovada em seleção pública. Este momento foi marcado por muito desejo de ver outros caminhos, outras rotas, linhas de fuga para a radicalização da experiência com a loucura.

Desde o início estive engajada na construção do CAPS como estratégia para mudança nos modos de entendimento e atendimento sobre a loucura, sobre o louco, com o louco. São tantas as emoções disparadas, que farei um esforço para tentar sintetizar alguns atravessamentos que permearam esta história e, em particular, esta pesquisa, obviamente reconhecendo a impossibilidade de ser *fiel* na descrição e análise de tudo o que foi vivido e ainda está por vir...

A minha inscrição no campo, enquanto pesquisadora, foi permeada pela alegria de retornar ao lugar que me oportunizara uma experiência ímpar de trabalho e umas das experiências de vida mais mobilizadoras e potentes. À alegria do reencontro, somavam-se outros afetos que me atravessavam, num misto de estranhamento, saudade e até uma certa tristeza por não mais fazer parte daquele lugar como outrora.

Assim, mesclavam-se vários afetos que mobilizavam lembranças de três anos intensos vividos, compartilhando as alegrias, tristezas, potências, impotências, certezas, incertezas, crenças, descrenças, possibilidades, impossibilidades, avanços, retrocessos, acertos, desacertos, coragens, covardias, risos, choros, vazios, excessos e desejos que movimentavam aquele lugar. Que tanto dispararam o acreditar, desacreditar, continuar, descontinuar.

Marcas de experiências que foram inscritas num corpo que insiste no fazer, no não-fazer, no sim, no não, no talvez. Nessa tensão entre parar e continuar nos projetos, nas escritas, nos pensamentos, *na eterna busca das franjas do mar*. Percursos descontínuos, cheios de percalços, desvios que fizeram meu reencontro

com a loucura e com o louco, num passeio ao mesmo tempo acompanhado e solitário.

Novo lugar, novo papel. Agora sou pesquisadora! E a inquietante constatação “*Mas o que foi, nunca mais será mais o que foi...*” (DESGARRADOS, Sérgio Napp e Mário Barbará Dorneles).

Tive que inventar: aprender a desaprender, desaprendendo aprendendo, mudando os escritos e inscritos, retornando diferentemente aos mesmos, acrescentando novos registros de sentido. Fazendo, desfazendo e refazendo? Me revendo, me desfazendo, me refazendo. Falhando, parando e tentando retomar de um outro jeito e depois falhando, parando e tentando de novo o ‘novo’. Ousadia e prudência para adentrar em novas portas e abrir outras, fechar outras<sup>27</sup>.

A entrada no campo aconteceu *oficialmente* em janeiro de 2007, iniciada pela reunião com a equipe para a apresentação da pesquisa e partilha das minhas intenções, assim como, para selecionar os sujeitos/ usuários da pesquisa. Em troca, olhares conhecidos, ternos, saudosos e novos olhares, alguns desconfiados... O velho e o novo também se mesclavam no lado de lá... como me instalar nesse interstício?

Vários reencontros, marcados por algumas perguntas e comentários: “*Voltou?*”, “*Hum, vai pesquisar aqui? Que chique!*”, “*Mas quando você terminar o mestrado, você volta, não volta?*”, entrecruzados por abraços apertados, com cheiro de saudade.

Nos três retornos posteriores (abril, julho e outubro), permeados por abraços cheios de vida, o duplo estranhamento foi se diluindo na construção de um novo papel, o que produziu a mudança de comentários e questionamentos, fazendo com que o tema da pesquisa ganhasse vida em várias discussões: “*Nossa, que legal!*”, “*Estamos precisando mesmo deste tipo de pesquisa*”, “*Que coragem, hein?*”, “*Misturar saúde mental com religião...*”, “*Quando você volta para continuar a*

---

<sup>27</sup> Como foi difícil assumir para mim mesma e para os usuários, familiares e técnicos de que o meu desejo era desvendar novos pagos e não pretendia mais voltar a ser psicóloga do CAPS.

*pesquisa? Vai me entrevistar de novo? Gostei de conversar”, “Estou curiosa para saber os resultados”.*

O período oficial de pesquisa em campo também foi marcado por outra mudança de papel na saúde mental, pois assumi a Coordenação da Saúde Mental no estado da Bahia, em abril de 2007, o que provocou novos estranhamentos e discussões com tons reivindicatórios: *“Coisa boa Luana! Vê se consegue mudar algumas cabeças na secretaria. Ninguém merece!”*, *“Quando vamos fazer a pauta de reivindicações, Coordenadora?”*, *“Vai poder compartilhar nossa experiência com outros municípios, vai dar projeção pra nós”*, *“Que pepino, hein? Será que a reforma vai andar?”*. Momentos que explodiam idéias, desejos, medos e preocupações, inclusive sobre a sustentação do projeto de saúde mental no município, o qual sentiam estar sendo ameaçado pela falta de visibilidade e priorização da gestão local.

Este novo papel contribuiu para que eu colocasse em análise não apenas este CAPS, mas a própria Política de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica, o Movimento da Luta Antimanicomial entre outros, o que suscitou e ainda suscita diversas crises que abalam várias certezas... o que ainda não consigo falar, por se situar nas bordas do indizível neste momento...

## 5.2 – DO PONTO DE VISTA DOS USUÁRIOS

Nesta parte será apresentada a história de vida de quatro pessoas que são usuárias do CAPS II e freqüentadoras de igrejas pentecostais. Foram selecionadas a partir dos seguintes critérios:

- 1- Diagnóstico inserido dentre os de Psicose e estar “fora da crise” no momento da pesquisa;
- 2- Ter experiências religiosas nas igrejas pentecostais, cujos relatos aparecem no contexto terapêutico do CAPS;

Deste modo, na seleção dos participantes realizada em conjunto com os técnicos do CAPS, priorizou-se a escolha de pessoas que foram acompanhadas individualmente e /ou em grupo por mim quando era psicóloga do serviço. Assim, dos quatro sujeitos entrevistados, apenas um não havia sido acompanhado por mim, inclusive sua inserção no serviço foi posterior a minha saída, tendo sido indicado por ser “um caso intrigante” que exemplificava a dificuldade da equipe em lidar com as experiências religiosas dos usuários.

As entrevistas foram conduzidas através de um roteiro semi-estruturado (ver capítulo I e anexo), 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.

Todas as entrevistas foram realizadas no CAPS, em dias em que os usuários tinham atividades previstas em seu projeto terapêutico singular, ou foram convidados a comparecer no serviço especialmente para participar da pesquisa. O mesmo aconteceu com seus familiares, sendo que foram entrevistados membros da família de três sujeitos, 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, serão 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.

As entrevistas com os usuários foram realizadas em dois momentos diferentes, com intervalos de seis meses, a fim de acompanhar o itinerário terapêutico e religioso, e observar se estes sofriam algumas modificações no processo. Foram marcadas pela alegria do reencontro e pela tentativa de atualização das experiências vividas nos interstícios dos encontros.

Os nomes dos sujeitos do estudo são fictícios, assim como o nome do Hospital Psiquiátrico, a fim de preservar a identidade dos mesmos e garantir o anonimato. As falas dos sujeitos que aparecem em negrito são grifos meus.

### 5.3 – HISTÓRIA DE MADALENA

Madalena, 35 anos, nasceu no interior da Bahia. É filha de José e Maria, que têm 14 filhos, sendo que, destes, seis apresentam quadro de sofrimento psíquico grave, mas apenas ela e uma irmã são usuárias do CAPS e os demais são acompanhados no ambulatório do Hospital Psiquiátrico.

Possui formação no ensino fundamental incompleta e não tem profissão definida, sendo que costuma encontrar trabalhos temporários exercendo atividades de empregada doméstica.

Sua trajetória religiosa iniciou na infância, tendo crescido em ambiente católico. Foi convertida para a Congregação Cristã no Brasil na adolescência junto com sua família, opção religiosa que os pais vêm mantendo desde então.

*minha família era católica, bem católico mesmo, mas depois uma irmã minha casou com um rapaz evangélico, crente, aí a família quase toda passou, através que ela falava coisa da Bíblia pra nós, falava como é que era a doutrina. Também nós morava perto de um rio (...) quando era pequena, (...) o batismo no rio nós ficava bestinha, corria tudo pra ver, nós era católico (...) corria e subia atrás do morro pra, e ficava olhando o batismo, de cá nós ficava olhando, aí quando nós via tocando aqueles instrumentos assim, nós achava muito bonito.*

Com este relato, pode-se perceber o fascínio que o ritual do Batismo exerce sobre Madalena. Contudo, ao ser indagada sobre a diferença entre os cultos da Igreja Congregação Cristã no Brasil e da Igreja Católica, evidencia-se a compreensão dos limites impostos pela religião evangélica:

*Que lá invés de rezar e também assim pedir pra aquelas imagem interceder por Jesus, nós não pede não, assim nem pra e nem pra também é rezar, não reza também não, é orar (...) oração, oração e tem a doutrina que é uma coisa muito rígida, que tem que freqüentar do jeito que eles querem, porque se pecar lá, também eles ficam muito contra. A palavra vem muito de repreensão, repreendendo, falando que a gente não tem liberdade na igreja e nem nada, e vem a palavra sempre corrigindo.*

A Congregação Cristã é representante da primeira onda do Pentecostalismo, tendo chegado no Brasil em 1910. Prega a moral e os costumes tradicionais,

através dos 12 Artigos de Fé, que expressam a crença (Wikipedia, 2008):

- 1- na Bíblia como sendo a infalível palavra de Deus, inspirada pelo Espírito Santo;
- 2 - na existência de um só Deus, com três pessoas distintas;
- 3- na natureza divina e humana de Jesus Cristo, e na sua morte por culpa de todos os homens;
- 4- na existência pessoal do diabo e seus anjos, que estão condenados ao fogo eterno;
- 5- no novo nascimento, pela fé em Jesus Cristo, e na sua ressurreição para tornar justos os crentes, assim acreditam na salvação da alma através da fé;
- 6- na prática do batismo nas águas, com uma só imersão, para perdão de pecados;
- 7- no batismo do Espírito Santo, com a evidência inicial de falar em novas línguas;
- 8- na prática da Santa Ceia anualmente, com um só pão partido com a mão e um só cálice, para relembrar a morte de Jesus Cristo;
- 9- na crença de se abster da idolatria, da fornicação, e de sangue e carne sufocada;
- 10- na prática da unção com óleo para apresentar o enfermo ao Senhor;
- 11- na crença no retorno de Jesus Cristo e no arrebatamento dos fiéis;
- 12- na ressurreição dos mortos em novos corpos; no Juízo Final e no tormento eterno para os injustos e vida eterna para os justos.

Estes princípios são explicitados em sua fala:

*aí tem outra parte também que na Bíblia tem assim, que Deus, eu me esqueci em qual página que tem, que Deus corrige os que ele ama (...) as que eu sei é essa que não pode fumar, nem beber, nem prostituir, nem vestir curto, nem sem manga, nem aparar nem as pontinhas do cabelo, nem é beber bebida alcoólica, nem dançar, nem fumar, nem passar pintura, qualquer tipo de pintura não pode, não pode vestir mini-blusa e nem saia curta, que não pode, nem calça e nem short, nem calça, nem saia curta, não pode comer sangue também depois que batiza, não pode comer sangue de galinha cozido e nem carne sufocada.*

O culto da Congregação Cristã no Brasil é organizado seguindo a crença da inspiração no Espírito Santo. Embora tenha uma ordem pré-estabelecida, não segue uma liturgia fixa, sendo que os pedidos de hinos, orações, testemunhos e a pregação da Bíblia são feitos de forma espontânea. Contudo, a

solenidade e a formalidade caracterizam os cultos, com valorização da participação coletiva e evitação das manifestações individuais. Há uma série de práticas no culto como o uso do véu pelas mulheres e bancos separados para homens e mulheres, que evidenciam os costumes tradicionais (WIKIPEDIA, 2008).

Madalena se casa aos 17 anos e vai morar no interior de Minas Gerais. Teve vários conflitos no casamento, em que relata ter sofrido agressão física do marido. Esta relação é identificada como desencadeadora do seu sofrimento psíquico, que ela denomina como *depressão*, sendo que a primeira crise foi aos 19 anos, após o nascimento do segundo filho.

Enquanto Madalena se queixa do marido, das agressões sofridas, seu pai José, de 70 anos, apresenta outro entendimento:

*ele cuidou bastante dela, eletro de cabeça, ele levou em muitos lugares(...) e ela só falando em vir embora e coisa*

O marido resolveu *devolvê-la* ao pai que, na época, não tinha conhecimento das agressões sofridas pela filha:

*Ele só assim com um tanto de certos problemas lá, muito difícil pra resolver, né? Porque ele precisava trabalhar pra dar conta do recado, ele era trabalhador e ela não tinha como ficar por modo desses filhos tudo (...). Aí então, aí consegui que ela veio duas vezes, ele trouxe ela pra cá, ele também com crença da mesma igreja, né? Não foi ela só crente, mas assim era o seguinte: transformou, ele trouxe ela duas vezes (...) eu mandei ela levar duas vezes, foi depois na terceira vez, ele entregou ela desquitada, né? Então, entregou ela em casa, ele tinha trazido ela pra poder ganhar o nenenzinho.*

A crença em Deus e o envolvimento religioso aparecem com muita frequência no discurso de José. No momento em que retorna ao convívio familiar, tendo sido *entregue* pelo marido, também fiel pentecostal, Madalena, segundo o pai, estava “*chapada de remédio*”. Ao recebê-la de volta, em um momento de crise, disse a ela: “*Madalena: ora a Deus, bota o joelho no chão, ora a Deus por seu marido, por seus filhos*”.

Logo após, encaminhou Madalena, aos 24 anos, para o Hospital Psiquiátrico, onde ficou internada durante 15 dias. Após histórico de internação hospitalar e

atendimento médico medicamentoso ambulatorial, começou seu acompanhamento no CAPS, aos 31 anos, onde recebeu o diagnóstico de *psicose não identificada*. Ao mesmo tempo em que peregrinava em busca de atendimento médico para aliviar seu sofrimento, buscava a cura espiritual em diversas igrejas.

Da adolescência até a separação, Madalena relata ter sido assídua freqüentadora da Congregação. Entretanto, foi afastada da mesma após ter se separado e ter constituído nova relação afetiva:

*(...) eu **fui cortada** da Congregação, porque eu **pequei**, porque eu fiquei separada muito nova do meu marido, ex-marido, e fiquei com vontade de arrumar um namorado, aí acabou nós pecando que, que o povo fala **transgredida** na congregação.*

Após o afastamento desta igreja, começou a fazer um itinerário religioso por outras igrejas evangélicas, tais como a Batista Nova Sião e a Quadrangular. Segundo o relato do pai, ela também recorreu ao Espiritismo no momento de aflição, após ter se separado do marido e dos filhos, que ficaram com o pai em Minas Gerais.

Em dezembro de 2002 iniciou seu tratamento no CAPS:

*Foi meu irmão, apresentou pra mim, ele soube por uma amiga dele que trabalha lá na (...) uma amiga dele foi, falou com ele que **disse que tinha um CAPS aqui pra tratamento melhor do que no Juliano**, porque aqui tinha psicólogo que atendia a gente direitinho e tudo, a gente não voltava pra trás em atender nem nada. Porque que no Juliano Moreira é bem mais ruim, é bem mais ruim no Juliano, é bem mais ruim pra ser atendido e aqui é bem mais melhor, não posso nem comparar com lá, aí eu acho melhor aqui, gosto mais daqui pra fazer meu tratamento, eu acho melhor é aqui, gosto daqui, eu nunca dei uma viagem perdida (...) passar pela médica, sempre sou bem atendida tanto por Dra. Clarice e Dra. Marta, e se eu não me sinto bem assim, não é tanto, é o remédio não é mesmo? Que dá o problema em mim da depressão*

Segundo seu pai: “*Ela vivia aí um pouco assim desorientada, distante, sem firmar em nada (...)*”.

### 5.3.1. Manicômio X CAPS

Sobre as diferenças entre o tratamento no CAPS e no Hospital Psiquiátrico, Madalena coloca:

*Porque no Juliano Moreira é assim, eles, a gente vai chegando eles já anotam logo, já risca logo assim o que, qual é o remédio que a gente toma, qual é a injeção, nem faz pergunta nenhuma a gente, não tem nem como a gente explicar, conversar direito, que eles querem atender muito depressa e também lá eu já tive internada lá, não agüentei ficar nem 15 dias, porque lá interna mais aquelas pessoas que tá bem ruim, ruim mesmo, internado, aí a gente fica no meio deles, lá é muito ruim. De uma vez mesmo, uma moça que foi lá (...) jogou até pedra em mim, jogou uma pedrinha em mim e eles não tinha respeito, quem ficava internada lá dentro, aquelas moças, aquelas mulheres, elas não tinham respeito, elas ficavam nuinhas de tudo e montava até nas costas dos homens e aqui não, aqui (...) não vê essas coisas, aqui a gente não vê essas coisas não e lá a gente vê tanta coisa ruim e feia.*

Neste momento, pode-se observar em sua experiência, que ela teve acesso a práticas terapêuticas da clínica psiquiátrica tradicional e da atenção psicossocial, que aparecem diferenciadas na sua percepção. Tece críticas muito pertinentes ao hospital, referindo-se a atuação distante do médico, centrada na prescrição da medicação, sem constituição de vínculo. Por outro lado, ao dizer que no hospital são internadas as pessoas que apresentam um agravamento do quadro do sofrimento psíquico, parece legitimar o lugar do hospital como intervenção à crise.

Seu pai, por sua vez, não tece críticas ao manicômio, permanece encaminhando os demais filhos com sofrimento psíquico para o hospital psiquiátrico, reforçando o imaginário sobre a “necessidade” de manutenção do modelo manicomial:

*O governo não tem como, pra poder internar esse tanto de gente que vive assim, né? Tem gente que ainda dá graças a Deus pelo menos na medicação que eles fornecem lá, pelo menos **combate** (...) essas medicação (...) na minha casa pelo menos, né? E a **multidão que tá hoje na pendência do hospital**<sup>28</sup> né?*

### 5.3.2. Sobre o acompanhamento no CAPS

Madalena participa de diversas atividades terapêuticas, como oficina de expressão e arte, sobre as quais apresenta percepções ambíguas:

<sup>28</sup> Atualmente este Hospital possui 60 leitos, com média de ocupação de 40 leitos, em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A Secretaria Estadual de Saúde prevê a reorientação do modelo através da redução progressiva de leitos até seu fechamento e prevê a implantação de um CAPS III no local;

*Ah tem um negócio de fotografia, que tem aqui também na sexta, que eu gostei dessa oficina, a gente prega carta, foto tudo na, no... que meu Deus, naquele negócio no quadro... (...) eu não gostei muito da do jornal, eu gostei o jornal é assim: a gente corta um desenho, uma figura de uma revista de um livro, corta e cola e escreve alguma coisa sobre aquilo, aí a gente vai pesquisar no livro o que é que a gente entendeu, o que é que fez parte da do livro, daquela história do livro, a gente tira o desenho e cola ou então, letra tira uma, recorta uma letra, um tanto de letra, letra por letra, um tanto de letra e cola e **faz alguma coisa**.*

Segundo os técnicos, ela apresenta dificuldades para participar das atividades previstas, visto que está sempre em busca de emprego, como pode ser percebido em vários relatos. O fato de estar desempregada também provoca conflitos na família.

*(...) e aí fica **aquela luta, aquela luta dentro de casa**, um fala uma coisa, outro fala outra, a gente fica nervosa, muitas vezes um fala que é que se não fosse essas filha mulé, que fica dando despesa dentro de casa, se nós, que eu tivesse trabalhando que disse que era melhor, que era melhor (...)*

*(...) minha mãe precisa de eu ajudar né? Eu preciso ajudar dentro de casa, porque eu tô dentro de casa, **se eu tomar um remédio cedo, quando tiver dando meio-dia, minha vontade é deitar e dormir**, e quando almoço já é dormir de tarde também.*

Em muitos momentos, Madalena mostra incômodo por ter que usar medicação, o que a deixa muito sonolenta e contida “*fico toda atrapalhada*”, dificultando a realização de suas atividades diárias. Por isso, comumente suspende a medicação, ou a usa de modo irregular.

*se eu tomar remédio, se eu tomar o remédio as 3 vezes no dia igual à médica tá mandando aí é... é eu saí, eu tava saindo 6 e eu tava saindo 6 e meio-dia, só tava tomando à noite, foi esses dias tudo, hoje que eu comecei, ou foi ontem ou foi hoje? Eu comecei a tomar foi ontem, que eu comecei a tomar, durante o dia também.*

Ao problematizar o uso da medicação, algo sempre presente em sua história no CAPS, também avalia a conduta da psiquiatra que a acompanhou durante 3 anos, com quem negociava o uso da medicação, comparando com a conduta da psiquiatra que a acompanha atualmente:

*não é porque Dr.<sup>a</sup> Marta é ruim não, mas quando Dr. Clarice tava aqui eu gostava muito dela, ela era gente fina, porque se eu falasse assim: “oh Dr.<sup>a</sup> Clarice, uma medicação não tá dando muito bem pra mim não, eu tô assim, assim, assim... “, **ela trocava a minha medicação ou suspendia**, mas depois de uma **queda** que eu tomei que eu fraturei minha coluna levei 3*

*parafusos é que Dr. <sup>a</sup> Marta quer que eu tome os remédios tudo que ela passa tudo, quer que eu tome quer é (...) 3 vezes ao dia que é (...) forte 3 (...) forte no dia, Diazepam, Vitelizena, injeção (...) de 15 em 15 dias, aí quando eu estou dentro da minha casa (...) meu irmão lá que tem problema de **se eu for tirar só pra dormir, fica revoltada**, só tem Elinha<sup>29</sup> (...) que pode ajudar dentro de casa.*

Em outro momento, ela critica a fala da enfermeira, denunciando a prática da contenção química que tanto caracteriza o tratamento manicomial.

*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.***

Seu pai, por outro lado, focaliza a avaliação positiva sobre o CAPS analisando o atendimento médico, o qual legitima o poder historicamente construído, visto como seu *aliado*. Com isso, podem ser percebidos diferentes entendimentos sobre o uso do medicamento, enquanto recurso terapêutico, no CAPS. Para ela é impeditivo de conseguir trabalho, porque fica mais lenta e sonolenta, o que gera preconceito social e familiar. Para ele, a medicação é vista como sinônimo de tratamento, assim o CAPS é percebido como um normatizador da conduta.

*(...) hoje ela tá aqui no CAPS, eu estou muito contente porque **as autoridades têm sempre me ajudado** (...) então, quando ela chegou aqui, eu assim que ela achou bom, porque ela tava tendo **mais facilidade pra ela pegar a medicação né**, um bom comportamento como o (...) sempre diz né, **que tem um bom comportamento pra ela assim né**, mas é o que eu lhe disse, ela já tinha seu casamento, eu gostaria muito do, do, do, dos **conselhos aqui do CAPS, né**, as pessoas tem me ajudado nessa parte, mas só que agora (...) achou um tratamento pra ela desenvolver o movimento que **ela precisa né, de da mente dela normalizar, pra ela firmar né?***

Ao mesmo tempo, José questiona a eficácia do tratamento psicofarmacológico enquanto proposta terapêutica capaz de propiciar a normalidade. Tal questionamento o leva em busca de Deus.

---

<sup>29</sup> Esta é a irmã de Madalena que também é usuária do CAPS;

*a mente dela tá muito assim, de uma maneira que só Deus, eu não estou entendendo, meu Deus “será que essa medicação não vai resolver o problema dessa menina, não normalizar a mente dela?” Pra ela, tá escutando vozes demais, a mente dela tá assim, pra mim assim a mente dela tá assim muito assim vadiada né, de uma maneira e tal escutando vozes, entendendo a gente, fala de uma maneira, ela entende de outro jeito né, aí é doloroso, é doloroso, doloroso mesmo a situação mais que ver ela assim, essa mulher não tem nada, só Deus, só Deus.*

O discurso de Madalena, ao mesmo tempo em que diferencia o cuidado no CAPS em relação ao cuidado no Hospital Psiquiátrico, denuncia certas práticas que não rompem com o modelo manicomial. O que pode ser percebido nos seus relatos sobre o lugar da medicação no seu projeto terapêutico atual e sobre as oficinas terapêuticas que, para ela, não parecem produzir sentido.

*(...) coiso tudo aí esses riscos tinham que ser pintados de várias cores e pintar a folha todinha de risco. Aí esse, esse não terminou tudo eu e (...) eu fiquei todinha, eu fiquei por última, a colega (...) eu fiquei por último aí, aí essa, essa professora que eu esqueci até o nome dela, ela falou que, disse que, que eu falei “vixe você já terminou tudo e eu não terminei o meu”. Eu já tava perto de terminar, ela falou assim “é porque você fica com a língua nos dentes aí. Eu não gostei não, saí na mesma hora, muito nervosa, pinte o desenho bem nervosa e saí que eu não gosto de gente que fica me dando (...) rápida não (...)*

Neste relato também fica evidente um modo de tratamento manicomial, como aparece na fala grifada daicineira. Contudo, Madalena parece resistir e se posiciona contrária a esta prática, produtora de subjetividade manicomial sem se submeter à autoridade do técnico.

Segundo vários relatos e o acompanhamento que realizei com ela, pesquisadora, sua trajetória no serviço é marcada de modo muito significativo pelas freqüentes alterações em seu projeto terapêutico, que revelam as suas constantes mudanças de casa (provocadas pelos conflitos familiares e com os parceiros com quem se envolve), apresentando dificuldade em estabelecer relações estáveis. Esses conflitos geram a procura por emprego, como um modo de ter uma maior autonomia frente à família, assim como significa a possibilidade de visitar os filhos que ficaram com o ex-marido em Minas Gerais, ou ainda poder um dia trazê-los para conviver com ela, o que acredita que a faria melhorar da *depressão*.

A equipe técnica demonstra se preocupar com as questões da vida cotidiana de Madalena, contudo, a sua procura por emprego é entendida como uma forma de não “aderir” ao tratamento. Tal explicação escamoteia a dificuldade em lidar com o

que a usuária demanda diante da complexidade da sua vida, pois o serviço não coloca em análise suas práticas com ela.

É importante ressaltar que este CAPS não oferece nenhuma oficina de geração de emprego e renda, o que poderia favorecer o acompanhamento integral de Madalena. A seguir, falas de Madalena e José:

*mas esses dias eu não tava vindo não, porque eu tava procurando era um empreguinho, mais só que eu não achei não o que eu tava procurando (...).*

*nessa parte né ... emprego mais nunca conseguiu, tudo dela, ela tem sido uma pessoa de sorte, mais nunca que conseguiu, a minha filha de **não arrumar lugar assim na vida dela**, pra ela pra ela poder segurar uma coisa assim né?*

### 5.3.3. Sobre seu envolvimento religioso

Como fora visto, Madalena teve sua infância marcada pelo catolicismo. Da adolescência até o fim do primeiro casamento frequentou a Igreja Congregação Cristã no Brasil, tendo ficado afastada da mesma cerca de 10 anos.

*(...) veio outro falando que assim que **não tinha direito de ficar sentado lá dentro e nem e nem é conversando e nem é e não tinha e nem descansar e nem ficar sentado lá**. Aí foi dessa vez eu saí de vez da Igreja. Nunca mais eu fiquei de ir, fiquei quase 10 anos sem ir na igreja (...)*

Neste período de afastamento, participou de várias igrejas, caracterizando um itinerário religioso em busca de uma estabilidade em sua vida.

*Eu **frequentei um bocado**: Batista Nova Sião, é Santuário de Deus, Evangelho Quadrangular que eu mais frequentei foi essa Evangelho Quadrangular e Batista Nova Sião e Santuário de Deus, nessa daí eu fui uns 6 meses, em cada uma dessas eu fui uns 6 meses*

Sua relação com a religião é marcada por ambigüidades, que revelam seu contexto sócio-familiar. Relata ter se afastado das atividades religiosas durante 3 anos, período em que se relacionou com um parceiro, cuja família se mostrava contrária ao seu envolvimento religioso em igrejas evangélicas.

*Fiquei, porque eu fui juntar com um homem, com Manuel, ele **não gosta de crente, não gosta de ir na igreja e nem nada**, ele não gosta de ir na igreja de crente não, ele diz que, se ele fosse pra igreja mais eu, que a mãe não ia nem olhar pra cara dele, **que a mãe dele não gosta de gente crente não**,*

*não ia nem olhar pra cara dele se ele passasse pra crente, ele falou pra mim, ai por isso que eu não fiquei firme, direto em alguma assim.*

Embora relate não ficar em conflito com esta demanda, e conseqüente afastamento, Madalena queixa-se dos problemas familiares gerados por causa da sua união com Manuel e afastamento da igreja. Ressalta que a família a discriminava por se relacionar com alguém que fazia uso de bebida alcoólica, ao que ela também demonstrava incômodo. Por este motivo, separou-se dele em várias situações, retornando à casa dos pais, ou ainda indo morar com outros parceiros.

*não gostam muito dele não, por causa que ele ficava bebendo, os meninos brigando e a responsabilidade ficava pra cima de mim, de eu olhar menino dele e ele bebendo, chegando tarde dentro de casa. Aí não deu certo não, ele tem três crianças e **tem problema também, ele tem problema e bebe**, bebe bastante mesmo, não é pouquinho não, aí foi indo até que eu separei dele, não quis mais ficar não, **obedeci papai e mamãe**, eu vi que não dava certo esse negócio de eu ficar mais com ele não.*

A família também questionava seu comportamento, seu modo de se vestir, visto que isso contrariava os preceitos religiosos:

*Eu ficava muito aborrecida que meu pai não queria que eu passasse pintura e nem nada não e nem usasse calça nem passasse pintura, nem roupa, mini-blusa e nem nada não, gostava que nós usava não. **Toda vida ele foi assim, não é só agora não, toda vida ele nunca gostou** que nós vestisse saia curtinha, short curto nem nada não, a não ser de uma precisão, educação ele deixava pra ir pra a escola.*

Em 2006, após ter decidido se separar de Manuel, Madalena passa um período mais longo na casa dos pais, em que houve a acentuação de conflitos familiares, entre outros. Sentindo-se desamparada, sem saber para onde ir, Madalena entra em crise em dezembro de 2006. No momento de maior aflição, a primeira busca de ajuda foi a da internação hospitalar psiquiátrica.

*Eu tava **revoltada, com depressão**, eu tava deprimida, falei até com papai pra **internar eu num hospital**, ele disse, **ele não acreditou que eu não tava boa, ele pegou e não**. Eu: “oh papai, tá bom do senhor internar eu no hospital, que eu não estou muito boa não”. Ele pegou e falou assim: “oh Amandinha, **só interna gente que, quando tá nas últimas, quando tá nas últimas é que interna gente, quando tá nas últimas**”.*

*Estranhamente* o CAPS não aparece como possibilidade de atenção à crise, tanto na perspectiva de Madalena como de José. Como tentativa de se livrar do sofrimento que a atormentava, tenta o suicídio:

*Aí eu peguei, eu não tava boa de jeito nenhum não, eu peguei uma escada, coloquei no fundo da casa da minha tia e subi em cima e se joguei de lá de cima da telha, aí foi na hora que eu tomei uma queda bem feia. Minha testa ficou toda sangrando, debaixo do pescoço assim, umas ranhadas assim. Levei 4 pontos dentro da boca assim, e 3 debaixo do queixe. Meus braços ficou tudo doendo e a coluna fraturou, só que na hora eu não dei por fé que tava fraturada não. Aí eu fiquei gritando, gritando, gritando... aí eu fiquei muito gritando assim é, fiquei gritando socorro! Não, socorro não. Fiquei gritando ai, ui, bem alto mesmo, bem alto tava gritando. Aí um **vizinho** passou pelo muro da frente, que é mais baixo um pouco e aí a casa tava aberta, não tava trancada, ele foi lá no fundo, aí ele foi lá e abriu lá a porta e **chegou um tanto de gente lá eu nem vi direito quem era não**. Um tanto de gente chegou lá e, aí minha prima, uma amiga de uma prima minha, mora encostado lá na casa da minha tia, fez uma ligação pra casa de Nina, que é minha prima, que é lá na casa da mãe dela que eu tava trabalhando, foi e chamou ela, ligou pra ela que ela tinha o número do telefone, foi ligou pra ela. Aí ela veio, quando ela chegou, ela ligou pro **resgate**, e lá pra casa pra papai vim me levar pra, mas ela deu susto em papai não, pra levar eu pro **hospital**, aí o resgate e vinha né, aí ela ligou pra resgate (...)Eu tava tão fora de sentido que eu nem pra pensar uma coisa dessa se eu me quebrassem(...)*

Os modos de subjetivação, incitados a partir da experiência de tentativa de suicídio, são os principais *eventos analisadores* deste estudo, por entrelaçar as diversas lógicas e instituições.

Primeiramente Madalena conta com o apoio familiar e comunitário que, movidos pela curiosidade e/ou solidariedade, se propõem a ajudá-la e solicitam assistência médica:

*e eu ficava só falando: “cadê o resgate? O resgate já chegou? Que horas o resgate chega? Cadê o carro?” Perguntei “cadê ambulância, que horas que essa ambulância vai chegar? Cadê o carro do resgate?”*

Todavia, o seguinte relato é mais um exemplo da lógica do modelo biomédico. No hospital o tratamento oferecido é centrado no cuidado com o corpo físico, em que a tentativa de suicídio é abordada de modo repressor pelo médico, sem escutar o seu sofrimento e os motivos que a levaram a tal ato.

*eu fui gritando, gritando da casa da minha tia até no hospital, eu fui gritando de dor. Cheguei lá, **ele aplicou injeção em mim assim eu não sei se era calmante ou se era mais pra sarar a dor, aplicou logo uma injeção em eu, depois que fez a ficha** e aí o médico fez, deu os pontos na minha boca né, a hora que meteu a agulha pra dá anestesia chegou doer, aí eles pegou e deu os pontos e perguntou como que tinha acontecido aquilo comigo, eu falei*

*“porque eu subi em cima de uma casa e se joguei de lá de cima”. **Aí ele danou comigo, me deu cada tapa, danou com eu disse, que como que eu fiz uma coisa dessa e dando preocupação pra meu pai e não podia não. Mas ele não sabia que eu tomava remédio controle não, que eu não tava muito bem não, ele não sabia não.***

Além do sofrimento gerado pela experiência da crise, ela revela ainda sofrer muito com as implicações da tentativa de suicídio em sua vida, concretas e simbólicas, dizendo se sentir muito arrependida, inclusive evita falar sobre o assunto. Tal sentimento evidencia a influência religiosa no modo de entender o seu sofrimento e a tentativa de suicídio, o que é reiterado em vários espaços, como demonstra o relato a seguir:

*(...) uma que é crente da Congregação Cristã do Brasil, ela chegou pra mim e falou bem assim, uma que é enfermeira do Hospital de Base: **“oh Madalena toma vergonha! Volta pra igreja, vai pra igreja. Você podia tomar vergonha, toma vergonha, não vai fazer mais isso não”** (...) aí eu vi alguns lá no hospital lá, **eu até esqueci de falar pra ela que era que eu tava com depressão, eu até esqueci de falar, eu nem lembrei (...)***

Apesar do seu incômodo com o modo como a enfermeira falou com ela, a tentativa de suicídio marca seu retorno à Igreja Congregação Cristã no Brasil, como pode ser percebido no seguinte relato<sup>30</sup>:

***tirou mais os pensamentos ruim, porque eu arrependi muito, isso foi muito ruim, de eu ter tomado essa queda, ter quebrado os dentes, levei quatro pontos dentro da boca, é três (..) e fraturei a coluna, teve que colocar parafuso. Vixe! Meu rosto ficou todo arranhado assim, a testa, o pescoço, juntou uma poça de sangue dentro do olho meu, em cima assim, parecia que era umas (...) bem escura assim nos olhos, assim acima dos olhos, assim umas manchas bem escura, que parecia que era uma maquiagem bem escura que eu tinha usado. Mas não foi não, ai eu falei com Deus assim: **“Meu Deus se eu tiver vida com saúde eu quero voltar para Congregação Cristã no Brasil de novo, se eu tiver vida com saúde”** Aí eu vi que eu não fiquei nem aleijada nem paralisada de tudo, aí eu estou indo para a Congregação Cristã do Brasil, que é a igreja que papai e mamãe é que vai. (...) Aí depois dessa queda, foi muito feia, grave, eu peguei, eu pensei que eu ia morrer, eu fiz um acerto com Deus de eu voltar pra congregação e em uma parte eu tô até firme .***

A sua compreensão sobre a experiência da tentativa de suicídio é permeada por ambigüidades, atribuindo sentidos religiosos relacionados a castigo e também ao uso da medicação.

*Que eu tomei a queda, eu pensava que ia morrer, eu pensei que eu ia morrer. Não foi porque, eu tava na Batista Nova Sião ainda e senti vontade de voltar pra Congregação Cristã do Brasil e **tem muita gente que, tem muita gente***

<sup>30</sup> A primeira entrevista foi realizada cerca de dois meses após a tentativa de suicídio.

*que, quando sai dessa igreja, Deus, não sei se é Deus né? Eu sei que não sei se é Deus que faz isso, vai leva um grande castigo acontece alguma coisa, sempre acontece com as pessoas que sai da igreja (..) acidente, eu conheci uma moça que ela foi saindo da igreja, ela quebrou duas pernas, teve que emendar, quebrou duas pernas. E outro morreu, ele levantou pra fazer política e não podia, e não podia mexer com negócio de política e falar coisa lá na frente, ele pegou e ficou do lado de um Prefeito e ficou falando muito (...) de coisa, aí ele tinha uma arma, a arma dele era registrada, ele pegou e queria atirar com essa arma na, contra aquele outro Prefeito. Aí, quando passou uns diaszinho, ele foi morto dentro de uma, dentro dos matos. Aí ficou todo ruído pelos urubu, porque ele foi mexer com negócio de política, e não podia.(...)Pois é, e se eu morresse também minha alma ia pra dentro dos inferno. Minha mãe fala que **quem faz suicídio vai pra dentro dos infernos, Deus não perdoa não**, por isso que **eu dei graças a Deus de eu ter ficado em vida, eu dou graças a Deus de eu ter ficado em vida** porque minha mãe falou e disse que meu pai fala, quase todo mundo fala que, quem faz suicídio, vai pra dentro do inferno, **não tem salvação não. Não tem salvação não. Eu arrependi muito e agradeço a Deus de eu ter ficado com vida, porque eu não morri, minha alma não foi pro inferno e Deus ainda mostrou que me ama, Deus mostrou que ama eu ainda, porque eu não quebrei nem uma perna nem um braço nem nada, foi mesmo Deus na minha vida.** (...) Você não acha que não foi, assim que foi Deus na minha vida, porque eu não morri, não aconteceu uma coisa mais grave ainda?*

Como dito anteriormente, no momento de crise, ela não recorreu ao CAPS para buscar ajuda. Entretanto após os primeiros cuidados hospitalares, ela retorna ao serviço, a que atribuí sentidos ambíguos.

*ainda depois desse acidente eu fiquei lá em casa, fiquei lá em casa um bocado de dias. Depois que eu vim pra aqui, **aí quando eu cheguei aqui, eu pensei que foi os remédios que não tava dando certo pra mim**, falei pra Margarida, disse que não que não foi os remédios não é meu (...) que deu isso em mim, 'mas não foi os remédios não' falou, **eu arrependi até hoje** (...) não sei como eu tive essa coragem de ter feito isso*

Quais são os sentidos possíveis para o seu retorno à Igreja Congregação Cristão no Brasil?

O retorno à religião, em momento de aflição, contribuiu para uma maior compreensão da experiência disruptiva de seu sofrimento. Contudo, seu discurso é revelador de várias ambigüidades.

Em determinados momentos, a religião aparece como propiciadora de bem-estar, o que motiva a sua adesão:

*É que lá tem hino, **lá tem o hino pra gente cantar** e também é a **gente gosta (..) sente bem junto daquelas pessoas** tocando os instrumento, o órgão também. Aí a gente fica alegre, mais satisfeito de tá lá pra ver cantando.*

Em relação aos dons do Pentecostalismo coloca que “meu dom é pouquinho”, demonstra fascínio pelo dom de línguas, embora sinta dificuldades para explicar e refere não ter esse dom:

*Ah! A Igreja fica bem fervorosa! Porque quando uns tá falando em línguas, outros tá dando glória a Deus, falando “aleluia!”, aí outros chora, depois que fala em línguas, chora. A Igreja fica bem revertida, que dá vontade também da gente dar glória a Deus, ficar dando glória a Deus, glória Deus, aleluia. A gente sente vontade é disso de dar glória Deus, aleluia! (...) Eu não sei como que é não esse aí, eu não sei não, é difícil esse aí, é só mesmo quando Deus revela na hora, tem gente que sabe tudo o quê, que aquela outra pessoa tá falando em línguas, uma fala em línguas, aí aquela outra, tem outros que tem o dom de interpretar aquela oração em língua, que fala, aí, tem gente que já tem o dom de interpretar aquilo, mas só que ninguém não sabe o que é os outros, não sabe o quê que ele tá falando não, só quem tem o dom que fala em línguas e quem também é, fala, sabe interpretar o quê que é, mas quem não tem o dom não sabe o que é que tá se falando não (...) Diz que é sentindo a presença de Deus (...) Eu acho importante, bem importante que eu, se for pra eu, mim falar, eu não consigo falar de jeito nenhum não, porque isso tem que ser muito por Deus mesmo, porque como que uma pessoa vai falar sem saber, sem Deus dar o dom pra falar? É difícil demais, é difícil demais pra falar.*

Sua reinserção no espaço religioso é percebida como uma melhora do sofrimento psíquico, o que favorece sua relação com seus familiares, principalmente com seus pais, explicitando a aceitação social. Passaporte para a normalidade?

*(...) também tem outra coisa. também ainda bem que meus filhos tá nessa igreja, só um que não, quando eu escrevi pra ele falando que eu voltei pra igreja, ele ficou bem contente, alegre, ele ficou bem contente, falou que ele tá muito contente porque eu voltei pra igreja e só um que na, o é que mora com a tia, com a irmã do pai.*

A religião também oferece um conjunto de valores como um modelo de vida, incitando padrões morais de comportamento:

*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 (...) Ah eu gosto muito, eu gosto, eu não acho ruim não, eu gosto. Eu prefiro ir pra igreja assim direto, do que ficar só dentro de casa, eu sou uma pessoa assim que me dá vontade eu sair, ainda mais se eu estiver aborrecida e tudo eu gosto é de sair, ir pra casa das minhas amigas e nos cultos eu não vou quando tô aborrecida não, eu vou calma, quando eu vou pra igreja eu vou calma*

Em diversos momentos ela denota a sua relação paradoxal com a religião. Além de questionar determinados princípios e regras pautados na moral, também

coloca em análise as relações entre os fiéis, denunciando a exclusão sofrida pelo descumprimento dos preceitos religiosos.

*O povo não dá muita ligança pra gente não. Eu mesmo, eu tô passando uma grande humilhação de ter voltado pra essa igreja de novo, tô passando por uma grande humilhação (...) Dos outros é fazer pouco da gente, passa por a gente, não dá nem a paz de Deus, porque antes, quando eu freqüentava todo mundo dava a paz de Deus a gente, agora eles não dá, só algumas irmãs que dá, mas não é todas não, quase todas não, às vezes elas falam, eles falam de um tanto de gente e já eu é difícil.*

Apesar das críticas feitas à religião, demonstra resignação:

*mas eu fiz um concerto com Deus de eu voltar pra ela, fazer o quê? É o jeito ficar nela. (...) que eu tô mais firme né? Eu tô mais firme. É bom Luana, eu acho que é o melhor jeito de ir pra igreja é (...) errada você não acha não, você não que se eu chegasse aqui e falasse "oh Luana eu tô fazendo isso e isso eu tô desesperada, que eu tô fazendo errado, era pior do que ir pra igreja? Eu acho.*

A procura pela Igreja não se dá na perspectiva de cura do sofrimento psíquico, não aparece o sentido de possessão, mas enquanto uma proposta moral para sua vida, através da fé em Deus e do arrependimento como modos de obter a salvação. Sua condição de *portadora* de sofrimento psíquico não é destacada no culto religioso e nem refere ter apresentado nenhuma crise neste espaço, apenas alteração de comportamento, que denomina como *crise de nervoso*:

*Ah eu já tive foi na Central, um dia eu fui mais Elinha pra casa da (...) e não levei o véu não, eu peguei o véu de Elinha e pus na minha cabeça, aí o irmão falou assim, quer ver: "É, é aqui tem gente aqui que" e foi assim um batom assim marronzinho claro aí o irmão foi e falou assim "É tem gente aqui que tá com um batom tacado na boca, tacado em boca e cobrindo com o véu de, de irmã e ela veio passada batom, não é pra ficar aqui dentro não, é pra ficar lá fora". Aí eu comecei a chorar, saí de dentro dessa igreja chorando, que eu tava com o batom na hora e ele tocou nesse assunto de batom, mas já tem muito tempo. Eu revoltei, eu saí, fiquei chorando, chorando, fiz o maior barulho na rua assim, chorando e falando que eu não ia mais pra essa igreja não, fiquei a tempão, depois no outro dia, eu tornei a ir lá (...) Eu acho que eles nem sabe que a pessoa tem, eu acho que se eles tiver de dizer alguma coisa, eles fala, mais eles não importa não que tenha alguma pessoa que tem o problema mental eles não importa não, aprega normal mesmo. (...) já falou assim quem tá enfermo que Deus vai tirar a enfermidade, quem acha que tá com depressão e ficar de cabeça baixa não pode não, tem que levantar a cabeça, eles falam assim, tem que levantar a cabeça. Porque diz que não pode ficar imaginando e triste não e esse dias, teve uns dias aí que eu fui bem triste pra igreja, tava bem triste, a palavra veio falando direto que tinha alguma pessoa lá que tava triste, eu só com a cabeça baixa e falava "não fica de cabeça baixa não" "ergue a sua cabeça, não fica triste não! Tem gente nessa noite que entrou muito triste aqui" e eu tava triste mesmo, eu tava triste mesmo aí a palavra vinha falando comigo. Só isso só, o resto eu não falo mais coisas não.*

O seu retorno à Igreja é constantemente legitimado por sua família, como pode ser percebido no seguinte relato, seis meses após o início da pesquisa e cerca de oito meses após a tentativa de suicídio:

*mamãe disse que achava bom era ir pra Igreja. Eu falei que eu não tava muito querendo ir não, eu não tava muito assim com vontade de ir não, mas minha mãe disse que era pra mim ir, papai também falou que eu fiz (...) com Deus e depois disso não ir pra igreja ele falou.*

Seu pai, contudo, apesar de ser religioso e fazer referência a Deus em vários momentos, não atribui apenas à religião a possibilidade de cura para o sofrimento de Madalena, fazendo sempre referência ao cuidado médico e à responsabilização individual.

*(...) Deus tem tirado meus pés pode dizer da cova, né? (...) **se Deus abençoa um dia que elas tivesse assim uma mente normal (...)** 'Madalena, é o seguinte, minha filha, a Igreja é nós mesmo que tem que buscar a Igreja. Não é que vai dá salvação pra nós não. Lá eles oferecem outra coisa pra nós, lá, como eles falam né é nós e a palavra que nos ensina busca de Deus, né?' (...) eu pelo menos digo a ela "olha Jesus Cristo só, Jesus Cristo é um só Deus, ele meu Deus é um só" (...) aqui na terra depois com as angústias, eu posso até apelar por outros nomes contrário, **mas que não tem esse né na hora de uma angústia de uma aflição é difícil à gente não lembra de falar certas coisas né** mais nego (...) de se arrepender no momento e de Deus né que aquilo foi um momento às vezes sei lá de (...) agora eu do meu lado eu digo o seguinte que eu (...) me fingindo de novo e a medicina ainda esta (...) difícil né, se Jesus não da pra (...) então (barulho), mas se nós não somos de Deus é muito difícil, mas depende é da fé não, **muitas coisas que é pra, pra médico e muitas coisas né tem gente fazendo (...)** na vida agora eu não sei de nada minha senhora eu não posso dizer nada né (...) **mas eu sempre fui em busca de Deus primeiramente e largo o resto (...)** mas eu sempre que peço a ela "ore por Deus" se um dia tudo tenha (...) determinado né **Deus não é pobre de dar a nós o que nós merece e a medicina de (...)** disse assim **você não pode ficar curando médico e nem ninguém né?** Se fosse assim os grandão lá na hora de se ver no aperto (rsrs) então, **mas nós busca de Deus primeiramente.** (...) eu sei que uma pessoa que acha uma situação assim mental, mas que pelo menos conversa e que justamente **toma a medicação**, mais aí tem outro, certo tipo de comportamento e mudar pra agressão é uma coisa e no caso dela é assim na mesma da hora que ela tá aí vai (...) na casa assim bate, coisa assim e tal e tal e na mesma da hora que ela sai de casa deixe isso aí ela (...) muito quando é assim oh o senhor não tem uma conhecida passando aí tipo (...) ficou se tremendo, mas assim essa luta continua desse jeito, fora os outros que tá lá, NE, mais com problema mental*

O CAPS, por outro lado, tanto na perspectiva de Madalena como de José, não aborda as questões religiosas, não inserindo as práticas religiosas no projeto terapêutico, o que fica explícito na fala dos dois, que ao longo das entrevistas foram logorreicos e nesta questão as respostas foram lacônicas.

*Não ninguém quase chega a me perguntar não porque eu (...) pergunto os outros perguntam (...) Hum? Não sobre assim, sobre igreja nunca eles. É a minha primeira vez aqui hoje no CAPS.*

A técnica de referência, por outro lado, coloca que a ela traz a religião para o contexto terapêutico.

*Então, Madalena tem uma família que também tem outras pessoas com problema mental e, por conta destas questões, dificultam bastante o relacionamento familiar. Então ela sempre relata que ela busca a igreja pra ver se ela consegue compreender melhor as pessoas na casa dela ou que a relação em casa fique mais tranqüila... numa época ela queria visitar os filhos que moram fora, não moram com ela, ela foi procurar dentro da igreja se eles poderiam ajudá-la financeiramente, emocionalmente pra que essa viagem pudesse acontecer.*

Sendo assim, a história de Madalena nos mostra a peregrinação na vida em busca de rotas que produzam sentido para sua vida, em várias dimensões. Contudo, seus encontros são caracterizados por relações de autoridade, de controle, de contenção e segue vivendo às margens, como uma prisioneira cronificada das normalizações, ao que tenta não sucumbir, resistindo à produção de subjetividade manicomial.

#### 5.4. – HISTÓRIA DE ISAURA

Isaura tem 50 anos, nasceu em Itapetinga/ BA. É separada, mãe de 4 filhos, sendo uma adotiva e é avó de 5 netos. Tem ensino médio completo e está afastada de suas atividades profissionais de técnica de enfermagem devido ao agravamento de seu sofrimento psíquico.

O início de seu sofrimento se deu após o término de um casamento de 24 anos, em que flagrou o ex-marido mantendo relações sexuais com outro homem em sua casa. Esta cena também foi presenciada pelos filhos mais novos, Daiana (16) e Gabriel (18) que moram com ela, são seus principais cuidadores e foram entrevistados nesta pesquisa.

A apresentação dos sintomas psicóticos - alucinações e delírios iniciaram há cerca de 8 anos no trabalho que desenvolvia como técnica de enfermagem em um Hospital Pediátrico, o que a fez procurar acompanhamento ambulatorial psiquiátrico e a religião batista. Após cerca de três anos procurou o CAPS, onde é acompanhada desde 2003, com o diagnóstico de *psicose não identificada*.

Sua trajetória religiosa iniciou na Igreja Católica, opção religiosa da maioria das pessoas de sua família. Há 8 anos, no momento em que começou o sofrimento psíquico, procurou a Igreja Batista Tradicional. Atualmente participa de outra, considerada renovada, a Monte Sião, a qual se refere como “Pentecostal”. Sua trajetória religiosa no pentecostalismo e terapêutica no CAPS se fundem.

*Eu participava da Batista, aí passei pra uma renovada que a Batista é tradicional, não fala muito assim né? Essa espiritualidade profunda não fala muito, mas a tradicional, fala muito a Pentecostal. Aí eu passei pra uma Pentecostal. Não é que, eu achei é diferença, muita diferença, que o mesmo **Deus que está em uma tá em outra, mas o trabalho envolve muito, envolve muito assim, nessa área né?** Tem mais assim uma ajuda e o trabalho nas escolas que acompanho o pessoal é, é a Batista tradicional, mas eu faço esse acompanhamento esse, esse mesmo é, mais espiritual é, com a igreja é Pentecostal, o nome da igreja é Igreja Monte Sião, Monte Sião*

A Igreja Batista teve sua origem como um grupo de dissidentes ingleses no século XVII, que foram para a Holanda em busca da liberdade religiosa em 1608,

liderados por John Smyth, que discordava da política e doutrina da Igreja Anglicana e, ao estudar a Bíblia, acreditou na necessidade do batismo por imersão.

A perseguição aos batistas e a outros dissidentes ingleses, fez com que muitos emigrassem. Em solo americano, os batistas cresceram principalmente no Sul, onde hoje sua principal denominação, a Convenção Batista do Sul, conta com quase 15 milhões de membros.

Em 1860, Thomas Jefferson Bowen, missionário enviado ao Brasil pela associação de Igrejas Batistas do Sul dos Estados Unidos, aportou na cidade do Rio de Janeiro. Bowen havia sido missionário na África e pregava para os escravos, já que conhecia a língua ioruba, porém foi impedido pelas autoridades de propagar a doutrina Batista no Brasil e ficou no país somente nove meses (WIKIPEDIA, 2008).

A Guerra Civil Americana (1859-1865), entre os estados do Norte e do Sul dos EUA, fez com que milhares de imigrantes sulistas americanos viessem para o Brasil, estabelecendo-se principalmente em Santa Janete D'Oeste, Piracicaba e Americana, no interior paulista.

Em 1882 foi organizada a Primeira Igreja Batista de Salvador, com objetivo de evangelizar os brasileiros. Em 1907 foi realizada a I Convenção Batista Brasileira. A Unidade foi rompida na década de 50, com surgimento de grupos batistas de aspectos pentecostais e de grupos conservadores.

Atualmente, a Convenção Batista Brasileira possui 800.000 fiéis, servidos por 5.890 Pastores, atuando em 5.554 Templos. E existem também várias outras convenções batistas no Brasil e o número das igrejas autônomas e independentes já é maior que as filiadas à CBB. Determinadas convenções agregam os pentecostais e outras, os neopentecostais. (site: [http://www.cursodepastor.com.br/xhtml/historia\\_igreja\\_batista.php](http://www.cursodepastor.com.br/xhtml/historia_igreja_batista.php))

A Convenção Batista Nacional nasceu em 1958 quando alguns batistas receberam o batismo pentecostal em Belo Horizonte. Grande parte destas igrejas denomina-se "Batistas Renovados". Atualmente, a CBN, segundo o IBGE, conta

com 1479 Igrejas organizadas, 1208 congregações ou missões, e 290.827 membros espalhados pelo Brasil.

No final da década de 1990 surgiram grupos batistas que praticam reuniões domésticas, chamados de "igreja em células", conhecida como G12 ou M12, com características neopentecostais. Os exemplos mais famosos são o Ministério Internacional da Restauração (MIR), liderado por Renê Terra Nova, com sede em Manaus, com mais de 80.000 membros e a Igreja Batista da Lagoinha, de Belo Horizonte, referindo ter mais de 40.000 membros, difundida principalmente através de sua banda "Diante do Trono".

Existe ainda a Igreja Batista do Sétimo Dia, cuja diferença em relação aos outros batistas está na guarda do sábado.

Os batistas pentecostais têm crescido muito, principalmente em países do terceiro mundo, visto que procuram apresentar uma proposta de terapia psicológica, práticas de cura e libertação espiritual.

A doutrina batista é baseada em:

- Crença no Batismo Adulto por imersão – que o batismo seja uma ordenança<sup>31</sup> para as pessoas adultas, que deve ser respeitada a menos que o indivíduo não tenha oportunidade de ser batizado.
- Separação entre Igreja e Estado - antes mesmo do Iluminismo, já havia a consciência da separação entre Igreja e Estado entre os batistas.
- Liberdade de Consciência do Indivíduo - o crente deve escolher por sua própria consciência a servir a Deus, e não por pressão estatal ou de Igreja Estabelecida.
- Autonomia das Igrejas locais - como os Batistas originaram do Congregacionalismo, enfatizam a autonomia total das comunidades locais, que podem agrupar-se em convenções. A exceção são os Batistas Reformados.

---

<sup>31</sup> Ordenança, para os batistas, é diferente de sacramento: deve ser obedecida, mas é apenas ato simbólico e não obrigatório para salvação.

#### 5.4.1. Sobre seu acompanhamento no CAPS

Isaura iniciou seu acompanhamento no CAPS em 2003, após ter sido encontrada “perdida” em uma praça pública em companhia de uma neta. Nesta situação evidenciava a intensificação do sofrimento psíquico, atormentada por delírios e alucinações, como veremos abaixo:

*Eu sentia muito, eu ficava muito **apavorada**. Começou no meu trabalho, **então alguém que me seguia, né? Alguém que, que não queria que eu trabalhasse com crianças. Às vezes eu até pedia pra mim sufocar a criança, ia, falava com as pessoas, elas não acreditavam.** Aí um dia, eu me assim segurava numa neta, que eu, pra ver se eu me acostumava com elas, numa neta minha que tinha nascido, mas **eu é maltratava às vezes meus filhos e aquela criança.** Saí com ela, com medo de que alguém é maltratasse ela, **porque aquela pessoa maltratasse ela, porque ela era tão pequeninha, era indefesa. Aí eu me apeguei muito a ela né? Mais as outras crianças, pra mim só existia aquela criança no mundo, os demais não existia.** Era tipo assim, como um inseto, um animal qualquer né? **Então a tendência daquela pessoa me pedia pra me sufocar aquelas crianças né. Já aconteceu até com a minha filha também, eu quis um dia sufocar a minha filha, porque eu resistia pra me sufocar, aí foi quando eu, eu saía, eu saía pela rua, pegava minha neta e saía pela rua, aí encontrei alguém que me trouxe até aqui ao CAPS.** Eu tava numa praça perdida a manhã toda, minha neta tava com fome, ela tava chorando muito. Aí assim mais ou menos umas duas horas da tarde eu encontrei com alguém né, que tava ali no orelhão telefonando, aí conversou comigo e essa pessoa era uma psicóloga, aí eu segui com ela, ela mandou eu vir até o CAPS com, com um bilhete. Aí eu cheguei até aqui, ela veio até próximo.*

Para seus filhos, Gabriel e Daiana, também evangélicos, seu tratamento no CAPS se deve ao sofrimento gerado por situações vividas no casamento e na relação com uma das filhas, que é profissional do sexo e usuária de drogas, mãe de 4 de seus netos.

*G- O negócio de meu pai, a situação de meu pai. A nossa irmã que também tinha saído de casa, tinha fugido, fugiu várias vezes.*

*D – Assim ela, ela assim, ela tem facilidade de esquecer as coisas, é se perdia assim na rua né, não fazia as coisas direito. Minha irmã também. Teve logo 4 filhos (...) Ela teve que cuidar das crianças, né? Acho que foi isso.*

Na fase inicial de seu acompanhamento, esboçava uma grande dificuldade em fazer vínculo, em descrever seu sofrimento, tendo negado o mesmo em diversos momentos, assim como negou ter feito acompanhamento ambulatorial. Apresentava dificuldades em participar regularmente das atividades propostas e uma grande resistência ao uso da medicação.

*Cheguei até o CAPS, aí daí começou o meu tratamento, descobriram que era **um problema de saúde** que eu tinha né? Esse tempo todo dormindo na rua e tudo com a, a minha neta, às vezes, e aí eu comecei o meu tratamento aqui né?*

Contudo, ao longo do primeiro ano, constituiu vínculos terapêuticos importantes com diversos técnicos, o que a faz colocar o CAPS como central em sua vida, contribuindo para a compreensão de seu sofrimento, entre outros. Seu projeto terapêutico tem sido diversificado ao longo dos anos, tentando contemplar suas necessidades. Participa de oficinas terapêuticas, grupo terapêutico e tem acompanhamento psiquiátrico e psicológico, tendo inclusive sido acompanhada pela pesquisadora durante 2 anos.

*É muito bom, **muito bom para a minha recuperação. Eu fui muito mal no início, mas o meu tratamento é muito bom né? Tive bom resultado com é Psiquiatra, Psicólogos e apesar de que né? Eu já disse que, que teve essa troca de Psiquiatra e Psicólogo né?**<sup>32</sup> Nós temos terapia né? Onde é, se desenvolve muito nossa mente né? Eu fiz terapia de boneca, participei de teatro, foi muito bom, foi um crescimento pra mim, **onde eu descobri que eu podia desenvolver mais e mais minha mente, ser alguém né?***

Em sua percepção, o CAPS oferece a possibilidade de inclusão social, um modo de enfrentamento do sofrimento e do preconceito:

***Que eu podia voltar para a sociedade um dia, apesar de que eu não estou ainda 100% assim segura de que eu posso voltar um dia, a sociedade pode me aceitar né (...)** esse preconceito né, que ainda existe preconceito, o pessoal não aceita bem a gente. **Mas por a gente, a gente teria que se fazer, refazer e passar por cima disso, passar por cima do preconceito, por cima do medo, sabendo que isso existe, mas a gente tem que passar por cima.** Então, eu estou assim me sentindo assim, agora mais segura né?*

Ao mesmo tempo, o CAPS para Isaura aparece como uma espécie de redoma de proteção e segurança, do qual teme ter alta, embora compreenda que esta é necessária:

*Eu **agradeço** né, à equipe aqui, aos trabalhos que a gente faz hoje em dia tem que **enfrentar o mundo lá fora** (...) eu ainda tenho medo assim de sair, né? **Porque parece que construímos um mundo aqui dentro, construiu um mundo aqui dentro.** Aí o dia quando eu não venho é, eu já imagino assim na minha alta, **eu temo a minha alta, hoje sair daqui e voltar tudo de novo e ainda ter que enfrentar isso que um dia. Eu tenho que sair do CAPS porque a minha recuperação está sendo eficiente né, mas eu ainda estou ainda com um pouco de medo de sair do CAPS.***

---

<sup>32</sup> Isaura teve muitas dificuldades em lidar com a saída destes técnicos.

Embora tenha apresentado dificuldades para falar de seu sofrimento, de suas experiências e até mesmo relatar seus delírios e alucinações, sua participação em algumas oficinas terapêuticas, como a de boneca, fantoche e a de teatro, foram cruciais para trazer à tona algumas experiências significativas, em que ela se projetava nas bonecas, nos fantoches e nos personagens, através de uma linguagem simbólica.

*(...) muitas vezes eu vou começar né, eu tive assim uma frustração com boneca, parei, mas tenho vontade de voltar a fazer bonecas, mas eu tive assim uma frustração (...) aquelas bonecas então, eu via alguém que me, que me maltratava né, eu vinha fazer uma boneca e por de trás daquela boneca me parecia que aquela pessoa tava ali, ou então ia usar aquela boneca pra me machucar. Aí (...) tinha isso, tava também, tava fazendo também os fantoches, mas os fantoches eu nem conseguia começar porque quando eu via aquele fantoche, então, aquela, aquele que ele ia crescendo e transformava em uma pessoa, eu tinha que agüentar aquilo pra não, não fazer alarme né e sabendo que aquele fantoche tava desenvolvendo, de repente podia se transformar em algo que podia me machucar (...). Isso não era verdade, que aquilo ali não ia me atingir em nada, mas não tive coragem de continuar fazendo os fantoches, eu parei com os fantoches e tentei continuar com o teatro. Com o teatro também eu fiquei assim um pouco frustrada porque alguém chorou. Eu não queria fazer ninguém chorar né? Eu queria ver todo mundo sorrir, mas teve um choro, tudo isso aí me reflete alguma coisa quando eu vejo choro, me reflete assim o maltrato uma coisa assim, então eu não queria que isso voltasse.*

Na oficina de teatro, Isaura contribui como autora e roteirista, onde sua história pessoal se confunde com as histórias narradas, o que produz enorme ganho terapêutico, como pode ser percebido em vários relatos.

*Aqui no CAPS, com a criação de uma peça muito bonita né? E aí surgiu esse trabalho do teatro, aí eu comecei né? Só, que, na primeira eu senti assim frustrada, mas enfrentei a segunda, agora também participei, foi muito bom né? Porque já tirei aquele preconceito, já melhorou mais pra mim e leituras isso. (...) O teatro também me ajudou né? Que eu tive assim um contato com o pessoal, eu via alguém lá fora que me via e leitura.*

Em outra peça, onde se abordaram as diferenças de tratamento manicomial e antimanicomial, demonstra clareza na compreensão das mudanças de modelo, embora não tenham tido experiência com internação hospitalar.

*Foi esse mês que nós fizemos a apresentação, mas eu não consigo lembrar o tema né. Eu sei que falava (...) fez antiguidade depois assim né (...) a psiquiatria, é Psiquiatria assim, tipo assim no, nos tempos passados como era tratado, como era feito o tratamento, né? (...) Isso não foi muito bom (...) essa agora eu gostei porque a Psiquiatria de hoje tá diferente, mais evoluída do que a de antigamente, né? Tinha que amarrar aquele pessoal, amarrar, separar, dar choque elétrico, né? É às vezes o, o problema não era nem o*

*pra ser tão rigoroso daquele jeito, né? Mas tinha que existir, era o meio do tratamento. O tratamento, esse choque elétrico ou então quando, havia muito sofrimento, né? Enquanto hoje tá evoluído. Então o tratamento tá sendo mais amoroso, o pessoal de antigamente parece que não tinha assim, não valorizava o, o a pessoa que, que tinha um problema mental, não valorizava e, depois disso aí, a gente viu a diferença né, que hoje a gente tem alguém que olha pra gente, que vê que nós somos humanos, somos gente né? Que podemos também né? Um tratamento assim. Vou fazer, vou curar rapidinho, não? Mas a gente vai cada vez mais assim buscando que a gente pode alguma coisa, a gente pode passar por cima daquela coisa e antigamente não. Eu creio que era muito assim desvalorizado o pessoal que tinha problema mental (...) que até os animais eram bem mais, bem tratados né (...)*

Em vários momentos aborda o sentimento de pertencimento social que o tratamento no CAPS oferece, dando-lhe sentido à vida e organizando a experiência disruptiva do sofrimento psíquico intenso, sentindo-se protagonista de seu cuidado.

*E hoje, graças a Deus, eu estou muito bem aqui, tomando a medicação certa. Vejo, acontece os reflexos ainda, eu ainda vejo, tem momentos que eu acho que aquela pessoa quer me prejudicar ainda, mas eu estou segurando, tô vendo que eu sou alguém que eu posso alguma coisa, né?*

Os filhos também apontam o tratamento no CAPS como favorável para a melhora de Isaura, como pode ser percebido no diálogo entre eles:

*G – É bom, gostei, melhorou muito, quer dizer não foi uma melhora assim totalmente né, por exemplo, o vulto.*

*D – Qualquer coisa ela já fica falando.*

*G – Ela era muito mais nervosa, ela agora ficou um pouco mais calminha (risos), melhor do que era antes, também quanto à depressão né? Que ela, de vez em quando, ela se perdia, agora ela não tá mais assim, tá mais, teve uma melhora muito significativa.*

*D – Não total, né?*

*G – Mas foi significativa bastante.*

#### 5.4.2. Sobre o envolvimento religioso

A procura pela religião evangélica ocorreu no momento em que as primeiras crises surgiram, onde pôde desenvolver atividades religiosas com adultos e crianças.

**É procurei a igreja, né? Tive muita ajuda espiritual, muita ajuda na igreja.** Uma equipe se prontificou a tá comigo em colégios, a eu ter contato assim com crianças, não contato direto, mas tinha alguém ali que observava né? Eu sentava ali, alguém que dava aula, eu ficava próxima né? Então me ajudou muito, né? (...) É que eu tava acompanhando o pessoal na escola, que tava acompanhando, que a supervisora era muito atenciosa comigo, né, ela deixava às vezes até eu contar historinha, ela deixava. Quando ela sentia algo diferente em mim, aí ela entrava assim sem que a escola percebesse, sem que os alunos percebessem né. Ela entrava e dava continuidade na, na historinha, mas antes ela me preparava, ela me avisava que, qualquer coisa pra mim não ficar né, não ficar nervosa, que qualquer coisa ela ia dá, ela falava assim: “é pra mim e pra você contar história, aí quando chegar sua vez, você conta na minha vez, depois eu conto”.(...) **aí fazia alguma coisa lá pra não me desagradar, aí ela dava continuidade nas na história e com isso aí foi muito bom**, que já tá com dois, é dois anos já, que ela me acompanha e ela me chamou esse ano de novo pra mim fazer o acompanhamento. Ela não me deixa sozinha né, **mas agora eu creio, vou pedir a ela pra mim: “oh eu posso ficar sozinha porque é criança”.** **Aí eu tenho que tirar isso da cabeça né, de lidar com criança, eu tenho que tirar isso de ficar com medo de ficar sozinha com a criança, com medo de maltratar, com medo de ter alguém pra dizer assim: “faz alguma coisa” né, que ali pode aparecer alguém e dizer pra me fazer alguma coisa e eu fazer. Aí eu tenho esse medo, eu não vou ficar sozinha com criança, porque vai aparecer qualquer hora e vai mandar que eu faça algo de mal com a criança, e aí eu sou obrigada a fazer, aí eu não quero sozinha, eu tou consciente que eu não vou ficar sozinha, eu tou com medo de enfrentar sozinha.**

Contudo, embora buscasse tratamento espiritual e tivesse bom relacionamento com essa professora, não falava sobre o seu sofrimento psíquico na Igreja.

*Bem, eu ia aos cultos, conversava muito com as pessoas, né? Participava, ficava atenta nos cultos. **Eu não divulgava a minha situação, meu problema ali, eu não divulgava.** Mas eu pegava muito pra mim né, quando tinha, quando o pastor ali falava, eu pegava muito pra mim e me incluía naquela leitura bíblica né, sabendo que Deus estava ali. Que abaixo de Deus a gente podia todas as coisas, quando tivesse medo, lembrar que Deus tava ali próximo da gente, que a gente não podia se frustrar com, com certas coisas porque Deus, se Deus nos fez assim tão perfeito né? Ele não ia deixar que alguém né? É a gente confiando nele ia deixar que alguém maltratasse a gente ou maltratasse alguém que estava a nossa volta. Então eu me segurei muito foi nisso né? Quando eu via aquela frustração, eu lembrava de Deus, eu pedia a proteção de Deus, **pedia que Deus me protegesse se o Mundo lá fora não me protegesse.***

Em seu discurso, fica claro que a sua conexão é direta com Deus, o que lhe dá força, segurança e sentimento de proteção.

**Então essa força maior me protegia, né, porque muitas vezes eu pedia socorro lá fora, corria, mas ninguém entendia. Aí eu voltava e me trancava no quarto, quando eu via que ninguém me, me atendia lá fora.** Como em uma época mesmo, eu atravesssei na frente de um carro e querendo socorro que ninguém me socorria, que aquela pessoa tava atrás de mim né? E aí eu vi que, que Deus fez a gente com tanta perfeição, tanta gente diferente, tudo tão diferente. Tanto quem criou foi Deus. **Então por aí eu me**

*segurei e vi não no homem, mas, mas vi que Deus podia me proteger, que Deus podia me livrar, né? (...) que só tem, o único pra nos proteger que é Deus, que quando eu via aquela coisa toda, então eu tinha que gritar por Deus e mais ninguém. (...) “Deus, Deus, Deus, Deus!” no meio da rua, aí que eu vi que ali, depois de um certo momento, aquilo ali fugiu, foi embora, quando eu olhei não via mais. Mas aí eu peguei a maior confiança em, além do tratamento, né? (...) Não vejo religião, eu só vejo assim o poder de Deus na minha vida, que hoje eu páro pra analisar como eu era antes né, eu não me cuidava aquele cabelo horroroso roupa tudo eu não me cuidava aí eu comecei né o tratamento e comecei indo a igreja assim firme mesmo, daí eu via né à criação começou desde lá do início né então aí eu comecei a, a ver que ali existe um poder também né, **não a religião nem a igreja mais que Deus tava ali presente na minha vida** e que Deus podia e pode fazer alguma coisa por mim, Deus pode mudar minha vida Deus pode me curar e aí eu vi assim a religião, não religião, **mas Deus só, só Deus exclusivamente, Deus na minha vida só isso.***

A crença em Deus e o envolvimento religioso aparecem de modo articulado às suas experiências no CAPS.

***Abaixo de Deus, vem o tratamento também né?** As medicações e todo tratamento que envolve, **não descartando essa possibilidade também da ajuda da medicação, da do trabalho aqui do CAPS.** (...) É a religião e o CAPS e o teatro me ajudou muito.*

Afastou-se da Igreja Batista Tradicional por problemas decorrentes do estigma em torno de seu sofrimento psíquico, que denomina como *depressão*. Segundo ela, como veremos, ao compartilhar com o pastor o seu sofrimento, este considerou que ela não tinha mais condições de continuar com as atividades religiosas com um grupo de mulheres e de crianças, o que fez com que se sentisse discriminada e desamparada, fazendo-a buscar outra religião.

*Foi quando né, **eu falei que tava com uma depressão**, eu tava ali com senhoras. Eu achei assim que foi uma **discriminação**, porque ele chegou lá em casa, **o pastor chegou lá em casa disse que eu tinha que passar as senhoras pra outra pessoa trabalhar né? Ele foi assim muito duro, tirou assim, muita, muito duro comigo.** Aí até que ele me perguntou pra mim indicar uma pessoa (...) Aí eu disse pra ele, que ele colocasse a mulher dele pra fazer o trabalho, né? **E eu gostava muito porque eu saía, eu ia em outra congregação, tinha senhoras assim mais idosas que ajudavam, né? Mas eu vi que foi assim uma discriminação.** Eu falei que tava, que tive uma depressão, aí ele me tirou do trabalho, se ele me botasse, se falasse assim “deixe alguém te ajudar” talvez eu ia ser mais aceito, **mas ele tirou assim de vez, mesmo no momento que eu mais assim precisava de atenção né?** Que estava mesmo assim precisando de ajuda. (...) **Criança eu aceitava, mas com adulto eu queria muito me envolver, tá no meio de adultos e agora nessa daí eles me aceitaram né, eu fui lá no meio deles e eles me aceitam bem.***

Seu filho reitera sua fala, apontando que a saída da Igreja foi provocada por mudanças engendradas pelo novo pastor que afastou Isaura das atividades religiosas com crianças.

*o novo pastor(risos) ele, ele começou a mudar muitas coisas na igreja, inclusive teve pessoas, o que fez eu sair mesmo, foi uma coisa que ele fez, que pra mim ficou horrível assim, né? Que foi é ter chamado minha mãe (...) pra ir pra igreja né? **Porque chegou é a mulher dele e ela queria o cargo de professora das crianças, ele chegou um dia à tarde em casa e pediu pra minha mãe ceder o cargo, aquilo me revoltou, ceder o cargo.** (...) É porque ele chegou na casa de minha e pediu pra ceder o cargo e na reunião da igreja quando minha mãe tinha dito que tirou, que ele foi lá em casa e disse pra ele e disse pra ela que era pra ceder o cargo, ele não afirmou que não tinha sido verdade.*

Há dois anos frequenta outra Igreja, a Pentecostal como denomina. Nesta igreja, ela refere se sentir acolhida, e aprecia a manifestação emocional através de orações e cantos.

*A Batista tradicional é uma coisa, eu creio assim, é **mais desenvolvida, né? É assim uma coisa mais silenciosa.** Não, não tira muito assim de dentro da gente, não expõem muito. (...) e a Pentecostal não. **A gente né, a gente pode orar alto, a gente pode chorar, a gente pode conversar, né? Falar assim, sentindo a presença de Deus assim.** Não é que a Batista tradicional não sinta, mas é mais envolvimento, a gente se sente assim mais aberta, mais liberdade é pra cantar, pra falar, pra chorar, pra desabafar né? **Um desabafo assim mais aberto.** A tradicional, não. A tradicional é mais assim pra gente, **a gente fica ali quieta no canto** e não, não se abre tanto assim, não expõem muito o sentimento da gente não e aí é **por isso que achei assim uma grande melhora que eu pude né falar tudo, conversar, sentar, conversar com alguém das vezes a (...) chorava muito né e aí foi melhorando a minha situação melhorou muito.***

Ao mesmo tempo em que refere melhora com a mudança de Igreja, demonstra estranhar a doutrina e o culto da Pentecostal, principalmente a glossolalia, que não faz sentido para ela.

*É nessa igreja agora é, né, cada um tem um dom, né, cada um se manifesta com seu dom ali naquele momento (...) Eles dizem, né, que tem o dom da profecia, o dom de língua né? Aqueles, aqueles levita, aquelas meninas que cantam né, aquele pessoal que canta e tem vários dons, interpretação de línguas, né. **É mais eu não sou, não tenho assim, eu preciso aprender, né, a confiar nuns dons de línguas, dom de profecia, ainda não tou ainda muito confiante não, não tou muito confiante.** Porque eu acho assim línguas mesmo né, dom de língua, eu, quando eu creio, quando Jesus veio ao Mundo, existia muitas, muitas pessoas que falavam diferente línguas, diferentes línguas estrangeiras, eu acho que é isso, eu não tenho profundidade nisso aí. Mas eu acho que é isso, então línguas diferentes que o pessoal que tava ali não entendia, se tinha um tradutor ali é porque sabia a língua, sabia falar a língua, né e **com aquela confusão de língua me torna uma confusão porque fala, fala e ninguém entende.** Então tem que ser uma coisa assim perfeita que dá pra todo mundo entender se é nossa língua,*

*nosso país, né, não fala, não tem uma língua diferente, o pessoal ali, né. Eu digo assim, tem gente cultas, mas tem a gente ali semi-analfabetos, né. Então eu creio que tinha que ter assim um, um, um pra dizer ali no momento tá falando a língua tem um outro ali perto pra traduzir, né. Então isso, isso aí eu, eu, **eu creio que causa confusão isso aí, eu descarto, eu não dou muito ouvido não, eu descarto essa possibilidade. Não é que eu não tenha fé, mais pra mim assim não tá me dizendo nada, eu digo assim não tá me dizendo nada porque se eu não estou entendendo né.***

Demonstra estranhamento também em relação ao dom da profecia:

*O dom de profecia né, (...) **eu não sei nem se eu duvido ou se eu não sei não isso me faz uma confusão terrível, aí não sei, né os levitas lá cantam muito, bem isso eu gosto porque eles cantam muito bem né, seja uma coisa que não me confunde, não me atrapalha nada. Cantar faz parte né e aí é muito bom cantar e as demais me traz confusão, mais é confusão, que eu não dou muita importância, não ligo pra aquilo não, eu deixo. Eu aproveito que sim o que eu quero pra minha vida, o que eu quero pra mim, pra mim melhorar o que eu quero pra o meu crescimento eu aproveito. Agora, o que não é, eu deixo de lado, eu faço de conta, que não estou vendo, eu tou assim agora.***

Sua adesão à religião ocorre como um modo de inserção social e contato com Deus. Refere não ter nenhum dom, embora demonstre fascínio pelos cantos da igreja e expresse o desejo de cantar, o que considera como algo difícil por causa de seu embotamento, fazendo-a acreditar que não tem nenhum dom.

*(...) não dou, acho que não tenho dom pra nada não, eu gostava muito era de cantar, mas eu não tou no canto não na igreja. É poderia, né, poderia ser, mas quando a gente acha assim oportunidade, é bom, quando não acha, até a minha voz eu sei, eu sei que mudou muito né, **ficou muito mudada, não tenho mais, me retrai muito depois disso, fugiu muito das coisas, eu desisti muita coisa, assim boa, que eu fazia, eu parei de fazer, nem em casa eu não canto mais.***

No entanto, no CAPS Isaura demonstra iniciativa, criatividade e desejo de expressão de seus afetos, a exemplo do teatro como fora citado anteriormente. Deste modo, ressalta-se a importância do projeto terapêutico articular suas experiências religiosas.

Seus filhos, também se afastaram da Igreja Batista, sendo que apenas Gabriel acompanhou Isaura, pois Daiana foi para outra igreja. Criticam as mudanças provocadas pelo novo pastor da Batista e a decisão de afastamento de Isaura das atividades religiosas.

*D- E qualquer coisa assim tá com roupa assim, mais assim e (...) ele já reclamava, (...) aí eu não gostei né (risos). **Aí todo mundo vai saindo da***

*igreja porque ele entrou né, aí ficou assim aqueles velhos (risos), ficou parecendo minha vó (...) aquelas roupas assim bem fúnebres sabe, (risos)?*

Pontuam ainda que, na nova igreja, sua mãe está menos ativa, ao mesmo tempo contradizendo e reiterando o entendimento de Isaura sobre a Pentecostal:

*G- Na verdade quando a gente era da Batista, ela era bastante atuante na igreja, fazia um bocadinho de coisas, principalmente com as crianças, que ela cuidava das crianças da igreja, mas agora, nessa nova igreja, ela não tá tão (...) Ela tá tentando se acostumar com a igreja ainda por isso, **mas a religião dela tá na frente**, porque, apesar dela não estar trabalhando na igreja, ela está ajudando com o pessoal dali da primeira igreja nas escolas. (...)*

*D – Ela tá um pouco desanimada, né? Porque não é, é um pouco diferente da outra.*

Isaura revela não compartilhar do entendimento da loucura como *possessão demoníaca*, motivo pelo qual denomina seu sofrimento psíquico como depressão, por ser mais aceito socialmente.

*A gente quando a gente vê ali também que **até Jesus teve uma depressão né?** Quando ele achou que Deus tinha desamparado ele e a gente também não está escapo de alguma depressão, **mas Deus curou e, e nós também temos que confiar na medicação né? Eles sabem que eu tenho depressão, que eu tive uma depressão, mas não falam, né?** A doutora me disse que eu tinha um, um coisa lá diferente, mas eu não falo porque as pessoas discriminam muito, **eu falo só na depressão, depressão todo mundo tem, né? Aí eu só falo que tive uma depressão, eu sei que é talvez até eu mesma tô me discriminando.** 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.** E aí né, mesmo que eu aceito tudo na minha casa, eu aceito que me orem, eu aceito tudo isso, mas eu não gosto de falar que eu tenho esse problema não, não sei se é uma discriminação minha mesmo, mas eu sei que o pessoal afasta de qualquer forma, pode ser ele o nível que for, né? Ele não estando assim no meio da gente, desse tratamento saber porque a gente passa, **eles discriminam, eles se afastam da gente.** Então é um pouco, **até a família da gente é descarta, sai. Imagine o pessoal que não tem nada a ver com a gente né?***

Gabriel e Daiana também discordam do significado que a religião atribui ao sofrimento psíquico de Isaura, e criticam a ênfase dada à demonologia e revelam não entender a glossolalia.

*D- Qualquer coisa pra ele é do diabo (risos)*

*G- (...)mas na nossa igreja Pentecostais de é tipo **depressão**, essas coisas, eles dizem que é **coisa do demônio, a pessoa fez algo errado e foi uma castigo enviado por Deus** (...) O choque mesmo por causa que, na nossa antiga igreja, não tinha isso aí (...) foi pra outra igreja que tem isso aí (em referência à glossolalia).*

O discernimento de Isaura sobre seu sofrimento psíquico e sobre modos de lidar com o mesmo é impressionante, colocando em análise os modos de entendimento e atendimento sobre a loucura, expressos como algo maligno e, portanto, alvo de preconceito e discriminação. Não demonstra se relacionar com os demais membros da igreja na perspectiva da irmandade.

*Aí eu não falo, não falo meu problema certo, tem muito tipo ali dentro, tem muita gente diferente. Aí eu não falo, eu não gosto de falar, me dói muito quando eu falo da minha situação. Eu era muito ativa, depois eu fiquei assim né? Mesmo sabendo que há muito tempo eu tinha esse problema, não foi divulgado. Quando foi mesmo divulgado, aí eu fiquei, fiquei assim muito, muito deprimida, muito sabe, **que eu tenho uma coisa é, pode ser que fique bem, mas possa ser que eu vou conviver com ele pra o resto da vida e aí me dói muito.** Eu não gosto de falar pra ninguém, **quando alguém me vê diferente**, que pergunta, **eu falo que tou triste**, que passa aquilo. Então quando eu já estou acostumada com o problema, que eu sei que vai acontecer né, aí **procuro me arretirar, ficar num lugar sozinha. Aí pra ninguém descobrir muitas vezes, até da igreja mesmo eu já sai pra ninguém descobrir.** É muito triste, eu não gosto nem de falar muito assim, **só aqui com vocês, porque vocês já conhecem.** Mas as pessoas eu não falo.*

Na medida em que confia nas pessoas da igreja, compartilha sua vida e seu sofrimento.

*Algumas sabem, não todas, não sabem né? **Falo que tomo uma medicação controlada, uma medicação pra depressão, mas nem todos sabem não, nem meu pastor também não sabe que eu faço tratamento**, que eu não, não falo pra eles, assim o pessoal pra que pouquinho gente que sabe, pouquíssimas. (...) Como lidam, não é? Onde eu digo que há uma discriminação, as pessoas se afastam, as pessoas não confiam na gente, elas se afastam, não confiam. (...) Eu me distancio muito das pessoas, **às vezes as pessoas querem aproximar, eu me distancio né, é eu tenho medo de naquela conversa de fazer amizade com eles e, de repente, eles descobrirem alguma coisa**, aí eu, eu me distancio muito (...) **minha aproximação maior é só aqui no CAPS**, tenho muito aí, fica muito difícil pra mim.*

Todavia, o receio de ser discriminada permanece, por causa do que ocorrera na outra igreja, como também pelo sentido demoníaco atribuído à loucura e pelo ritual de exorcismo.

*(...) **Na anteriormente eu, eu divulguei, mas nessa eu vi que houve assim uma discriminação**, aí não adiantou eu falar mais com ninguém. **Eu me calei, eu fiquei quieta, eu não falo porque aí eu sei que vai ser uma discriminação pior** porque lá é uma igreja tradicional, não é que é só envolvida assim, tipo assim, você tem seu problema vai ali, a base de oração e acabou. E na outra igreja não. **Na outra igreja é aquela coisa “você tá com o demônio, você tá com o demônio”**, essa coisa toda e aí eu não divulgo só pra não tá ouvindo isso que eu acho que piora se você disser*

**assim, “a você tá com o demônio” aquela coisa toda. “Vamos tirar esse demônio” essa coisa toda. Então aquilo vai pressionando mais ainda.**

Assim, na maioria das vezes, prefere se calar e participar do culto religioso como “qualquer outra pessoa”, procurando aparentar ser *normal*, enfrentando seus delírios sozinha e buscando no CAPS o suporte terapêutico.

Contudo, em algumas situações o sofrimento gerado pelo delírio persecutório é tão intenso, que ela solicita ajuda dos membros da Igreja. Nestes momentos refere não ter encontrado acolhida na igreja, o que, por um lado, aumenta a sua ambigüidade em relação à possibilidade de ajuda terapêutica. Contudo, seu discurso denota que ao mesmo tempo em que ela não se submete a um ritual de exorcismo, em que se nega o seu delírio, afirma a existência *dele*.

*Senti, eu já senti várias vezes. Eu já saí da igreja, já saí da igreja (...) que eu já chamei alguém pra me ajudar né? Mas eu não estou mais gritando quando tem muita gente, eu não tou mais gritando, eu falo com alguém, falo com alguém ali: “**tem alguém me perturbando agora**”, a pessoa diz “**não tem ninguém**”, que acha que não tem, que às vezes ou, ou **vê pra não fazer escândalo, né? Tem que ficar todo mundo quieto.** Mas eu creio que vê né, mais tipo assim: “**fique quietinha, não fala nada não, fica, deixa ele pra lá, pode deixar ele pra lá, fica quietinha, não fala nada**”. Creio que fica assim desse jeito né **você ficando quieto, ele aborrece e vai embora né.** Mas ele não entende, que eu estou ali correndo um grande risco, eu tou correndo né? E às vezes até a pessoa que tá perto de mim, pode estar correndo risco também, que essa pessoa pode me atingir, pode atingir quem tá perto, né? **E aí é onde não vem acreditar, manda que eu fique quieta que não vai acontecer nada, e não sabendo que pode ter um risco ali, pode acontecer o pior.** (...)*

A ênfase na possessão demoníaca a deixa com medo e, ao invés de recorrer ao pastor, solicita o apoio divino. Entretanto, no seguinte relato, expressa o desejo de que seu delírio seja abordado no contexto religioso, que ele seja expulso.

*Eu já vou logo pedindo a Deus pra que não apareça aquilo ali, né, pra não acontecer aquilo ali e eu fico assim 100% assim ligada Deus “**Deus não deixe que aconteça isso, não deixa né, que essa pessoa saia da minha vida né, que não tem, não tem lugar na minha vida né, eu sou forte, eu sou completa**”. Deus me fez completa, né. Então por que isso me perturba né? Por que essa pessoa me perturba o tempo todo, né? Falta assim, sei que é uma pessoa né, que não respeita o espaço que eu estou né. Que as pessoas confiam muito nelas, não confiam em mim né? Aí eu só tenho mais é que pedir a Deus, pra Deus me proteger. Já aconteceu muita coisa comigo por causa dele, dessa pessoa né? **E aí eu só tenho que pedir a Deus, porque eu não acho ajuda de ninguém, acho ajuda assim né, porque ele, ninguém faz nada com ele, ninguém prende, ninguém faz nada, né? E aí é ruim pra mim porque se pelo menos (...) fosse atrás né, dos que tava fazendo por onde ele anda, né, e o que queria de mim. Por que ninguém nem lá conversa com ele? Vai né, o que é que ele quer comigo,***

*era uma ajuda dessa maneira. Mas ninguém faz isso, ninguém faz isso, eu tenho que me virar sozinha né, não sei que quando eu encontro alguém assim, que alguém conversa comigo e às vezes ele foge, né, mas ninguém faz nada, só eu, só eu, só eu, aí é irritante isso, né.*

Como a compreensão de seu sofrimento perpassa pelo significado de doença, que requer tratamento, e seu vínculo é direto com Deus, teme as críticas e disputas que a igreja faz em relação a outros modos de tratamento.

***Eu estou consciente de que é um problema né, uma doença psiquiátrica. Então eu me envolvo ali com Deus e pronto, acabou. Eu não transmito, eu não gosto de transmitir justamente por isso, aí eles podem até impedir o tratamento né? Pode impedir o tratamento como eu já vi em outros, outros reportagens né, alguém que precisava de ser medicado aí dizia que só Deus cura. Não isso aí vi lá na, na cidade onde minha filha morava, que é o rapaz, tinha um problema psiquiátrico, aí o pastor disse que era só a cura, era só de Deus, tirou ele de toda medicação e aconteceu que o rapaz agravou a situação, né, agravou a situação, ficou muito ruim e aí eu não sei nem se veio à morte esse rapaz `a família. Eu só sei que a família processou. Aí eu fico com medo de divulgar, falar que tou né. Daqui a pouco vai, não deixa que eu tome a minha medicação e aquela coisa toda, aí eu tenho medo de falar, eu não falo.***

Questiona o culto da sua Igreja, centrado na crença na demonologia e no exorcismo, assim como demonstra não atribuir o alívio de seu sofrimento apenas às orações.

*É a base de oração eles fazem (...) de oração né? Ali pronto. Invoca ali que né, só Deus pode, só Deus cura. Quem tem problemas psiquiátricos não, não né? Isso aí coisa do demônio é coisa que deixou se envolver com o demônio. Mas eu não fui assim, aí pronto, tira tudo e a gente só fica ali só à base de oração. (...) Aí é a gente consciente disso aí, eu já fui pra igreja consciente que né que Deus cura mas também com a ajuda de Deus, o homem pode né, dá medicação certa e a gente pode ser curado. (...) Eu sei, eu sei que oração é válida, mas também no momento que né, que 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. A gente não pode entregar essa parte e dizer assim "é o demônio, é o demônio, é o demônio". Sim invocar a Deus né? Confiar em Deus, depois nas medicações, nos médicos, né? Que não pode se envolver, se entregar assim também não.*

Deste modo, não há incompatibilidade em ter fé na cura divina e fazer tratamento médico, tecendo críticas à crença de muitos fiéis de que a cura só provém de Deus, através da oração. Demonstra articular suas experiências, presentificando Deus no tratamento oferecido pelo CAPS.

*Eu não entro (conflito), eu não entro. Porque assim, eu sei dividir, sei separar muito bem isso aí né? (...) Então foi aí que eu fiz a separação de que se teve estudos pra medicina, se teve estudos pra muitas coisas que o homem faz né, tecnologia aí avançada, então, se não fosse por Deus,*

*não havia nada disso. (...) Aí é muita, tem muitos ignorantes, ignorante assim dessa parte de não aceitar, né? Até família mesmo, não crentes, que não aceita que o seu seja tratado na medicina, com medicina e leva logo pra igreja, então acontece que ali faz aquele tratamento, mais tá ali aliviado, daqui a pouco volta tudo de novo. Aí eu prefiro assim não falar, né, fazer meu tratamento e não desistir de Deus. Não desistir de ouvir a palavra que realmente ali em casa a gente lê a Bíblia, mas não tem aquele aprofundamento na palavra e lá eles fazem, eles explicam pra gente né explica tudo. (...)*

Seus filhos apresentam entendimentos semelhantes, não atribuindo sentido espiritual ao sofrimento psíquico, embora ressaltem a importância das experiências religiosas como um modo de inclusão social, como revela o discurso de Gabriel.

*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.*

Ao final da entrevista, referem que ela participou de alguns rituais na IURD, antes do tratamento no CAPS, o que ela nunca comentou ter participado, referindo sentir medo do espiritismo e do catolicismo. Reforçam a importância do tratamento no CAPS.

*G- (...) foi desde antes, faz um tempo antes né foi (...) na mesma época, foi 2002, alguma coisa assim (...), aí falaram pra mim (...) na, na Universal que é (...) vigília de cura e libertação que tava tentando buscar a igreja (...) retornando agora. Teve uma vez que ela tava sem dormir um cajadinho, uma coisa assim, lá pra ela que ela ia fazer as campanhas sabe.*

*D- É igual a uma igreja tem a campanha e aí dá a água (...) mas não é aquela coisa pra curar.*

*G- (...) aí tinha de vez em quando, orava assim o pastor, orava, passava óleo na cabeça (...) Tinha coisas assim que ela não tava achando muito certa na Universal foi se passando. (...) se você conseguir misturar é bom, você está orando tudo mas, mas importante que isso é o tratamento mesmo, o tratamento, enquanto lá na igreja Universal muitas vezes exigiam mesmo assim, que era só porque era naquilo, naquele objeto pessoal, alguma coisa assim pra se conseguir cura se tratar, a gente falou:” Não, isso eu não acho certo”.*

Os pais de Isaura, entretanto, divergem sobre o seu envolvimento religioso e terapêutico. Para garantir uma maior autonomia em suas escolhas, mostra um senso de jogo.

*A minha mãe é evangélica, meu pai não confia, né? Minha é evangélica, meus irmãos só tem um evangélico também que confia. Então esses aí deram assim uma força, né? (...) Meu pai, ele não é evangélico né, ele não*

*acredita, mas eu deixei esse lado, eu não olhei pra esse lado dele, né? Eu amo muito meu pai, é ele que vem me buscar toda semana, eu tô sempre junto a ele, mas o que ele me fala assim, eu não dou atenção não, né? Que ele, ele manda eu tomar a medicação, ele diz pra mim: “oh minha filha, toma a medicação, não precisa, não fica confiando em pastor, não fica confiando em pastor. Toma a medicação” E aí todos os dois lados pra mim tá certo. Uma, ele não é evangélico, ele manda se eu tomar minha medicação. A minha mãe e a minha irmã, que são evangélicos (pentecostais) que manda eu ir pra igreja (...) **Aí eu agradeço os dois. Eu obedeco meu pai, obedeco minha mãe, minha irmã e aí eu não fico, eu vejo que eu não fico prejudicada obedecendo os dois.** Que eu for obedecer só meu pai né, vai ser bom pra mim, que eu tou tomando a medicação do médico, se eu for obedecer a minha mãe e a minha irmã né, vai ser bom, porque eu estou indo pra igreja e se eu não obedecer meu pai, obedecer só minha irmã e minha mãe, eu não vou tomar a medicação e vai ser pior. **Aí eu resolvi o que: obedecer os dois. Manda pra igreja, eu vou. Manda eu tomar o remédio, eu tomo. Aí pronto. Quando eu não tomava o remédio, eu escondia e não tomava o remédio, então tava pior pra mim, né. Uma coisa só não tava resolvendo, aí juntou as duas e as duas ficaram boas pra mim, a medicação e a igreja ficaram boas pra mim, então hoje eu estou bem melhor com isso.***

Apesar da importância atribuída à religião, coloca que no CAPS suas experiências religiosas não são abordadas: “Ah não falo não, não falo, só falei uma vez pra, pra minha psicóloga, né?” Ao mesmo tempo em que fala que gostaria que isso fosse contemplado em seu projeto terapêutico, demonstra receio de se expor e ser alvo de preconceito e discriminação.

*É muito, é bom, pode ser bom. Agora meu medo é que né o CAPS divulgue e aí todo mundo ficar me olhando assim diferente, que lá dentro eu sei que eu sou uma pessoa normal, mas lá dentro eles não vão me ter como uma pessoa normal, até um direito que o CAPS (...) Só ela só, a supervisora, elas guardam segredos e aí eu tenho medo que divulguem na igreja que tenho problema e aí né ser assim, não sei... eu creio, que eles vão ter consciência, **pode até me ajudar**, mas vai ter alguém lá que vai ficar assim de lado, vai ficar, eu creio que vai, que pode acontecer alguém que vai assim me desvalorizar, tenho esse medo.*

Por outro lado, denota que o tema da religião é abordado entre os usuários do serviço, que também buscam a cura espiritual.

*É sempre a Pentecostal né? Sempre a igreja Pentecostal. Esse pessoal todo aqui que eu vejo eles é da igreja Pentecostal, a única que tava na Batista Tradicional foi, mas eu saí.*

A clareza com que Isaura descreve suas experiências religiosas, como enfrenta o seu sofrimento psíquico impressiona e revela um saber prático que, se por um lado aparece como subserviência ao CAPS, à família e à religião, por outro, mostra várias linhas de fuga, estratégias de resistência a modelos.

## 5.5 – HISTÓRIA DE ISABEL

Isabel tem 48 anos, é a oitava filha de uma prole de 12 filhos de Rosa e Paulo (falecido). Possui ensino médio completo e não tem profissão definida, atuando eventualmente como vendedora informal. É solteira e não tem filhos, reside com um irmão no município estudado, e sua mãe mora na zona rural.

As referências sobre Isabel, tanto da família como do CAPS, são a timidez, isolamento e embotamento, o que ela confirma:

*Eu não sou muito, eu converso, mas não sou muito de conversa não, sou um pouco tímida. É desde pequena que eu não sou muito, não sou muito conversadeira não, sou mais calada.*

Entretanto, ao ser convidada a participar da pesquisa, demonstrou grande interesse, falando mais do que o habitual e segurou o gravador na I etapa, o que me surpreendeu, assim como suas respostas foram muito *concretas*.

Tanto o irmão entrevistado como Isabel ressaltam que as mudanças significativas começaram na vida adulta após uma decepção amorosa, sendo que após o término da relação não tivera outro namorado e até hoje espera reatar com o antigo namorado. Segundo relatos da família descritos em seu prontuário e a entrevista do irmão, ela começou a apresentar mudança de comportamento, oscilação de humor e costumava andar pelas ruas da cidade, sem que os familiares soubessem de seu destino, o que ainda acontece nos momentos de crise.

*(...) Muitas vezes ela sabe e não fala quando sai, ou qualquer hora de manhã ou de tarde (...) ela não fala onde que está, quando a gente soube é alguém que falou com a gente “oh, Isabel foi em tal evento” (...) saiu, então ela já foi e já voltou, a gente não pode chegar para ela e proibir, (...) eu apenas, quando surge uma oportunidade, eu falo pra ela que é um perigo (...) do problema de violência, do problema de que sair e que (...) cidade, eu falo as coisas assim pra gente que mora aqui, aí eu falo claramente (...) “você vai a tal lugar, se quiser vai só àquele lá”, ela diz “ah tudo bem”, proibição não é comigo, a gente tem a capacidade de escolher as coisas.*

Começou seu acompanhamento no CAPS há quatro anos, tendo tido anteriormente acompanhamento psiquiátrico ambulatorial esporádico e descontínuo

durante cerca de 10 anos, sem histórico de internação hospitalar, conforme dados obtidos em seu prontuário.

Sua trajetória religiosa no Pentecostalismo iniciou aos 10 anos na Igreja do Evangelho Quadrangular, opção religiosa de sua família, tendo sido batizada aos 13 anos de idade. Esta Igreja tem um enfoque Cristo-cêntrico e é uma das igrejas pentecostais pioneiras do avivamento carismático do início do século XX, representante da segunda onda do Pentecostalismo. A Igreja do Evangelho Quadrangular foi fundada durante a grande campanha na cidade de Oakland, Califórnia (EUA) por Aimée Semple McPherson em primeiro de janeiro de 1922, que apresentou a mensagem bíblica do antigo testamento de Ezequiel 1: 1-28, relatando a passagem em que ele viu, em um ser vivo, quatro rostos: de homem, de leão, de boi e de águia. A essa mensagem McPherson chamou de *Quadrangular*. (WIKIPEDIA, 2008)

Encontra-se hoje em 107 países ao redor do mundo. Sua sede mundial é localizada em Los Angeles, Califórnia (EUA), mas ela funciona de forma autônoma em cada país.

Os símbolos da Igreja do Evangelho Quadrangular são o Escudo e a Bandeira. O Escudo simboliza os 4 evangelhos, representando o rosto de homem, de leão, de boi e de águia; ao centro, a bíblia aberta e o número 4 sobre ela. A Bandeira, inspirada no peitoral dos sacerdotes de Israel (Êxodo 28:4-28), tem quatro faixas: roxa, azul claro, azul escuro e vermelho.

A doutrina desta Igreja é pautada em 4 temas, que coloca Jesus Cristo como: - Salvador: enviado por Deus para salvar o mundo (Romanos 3:23); - Batizador: dando poder e unção do Espírito Santo (Atos 1:5 e 8); - Médico: tocando enfermos com o poder curador (Mateus 8:17) e como o Rei que voltará vindo como Rei dos reis (I Tessalonicenses 4: 16 a 18).

A religião para Isabel tem importância significativa e aparece como *agência terapêutica*, contribuindo para o processo de compreensão de seu sofrimento psíquico, como veremos a seguir. Demonstra boa compreensão sobre a simbologia e doutrina da Igreja.

*Importância que **Jesus é muito importante e veio nesse mundo pra salvar todo pecador, a pessoa que serve a Deus é diferente** da pessoa que não serve e vive no mundo nas drogas, no álcool, no vício, cachaça não tem, não tem. **A pessoa que tem Cristo, ela tem, ela tem felicidade na alma e a que serve não tem.***

Eventualmente refere participar dos cultos da IURD,

*De vez em quando eu vou na Universal, mas eu vou mais na Quadrangular (...) você deve freqüentar só uma igreja, mas tem gente que vai em uma e vai em outra, mas vou parar, não vou mais não na Universal não. (...) Eu já fui na Universal só umas, umas duas vezes, mas eu vou mais na Quadrangular mesmo, eu fui convidada pra ir na Universal, eu fui, mais lá, o culto lá é diferente da Quadrangular . Lá tem uns rituais mais diferente. Descarrego que na Quadrangular não tem, é mais diferente, cada igreja é diferente uma da outra o culto.*

Entretanto, fala que sua preferência é a Quadrangular, que oferece um culto menos movimentado do que na IURD.

*Porque lá os cultos são bons, não tem muito, muito, não tem bagunça, não tem não, tem muito ritual. (...) Lá bate palma e dança lá não, só se Miriam dançou na presença de Deus, lá não dança muito não. (...) Ah lá, lá não fala assim não a doutrina que tem igreja que não pode cortar o cabelo, pintar unha, usar brinco, usar colar, usar coisa, **mas eu não uso porque eu não gosto não**, eu não uso cortar o cabelo, meu cabelo era maior, eu cortei então. Mas o pastor não fala sobre cortar o cabelo essas coisas, mas na Bíblia fala pra não cortar o cabelo, mulher ter o cabelo grande (...) Ah eu acho certo, o cabelo grande combina mais pra mulher do que pra o homem, homem também tem o cabelo grande hoje em dia né? (...) Eu não tenho é, é (...) que cria mais não acho que combina muito não cabelo, curto é melhor pra o homem. **Meu cabelo, meu cabelo tava grande eu cortei.***

Seu irmão, Pedro, também evangélico, não aprova sua participação na IURD.

*Bom, como ela é uma pessoa maior de idade né? E a gente não pode, nem ela nem qualquer outro (...) ela vai se quiser, (...) a gente não vai falar "Você não vai pra igreja" . Ela vai se quiser, embora ela freqüentava e tudo assim, somente a Universal, mas, de uns certos anos pra cá, ela não vai só lá, então (...) ai muitas vezes quando a gente fala (...) ela já foi, já foi e já voltou, então ela já ouviu coisas (...) uma programação que evangélica ou não evangélica que (...) isso aqui (...) não é aquela mesma (...) a cantiga assim, isso aqui pelo que eu saiba, isso aqui não é uma coisa adequada pra gente participar, **porque pode trazer problema, porque quem está palestrando isso aqui, quem vai tá falando isso aí não é uma pessoa, assim...** não porque eu conheço, nunca mais eu fui (...) isso ai encerrou, ai ela sabe muitas vezes, muitas vezes não, muitas vezes ela sabe e não fala quando sai.*

### 5.5.1. Sobre o acompanhamento no CAPS

Isabel é acompanhada no CAPS há quatro anos, tendo sido encaminhada por uma irmã que é psicóloga e reside em outro município. Sobre o motivo de seu encaminhamento, relata que:

*Eu estava me sentindo **muito triste**, mas hoje em dia eu estou melhor, **estou me sentindo melhor, o CAPS me ajudou** (...)*

Seu projeto terapêutico é caracterizado por atividades em oficinas terapêuticas, grupo terapêutico e acompanhamento psiquiátrico:

*(...) eu participo da atividade de bordado, da Oficina de Teatro, a Oficina de Música, Roda de Música, Oficina de Saúde (...) Ah, participo de grupo (...) Faço (consulta) com a psiquiatra.*

Participa assiduamente das atividades propostas e tem bom relacionamento com todos. Seu modo introspectivo e calado ao mesmo tempo em que incomoda as pessoas, também a coloca como anônima, uma espécie de sombra no serviço.

Quanto à concepção de seu sofrimento psíquico, diagnosticado também como *psicose não identificada*, ao mesmo tempo em que nega ter algum “problema mental”, refere ter tristeza, depressão, o que a levou a procurar o CAPS. Atribui causas externas, malignas, representadas pela figura do diabo, evidenciando a influência da religião. Entretanto, fala em cura interior.

*Não, (...) **eu não tenho problema mental não**. Problema né, como é que fala? **Da mente desde nascença, tenho não** (...). Problema da alma, problema de tristeza (...) **O demônio coloca a tristeza na pessoa, as coisas, a doença na pessoa, quando ele vive até ao redor da pessoa, a pessoa tem que orar pra não cair em tentação.***

Pedro concebe o “problema mental” de modo similar, identificando causas psicológicas e espirituais.

*(...) aí eu tiro as minhas conclusões que (...) **problemas que não é só o lado psicológico, não só (...) do ser humano há problemas além disso aí, mas a gente também não pode misturar se é quase (...)** conversa com um **profissional da área pode resolver**, pode sim, mas tem muitas coisas que, como eu já vi casos, fatos, próprias pessoas que é dessa área e falava o seguinte: **“eu já conversei, eu já tentei, eu já estudei mais eu mesmo não consegui”**. E ela falou assim: **“Eu mesmo não consegui sair dessa”** e eu*

*sei que esse problema não estava só no lado psicológico, e sim no lado espiritual, e aí que corre muitas vezes o perigo você misturar as coisas (...) deve haver uma separação (...).*

Refere já ter se sentido discriminada por pessoas da comunidade

*Rejeitada (...) Lá na rua, as pessoas começava a falar assim: “Que tristeza é essa? A vida é bela”.*

### 5.5.2. Sobre o envolvimento religioso

Quando indagada se já havia feito tratamento em outro lugar, não cita o tratamento ambulatorial, mas o religioso, na Igreja do Evangelho Quadrangular, a qual frequenta de terça a domingo.

*Falo que eu tinha **depressão, tristeza**, mas eu tô melhor. **Busco nela é paz, saúde pra vida espiritual**. Ela funciona tem os grupos de mulheres, de jovens, crianças, adolescentes, de homens, participo dos grupos*

Segundo Isabel, nesta igreja há proposta de cura divina, de libertação através da crença em Jesus Cristo.

*Tem as campanhas com os pastores (...) Faz é pregar a palavra, ensina a Bíblia, ler a Bíblia (...) Eles falam que **Jesus salva, cura, liberta, batiza** com o Espírito Santo, ele voltará segundo o evangelho de Cristo. (...)*

O culto religioso é caracterizado por orações e cantos que a cada dia atendem um determinado público, mas sem ter dias específicos para a saúde como na IURD, a qual frequenta eventualmente.

O ritual religioso para cura do sofrimento é caracterizado por orações, pela evocação do Espírito Santo e pelo exorcismo, ao qual refere já ter participado algumas vezes, em momentos em que estava sentindo tristeza, inclusive desde que está sendo acompanhada pelo CAPS.

*Ah, se falar de **depressão, tem tristeza, e a tristeza não existe, Jesus salva, Jesus cura colocar a tristeza pra fora, a depressão (...)** 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!”. **É o espírito 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, a tristeza, aquela coisa ruim no*

*coração é **opressão** (...)Que tudo vai ficar bem. Isso só Jesus é que salva que cura.*

Esta experiência é ambígua em seu discurso: "Foi uma **experiência ruim** (durante o processo) **Me sentindo mal. Depois da oração, bem**".

Apesar da importância atribuída à Igreja, refere que nunca falou sobre suas experiências religiosas em busca de cura no CAPS, embora todos saibam que ela é "evangélica". "Eu não, **eu não falei não, não perguntou não**, eu não falei". Contudo, em outra entrevista disse ter falado com a assistente social, que, como veremos posteriormente, é a única técnica evangélica do CAPS. A fala da coordenadora é ilustrativa do modo como o CAPS lida com Isabel.

*a gente não cutuca porque Isabel é uma paciente que não dá trabalho, tem esse **detalhe** e essa questão da religião que nem nela e nem noutro usuário a gente nunca questionou.*

Na igreja também não faz referência ao seu tratamento no CAPS, embora entenda que não há nenhuma orientação da Igreja para não fazer tratamento em outro lugar, como já ouviu na IURD, onde os pastores fazem campanha para as pessoas deixarem outros tratamentos, inclusive o medicamentoso.

*é na Igreja Universal que eles falam assim pra, **remédio não cura não** (...) Sabe não, eu não falei não que eu trato aqui no CAPS, ninguém sabe não, na igreja ninguém sabe não, eu nunca conversei não (...) Não porque lá, eles nunca perguntou não, **eles nunca perguntaram**.*

Num primeiro momento justificou que gostava de separar o tratamento no CAPS do tratamento na religião, contudo, enfatiza que essas experiências não são articuladas porque ninguém pergunta e ela também não fala.

Sua família, por ser também religiosa, aprova seu envolvimento religioso, contudo também não propõe uma maior articulação entre as experiências religiosas com as experiências no CAPS.

"Eu não tenho muita voz não", embora tenha sido dito em referência ao fato de não ter dom de línguas, essa frase é um analisador da história de Isabel, pois evidencia o quanto não é escutada em casa, no CAPS e na Igreja, que revelam desconhecer seu itinerário e até mesmo o modo como pensa e sente a vida.

## 5.6 – HISTÓRIA DE MARCOS

Marcos tem 22 anos, é o caçula de uma prole de seis filhos, mora com os pais e com dois irmãos. Possui ensino fundamental incompleto e não tem nenhuma atividade profissional.

Este foi o único usuário que não acompanhei no CAPS, pois o início do seu acompanhamento foi em 2006, após minha saída. Tendo o diagnóstico de *esquizofrenia paranóide* e um histórico de dificuldade de constituição de vínculo devido a sua paranóia, as entrevistas com ele foram relativamente breves e caracterizadas pela referência repetitiva do medo de estar com o vírus do HIV, sendo que já realizou diversos exames que comprovam que não é portador do vírus.

Não foi possível a realização da entrevista com sua mãe, principal referência para Marcos, tendo sido realizada entrevista com sua namorada, Renata, de 18 anos, que também tem sido sua acompanhante no CAPS. Ela é sua namorada há quase dois anos, com quem tem uma relação afetiva e de irmandade, pois eles se chamam “irmãos na fé” e esta irmandade espiritual pode se tornar mais forte, comum entre os pentecostais, com quem as relações entre fiéis transformam-se num parentesco de sangue pelos freqüentes casamentos na mesma comunidade.

*A mãe dela é minha prima, aí **por isso que nós começamos a namorar** aí (...) só que pra beijar mesmo assim, eu não beijo não, eu sinto é, é (...) eu beijo ela, só que eu não beijo ela de língua não, beijo só (...) selinho, nunca beijei, ela fica querendo me beijar, eu tiro, eu não gosto de beijar não, tenho nojo. Tá na porta aí... imagine se ela descobrir .*

Sua mãe atualmente também é usuária do serviço, o que, segundo a coordenadora do CAPS, foi motivado por ela apresentar sintomas depressivos decorrentes das dificuldades em lidar com o sofrimento de Marcos e com outro filho, que é usuário de drogas. Assim, tem tido acompanhamento psiquiátrico, além do acompanhamento no grupo de família.

Marcos coloca que, desde criança, sua diferença era percebida como um “distúrbio”, o que provocava dificuldades de interação na escola, cujas lembranças são mais recorrentes do que eventos presentes.

*Foi na escola que Solange me falou que eu tinha um problema na cabeça, começou por isso. Selma é a diretora, falou: “**Esse menino tem distúrbio mental**” aí começou a me xingar também é, não sei o que, não sei o que, eu peguei, dei uma cadeirada nele, aí ele falou que ia me matar na hora da saída, depois na hora que eu saí, ele começou a furar minha cabeça. Ele era mais velho do que eu né? Regi, foi Regi, Regi que furou minha cabeça (...) o rapaz cortou minha cabeça na escola, com a faca eu lembro. Com a faca não, com o estilete. Ele furou minha cabeça todinha. Minha cabeça ficou podre, com pus. Ficou podre, saindo aquela.... saindo um bocado de coisa da, o couro ficou e eu abafei com um pano e ninguém lá em casa percebeu né, que eu amarrei e botei o chapéu assim e amarrei um pano. Aí ninguém percebeu, quando foi ver minha cabeça tava fedendo, mainha falou aí, falou “Vixe! Tu não contou pra ninguém?!” Aí que me levou pra o hospital. Aí fez o tratamento lá, sarou, aí que nasceu cabelo de novo. Tava cheia de corte de faca, tem até a marca (...)*

Seus medos, constantes em seu discurso, revelam sentimento de inadequação e produzem comportamentos auto e hetero - agressivos.

*Ah desde criança eu tenho medo. Eu não sabia andar, ficava olhando pra os outros, como é que os braços dos outros ia andando, mexendo também, mexia também o braço do jeito gingado de andar, que eu não acertava andar não, os passos ficavam meio, eu batia a cabeça na parede, batia a cabeça no chão, poçava, saía sangue (...) saía tanto sangue, chegava derramava sangue na cara, principalmente quando eu tava nervoso, eu, bate aquela vontade, eu mordo o meu corpo todinho. Tem muito tempo que eu apanhei uma faca pra minha irmã, aí ela correu e se trancou no quarto aí, eu não peguei ela, eu me furei todinho minha coxa, rasguei tudo aqui assim. Bati aqui na roupa assim do lado, bati a faca, mas depois começou doer, doer, doer aí eu parei de cortar, mas pra morrer mesmo, é que me deu raiva, porque eu não consegui pegar ele. Eu tenho medo de morrer, meu medo é de morrer.*

O medo de morrer provoca ambigüidade na relação com os pais, culpabilizando-os pelo seu sofrimento.

*agora eu não queria nascer não, existir não. Não queria existir. **Eu não estou falando pra morrer, eu não queria existir. Tenho raiva de painho mais mainha porque me fez existir assim, eu não queria nem nascer, eles pega e faz pra que né? (...)***

Segundo dados obtidos em seu prontuário, aos 16 anos começou a apresentar as primeiras mudanças significativas através da alteração de comportamento, evidenciado pelo medo intenso de doença em geral, somatizações como gastrite e ideação suicida, tendo iniciado o tratamento no ambulatório do Hospital Psiquiátrico neste período.

Para ele, o início de seus problemas foi a partir da sua primeira relação sexual, que tivera na adolescência.

*Eu tive uma relação com uma mulher aí eu (...) tava foi com medo de ter contraído doença, aí fiz sete exames, não deu nada aí (...) que eu sou doador de sangue, aí doei, veio e não deu nada (risos) (...) eu peguei uma mulher, aí fiquei com medo que ela, na vista dela, ela virou uma caveira assim, o olho dela furou assim todo assim, virou aí depois fiz sete exame, fiz cinco desses que eu tava querendo fazer e fiz mais dois de tudo completo, não deu nada, só que como ela tava assim que o olho dela entrou pra dentro assim, ficou todo transformado, virou caveira na hora. Aí tenho medo da vida, também tenho medo.*

A sua compreensão sobre o sofrimento psíquico passa pelo signo da *depressão*, assim como o é para a sua família. Contudo, ressalta que o seu sofrimento é decorrente da intensa dor existencial.

*minha irmã Soraia, ela também tem depressão sabe, ela que é doida ela, ela tem depressão e fica falando que eu que tenho. Eu não tenho depressão, eu tenho medo da vida. (...) eu queria ser ou então criança de novo. Eu não sei não. Eu não gosto muito não viu? É desde de pequeno, que eu tenho medo, mas eu queria ser criança que, conforme eu vou descobrindo as coisas, eu vou ficando com medo entendeu? Se eu descobrir que tem essa doença, eu fico com medo, um monte tem, tem doença. Eu fico com medo de falar que existe essa doença perigosa, eu tenho medo, agora **tem que fazer exame**.*

Sua vida religiosa iniciou na infância na Igreja Pentecostal Tabernáculo da Adoração<sup>33</sup>, junto com sua família.

*Desde criança que, mainha é crente também e fala em línguas estranhas, é bom assim.*

A glossolalia é considerada como um dom que alguns fiéis são escolhidos para manifestar e Marcos refere ter.

*Eu tenho. **Dom de línguas estranhas eu tenho**. Não é todo mundo que fala, aí eu falo e o pior que quando eu falo quem tá do meu lado assim, começa a cair também quando eu tô falando em línguas estranhas. Quem tá do meu lado começa a mexer todinho assim, sapatear, pular, rodar, rodar o cabelo chega a fazer assim (risos) **é bonito**, viu?*

A religião para Marcos, como veremos, é considerada como um modo de compreensão do seu sofrimento psíquico e recorre a ela como agência terapêutica.

---

<sup>33</sup> Não obtive referências sobre esta Igreja, que pelos relatos de Marcos, é representante da 3ª. Onda do Pentecostalismo, assim como a IURD/

### 5.6.1 Sobre seu acompanhamento no CAPS

Apesar do CAPS já ter sido implantado no município, iniciou o tratamento no ambulatório do hospital psiquiátrico, ao qual se refere de modo ambíguo.

*Não gosto nem de falar não no Juliano, foi no Juliano (...) Ah, lá é porque tem um doutor lá, (...) a pessoa ter, fica nervoso sim, que ele quer que a pessoa estude a pulso (...) me dá bronca já Dr. Hélio, agora os outros, tudo bom, só Dr. Hélio que é, é desafortado, né? Ele, ele faz um meio pra pessoa mais piorar do que melhorar. Agora Dr. <sup>a</sup> Socorro lá é boa, os outro médicos tudo é bom, eu só não gosto de Dr. Hélio, não gosto não (...)eu tenho medo de Dr. Hélio ele parece que o homem é ruim demais, o homem mais ruim do mundo.*

A busca por tratamento no CAPS foi movida pelo intenso sofrimento gerado pelo medo constante de estar doente e medo de morrer e não encontrar sentido no acompanhamento terapêutico psiquiátrico ambulatorial. Segundo os técnicos do serviço, seu percurso no CAPS é marcado pela dificuldade em constituir vínculo, pela grande desconfiança e medo de ter contraído HIV.

*É, eu tenho medo de tudo, tenho medo de encarar a vida, tenho medo de morrer. **Eu não queria nascer, mainha mais painho pegou e me fez assim.** Eu não queria nem existir, eu tenho medo de doença (...) Foi, **foi com medo de doença eu vim ao CAPS** (...) Eu, eu não conversava não, sabe? Eu ficava mais era quieto. **Mudo. não respondia nada no Juliano né? Depois que passei pra cá, que eu comecei a conversar, falar mais. No Juliano, lá eu não falava nada não, até quando o médico ia me atender, mainha fala que eu não, ficava quieto, com o corpo entrevado.***

Sua principal referência de acompanhante terapêutico é o primeiro estagiário de Psicologia que o acompanhou durante cerca de 6 meses, com quem teve vínculo de maior confiança, inclusive para fazer atividades fora do CAPS e com quem abordava a problemática da sexualidade, dos desejos homossexuais e da interdição da Igreja. Foi o estagiário quem me apresentou Marcos, o que favoreceu a realização da entrevista com o mesmo.

Na avaliação de Marcos, assim como de Renata, o CAPS tem contribuído para sua melhora, para sua autonomia e sociabilidade, embora esteja constantemente em sofrimento por causa dos delírios.

*Ajudou, ajudou bastante, 100% ajudou. Porque eu **tava total, total sem** (...) eu tava ruim, todo ruim, até em casa tava ruim, ruim, ruim. Aquela **eu não tava vivendo não, não, eu tava vegetando, a vida ruim. Aí quando eu vim***

**pra o CAPS, minha vida melhorou, melhorou 100%, que eu já tou andado só, eu só.** Tenho medo de pegar ônibus, de andar de ônibus, tenho medo do ônibus bater, acontecer alguma coisa com o ônibus, é só isso.

Contudo, o CAPS tem demonstrado dificuldades na elaboração do projeto terapêutico de Marcos, de definir um técnico de referência do próprio serviço, pois até recentemente era acompanhado por estagiários de Psicologia cuja permanência no serviço é de curta duração. O CAPS evidencia uma dificuldade também em acolher sua dor existencial, seus delírios e seu itinerário no Centro de Referência em DST/AIDS para a realização de exames, além da dificuldade em abordar suas experiências religiosas.

A experiência disruptiva do sofrimento psíquico de Marcos é permeada por delírios e alucinações

*É mais é voz de adulto fala “Vai, vai pula do viaduto **aí, só isso acaba todo seu sofrimento todinho na terra, vai moço, vai logo!**” Bem assim. Mais só que não pulo não, que eu tenho medo de morrer, mas a voz manda tipo ordenando. Tem coisa que, quando a voz manda fazer, eu faço, mas tem coisa que não. Medo de morrer eu tenho, meu medo é de morrer, **que eu não queria nascer, mais mainha mais painho me fez eu. Se eu soubesse que era assim, eu não tinha nascido não. Se eu soubesse que era pra morrer, eu não queria nascer não.***

A crise é um analisador importante dos modos de entendimento a cerca de seu sofrimento psíquico, também denominado como *depressão* e dos modos de atendimento, onde se entrelaçam os cuidados da família, do CAPS, do manicômio e da religião.

*Olha assim, tipo assim, eu tenho medo de morrer, **mas já tentei suicídio no viaduto**<sup>34</sup>. **Eu já tentei.** Só que, como eu tenho medo de morrer, fico pensando no depois, **depois da morte** o que que é. Senão eu já tinha morrido já, no viaduto já, que o meu ponto fraco é só aí. Só puxa prali quando, quando nervoso, sô... pulei do viaduto. Pra acabar de vez. Eu penso que o povo tava falando mal de mim, todo mundo assim. **Queixei na igreja.** Também o povo falando mal. Assim, parece que todo mundo tá me olhando todinho. (...) Não, já eles falando só que eu não entrei pra (...) não, só **“Sai demônio dele! Sai demônio dele! Demônio sai dele! Sai dele agora!”** **Aí saía ali depois** (...) falava assim “tire o meu”, que ficava vindo de novo a voz(...) muitas vozes (...) **perguntei pra a psiquiatra ela falou (...)** **tem que ser internado. Aí eu falei “tá bom” que eu tava com medo (...)** **achei bom mesmo** (...) não sem querer pular e a voz mandando aí com (...) fica que a pessoa quando vê já fez, já vem mesmo de fazer (...) “vai, vai, vai*

<sup>34</sup> Este viaduto, o único da cidade, é conhecido por freqüentes tentativas de suicídio o que tem impellido várias igrejas a desenvolverem trabalhos em suas imediações, o que segundo a população local, tem diminuído a incidência de tentativas de suicídio;

*pula, pula!” (...) Deus, Deus me segurou. Aí eu sentei na escada e fiquei, vi **todinho vendo cair, mais a sensação não deixava**, eu fiquei sentado na escada do viaduto.*

Sua história demonstra a fragilidade do CAPS e da rede de saúde, pois no momento da crise, sua mãe e sua namorada em decisão conjunta com a psiquiatra optam pela internação<sup>35</sup> em hospital psiquiátrico, de onde evadiu “Porque tava ruim lá, eu não tava comendo (...) tem nojo”

### 5.6.2 – Sobre seu envolvimento religioso

Enquanto no CAPS não é abordado o seu “diagnóstico”, a igreja apresenta um enquadramento para sua experiência disruptiva, pela abordagem da loucura como possessão demoníaca e o ritual do exorcismo como proposta terapêutica.

*(...)Falam que **eu tava dando atenção ao demônio** (...) Fico nervoso e coisa, **o mal é o diabo que fica me falando** (...) Eles oram, oram e expulsam ali, aí **melhora, depois volta de novo**. (...) eu pergunto a eles o que é que Deus tá falando pra mim pra eles falar pra me revelar o que é que eu estou passando, aí eles falam né, falam de (...) **que eu tenho um problema sério tal. “Mas Deus vem libertar. fica com o tempo que Deus te liberta”** é que disse que já foi gente (...) pra igreja assim com problema e já ficou bom, né? **só que a minha vai e volta...***

O culto religioso, caracterizado por louvores, glossolalia, rituais de exorcismo exerce fascínio sobre Marcos

*Não (referência a não sentir medo), quando começa que eu estou pulando ali não. Quando eu estou pulando, **eu fico alegre pulando, parece que sobe um negócio pra cabeça assim, que é Deus que entra né? Entra na vida da pessoa e a pessoa começa a fazer um negócio estranho, sapatear, pular, roda, cai, levanta, torna a pular de novo (risos) É bonito (...) é bom. Eu caio na igreja. quando o pastor fala aí oh fala assim “Oh o toque de Deus aí toca, toca, toca, toca, toca agora aí” tocou, tocou, tocou, aí, quando pensa que não, eu caio de costa na hora que Deus toca, acho que uma (...) forte o vento chega o (...) me leva aí joga a pessoa no chão, se a pessoa não tiver com Deus cai mesmo. Cai, caio, toda vez que eu vou lá, eu caio no chão, a maioria não. É toda vez não, sempre quando eu vou, eu caio.***

Contudo, a evocação constante do demônio intensifica seus medos.

<sup>35</sup> A internação ocorreu no intervalo entre a primeira entrevista, realizada em janeiro de 2007 e a segunda entrevista, em julho de 2007.

*dentro da igreja eu já tive crise assim de passar ligeiro sabe, mas não foi crise. Eu saí e fui pra casa e fiquei lá em casa ligeiro, o medo bateu na hora, o pastor começou a falar “**Sai demônio! Sai demônio! Pisa na cabeça dele!** (...)” (risos) **Eu fiquei com medo.** Aí eu fiquei com medo e falei “**Vixe! Tá cheio de demônio aqui!**” Eu corri e fui pra casa. É porque eu tenho medo também né? Existe coisa ruim, a voz que fala, eu acho que é Diabo, a voz que eles escutam, por isso que tem que orar muito, orar.*

Embora procure a religião enquanto agência terapêutica, refere não confiar nos membros da igreja para falar sobre o seu sofrimento, porque se sente discriminado por eles.

*É uns sabem, outros fuxicam lá, que eu vejo fuxicando, mas eu não, eu vou na igreja pra buscar Deus, né? Agora eu tenho medo de ficar me, me falando de mim, que esse povo fala mal, viu. (...) **Falo não, eu sou diferente** (...) eu, nos outros lugares, quando eu chego na igreja mesmo, é pequena, né? Todo mundo me vê e fica um monte em volta (...) senta atrás pra me ver. (...) É porque eu me sinto doente sabe, doente sabe, doente, aí começam a falar “Ele tá **doentinho**” (...).*

Este sentimento de discriminação é reforçado pela relação com uma irmã.

*Sabe, sabe que eu arrumei uma namorada lá, aí minha irmã foi e contou pra ela falou, “**oh, não namore com ele não, que ele tem problema, que ele tá bom assim, mais depois piora**”.*

Entretanto, a figura do pastor em sua vida aparece de modo significativo, como principal mediador entre Marcos e Deus.

*O pastor revela que Deus me deu livramento de morte. Quero morrer enforcado com o travesseiro e **que Deus tá me dando o livramento de morte direto**, que é onde que eu ando na rua, Deus tá dando o livramento. Aí eu fico com medo de acontecer. Aí que ele fala “Tem o rapaz aqui que o Espírito Santo de Deus me revela que tá passando por isso e isso”.*

A magia pentecostal, também expressa pelo dom da revelação, ao mesmo tempo em que possibilita um reordenamento da experiência de aflição, também o deixa em dúvida, pois parece reforçar seu sentimento de ser sempre vigiado e perseguido, deixando-o com medo.

*(...) mas disse que eu ia morrer, né? **Já tava marcado, programado a minha, pra eu morrer, mas Deus tinha dado o livramento naquela hora.** Os cara ia me matar, não sei o que. Aí Deus deu o livramento naquela hora que não me matou, o pastor falando disso (...) revelou, ele aí revelou pra mim que... meia -noite, de noite que eu, que eu, que eu tava orando, aí ele me confirmou: “não foi Marcos, tu tava orando meia-noite, Deus te deu o livramento aqui?” Aí eu falei, eu não me lembro não, que eu orei não essa noite, que eu tenho o costume de orar né, toda noite, mas naquela noite eu não tinha orado não. Ele falou que eu tinha orado, aí eu não orei, ele pensou*

*que eu tinha orado. Ai meu Deus (risos) (..) Oi não... eu fico pensando, eu tenho medo de tudo, por que que só eu tenho, ninguém tem medo de nada?*

Seu envolvimento religioso é considerado de modo positivo pela família, como aparece em seu discurso e no de sua namorada.

*Falam que é bom. Porque na hora que eu vou, que eu chego, eu chego cantando, falo em línguas estranhas, eu falo. Eu já **aprendi a falar, sabe? Em línguas estranhas.***

*Faz bem pra ele. Ele se sente bem quando vai à Igreja.*

Apesar dos sentidos atribuídos ao seu sofrimento e da proposta de cura, percebe que a melhora é temporária.

*Fico bom aqui igual eu tô, mais depois, eu sei que vai voltar depois. que eu sei que é assim: um tempo bom, parece que é o tempo 3 meses bom, 3 meses ruim. Parece que parece que tem a data certinha pra eu ficar ruim. Tem já prazo. Parece que é porque é uma **tentação danada quando a voz vem e que entra na cabeça, não quer sair mais.** Depois que entra não quer sair, não quer sair.*

Esta percepção também se estende ao tratamento no CAPS, em que é ressaltado a importância da medicação.

*Agora **eu tô bom, tô tomando remédio. De vez em quando dá aquele negócio do medo,** quando eu tô com medo, eu fico com medo de morrer.*

O CAPS, como já fora dito, demonstra dificuldades em lidar com o sofrimento de Marcos e não articula suas experiências religiosas na igreja pentecostal com o projeto terapêutico. Ao ser questionado sobre o modo do serviço lidar com seu envolvimento religioso, refere “Eu não sei não, eu acho que não sabe não”, o que contradiz o discurso dos técnicos que referem que ele fala com muita frequência, (mas não é escutado!).

A experiência da loucura para Marcos aparece muitas vezes de modo fragmentado. Contudo, revela vários encontros: com o delírio, com o pastor, com Deus e com o CAPS.

## 5.7 – DO PONTO DE VISTA DOS TÉCNICOS

Os dados que serão apresentados foram produzidos principalmente no grupo focal realizado com os técnicos, na entrevista realizada com a coordenadora e de dados registrados em caderno de campo após os diversos encontros com os técnicos. As falas apresentadas não são identificadas, uma vez que a proposta é colocar em análise as idéias que permearam as discussões, conversas e observações.

A fim de garantir a participação de todos, a realização do grupo focal ocorreu no dia da reunião semanal da equipe, tendo sido marcada previamente com a coordenadora do serviço. Participaram do grupo focal 9 técnicos: 1 oficinheiro, com formação em História, responsável pela oficina terapêutica de pintura; 1 enfermeira; 1 farmacêutica com especialização em homeopatia; 1 terapeuta ocupacional e coordenadora do serviço; 1 assistente social; 2 psicólogas; 2 pedagogas. Alguns técnicos estiveram ausentes, devido a outros compromissos, entre eles os dois médicos do serviço, o homeopata e a psiquiatra, porque a participação dos mesmos nas reuniões não ocorre com regularidade.

Apresentarei a caracterização da equipe considerando os dados dos técnicos que estiveram presentes no grupo focal.

O grupo foi composto por 8 mulheres e 1 homem, de idades entre 29 e 55 anos. Destes, 5 são casados, 3 solteiros e 1 divorciado. Este grupo foi ainda composto por diferentes categorias profissionais, pois haviam 2 psicólogos, 2 pedagogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 enfermeiro, 1 farmacêutico e 1 oficinheiro, que é historiador. É interessante apontar que todos os profissionais participantes possuem (ou estão em processo) especialização em Saúde Mental. E ainda ressaltar que muitos possuem outras especializações, como em: Saúde Pública, Terapia Comunitária, Psicossomática, Psicoterapia Breve, Programa de Saúde da Família e Homeopatia, sendo o CAPS o único serviço da rede pública de saúde que contém esta especialidade.

Quanto à crença na religião, se posicionaram de diferentes formas, pois no grupo há 2 pessoas que crêem na religião espírita, 1 pessoa evangélica, mas que está afastada da igreja, 1 católica praticante, 3 pessoas católicas não praticantes e 2 pessoas declaram que, apesar de virem de família de base católica, não possuem religião.

Outras questões investigadas foram sobre o vínculo profissional e o tempo de serviço destes técnicos, os quais 3 são concursados, e os demais foram contratados após seleção pública, com exceção do oficinairo que foi convidado a trabalhar no CAPS, pelo trabalho que realizava no CAPS AD e é cooperativado. Deste grupo, 4 técnicos participaram do processo de implantação do CAPS, atuando há 5 anos e meio no serviço, sendo que 2 técnicas começaram como voluntárias, pois o processo seletivo ocorreu 4 meses após a inauguração do serviço e a maioria dos técnicos atua no serviço há mais de 3 anos.

Os dados apresentados problematizam o Projeto Terapêutico, as dificuldades referidas para acompanhamento e modos de entendimento e de lidar com as experiências religiosas dos usuários nas igrejas pentecostais.

### **5.7.1. Sobre o Projeto Terapêutico**

A discussão sobre o projeto terapêutico foi um momento muito rico, porque a equipe compreendeu que rever o projeto terapêutico do usuário implica em rever o projeto terapêutico do CAPS, o que coloca em análise os modos de operar da instituição. No processo grupal, as pessoas foram percebendo os discursos instituídos e as práticas institucionalizadas, que ao mesmo tempo em que evidenciaram o reconhecimento de que o projeto terapêutico é dinâmico e deve ser construído em parceria com o usuário, na perspectiva de produção de autonomia e de co-gestão do cuidado, considerando o contexto do usuário, também pontuaram as armadilhas que se deparam ao funcionar pela “*lógica do encaixe*”. Tal lógica é analisadora de um modo de saber - fazer - poder que engendra um cuidado

centrado no técnico - o *Especialista*, na organização do serviço centrada na capacidade de oferta de ações *intramuros* prescritas em uma *grade* de atividades, na qual o técnico- especialista *encaixa* o usuário.

**(...) A dificuldade de alguns serviços não observarem a questão do projeto terapêutico e sobrepor muito o desejo do técnico né, então no momento de se fazer projeto terapêutico não dá conta e não dá atenção às necessidades do usuário e sim a escuta não é dada com o devido valor; a escuta do usuário na montagem desse projeto e sim ao desejo que o técnico tem e isso, eu acho isso muito complicado.**

eu fiquei imaginando algumas cenas que já aconteceram inclusive comigo, de falar assim: **"Mas e o que você gosta de fazer?" E ele aí não falar nada, e você achar também que ele não quer nada e deixar por isso mesmo.** Então, eu volto um pouquinho nisso, sim, **mas você tem uma obrigação de explicar pra ele porque é importante a atividade**, porque que é importante o atendimento, porque que é importante estar no CAPS, então eu acho que é **uma tarefa de informação, de educação**, porque o pensamento em relação a saúde mental é de que é o medicamento né, a pouco eu encontrava com uma pessoa que falava assim, **90% do financiamento dessa unidade é medicamento. Então o pensamento do coletivo é esse, que é o medicamento que vai fazer com que a saúde mental deles fique boa, que ele volte a trabalhar, volte a isso, volte aquilo.** Então eu acho que o técnico é a demanda que o paciente apresenta, **mas ele tem um trabalho, ele tem o dever de tá colocando pra aquela pessoa porque que é importante, mesmo que esse for só pela questão de frequentar ou por fazer, também não tem o resultado que a gente desejaria.**

**(...)a gente quer saber um pouco do que, que ele faz no dia a dia né, se ele tem essa disponibilidade para tá no serviço, é porque o serviço requer um tempo para ele, não é só uma visita mensal, mas uma disponibilidade de um tempo maior. (...) a gente ainda tem essa grande preocupação, em que fazer? Qual é o encaminhamento? Como hoje mesmo a colega tava fazendo um acolhimento e veio perguntar pra gente assim: quais atividades teriam vagas? Será que essa preocupação de saber quais atividades né teriam vaga não é um grande problema pra gente enquanto está fazendo este acolhimento e traçando este projeto terapêutico? Porque é assim, acaba que a gente encaminha para aquela atividade que tem vaga, então esse ainda é um dos nossos problemas.**

**Claro que a nossa função é de direcionar, de supervisionar esse tratamento, acompanhando e tal, mas quem vai mostrar qual caminho deve ser seguido é esse usuário. Na prática as coisas não acontecem tão dessa forma por conta de limitações, por conta do espaço físico, limitações financeiras, a gente não tem condições de oferecer diversas atividades porque isso implica um custo.**

**(...) até porque a gente percebe que quando não é assim a aderência é muito baixa no serviço. Não adianta a gente tentar impor uma forma de funcionamento porque o paciente não vai simplesmente se render a nossa vontade, a gente percebe um grande número de desistência mesmo, talvez esse seja um fator que esteja interferindo nosso aí. A gente tem que pensar mais neles, para que eles se mantenham realmente no tratamento.**

A maioria dos presentes participa de um curso de especialização em saúde mental e durante o grupo focal evidenciou em diversos momentos a contribuição deste curso para a mudança do serviço, que se constitui como um *divisor de águas* que caracteriza o processo de trabalho em *antes* e *depois* do curso.

*Hoje em dia, **depois de ter estudado e revisto algumas condutas**, inclusive a gente, eu adotava aqui no serviço, eu acho o ponto principal que eu tenho observado assim no projeto terapêutico **é a demanda que o paciente apresenta**, é o que ele vai, e o que ele acha importante para o tratamento dele.*

*Bom! Eu acho que **o curso de saúde mental tem trazido assim uma contribuição muito rica para o repensar da nossa prática**. É eu iria dizer assim, **antes, mas na verdade é que a gente ainda tá no processo de mudança, mas a visão que a gente tinha antes** (...) de que o projeto terapêutico na verdade tinha que seguir mais ou menos o que o um serviço oferecia, as atividades que o serviço oferecia, sem olhar muito, assim, a demanda que surge do próprio usuário. Então eu acho que a gente tá começando a discutir e ver né, **chamar o usuário pra cena (risos)**. Então aqui é um momento muito assim de transformação né, que a gente tá vivendo, que é tá colocando o usuário pra ver o que é que melhor pra ele.*

*Bem é que eu acho que eu não participo fazendo o projeto terapêutico, eu participo mais, no caso de, como profissional, como técnico do serviço, **agora pelo curso de saúde mental a gente tem aprendido bastante**, uma coisa que a gente pode perceber é... Margarida falou muito bem sobre isso é que a gente deve ver o que é que o paciente primeiro quer, o que? Não impor muito a nossa vontade, que às vezes ele quer uma coisa e a gente quer outra. A gente acha que aquilo que a gente quer é um bem pra ele, e no entanto ele pode se sentir de uma forma melhor naquilo que ele acha, como tem alguns pacientes que preferem uma oficina a outra, é um desejo dele. (...) **Então eu acho que aí é uma demanda dele, ir no serviço, ele tem algum motivo pra tá presente lá**, então o projeto terapêutico, penso eu, pelo que eu já aprendi **que a melhora pra ele vai ser o que, que o paciente busca e a gente tentar interagir com ele.***

Durante a discussão coletiva, pontuou-se a necessidade de que o projeto terapêutico contemple a realidade do usuário e sua rede social, atuando no território, na qual a religião se inscreve.

*(...) são fatores relevantes no projeto terapêutico de cada paciente é **a questão do seu entorno, da região onde ele vive, onde ele mora, onde ele tá, da família** (...).*

***Questão de sair do serviço, de dentro aí e mais pra fora, tem que ver também a questão do território, (...) a religião influencia no seu tratamento, no seu melhoramento.** As associações de bairro que ele participa, que venha a participar, os clubes que ele participa (...)*

*Eu acho que **a reinserção social é plano deficiente, tem que entrar nesse projeto terapêutico também né**, e pensar... Quando a gente for fazer esse projeto, quando for feito este projeto terapêutico juntamente com o usuário, acho que a gente tem que **tentar também traçar um projeto que a gente***

**traga esse usuário pra vida, que é possível pra ele hoje né, não pra vida que a gente queira pra eles, nem pra vida que ele tinha antes desse tratamento.**

**É sabido que a gente tem que levar em conta as questões e a demanda que o usuário traz, mas muitas vezes a gente não pode estar sentindo isso por algumas dificuldades, que possa ser no serviço, no sentido de estrutura física, claro que isso não inviabiliza a gente traçar um projeto terapêutico que atenda o objetivo deles mas por conta do serviço, estrutura física, a falta de materiais para as oficinas as quais a gente propõe muitas vezes aquela que a gente propõe, que ele gostaria mais tem dificuldade de estar participando por conta das limitações que ele sabe que tem, temos que levar em conta a demanda do usuário, a rotina dele, porque às vezes a gente faz um projeto terapêutico, “olha você está em quadro grave, deverá vir ao serviço 3 a 4 vezes durante a semana”. A gente sabe que ele tem uma rotina de vida, outras coisas que ele tem que fazer também, não deixar a casa dele, o trabalho pra tá apenas no serviço e muitas vezes, talvez não aconteça com todos os técnicos mas num momento anterior no acolhimento eu fazia muito isso, achar que de repente eles iam deixar a rotina um pouco de lado e instituir apenas um tratamento mais intensivo e isso ajudaria ele, mas a gente não pode deixar de levar em conta que a rotina diária, do cotidiano ele também precisa levar.**

Na medida em que aparecia a necessidade de atuação no território, percebiam as diversas dificuldades para tal, centradas na falta de condições materiais. Contudo, os seguintes relatos apontam outras questões:

*Eu queria falar de novo, só um pouquinho (risos) não, é porque eu me lembrei de uma questão que... quando.. com a minha fala mesmo... é eu pensei no seguinte **é porque talvez a gente fale dessa demanda e de que o serviço não oferece às vezes estrutura física e tal, porque a gente ainda tem o pensamento voltado para o projeto terapêutico dentro de serviço né, a gente não fala do projeto terapêutico fora dele, então a dificuldade financeira do serviço implica num projeto terapêutico (...). Por que a gente não pensa de repente que esse usuário, ele tem que fazer, ele precisa fazer atividades e faz parte do projeto terapêutico dele, fazer atividade fora do serviço?***

*Pegando um pouco da fala do colega, **acho que é isso que a gente realmente tem que repensar, ver o que a gente pode tá fazendo fora do serviço e hoje a gente já tem uma iniciativa nas oficinas existentes no CAPS que a proposta é sair um pouco mais do serviço e tem sido né bastante interessante esse trabalho, tem realizado tanto por técnico quando com estagiários e tem sido como eu disse, bastante gratificante e tá revendo mais essa questão dos encaminhamentos na hora de realizar um projeto terapêutico conjuntamente com esses pacientes.***

### 5.7.2. Dificuldades Referidas

No momento em que foi questionado quais seriam as dificuldades enfrentadas no acompanhamento com os usuários, após muitos risos, as respostas foram centradas na falta de condições de trabalho, tais como ausência de transporte exclusivo para o serviço, o que dificulta e impede a realização da visita domiciliar, falta material para a realização de oficinas terapêuticas e fornecimento irregular da medicação. Estas dificuldades são analisadoras dos modos de operar deste CAPS em particular, mas revelam dificuldades enfrentadas por muitos serviços na tentativa de efetivação de reorientação de modelo de atenção em saúde mental, o que requer novas tecnologias (duras e leves) e o reconhecimento das diferenças nas metodologias terapêuticas em relação ao conjunto da saúde, bem como a necessidade de co-gestão no financiamento do serviço.

*Uma das dificuldades que a gente tem é em relação ao **transporte** né, aparece aqui muitos casos de usuários que necessitam fazer visita domiciliar e muitas vezes a gente tem, muitas vezes não. Ultimamente a gente tem recebido suporte de um outro serviço com transporte e quando algum técnico também acaba disponibilizando seu carro pra poder a gente fazer a visita ou como acontece na maioria dos casos, **as visitas né, embora necessária, nem acontece.***

*É uma das coisas que eu acho primordial aqui que eu passo diretamente por isso **é a falta de medicamento.** O paciente começa fazer hoje um medicamento, faz a interrupção dele, pela falta, que não existe, não tem, a gente não sabe onde busca e que são medicamentos que são liberados pelo serviço público. Pela legislação está lá que o paciente tem o direito ao medicamento, e falta e acontece muita interrupção do tratamento. São pacientes carentes que não tem condições financeiras de comprar, então interrompem.*

*Outra dificuldade que nós temos no nosso serviço, é a questão dos materiais para as oficinas, **aliás eu acho que ainda falta muito, ainda falta a secretaria de saúde incorporar o sistema de saúde mental como uma coisa dela, parece que ainda não existe essa incorporação do serviço,** por exemplo, a gente, o trabalho das oficinas, é uma dificuldade muito grande pra material, não é costume da secretaria de saúde adquirir então é dificuldade pra comprar, quando se pede pincel tem dificuldade pra comprar, então não vê as oficinas de artes, material pra tecelagem, material pra bijuterias, então são coisas que não faziam parte da saúde como um todo, então quando começa a saúde mental a requisitar esse material todo pras oficinas, parece que as pessoas que pedem, que adquire esse material, que compra, parece que é um bicho de sete cabeças, que essa coisa não existe. “Pra que você quer tinta? Pra que você quer tinta na saúde? Pra que você quer pincel?” Então precisa que a secretaria da saúde veja com bons olhos né, melhor, incorpore esse serviço, como uma coisa dela. **Outra coisa difícil também de administrar nesse serviço de saúde é a questão dele próprio não poder gerir o seu material, seu dinheiro, sua verba, não pode.***

Entretanto, resumir as dificuldades no acompanhamento às tecnologias duras é um analisador da dificuldade da equipe em reconhecer a complexidade que envolve o cuidado em saúde mental e que requer novos saberes e fazeres que não se dão a priori, mas que são construídos nas micropolíticas, engendrando diversos desafios que os trabalhadores não se encontram preparados para lidar no cotidiano, tais como atuar no território entre outros. Ademais, os relatos anteriores evidenciam que as dificuldades apresentadas foram pontuadas a partir das necessidades que cada técnico identificava em seu processo de trabalho, na sua atuação nuclear.

*A dificuldade no acompanhamento terapêutico tem se dado também como os colegas já colocaram na questão do deslocamento. **Pois o CAPS hoje não trabalha em território**, então essa é uma das grandes dificuldades e nem sempre tem como fazer esse deslocamento pela distância.*

O reconhecimento do papel da família no acompanhamento do usuário foi ressaltado como sendo fundamental, mas que existem dificuldades para mobilizar a família para a co-gestão do cuidado.

*(...) eu vejo também como uma grande dificuldade no acompanhamento, **a questão familiar**, a gente percebe é no serviço aqueles familiares que tem mais assiduidade, que acompanham mesmo o tratamento e a gente sabe como isso é importante, **poder estar dando feedback de como é que é essa rotina na família dentro do tratamento, que o tratamento também se faz presente e é importante a família**. E a gente percebe assim a grande dificuldade da interação dessa família, de alguns familiares, e que terminam não tendo como dar esse retorno e até mesmo participar do tratamento, a gente sabe que a família também, **essa dinâmica familiar termina entrando num processo de adoecimento** e o grupo de família, ele é imprescindível na participação, até mesmo como forma da família ter um espaço pra ela e também conhecer as dificuldades, saber lidar com as crises, saber lidar com essas dificuldades e trazer também o que está acontecendo, o que está mudando nesta dinâmica familiar.*

*Tem a questão também do acompanhamento relacionado a uma outra questão importantíssima como a colega colocou que é o acompanhamento familiar, realmente o que nós **percebemos que aqueles pacientes que tem um acompanhamento familiar, que o familiar participa, vem participando dos grupos familiares tem evoluído bem melhor**.*

Em diversos momentos, uma das técnicas tecia críticas sobre as práticas do serviço, tendo colocado em análise a queixa centrada nas limitações impostas pela falta de condições de trabalho entre outros, o que mascara outras dificuldades que permeiam o processo de mudança de modelo de atenção. O próximo relato é

revelador disso, pois problematiza a clínica psicossocial, a implicação dos trabalhadores, denuncia a mentalidade manicomial presente no CAPS.

*Eu concordo com o que já foi colocado em relação à material, transporte e tal e acredito que essa não é uma dificuldade do CAPS acredito que essa é uma dificuldade da maioria dos serviços substitutivos, **mas eu queria enfatizar aqui a dificuldade que eu acho de nós profissionais trabalharmos nesses serviços e termos consciência ampliada do que que é isso.** Então não falo em relação aos profissionais do CAPS, que eu acho que aqui nós temos uma equipe boa e tudo mais, mas assim, a gente às vezes se queixa do transporte, **mas a gente também não se dá conta de quantas vezes nós temos dificuldades de sair do serviço porque é mais difícil, porque a gente tem mais tempo, porque tem mais trabalho, porque a intervenção em casa é mais difícil e traz mais riscos do que a intervenção dentro do serviço, então eu cansei um pouco de colocar estas dificuldades no externo né, porque se a gente fosse avaliar nosso trabalho pelo externo a gente não teria feito metade das coisas que a gente fez, a gente nunca teve material da oficina, mas, no entanto, a oficina nunca parou, a gente nunca teve carro mas, no entanto, a gente faz serviços domiciliares mesmo com todas as dificuldades, então talvez não seja também só essas dificuldades que impeça a gente de ter acesso. **Eu acho que a gente ainda pensa na lógica manicomial, a gente ainda tem resistência de fazer este atendimento onde o usuário é quem vai dizer como é que ele deve agir, como é que o tratamento deve ser encaminhado. (...) A gente trabalhou um texto na pós graduação que falava dos preconceitos que a gente tem e assim é impossível a gente, nós que fomos criados numa sociedade manicomial onde um hospital foi durante uma vida inteira a única forma de tratamento para os pacientes portadores de transtorno mental, a gente assumir hoje uma postura: " ah eu entendo, eu sei trabalhar de outra forma".** Eu acho que a gente ainda tá caminhando e que no dia a dia a gente encontra **resistência** pra algumas atitudes e alguns encaminhamentos.***

### 5.7.3. Sobre a Religião

Já a discussão sobre o tema da religião foi extremamente rica, explodindo vários temas referentes à concepções de sofrimento psíquico, cuidado, cultura, entre outros. Na semana da realização do grupo focal havia um movimento religioso evangélico na cidade que consistiu em várias mobilizações para *abraçar e salvar* a cidade, em que os evangélicos usavam uma camisa roxa com a frase com inscrições acerca do lema.

Como já fora dito, esta cidade tem uma cultura religiosa significativa, sobretudo evangélica. O que se reflete no CAPS, onde a maioria dos usuários declara ser evangélico e o tema da religião aparece significativamente no cotidiano

do serviço, emergindo na fala dos usuários e familiares, tanto enquanto rede social como agência terapêutica. A presença da temática é reconhecida pelos técnicos, evidenciando o modo como entendem e lidam com as experiências religiosas dos usuários.

*(...) eles trazem também esta questão da religião, percebe que assim aqui mesmo na cidade, a gente tem um grande... a questão dos protestantes, do evangélico são muito grande.*

*Eu percebo que aparece, é fundamentalmente trazido pelo usuário, a grande maioria são religiosos, são evangélicos, acredito ser a grande maioria, esse tema tá sempre sendo trazido em atendimento mesmo que seja falas, que talvez não tenha tanto nexa, que não tá sendo trabalhado, mas sempre esta questão está sendo trazida, dos lugares onde eles freqüentam, a igreja é sempre um desses lugares, a postura, digamos assim, de **submissão**, realmente eu percebo muito com relação à religião, de que são **destinados, de que Deus está determinando as condições sociais, a vida** enfim, eu percebo isso muito, nas falas mesmo do usuário.*

*(...) às vezes o que eles trazem muito é que o transtorno é causado pelo demônio, pelos espíritos. Se ele busca a religião é como se fosse uma busca também, através da religião, tá freqüentando a igreja e tudo.*

*(...) ele vai melhorar... é da cura.*

*É às vezes esta outra questão que é uma outra possibilidade mas, assim alguns casos a gente percebe um afastamento do paciente até na tentativa de ver se realmente vai funcionar e vê que não funciona e volta novamente para o tratamento e que a gente percebe né, assim não só nesta paciente, mas também em alguns outros este afastamento e depois quando a gente vai ver no decorrer deste atendimento, **este afastamento se deu porque foi a tentativa de estar num outro lugar e na maioria das vezes, esses lugares é na igreja.** Mas ao mesmo tempo eu percebo assim no grupo de família né, um certo avanço com as reflexões que a gente faz com os familiares no grupo de família tem várias, tem vários familiares assim com religiões espíritas né, evangélico, católico. Então assim num grupo a gente já consegue perceber que existe um **reconhecimento por parte deles que uma doença** existe entendeu? Mesmo vendo aquela questão espiritual e tudo, mas eu percebo assim que **eles já conseguem reconhecer no usuário um adoecimento que tá além a qualquer tipo de religião.***

*(...) porque a gente faz esse trabalho de levar a eles essa conscientização, mas quando eles chegam no serviço chegam ainda com essa visão, com essa mentalidade, por isso, a importância no trabalho de levar essa conscientização, principalmente com a família, que é quem mais se apega, o desespero é tão grande que ela se apega a religião assim, justamente a religião como **uma questão da cura**, onde vai ser curado vai ser dentro da religião.*

Contudo, este tema não é abordado na construção do projeto terapêutico pelos técnicos, que não sabiam distinguir os tipos de religiões evangélicas e não sabiam caracterizar as pentecostais, o que fazia com que no prontuário do usuário apenas constasse *evangélico (a)*.

***Eu não acredito, então eu não ligo, então o que vem de lá pra mim não tem importância, não tem valor, eu não posso considerar uma experiência porque (conversas..) esse sofrimento né, fica bem menos focalizado, esse sofrimento, o adoecimento do que qualquer outra questão que surja.. talvez a gente precisa tá mais atenta, mais atenta porque o que tá se passando na vida desse sujeito...***

Interessante destacar que a maioria dos técnicos se declarou religioso, mas considera que deve haver separação entre o cuidado no CAPS e o cuidado religioso, o que aparece desde o momento do acolhimento.

***A gente percebe que a religião está presente em todos nós, embora talvez não de forma tão significativa, é para o usuário também.***

***(...) a gente tem que deixar claro para o paciente que a opção dele religiosa independe do acompanhamento no serviço, mas, inclusive os técnicos têm diversas religiões, cada um age para o bem comum do paciente.***

***É interessante tá ressaltando que quando a gente vai fazer o acolhimento que você pergunta para ele qual a religião, tem algum usuário que tem uma certa dificuldade em responder e talvez de uma certa forma é o medo “se eu vou falar que eu sou de uma religião pentecostal ou protestante, será que isso vai.. vão me tratar diferente?”***

Problematizaram e divergiram sobre a relação entre o técnico e a sua experiência religiosa, refletindo também sobre a atuação de profissionais que são procurados por serem da mesma religião que o paciente, como veremos abaixo:

***É.. o Luana tem uma questão em que não acontece muito aqui no CAPS, até por ser uma instituição, mas o que a gente percebe na maioria das vezes fora do CAPS, é que a tendência das igrejas é encaminhar, como é que é... –suas ovelhas para determinadas, já determinadas assim profissionais, religiosos que estejam na mesma religião né.***

***É natural... Dentro da religião eu acho natural...***

***Pois é eu não acho não. Eu não acho não, porque... Afinal de contas eles acabam perdendo, é como se eles perdessem a credibilidade de um profissional que não seja da mesma religião.***

***Não existe uma neutralidade, uma total neutralidade entendeu, eu penso assim, eu imagino que eles fazem esses encaminhamentos por saber que não existe aquela neutralidade que a gente prega, sabe e você com sua religião, você acaba colocando um pouquinho de juízo no tratamento.***

***E aí acaba que isso vira um pré-requisito em termos de cura (...) a questão profissional fica em segundo plano.***

***A maioria em relação ao tratamento que às vezes a gente enxerga ele assim, ou um tratamento ou outro. Esse tratamento associado da saúde mental né, com a religião eu acho que a gente ainda não chegou a ter***

**experiências.** A gente acredita que é assim, ou ele faz tratamento na igreja evangélica, não, é que a gente impõe isso, mas é o que tem acontecido eu acho na verdade. **Ou ele faz um tratamento religioso ou ele faz um tratamento científico,** enfim, com medicamento e tal. Então essa **fragmentação** eu acho que é ainda muito presente. Eu digo como pessoa, eu sou espírita. Mas minha formação é católica e eu procurei o Centro Espírita num momento de fragilidade minha, então eu acho que de uma certa forma a gente busca o ser humano que como usuário do CAPS, mas principalmente o momento que a gente precisa e que a gente acredita que ali a gente vai encontrar um apoio para encontrar alguma coisa que vai dissociar a sua vida, como também **já fui discriminada no meu serviço,** no serviço público, por um evangélico, por eu ser espírita. (...) **Vem as controvérsias com o evangelho e o espírita.** (...) eu gostaria de conhecer, conheço muito pouco o evangelho, mas acho , seria interessante a gente conhecer mais um pouco.

Eu queria só colocar que em alguns acolhimentos nesta questão do **preconceito e de se a religião interfere e tal,** e aí eu me lembrei que num acolhimento uma vez a pessoa falou quando eu perguntei pra ela qual era a religião e ela imediatamente: “ **e a sua qual é?**” E aí eu fiquei mês questionando “**eu falo no que eu acredito ou não falo, vai interferir no tratamento não vai até que ponto se eu falar que eu sou da mesma religião, ela vai se abrir ou se eu falar que sou de uma religião totalmente contrária, por exemplo se ela é evangélica e eu falo que sou do candomblé que vínculo terapêutico vai ser feito? Tem possibilidade de existir um vínculo terapêutico aí?**”

(...) quando você conta sua experiência existe a possibilidade de você ser membro de duas instituições, ser de um lado CAPS e ao mesmo tempo ser pro lado da igreja, quem sabe, **se alguém aqui fosse protestante ou fosse da igreja pentecostal e tivesse lá dentro e pudesse soltar qualquer coisa ali, se também a gente não conseguisse mudar o comportamento de algumas pessoas né.**

Muita coisa, muita pouca coisa eu escuto assim, mas essa questão, eu como espírita, eu procuro ficar meio... não usar nada que identifique que eu sou espírita, ficar longe né, botas esta coisa de lado, **mas às vezes não tem jeito.** As pessoas acabam sabendo da religião da gente e às vezes o usuário vem e busca, pergunta, a gente evita mas eles vem buscar. Se ele ta buscando é porque (...) ele está querendo saber alguma coisa né e a gente fala, isso é preciso falar, apesar né, por ter sabido por outras fontes, **não que eu queira colocar que eu sou espírita.** Agora dentro da Casa Espírita hoje, já que tá falando em religião eu vou colocar um pouquinho do que eu sei. (...) **A doutrina espírita hoje não tem aquela visão que tinha errônea e achar que tudo que não era bem, assim espírita, eram alguns espíritos e tudo era questão espiritual.** A doutrina espírita hoje quando a pessoa reconhece esta questão, aí chega e olha você, precisa procurar outro profissional, **ela até tem uma questão espiritual, mas ela precisa procurar outro profissional,** de psicologia, um profissional, um psiquiatra, busca falar mesmo, inclusive eu tenho muitas vezes indicado pessoas.

A perspectiva da maioria é a de que a religião, sobretudo evangélica, **atrapalha e compete** com o tratamento no CAPS, revelando as dificuldades que os técnicos enfrentam ao lidar com as experiências religiosas dos usuários.

**Nas reuniões aqui sempre surge o tema religião, usuário, é sempre de maneira negativa...** (...) de forma **negativa** mesmo... talvez, não surja agora

dizendo isso, porque **como já existe esse preconceito sugere que a visão é negativa né?**

(...) então a gente vê assim a questão das dificuldades, até mesmo do que coloca a igreja do caso. O pastor vamos dizer assim, a dificuldade do CAPS e de que o CAPS orientar, de que os profissionais trabalhavam e de que a igreja colocavam pra eles, então uma das coisas por exemplo, alguns sintomas, como por exemplo **algumas alucinações auditivas e visuais ser confundidas com uma questão muito demoníaca né, que isso é uma coisa, que isso não faz parte de um adoecimento mental mas sim do inimigo né, que termina de uma certa forma atrapalhando o nosso trabalho.**

Tem um depoimento de uma usuária aqui né, **eu não sei qual é a igreja dela, mas ela falou comigo e falou com outras pessoas também publicamente aqui no serviço. Que ela tinha, ela é evangélica e depressiva, eu não sei bem o problema, eu não vi o prontuário dela, mas a princípio me parece que é depressão e aí ela disse que chegou na igreja evangélica, aí ela, hoje é totalmente contrária, deixou a igreja porque ela sentia, via as coisas, sabe aquelas perturbações, aquelas coisas, aquela coisa que tava lhe fazendo mal e o pastor dizendo que era o diabo que tava com ela, que era o demônio, que tinha que tirar o demônio e ela falou, já que, achando que tava louca, todo mundo achando que ela tava louca e aí quando ela vai para o CAPS, ela viu que não era nada daquilo, tomou consciência daquela doença, que ela não é louca, que ela não tinha nada, nenhum demônio com ela e hoje ela se revoltou e tá fazendo hoje o tratamento dela aqui no CAPS.**

**É muito complicado, né? Eu tive uma experiência mesmo de uma paciente ela se afastou do CAPS porque na igreja dela mesmo tinha uma semana de trabalho que ela tinha que ir justamente nos horários que ela tinha as atividades no serviço. (...) Ela teve uma piora no quadro né, no quadro dela e aí assim, acho que volta ainda naquela mesma questão, dependendo de como é conduzido este trabalho você pode ajudar, mas tem momentos que eu não vejo muito contribuindo para este trabalho, não acho...(...) Não é uma questão de fato isolado, mas eu vejo assim, claro que hoje, as pessoas estão bem mais esclarecidas e acabam não chegando a abandonar o tratamento por outra opção de tratamento.**

Tem toda uma **dificuldade daquelas religiões mais tradicionais de aderir ao tratamento que a gente propõe**, mesmo levando em conta a demanda que ele traz. Muitos deles às vezes passa pela consulta quando é instituída a medicação, talvez não faz uso, você propõe para fazer aquela atividade não faz porque a religião, ele pode até passar pra gente que tá cumprindo aquela atividade, **mas não faz porque a religião está presente. A gente não discute isso com o usuário, mas a gente sabe que ela está presente sim**, mesmo sabendo do adoecimento, que existe uma doença, **mas ele tem dificuldade de aderir a um tratamento por conta das questões religiosas.**

(...) **eu acho difícil o diálogo entre uma instituição terapêutica científica com essas igrejas.** Quando eles colocam – esse é o meu pensamento – posso até estar equivocada, mas eu percebi quando você coloca que **lá é um lugar de tratamento e a gente sabe que tem muito uma questão financeira envolvida nisso né, tem os canais também da Universal, que às vezes eu fico, dou uma sapeada e fico vendo, gente eu fico horrorizada.** Enquete né, tem umas perguntas, o Pastor fala sobre **um caso que aí tipicamente é um caso de esquizofrenia** e aí pede pras pessoas ligarem pra dizer se aquilo é um problema físico, físico não, científico, médico ou espiritual, todo mundo **“é espiritual pastor, é espiritual pastor”** sabe, então, quer dizer eu penso que não tem interesse de forma nenhuma dessas igrejas

*de tarem fazendo encaminhamento para outro lugar, exatamente porque já tem esta questão da veiculação financeira, é uma forma de tá se arrecadando dinheiro pra a máquina deles funcionarem...*

Por isso, acreditam que adotam uma postura de neutralidade científica, de respeito, o que a seguinte fala denuncia:

*(...) a gente tem que se controlar muito pra deixar que isso não interfira ou eu acho que é quase impossível a gente conseguir que a nossa percepção diante da religião não interfira no tratamento. Sempre a gente dá uma indiretazinha, ou solta uma coisinha a mais, assim: “Mas será? ...” um questionamento, “Será que a igreja pode fazer isso?”, “Mas será que você tá sendo feliz dentro dessa religião?” E daí eu não sei até onde isso é respeito ou não. Eu acho que aí é a nossa forma de ver pelo **cientificismo** ou pelas outras questões, influenciam um pouco nisso. Então eu confesso que eu tenho, é assim, tive muito trabalho por me controlar né, principalmente no momento em que o Pastor, que o dirigente da igreja opta por suspender a medicação do paciente sem ter nenhum conhecimento acerca disso, então a gente questiona “como é o pastor desta igreja? **Quem é o pastor pra suspender a medicação?**”*

A perspectiva da maioria é, portanto, de que a experiência religiosa é negativa, pela consideração de que a moral religiosa é repressora.

*(...) tem **ene aspectos negativos** (...) não só a aderência ao tratamento, mas até emissão de entrar em **questões que são sexuais** e que **são familiares** e que **tá assim muito profundo** né? E de as pessoas falarem assim: “Eu não quero entrar nisso, que isso é **pecado**, eu não quero falar disso **porque isso não é permitido pela minha religião.**” Do familiar privar a pessoa de falar sobre aquele assunto porque vai de encontro às leis religiosas.*

*Eu acho que a **questão é evangélica...** Se falasse pra gente assim, pelo menos o que eu penso, talvez uma coisa minha mesmo, vamos fazer um trabalho na igreja católica, talvez a gente tivesse mais facilidade de adentrar.(...)Mas se disser assim, vamos agora pra o trabalho com a Igreja Universal, não sei, acho que a gente teria...*

*Eu fico pensando nós tivemos uma paciente aqui, que ela vinha sendo acompanhada (...) por mim na terapia individual e assim **ela sempre colocava uma grande dificuldade do desejo dela, do que ela gostaria de fazer, mas como a religião, claro que isso não era como muita clareza, como a religião atrapalhava, ela assim realmente ser como ela gostaria, tirar as saias, cair no mundo como ela diz**, que tem uma irmã que é da vida. E em vários momentos, nós trabalhamos assim, porque ela fazia muitas críticas à irmã, é porque a irmã deixa os filhos com a mãe e tal, e é assim foi **muito interessante, que a gente trabalhou muito estas questões, o que que tanto incomodava dessa irmã, nela? E que ela gostaria de fazer que ela não conseguiria?** Teve um momento que ela estava envolvida com uma pessoa da igreja, da mesma igreja, e que aí ela ficava assim, restringiu muito e não podia ir né, o rapaz, tinha casa, solteiro, a casa dele, poderia ir a casa dele? E a vontade dela ir nessa casa e não poder ir porque o que que os outros iriam falar e depois a relação dessa irmã, com a vida dessa irmã que é assim totalmente livre e foi muito interessante este atendimento viu, porque realmente ela não teve... um momento que ela teve que acabar com esse*

*relacionamento né assim por conta dessa dificuldade de ela ir até a casa desse irmão né, que também era da igreja, **enfim e aí continuava com as dores e a somatização até o fio do cabelo né. É muito complicado**, mas enfim, percebe aí nesse momento a dificuldade que se tem né. **Não ter essa liberdade por conta da religião, a religião é muito forte aí, dá pra ver, é muito forte aí, mas aí talvez não desse caso...** reportando ao seu questionamento né, assim, **talvez mesmo por falta de conhecimento de tá aprofundando isso né, esse estudo faltou né, trabalhar mais essa questão né, essas diferenças aí, de religião, em nível mais terapêutico mesmo, o que que te incomoda, tal.***

*É, me deu vontade de rir quando Janete falou que.. é uma atitude de respeito quando você perguntou né, qual é a posição dos técnicos em relação à religião. Eu acho que é de respeito **porque eu tenho que confessar que às vezes eu tenho que me controlar muito pra respeitar essas questões, essas limitações religiosas, e eu acho que de certa forma, eu acho que todo mundo partilha esse pensamento porque a gente sempre conversa sobre isso aqui dentro (...)***

*(...) falando agora das igrejas protestantes, evangélicas, (...) por incrível que pareça pelo menos as pessoas que estão no CAPS se adequam mais a essas que impõem muitas coisas e que proíbem muitas coisas do que aquelas que são mais liberais, então eu gostaria de entender porque que isso acontece, **até que ponto essas pessoas precisam desse limite da religião** e às vezes não sei porque não tem cada, não sei, são questões que a gente teria que ter que aprofundar mais, mas essa é uma preocupação (...)*

Todavia, alguns técnicos, ponderaram que em alguns casos, as experiências religiosas dos usuários são positivas, pois reconhecem a religião como uma instituição que contribui para o processo de inclusão social.

*Então, eu acho que a religião, eu acho que a religião, pode, tem... pela minha experiência, **eu já acompanhei caso onde a religião foi positiva e outro em que a religião teve uma transferência bastante negativa.** Eu acho que no sentido de ser uma igreja e ter irmãos como eles costumam falar, **eu acho que ela é positiva, então tem pessoas que estão em completo isolamento e que a primeira vez que vão à igreja arranjam um monte de irmãos e começa a freqüentar a casa dos irmãos, começa a ir na igreja, começa a se sentir gente, fazer parte de uma instituição né, e se tornar um cidadão e às vezes as igrejas até tentam ajudar financeiramente (...)***

*Tenho o respeito, mas é o respeito individual mesmo, que eu tenho por essas pessoas, por já ter sido assídua mesmo na igreja, então eu procuro manter assim uma **neutralidade** sabe, **tanto de respeito quanto também de não tá passando a minha crença.***

*Talvez uma **outra possibilidade** de tratamento...*

Apenas uma técnica se mostrou mais aberta às experiências religiosas nas evangélicas porque a mesma é de matriz familiar evangélica, não sendo mais praticante. Contudo, sua fala é ambígua:

**Nossa postura é de respeito e quando a gente procura orientar o usuário/familiar a gente sempre deixa bem claro que esse aqui é um serviço... pode acrescentar que já me deu um branco..**

*Pra mim já acontece o inverso, quando alguém me fala né, de qualquer tipo de religião, eu acho que eu sou mais aberta né, talvez tenha generalizado.*

*Não leva em conta as questões religiosas, que está aqui pra fazer um tratamento do sofrimento que ele apresenta e que isso talvez seja, tenha facilidade ou dificuldade no andamento do projeto terapêutico, mas que isso não vai impedir pra que ele aconteça.*

Nas experiências práticas no cotidiano do serviço sentiram a necessidade de entrar em contato com a Igreja.

*Aqui a gente teve a experiência de que um pastor, **encaminhou o paciente pra o internamento e que depois a gente teve a possibilidade de conversar com esse pastor e tal, mas, eu também acho que o nosso contato com as igrejas ainda é muito pouco, a gente aqui não tem nenhum registro, só esse registro do pastor, que fez um contato com o pastor, ele veio até o serviço e tudo ficou esclarecido.***

*(...) então acho que talvez precisamos, com todas essas questões que estão acontecendo, temos que ter mais participação né, acesso né, é isso mesmo, às igrejas e pelo menos uma dessas vezes que nós tivemos foi muito positivo e funcionou muito bem.*

*então o nosso questionamento: **“quem é o Pastor pra determinar se ele vai ser internado ou não?” E quem é que sabe se a relação dele hoje com o Pastor não permite muito mais...***

Quanto à compreensão entre a experiência religiosa do transe e experiência delirante, observa-se que

*é um pouco de loucura e também da psicose. Essa é uma experiência que ela pode ser entendida de forma diferente do conceito tradicional e tal, como um serviço de saúde. Pela literatura, pelo relato dentro da igreja pentecostal é diferente da loucura ser entendida como obsessão, ela é entendida como um drama. **Será que o fenômeno que acontece aqui na experiência de vida nesse contexto ela é diferente de fato? É diferente quando alguém tem um surto psicótico, tem diferença na diferença do transe na igreja? Diferença de um surto? Tem? É assim inclusive na Psicologia Às vezes a gente tem que deixar assim bem claro né, pra saber assim a essa questão da diferença, assim de um transe e de um surto psicótico e, porque é assim, **são realmente muito parecidos na maneira como ele, como manifesta.** Mas eu notei, notei e **fiquei matutando, matutando, mas..me parece que na maioria das igrejas ele tenta induzir...*****

***Mas é induzido... Acontece de uma forma tão clara!** Não é porque você é estimulado a um rebaixamento de consciência, existe toda uma questão do coletivo que vai influenciar aquela pessoa a mudar o comportamento. No caso só de acontecer isso, não pode acontecer isso, pode? Mas não sei se na*

*mesma freqüência que nas igrejas e da mesma forma também porque assim, pelo o que eu conheço, pouco, pela televisão, assim o pouco que a gente vê, tem aquela coisa “**você que está aqui, que tá se manifestando, venha pra frente**” e a pessoa se contorce, grunhindo, tal, tal. Eu não sei até que ponto aquilo... chega a ser tão parecido a questão de um psicótico – relato de alguns religiosos mesmo. **É eles dizem assim, é.. na proporção tem uma diferença na... pra poder ter uma voz diferente.. o próprio... a alucinação auditiva, ele vem com... é... o demônio que ta falando ali. Eles não acreditam que a alucinação é proveniente de um distúrbio mental.***

*Eu me lembro uma vez que eu tive um relato de um, sobre... não. E me lembro, eu não me lembro quem é porque tem muito tempo, agora tem uma paciente que ela tem um quadro de histeria e ela sempre falava que desmaiava no culto.*

A polêmica gerada sobre o tema transe / delírio/ alucinação é um analisador das dificuldades para se fazer um diagnóstico diferencial, que contemple o universo cultural, simbólico do usuário, como também aponta os preconceitos que envolvem a temática. Embora esteja tão presente no cotidiano do serviço, está como algo subterrâneo, que não tem visibilidade nas discussões.

*Eu acho **um tema meio tabu...** um preconceito também..*

***Nas reuniões, eu acho que nunca foi pauta de reunião questionar se a gente pode fazer (...)a gente nunca falou disso, do que acontece na igreja, nunca questionou o comportamento dentro da igreja.***

*Na verdade a gente **nunca foca nisso** aí...*

***Me deu curiosidade de ver logo o trabalho e entender qual é essa relação,** porque eu acho quem tem muito estudo... (...) e o tempo inteiro a gente tem que lidar com estas questões, acho **que o reconhecimento do desconhecimento das religiões e do processo religioso dos pacientes ficou evidente (...)** seria interessante se a gente pudesse bolar uma forma de conhecer melhor essas igrejas, mas na verdade é assim a gente sempre percebeu que isso acontecia mas a gente nunca soube de como acontecia, até que ponto isso interfere, **enfim eu acho que a gente tem vários questionamentos e ainda poucas respostas.***

*(...) **tocou também no ponto fraco da gente (...)** Porque **estão sempre presentes nas discussões no acolhimento, a gente tem que pensar um pouco nisso, que isso interfere no tratamento, na melhora, na piora, ou transtorno do usuário.***

*foi muito tranquilo demos uma **contribuição assim muito boa e colocou aberto!***

*eu fiquei **super interessada em visitar essas igrejas...***

***tou com vontade de ir num culto, acho que a gente tem que marcar mesmo como uma atividade nova...** se dividir e tá trazendo esse questionamento. **Vamos numa igreja pentecostal e mais um grupo de igrejas aí ver como anda e tal***

**é até quem te apresenta é o próprio usuário...**

*talvez até porque as pessoas que se interessam para estudar tem uma negação, tem um? De negar assim a religião, então a dificuldade de escrever seja também por conta disso né, por não acreditar*

É importante destacar o caráter instituinte do grupo focal que, ao colocar em análise as práticas do CAPS, problematizando a relação entre o mesmo e a religião, apontou para mudanças nos modos de lidar com o tema da religião. Contribui para o reconhecimento da necessidade de realizar o trabalho no território na perspectiva de rede, o que inclui a religião.

*Eu concordo com que Margarida falou que **tá faltando este diálogo. A perspectiva é tá trabalhando em rede mesmo. Rede a igreja também entra né...***

*É de **território mesmo...** eu acho que **é difícil mas é possível...***

*Eu **não considero difícil***

*Eu acho assim que a gente vai encontrar igrejas como Margarida coloca, **que as igrejas mais novas são mais exigentes, lógico vai encontrar algumas dificuldades, mas com certeza a gente vai encontrar igrejas que ela vai estar tentando trabalhar em rede.***

*(...) existe padres e padres e existe pastores e pastores, tem uns mais abertos e outros não, então é, a gente, o que seria interessante, quando houvesse, claro, fosse trazido, pelo menos assim já que a gente não tem condições de fazer um trabalho em todas as igrejas, mas quando buscasse, chegasse pra nós algum caso que tivesse essa questão, pentecostais ou de outra igreja qualquer que fosse, buscasse na igreja conversar com o dirigente da igreja, pastor ou qualquer igreja. Buscar fazer uma palestra lá, pra eles, talvez, não pra igreja toda mas para os pastores, pras pessoas que dirigem a igreja entre a saúde mental e a igreja.*

*Poder ir, poder visitar né, por exemplo arrumar um grupo pra poder visitar a igreja, participar de um culto, se relacionar com as pessoas e tal, eu acho que é uma possibilidade.*

Os dados produzidos com os técnicos apontam para a compreensão de uma instituição com um funcionamento instituído, que apesar dos diversos esforços empreendidos, atua na lógica manicomial, do encaixe do usuário à sua proposta terapêutica, que reproduz modos históricos de tratamento com proposta normalizadora e normatizadora, atuando como *ajudantes da ordem*.

Entretanto, é uma instituição em movimento, que problematiza seu fazer, revê modos de operar, para o qual é importante destacar a contribuição do curso de especialização em saúde mental. O que corrobora com o reconhecimento da necessidade de investimento na qualificação da atenção, condição básica para o processo de construção de novos olhares e cuidados em saúde mental.

Cabe destacar as diversas estratégias que esta equipe lança mão para lidar com as dificuldades enfrentadas no seu cotidiano, entre elas a falta de visibilidade da política de saúde mental na gestão municipal, muitas delas inerentes ao processo de quem se encontra no olho do furacão, que se propõe a construir novos encontros com a loucura e com o louco. A dor e a alegria que expressam em seu trabalho e o desejo de mudança são analisadores importantes desta instituição.

## 5.8 – VIDAS CRUZADAS:

“Um delinqüente arrisca sua vida contra castigos abusivos; um louco não suporta mais estar preso e decaído; um povo recusa o regime que o oprime. Isso não torna o primeiro inocente, não cura o outro, e não garante ao terceiro os dias prometidos. Ninguém, aliás, é obrigado a ser solidário a eles. Ninguém é obrigado a achar que aquelas vozes confusas cantam melhor do que as outras e falam da essência do verdadeiro. Basta que elas existam e que tenham contra elas tudo o que se obstina em fazê-las calar, para que faça sentido escutá-las e buscar o que elas querem dizer.” (FOUCAULT, 2004, p.80)

Enredada por diversos *nós*, a trama das histórias compartilhadas engendra encontros e desencontros de modos de vida, na passagem do incomum-comum de experiências atravessadas por alegrias, tristezas, medos, desejos, dúvidas, ousadias, realidades e delírios, que se mesclam num emaranhado de estranhamentos, desestabilizações, ambigüidades, rupturas e linhas de fuga. Em análise, dizeres e fazeres sobre a loucura, o louco, a dor, o sofrimento, a religião pentecostal e modos de cuidado, que produzem subjetividade.

Buscando transversalizar as experiências, sentidos e modos de subjetivação, analisando a implicação dos diversos sujeitos, os dados produzidos serão discutidos em três eixos analíticos, a partir dos quais emergiram as categorias analíticas deste estudo:

A - Modos de subjetivação da loucura;

B - Modos de subjetivação da religião;

C - 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, com a contribuição de diversos autores que coadunam com essa perspectiva. Como fora visto no capítulo I sobre a pesquisa, a Análise Institucional é trazida como uma

maneira singular de entender o que são as relações *instituídas*, bem como a forma de trabalhá-las (LAPASSADE *apud* GUIRADO, 2004).

Permite ainda o engendramento de movimentos *instituintes* que atravessam as instituições, que podem ser percebidos através dos *analísadores*. Estes conceitos institucionalistas podem caracterizar os indícios apresentados no serviço, através das falas e posicionamentos (ditos e não ditos) dos diversos atores que compõem esta pesquisa. O analisador funciona de forma similar ao sintoma na análise individual, 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 *analísadores*, que são históricos, 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, no caso a religião e o CAPS. 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).

Para isso, cabe transversalizar as análises macro e micropolíticas:

(...) as análises macropolíticas são fundamentais, pois nos situam nas forças conjunturais atravessadas nas práticas, sendo também imprescindível colocarmos uma lupa nas relações e nos efeitos dos atos que encarnam as políticas mais amplas, afirmando-as no dia-a-dia e fazendo-as avançar. A perspectiva micropolítica não despreza a razão, a consciência, mas considera que não são suficientes para provocar mudanças, dando atenção às ações, à sensibilidade e ao que pode fazer diferença. Negar o status quo é uma dimensão do combate, mas não a única, afirmar outros modos de existência que escapem aos determinismos é fazer história (ibidem, p. 171).

Considerando que a autonomia é um exercício permanente de análise e compreensão das condições em que se realiza a ação e, neste sentido, dos seus limites e possibilidades, é importante criar dispositivos de análise da vida dos grupos na sua diversidade qualitativa. Movimentos, rupturas e capturas que engendram permanentemente a realidade, em que a dimensão da experiência é clave, na qual cada um de nós, e os diferentes grupos, são um modo de expressão.

noção de experiência como o âmbito onde se circunscrevem variações que foram sendo produzidas nas sucessivas operações que vão sendo repetidas, ora afirmando, ora desmontando hábitos cristalizados, num processo permanente de aprendizagem e desaprendizagem (ibidem, p.170)

## **A – MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DA LOUCURA – Como dizer o indizível**

### **Sobre os amores vívidos e vividos**

Hoje eu tenho apenas uma pedra no meu peito,  
Exijo respeito, não sou mais um sonhador  
Chego a mudar de calçada  
Quando aparece uma flor  
Dou risada de um grande amor...  
Mentira! (Chico Buarque)

Quem nunca sofreu por causa de um amor... não viveu...

Tramas de existência que compartilham, como fator desencadeante do sofrimento, a ruptura de relações afetivas, como vimos nas histórias de Madalena, Isabel e Isaura, sendo que as duas últimas não conseguiram constituir novos vínculos afetivos após as decepções amorosas, e Madalena vive em busca de um amor, com quem possa construir uma relação estável, um porto-seguro. Marcos aponta como início de seu sofrimento a sua primeira relação sexual, com uma garota de programa com a qual não estabeleceu vínculo afetivo, mas evidencia os

seus movimentos e dificuldades na tentativa de criar laços, os quais aparecem também na relação com sua namorada.

A complexidade dos casos apresentados aponta para a análise de outros elementos comuns que atravessam a vida destes sujeitos, tais como as dificuldades familiares e dificuldades no campo do trabalho, que interferem no processo de subjetivação da loucura. Todavia, neste momento não serão discutidos, o que exigiria um mergulho nestas histórias, mas não se constitui como foco desta pesquisa. Assim, priorizei a discussão sobre as categorias analisadoras dos modos de subjetivação da loucura.

Pra 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 é um modo de mascarar o estigma que permeia a palavra loucura.

Como fora visto no capítulo II, a experiência da 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* como modo de subjetivação da loucura no discurso de todos os usuários entrevistados, o que se configura como um analisador. Neste sentido, a justificativa que Isaura encontra para denominar seu sofrimento psíquico enquanto depressão “*eu falo só na depressão, depressão todo mundo tem, né?*” 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.

O sujeito na sociedade contemporânea é aquele que não é mais capaz de conviver com a dor segundo os padrões de sua cultura, que elabora e define um modo particular de ser humano e de ser são, de gozar, de sofrer e de morrer. Vivemos um momento em que se busca eliminar a dor e o sofrimento dos eventos cotidianos. “A tal ponto, que hoje em dia, o homem sofre por não querer sofrer, da mesma maneira como se pode adoecer de tanto procurar a saúde perfeita” (BRUCKNER, 2002, p.16). Assim, a depressão surge como denúncia do fracasso da felicidade.

Na maratona pela busca da saúde, da perfeição, da felicidade, a depressão se torna sinônimo de fracasso pessoal. Aos problemas de saúde se associam sentidos de falhas de caráter e falta de vontade. Individualização e culpabilização: felicidade como um dogma, na maratona em busca da instigação da euforia perpétua, e sofrimento como castigo. “*Que tristeza é essa? A vida é bela*”. Frase dita por Isabel como um modo que as pessoas abordam o seu sofrimento, fazendo-a se sentir rejeitada.

Dizem que sou louco  
 Por eu ser assim...  
 Mas louco é quem me diz  
 E não é feliz  
 Não é feliz...  
 (Balada do Louco, Mutantes)

A modalidade negativa que perpassa a leitura da loucura/ depressão deve ser questionada, uma vez que é 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 Isaura aponta: “até mesmo Jesus Cristo teve depressão no momento em que se sentiu desamparado”.

É melhor ser alegre que ser triste, alegria é a melhor coisa que existe  
 É assim, como a luz do coração  
 Mas para fazer um samba com beleza, é preciso um bocado de tristeza

É preciso um bocado de tristeza, senão “não se faz um samba não”  
(Samba da Bênção, Vinícius de Moraes)

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”. Sempre que esta identidade psicológica (socialmente determinada) é posta em questão, sofre rupturas ou vivencia conflitos (que são diferentes de outros de origem orgânica), é reconhecida pelo próprio paciente como algo *psíquico*, recebendo denominações como *doença dos nervos, ataque, estado de nervos ou nervosismo*. O que também aparece no discurso de Madalena quando se sente contrariada na relação com a família, com o CAPS e com a igreja. Marcos também traz esse significado ao se referir às vozes que lhe atormentam “*Fico nervoso e coisa...*”. Os filhos de Isaura também se referem ao sofrimento psíquico dela como *nervoso*.

Costa (1987) considera a “doença dos nervos” como um sofrimento generalizado que se manifesta com uma profusão de sintomas fisiológicos, físicos e psíquicos, não tendo um lugar específico na classificação nosológica, em que se evidencia a estreita inter-relação entre a doença dos nervos e as condições de vida, tanto materiais, quanto existenciais.

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 (Madalena, Isaura e Isabel). Isto aponta para a complexidade e conseqüente dificuldade em enquadrar a experiência disruptiva do sofrimento psíquico e da loucura na classificação nosológica.

A dificuldade maior na produção conceitual da chamada doença mental é a de que o discurso científico oriundo das ciências da natureza esbarra na opacidade do acontecimento subjetivo (mormente o psicótico). Ao mesmo tempo, devido ao lugar de poder que ocupa a medicina, produz a ilusão de uma verdade que se opõe ao doente. (MOURA, 2007, p. 110)

Por outro lado, os significados que emergem na maioria dos discursos são o *de doença psiquiátrica e transtorno mental*. Termos, então, que são analisadores

importantes, uma vez que estes significados corroboram com o modelo hegemônico, gestado na modernidade, através da constituição do paradigma psiquiátrico, que reduz a experiência da loucura à de doença mental. Sendo, portanto, o principal agenciamento coletivo de enunciação sobre a loucura na contemporaneidade (AMARANTE, 1995; DIMENSTEIN & ALVERGA, 2005; PELBART, 2001).

A loucura como doença também aparece no discurso de três usuários, sendo muito evidente em Isaura *“Eu estou consciente de que é um problema né, uma doença psiquiátrica”*. Isabel 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”*, 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 Isaura 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 Marcos e em Isabel, sendo, portanto, um analisador. Para esta, 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”*. Marcos também subjetiva seu sofrimento como sendo obra demoníaca *“o mal é o diabo que fica me falando”*.

Entretanto, Isaura não subjetiva a loucura como possessão, mesmo no momento em que se sente atormentada pelos delírios persecutórios. *“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”*. Madalena também não subjetiva a loucura como possessão. É importante

destacar, como veremos no outro eixo, que a relação com a religião e o modo de adesão às propostas terapêuticas da religião se mostram de modo significativo em Marcos e em Isabel, enquanto que Madalena e Isaura têm um vínculo mais fluido com as suas religiões, questionando as mesmas. A igreja de Madalena é representante da primeira onda do pentecostalismo, onde o sentido de loucura como possessão não aparece de modo significativo.

Para os familiares entrevistados, embora todos sejam pentecostais, este significado não aparece em seus relatos, até mesmo na entrevista com José, pai de Madalena, que dentre os entrevistados, é o que tem uma relação mais significativa com a religião. 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:

*(...) algumas alucinações auditivas e visuais ser confundidas com uma questão muito demoníaca né, que isso é uma coisa, que isso não faz parte de um adoecimento mental, mas sim do inimigo né, que termina de uma certa forma atrapalhando o nosso trabalho.*

Neste eixo me surpreendeu a ausência de algumas categorias sobre a loucura, tais como diferença, desrazão, estranhamento e invenção, que foram pensadas no projeto, no tocante ao plano de análise. 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, 1986), tanto do

ponto de vista epistemológico, assistencial e jurídico, quanto cultural, que interrompe e obstrui a produção desejante da loucura:

As inúmeras possibilidades da loucura enquanto radicalidade da alteridade, transgressão, ruptura que força os contornos do humano – enfim, requisitos para uma vida que explora os limites da criatividade e sua afirmação – são reduzidas a um único significado: doença mental. (DIMENSTEIN & ALVERGA, 2005, p. 53).

## **B – MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DA RELIGIÃO**

Salve em nome de qualquer deus, salve!  
 Se eu me salvei, foi pela fé.  
 Minha fé é minha cultura  
 Minha fé, minha fé  
 É meu jogo de cintura, minha fé  
 (O Rappa)

Eu vou com fé a procura dos mistérios da loucura  
 E o “louco de hoje em dia quer até samba.”  
 (Samba na cabeça)

A religião está presente em nossa cultura de modo significativo, eivada por uma polissemia de sentidos que atravessam e engendram modos de vida, que produzem subjetividade, modos de compreensão do mundo, do sofrimento, de cura, de laços sociais entre outros.

A presentificação da religião na vida dos quatro usuários, se mostra de modo significativo e singular, evidenciando a matriz religiosa familiar e a inserção no espaço religioso desde a infância, sendo que Isaura e Madalena migraram da igreja católica para a igreja pentecostal, enquanto que Marcos e Isabel são evangélicos desde a infância. Em todos os casos o itinerário religioso aparece, principalmente em Madalena e Isabel, característica comum entre fiéis pentecostais (ANDRADE, 2002).

Para Isabel e Marcos, a religião se constitui como principal modo de subjetivar a loucura, e deste modo, a religião para os dois aparece 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. Segundo Isabel:

*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!"*

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 dela:

*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.*

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 reinterpretam 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, identificando que:

*(...) as terapias religiosas curam ao impor ordem sobre a experiência caótica do sofredor e daqueles diretamente responsáveis por ele. Na maioria dos casos, as terapias religiosas são abordadas sob a perspectiva do culto enquanto campo organizado de práticas e representações, ao interior do qual o especialista religioso manipula um conjunto dado de símbolos para produzir a cura. Para que os símbolos religiosos funcionem, isto é produzam cura, é preciso que sejam compartilhados pelo curador, o doente e sua comunidade de referência; usualmente, toma-se como pressuposto este compartilhar de símbolos e significados entre os participantes do processo de cura." (RABELO, 1993, p. 316)*

Isaura, no entanto, 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. Apenas o pai de Isaura se mostra contrário à sua experiência religiosa. Segundo Hulda Stadtler (2002) após a conversão para o pentecostalismo, as pessoas se percebem diferentes, principalmente em dois aspectos, tais como, traços de personalidade e identidade social, o que inclui vínculos comunitários, sentimentos de pertinência, papéis desempenhados, percepções do mundo para fora do grupo religioso. O que fica evidente na história de Isaura, contribuindo para a melhora de seu sofrimento psíquico.

Para Madalena, 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(...)*

Todavia, a religião para Madalena 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, com 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, sobretudo por seu pai.

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.

Como vimos em diversos estudos apontados no capítulo anterior (RABELO, 1993; ESPINHEIRA, 2005; FLECK, 2003; REDKO, 2004; VASCONCELOS, 2006; MONTERO, 1985; NUNES, 1999; DALGALARRONDO, 2006; ANDRADE, 2002; BALTAZAR, 2003), a recorrência a 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. 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 no presente estudo, a religião não aparece diretamente como agência terapêutica. Gabriel e Daiana se posicionam categoricamente, diferenciando os espaços terapêuticos dos espaços religiosos, inclusive Gabriel não vislumbra possibilidades de que a religião possa produzir a cura, mas ressalta 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.*

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.

*Apesar de ter sido criada, e meus pais fazem parte da igreja católica, não freqüentadores assiduamente, mas é, hoje em dia eu não freqüento nenhum espaço religioso e 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.(...) Por questões pessoais mesmo, acho que por não aceitar, por questionar diversas coisas, eu, são colocadas, diversos pensamentos que são colocados nessa religião... Então assim, é... ultimamente eu tenho tido uma aproximação maior, mas até por boa parte da minha vida não tinha tido contato com ninguém que freqüentasse essa religião, essa igreja e que fosse do meu convívio diário. Então hoje eu percebo, 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.*

Esta fala é um analisador do conflito cultural, pois dentre os técnicos apenas uma é de matriz evangélica, sendo que os demais tiveram dificuldades em conceituar e caracterizar as religiões evangélicas pentecostais, como também apresentaram dificuldades em distinguir as religiões tradicionais das neopentecostais. De acordo com a citação anterior de Rabelo, 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 os estudos apresentados anteriormente (ESPINHEIRA, 2005; VASCONCELOS, 2006; BALTAZAR, 2003; MACHADO, 2001), 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.

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.

*Então, teve alguns pacientes que, após começarem a freqüentar determinada religião, e fazerem amigos e terem uma vida social mais ampla, porque antes viviam apenas em casa ou não tinham amigos ou não tinham relações, se sentiram bem melhor. Então, mais casos de depressão ou de isolamento social. (...) Existem alguns usuários que, por conta da religião, por se sentirem acolhidos, fazerem parte de um grupo social, têm uma melhora relevante.*

Tanto nas conversas informais, como durante o grupo focal e as entrevistas, os discursos apenas me surpreenderam por se constituírem em respostas clássicas, de *livro*, que enquanto eu era integrante da equipe não me chamavam tanta a atenção, até porque compartilhava de algumas concepções e modos de lidar com o tema da religião, principalmente em relação às pentecostais, o que também é um analisador, que evidencia o caráter de reprodução histórica de discursos instituídos da ciência contra a religião.

## **C – MODOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: LIMITES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO DO CAPS COM O ESPAÇO RELIGIOSO PENTECOSTAL**

O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode libertar ou aprisionar. Ser antimanicomial é fazer uma aposta em cuidados autopoieticos (MERHY, 2007, p. 25).

Adentraremos agora na discussão sobre modos de cuidado, colocando em análise modos instituídos e instituintes de atenção à loucura, ao louco, identificando limites e possibilidades de articulação entre o CAPS com o espaço religioso

pentecostal, através de dramas e tramas que se enredam e se entrecruzam nos cuidados terapêuticos tradicionais, da atenção psicossocial e do cuidado religioso.

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).

Madalena e Marcos 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 pela namorada e pela mãe de Marcos, assim como pelo pai de Madalena, não tendo sido abordado pelos familiares de Isaura e Isabel que, como vimos não passaram pela experiência da internação psiquiátrica.

A *necessidade* do manicômio é reforçada pela dificuldade apresentada pelo CAPS em abordar a crise, encaminhando alguns usuários para internação psiquiátrica, como no caso de Marcos, o que é um analisador que revela ainda a fragilidade da rede de saúde no cuidado integral em saúde mental neste município, onde o serviço se situa, 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.

(...) a internação psiquiátrica tanto continua a existir na maioria das localidades quanto os serviços comunitários, ao invés de substituí-la, confirmam a necessidade de sua existência, pois selecionam os beneficiados, decompõem os serviços, não se responsabilizam pela demanda. Por conseguinte, abandonam os usuários, situando o manicômio como uma atenção certa, que não desampara sua clientela, configurando uma rede alternativa satélite do hospital psiquiátrico, que passa a ter sua presença confirmada (DIMENSTEIN & ALVERGA, 2005, p. 51)

Na medida em que a lógica manicomial ou hospitalocêntrica se presentifica nos serviços substitutivos e se espraia 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 Marcos e Madalena, 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.

A pessoa em crise, deste modo, é um estranho. Este estranhamento é também, por sua vez, um fecundo analisador. Um analisador que encobre e revela a potência instituinte da crise que fala da caduquice do instituído (...) É a força da antiprodução, é a captura e é a reprodução autofágica de traços de identidades anteriores, vistas ou vividas. (BICHUETTI, 2005, p. 27)

Além disso, o CAPS apresenta dificuldades em lidar com as questões da vida cotidiana de Madalena, com sua diferença, inquietude e movimento de recusa em aderir aos projetos terapêuticos impostos pelo serviço. *Madalena, se não for uma boa menina Deus vai castigar, e o CAPS amém.*

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.

No caso de Marcos, 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.

O serviço é, não obstante, sempre um espaço institucional e como tal, reproduz continuamente aspectos regressivos de “institucionalização”, quer com os pacientes na sua relação com o serviço, quer nos operadores na sua relação com o trabalho (DELL ‘ACQUA & MEZZINA, 2005, p. 189).

Eis a pergunta que não quer calar...

será que estamos dispostos a acolher a loucura em nossa vida cotidiana de fato ao afirmarmos que lutamos por uma “sociedade sem manicômios”, ou apenas domesticá-la, conferir-lhe mais uma identidade, mortificar o seu potencial disruptivo ou de desterritorialização? (DIMENSTEIN & ALVERGA , 2005, p. 53).

Deste modo, o CAPS produz subjetividades institucionalizadas, normatizadas, manicomiais. Isso também é evidenciado pelo modo como todos se referem *ao lugar da medicação no projeto terapêutico*, e aparece nos discursos dos familiares e até mesmo da equipe técnica, apontando ser outro analisador.

Madalena, mais uma vez, mostra a sua resistência, ao revelar o seu incômodo pela experiência do uso da medicação como controle de seus desejos, de seus movimentos, da possibilidade de expressão de suas potencialidades.

*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*

Em diversos serviços abertos e territoriais, as práticas de contenção física são substituídas pelas práticas de contenção química, uma vez que “o refinamento na produção de psicofármacos a partir da década de 1950 permitiu novas formas

de tratamento sem a necessidade do enclausuramento manicomial” (VASCONCELOS, 1992 *apud* DIMENSTEIN & ALVERGA, 2005, p. 50).

O que caracteriza o triunfalismo médico na atualidade do campo psiquiátrico é a forma mais requintada de controle da experiência da loucura e do mal – estar das subjetividades no espaço social, pela regulação da produção dos neurohormônios. Com isso, a subjetividade é eminentemente silenciada, em nome do pragmatismo e da razão instrumental (...) O delírio como obra e produção específica da loucura é silenciado pelos circuitos bioquímicos do sistema nervoso. (BIRMAN, 2003, p. 19).

A crítica ao uso do psicofármaco em saúde mental não implica em seu abandono, mas exige a mudança de entendimento sobre o lugar do mesmo, enquanto um recurso terapêutico a ser utilizado a depender da situação, o que requer uma avaliação mais ampla do quadro apresentado pelo usuário e exige a articulação com outras propostas terapêuticas. O caráter de denúncia que assume o discurso de Madalena, é no sentido do esquadramento do desejo, da mortificação da experiência delirante que a medicação tem assumido historicamente; ao que muitos usuários, assim como Madalena, burlam, desenvolvendo várias *treitas*<sup>36</sup> para não usá-la, uma vez que, em muitas situações, ela é impeditiva de que possam levar uma vida com maior *normalidade*.

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 José “*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.

Só o fármaco pode responder a essa demanda histórica do paciente psiquiátrico. Intervir com objetividade no momento do fato clínico ou, até mesmo, antes, prevenindo-o, seria a máxima utópica de um ideal terapêutico. Isso se corporifica na imagem clínica psiquiátrica, no que ela tem de efeitos concretos. (...) A medicação, hoje, é a solução para os males do espírito, ainda que esse espírito não tenha sido identificado no écran de uma neuroimagem (MOURA, 2007, p.144).

---

<sup>36</sup> Treitas são linhas de fuga que os usuários produzem para enganar os familiares, técnicos entre outros, escondendo o remédio nos lugares mais inusitados para que não seja percebido que ele não foi utilizado.

Essa lógica também perpassa o modo como Isaura se refere à medicação e a legítima – *pílula de Deus*, através de 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.*

Todavia, com esta prática, coexistem outras propostas terapêuticas, que abrem a possibilidade para novas experiências, como todos evidenciaram. Madalena dá destaque às atividades festivas e Marcos atribui sua melhora ao CAPS, por contribuir para o seu processo de autonomia e inclusão social, o que é corroborado por sua namorada e também por sua mãe, que atualmente também é usuária do serviço, como dito anteriormente.

Embora a passagem de Isabel não tenha visibilidade no serviço, o CAPS é um lugar aonde vai com regularidade, onde se sente acolhida e gosta de participar de várias oficinas terapêuticas.

Para Isaura e seus filhos, o CAPS aparece como o principal responsável pelo seu cuidado, inclusive nos momentos de crise. A riqueza de seus relatos 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. De acordo com Lourau (*apud* Altoé, 2004, p. 47) “Por ‘instituinte’

entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como ‘significante’ da prática social”.

Durante o grupo focal, a equipe anunciou um processo de mudança que atravessa o fazer da clínica psicossocial, que revela 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 realizado pelo IPUB/UFRJ<sup>37</sup>, fruto de um convênio entre a secretaria municipal de saúde e o Ministério de Saúde.

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<sup>38</sup>, 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, obviamente, 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, como descrito anteriormente.

---

<sup>37</sup> Este curso é a concretização de um dos projetos previstos no Plano Municipal de Saúde Mental, elaborado em 2002 e tem contribuído para a formação de profissionais de outros municípios circunzinhos.

<sup>38</sup> Esse processo de *auto-análise* é realizado no interior do próprio grupo e pelo próprio grupo, o que permite aos sujeitos participantes avaliar as condições nas quais estão inseridos e buscar soluções para seus problemas. Deste modo, o processo de auto-análise é simultâneo ao processo de auto-organização, uma vez que exige que o grupo se repositone diante das novas demandas que irão emergir. Esse processo não prescinde, contudo, da figura do *expert*, mas deve prescindir da postura centralizadora e dominante do *expert*. “Para tanto, é de fundamental importância que os *experts* tenham uma reflexão epistemológica sobre as formas como o conhecimento pode se produzir através da interação com o *senso comum*. É fundamental que estabeleça uma relação de transversalidade, integrando-se ao movimento de auto-análise e autogestão do grupo e colocando seu saber a serviço do mesmo” (BAREMBLITT, 1996, p.2).

A auto-análise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida (...) Mas até para que a auto-análise seja praticada pelas comunidades, elas têm de construir um dispositivo no seio do qual esta produção seja possível. Elas têm de organizar-se em grupos de discussão, em assembléias; elas têm de chamar experts aliados para colaborar com elas; elas têm de dar-se condições para produzir este saber; e para desmistificar o saber dominante (BAREMBLITT: 1996, p. 19)

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.

Política é a convivência com o diferente, é agir em um mundo de interesses diversos, de conflitos, disputas, alianças. Exercitar a liberdade é correr os riscos de viver a vida como este milagre de começar o novo, tomar a iniciativa de romper com os discursos e práticas hegemônicas que incidem sobre nosso cotidiano tornando-o monótono, repetitivo, sem perspectiva, cinzento, sem vida (YASUI, 2006, p. 23).

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, sendo um analisador importante deste estudo.

É importante saber que para que a vida social, entendida como o processo em permanente transformação que deve tender ao aperfeiçoamento, que deve visar a maior felicidade, a maior realização, a maior saúde, a maior criatividade de todos os membros, essa vida só é possível quando ela é regulada por instituições e organizações, quando nessas instituições e organizações a relação e a dialética existentes entre o instituinte e o instituído, entre o organizante e o organizado se mantêm permanentemente permeáveis, fluidas, elástica (BAREMBLITT, 1996, p. 33).

Por fim, considera-se relevante apontar que, muitas vezes, as políticas públicas partem da premissa de que as instituições sociais têm necessidades

universais, inequívocas e naturais. A Análise Institucional, em contrapartida, considera que as necessidades destas instituições são forjadas historicamente, produzidas dentro de um contexto dentro do qual merecem ser problematizadas (ROCHA & AGUIAR, 2006).

A vida cotidiana, onde as práticas são tecidas, não pode ser considerada como uma totalidade fechada em si mesma e nem desenvolvida através de relações de determinação linear com a globalidade hegemônica e com os valores dominantes. Antes, para que o cotidiano ganhe consistência, é fundamental que pela análise coletiva, seja intensificado, aglutinando as ações fragmentárias e descontínuas, imprimindo novos sentidos à realidade (ROCHA, GOMES & LIMA, 2003, p.139).

As implicações que perpassaram por 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 da escrita. É com certa tristeza e assombro que me sinto tomada pelas vidas cruzadas, pois revelam diferentes modos de captura da diferença, as quais em alguns momentos também me fisgaram e despontencializaram meu percurso.

## 6. CONVERSÇÕES AINDA EM CURSO

### Tudo Novo de Novo

Vamos começar  
 Colocando um ponto final  
 Pelo menos já é um sinal  
 De que tudo na vida tem fim  
 Vamos acordar  
 Hoje tem um sol diferente no céu  
 Gargalhando no seu carrossel  
 Gritando nada é tão triste assim  
 É tudo novo de novo  
 Vamos nos jogar onde já caímos  
 Tudo novo de novo  
 Vamos mergulhar do alto onde subimos  
 Vamos celebrar  
 Nossa própria maneira de ser  
 Essa luz que acabou de nascer  
 Quando aquela de trás apagou  
 E vamos terminar  
 Inventando uma nova canção  
 Nem que seja uma outra versão  
 Pra tentar entender que acabou  
 Mas é tudo novo de novo  
 Vamos nos jogar onde já caímos  
 Tudo novo de novo  
 Vamos mergulhar do alto onde subimos

(Moska)

Eis que chega a derradeira hora de fechar, de concluir. No entanto, prefiro chamar este momento de *conversações ainda em curso*, por entender que a complexidade que permeou esta pesquisa transborda os limites de uma produção textual.

Vários questionamentos e afetos perpassaram este estudo, num percurso tortuoso e *torturoso*. No entrelaçamento entre loucura e vida, loucura e subjetivação, vários encontros, desencontros e reencontros: com a cultura, com a religião, com a proposta do *novo* na saúde mental entre outros.

Durante parte do percurso, os campos, religião e saúde mental, eram percebidos e vividos como separados, irreconciliáveis, em oposição. Ainda mais

quando focava o olhar para o pentecostalismo e para o CAPS. Era como se o primeiro fosse visto como o ajudante da ordem e o segundo, o parceiro da loucura.

Não tinha dúvidas em qual campo/ lado me posicionar. Era *óbvio e ululante* a minha defesa do CAPS, no papel tanto de uma militante apaixonada como enquanto uma profissional deslumbrada com experiência concreta no CAPS em estudo. Defesa pautada pela potência engendrada por este dispositivo estratégico que, prometia com seu movimento instituinte, subversivo, contra-hegemônico, ser capaz de radicalizar a produção de novos encontros com a loucura e com o louco, imbuídos de princípios antimanicomiais, que iam muito além do combate ao manicômio enquanto espaço geográfico.

O Pentecostalismo, por sua vez, era visto e entendido como o representante do *mal*, do instituído, da norma, do hegemônico, da lógica manicomial, principalmente por sua concepção de loucura como possessão e sua proposta de exorcismo, reproduzindo um modo histórico de lidar com a loucura no contexto da Idade Média, com *requintes contemporâneos*. Portanto, se confrontava com tudo o que eu acreditava e defendia.

Entretanto, nada como a experiência com a diferença e com o diferente para colocar em análise essas 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 de Madalena, Isaura, Isabel e Marcos compartilhadas neste trabalho (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 manicomiais, tornando os loucos prisioneiros do desejo do outro, de dominação, de controle, de contenção. Numa mistura de aspectos da sociedade disciplinar e do controle, produzindo corpos dóceis, disciplinados, e corpos eufóricos e extasiados.

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*.

Para tanto, acredito que este trabalho abre para que novas experimentações com a loucura e com o louco sejam produzidas, inventadas. Acredito também, que aponta para a importância de se adentrar no campo religioso, conhecendo outros personagens que neste estudo apareceram através das experiências de usuários, familiares e técnicos. O que exige cuidado e prudência. Implica em desterritorializar os territórios de referência, o “em casa”, permitindo-se conhecer o Outro.

Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volumes reduzidos. É ao nível de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. Necessita-se ao mesmo tempo de criação e povo (DELEUZE, 1992, p. 218)

Entretanto, mais do que acreditar no mundo, em deuses ou demônios, é preciso apostar no liame entre o humano e o mundo, na potência e afirmação da vida, dos desafios que os modos de existência contemporâneos engendram.

*A poesia não se perde  
Ela apenas se converte  
Pelas mãos do tambor  
( O RAPPÀ)*

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. (2000). *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec.

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,

\_\_\_\_\_. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

\_\_\_\_\_. (1998). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

\_\_\_\_\_. (2007). *Saúde Mental e Atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

AMARANTE, P. & BEZERRA, B. (1992). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará.

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.

ANDREOLI, G. (2004). *Grafismos urbanos: composições, olhares e conversações*. Dissertação - (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/ RS.

ANTONIAZZI et al. (1994). *Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo*. Petrópolis: Vozes.

APTHEKER, H. (1967). *Uma nova história dos Estados Unidos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

ARANHA, M. (2004). *Alguns aspectos da religião na psicologia analítica*. Ciências & Cognição; Vol. 01, p. 76-82.

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.

BAQUEIRO, C. (2006). *Plano Municipal de Saúde Mental*. Diário oficial do Estado da Bahia.

- BAREMBLITT, G. (1996). *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- BARROS, R. B. & PASSOS, E. (2001). Subjetividade e Instituição. In: MACHADO, L. M.; LAVRADOR, M. C. C. & BARROS, M. E. B. (org.). *Texturas da Psicologia – subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 145-152.
- BASTIDE, R. (1967). *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- BAUMAN, Z. (1998). *O mal-estar na pós-modernidade*. Tradução Mauro Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- BENEDETTI, L. R. (1984). *Os santos nômades e o deus estabelecido*. São Paulo: Edições Paulinas.
- BENEVIDES, R. (2002). Saúde Mental: a importância de se assegurarem direitos. In: RAUTER, C.; PASSOS, E. & BENEVIDES, R. B. (orgs.). *Clínica e Política. Subjetividade e Violação dos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Editora TeCorá.
- BEZERRA, B. (1992). Prefácio. In: CAMPOS, F. C. B. *Psicologia e Saúde. Repensando Práticas*. São Paulo: Hucitec.
- BÍBLIA SAGRADA. (2000). Petrópolis: Ed. Vozes.
- BICHUETTI, J. (2005). *Sobre a crise*. Uberaba: Fundação Gregório Barembliitt.
- 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.
- \_\_\_\_\_. (2001) *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- \_\_\_\_\_. & Costa, J. F. (1994). Organização das instituições para uma reforma comunitária. In: AMARANTE, P. (org), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.41-72.
- BOURDIEU, P. (1987). Gênese e estrutura do campo religioso. In: BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1999). *Manual para a organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2001) - Lei Federal 10.216/01. Reforma Psiquiátrica.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Política Nacional em Saúde Mental e a Declaração de Caracas*.

- \_\_\_\_\_. (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Cosam/MS.
- BRASIL. (2004). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
- CAMARGO, K. (2003). Biomedicina. In: *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: HUCITEC, p. 101- 135.
- CENSO DEMOGRÁFICO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em: [www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/) 2006.
- CLAVREU, J. (1978). *L'ordre médical*. Paris: Ed. du Seuil.
- COSTA, J.F. (1987). *Consciência da doença como consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica*. Cadernos do IMS. 1(1): p. 4 -44.
- DALGALARRONDO, P. et al (1999). *Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos*. *Rev. Bras. Psiquiatr.* jul./set., vol.21, no.3, p.158-164.
- \_\_\_\_\_. (2006). Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)*, vol. 28, p. 177-178.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais*. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP.
- DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R. (2005). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord) *Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU, p. 161-194.
- DELEUZE, G. (1992). *Conversações*. Editora 34, Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_. (1997). *Crítica e clínica*. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34.
- \_\_\_\_\_. & GUATTARI, F. (1972). *O anti-Édipo - capitalismo e esquizofrenia*. Assírio & Alvim, Lisboa
- 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.
- \_\_\_\_\_. (2007). *A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura*. *Interface*, vol.10, nº 20, p.299-316.

DONNANGELO, M.C.F (1979). Saúde e sociedade. In: DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, p.11-94.

DURKHEIM, É. (1989). *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. São Paulo: Paulinas.

\_\_\_\_\_ (2000). *As Formas Elementares da Vida Religiosa – O sistema totêmico na Austrália*. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes.

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. (1994). Washington: American Psychiatric Press.

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.

FILHO & NÓBREGA, (2004). *A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social*. Estudos de Psicologia, 9 (2), p. 373-379.

FLECK, M. P. A., BORGES, Z. N., BOLOGNESI, G. *et al.* (2003). *Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais*. Rev. Saúde Pública. ago., vol.37, no.4, p.446-455.

FONSECA, T. M. G. (2004). *O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica*. Psicol. Soc. v.16 n.3 Porto Alegre set./dez.

FONSECA, T. M. G. & RÉGIS, V. M. *Repensando as estratégias metodológicas*. s/d mimeo.

FOUCAULT, M. (2005). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.

\_\_\_\_\_. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Graal.

\_\_\_\_\_. (2004). *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense, 6ª ed.

FREUD, S. (1923). O Futuro de uma Ilusão - O Mal-estar de uma Civilização. In: *Obras Completas*. Vol XXI. Rio de Janeiro (RJ): Standad Brasileira/Imago.

FRESTON, P. (1994) *Breve história do pentecostalismo brasileiro*. Petrópolis: Vozes.

FRIJERIO, A (1994). Estudios recientes sobre el Pentecostalismo en el Cono Sur: problemas e perspectivas. In: FRIGERIO, A. (Org.). *El Pentecostalismo en la Argentina*. Buenos Aires: CEAL.

GASKELL, G. (2003). Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, M. W. & Gaskell, G. (Orgs.) *Pesquisa qualitativa com texto, som e imagem*. Petrópolis: Vozes, p. 64-89.

- GEERTZ, C. (1978). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- GUATTARI, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio Janeiro: Editora 34.
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. (2000). *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. 6ª edição. Petrópolis: Editora Vozes.
- IÑIGUEZ, L. (2004). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Tradução de Vera Lúcia Joscelyne. Petrópolis, RJ, Vozes.
- JUNG, C. G. (1971). *Psicologia da Religião Ocidental e Oriental*. Petrópolis: Editora Vozes.
- LANCETTI, A. (org.). (1991). *Saúde Mental no Programa Saúde da Família*. Saúde Loucura 03. 2ª edição. São Paulo: Hucitec.
- L'ABBATE, S. (2003). *A análise institucional e a Saúde Coletiva*. Ciência e Saúde Coletiva vol.8 no.1. Rio de Janeiro.
- LAVRADOR, M.C.C. (2006). *Loucura e vida na contemporaneidade*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Brasil.
- LESBAUPIN, I. (2003). Marxismo e religião. IN. TEXEIRA, F. *Sociologia da Religião*. Petrópolis: Vozes, p. 13-35.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1967). *Antropologia Estrutural I*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- LOBOSQUE, A. M. (2003). *Clínica em movimento*. Rio de Janeiro: Garamond.
- MACHADO, A. L. (2001). *Espaços de representação da loucura: Religião e Psiquiatria*. Campinas, SP: Papirus.
- 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.
- LUZ, M. T. (2000). *A produção Científica em Ciências Sociais e Saúde: Notas Preliminares*; Saúde em Debate, Rio de Janeiro, p.1-19.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Sobre as relações entre Estado e sociedade civil: transformações no campo da Saúde a partir do referencial das Ciências Sociais*. Ciência e Saúde Coletiva, v.8, nº1, p.24-26.
- \_\_\_\_\_. (2004). *Natural, Racional, Social – Razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo, HUCITEC (2ª. Ed. revista).

- MARIZ, C. L. (2003). A sociologia da religião de Max Weber. IN: TEXEIRA, F. *Sociologia da Religião*. Petrópolis: Vozes, p. 67-93.
- MENDES, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- MERHY, E.E. (2007). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 3ª ed.
- MINAYO, M.C. de S. , (2000). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed., São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO.
- MONTERO, P. (1985). *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio Janeiro: Graal.
- MOURA, A. (2007). *Linhas da Diferença em Psicopatologia*. Salvador: CIAN Gráfica e Editora.
- NEVES, C. A. B. & JOSEPHSON, S. C. (2001). A crítica como clínica. In: MACHADO, L. M.; LAVRADOR, M. C. C. & BARROS, M. E. B. (orgs). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 99-108.
- NUNES, M. O. (1999). *À temps e à contre-temps: les voix des tambours du candomblé dans la psychose*. Tese de doutorado. Université de Montréal, Montreal.
- \_\_\_\_\_. (2008). *Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil*. Coord. Pesquisa. Bahia: ISC/ UFBA. Financiada por CNPq.
- OLIVEIRA & WERBA (1999). *Representações sociais*. In: STREY, M. N. et al. *Psicologia social contemporânea: livro-texto*. Petrópolis: Vozes.
- ORO, A. P. & SEMAN, P. (1997) . *Os pentecostalismos nos países do cone-sul: panorama e estudos*.Religião & Sociedade, Rio de Janeiro, v. 18, p. 127-155.
- ORTEGA, F. J. G. (2003). *Práticas de ascese corporal e constituição de bio-identidades*. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. XI, n. 1, p. 59-77.
- PARPINELLI, R.S. & SOUZA, E. W. F. (2005). *Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico*. Psicologia em Estudo, Maringá, set/dez, v. 10, n. 3, p. 479-487.
- PASSOS, E. & PITOMBO, L. (2003). Alguns aspectos da relação entre a História e a Clínica no Movimento da Reforma Psiquiátrica. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREMZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C.(orgs). *Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades*. Rio de Janeiro: Relumé Dumará: FAPERJ, p. 217-224.

- PASSOS, E. & BARROS, R. B. (2000). *A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade*. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Jan./Apr., vol.16, no.1, p.71-79.
- PELBART, P. P. (1993). *A Nau do Tempo Rei*. Rio de Janeiro: Imago.
- \_\_\_\_\_. (1989). *Da Clausura do Fora ao fora da Clausura*. São Paulo: Brasiliense.
- \_\_\_\_\_. (2002). Biopolítica e biopotência no coração do império. In: GADELHA, S.; LINS, D. (orgs.). *Nietzsche e Deleuze: Que pode o corpo?* Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 251-260.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras.
- PESSOTTI, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34.
- PIERUCCI, A. F. & PRANDI, R. (1996). *A realidade social das religiões no Brasil: religião, sociedade e política*. São Paulo: Hucitec.
- PINHO, A. R. - A visão psiquiátrica do misticismo (1975). In: CONCEIÇÃO, A.C.; NERY, G.C.; PINHO, S.R. *Rubim de Pinho: fragmentos da Psiquiatria transcultural*. EDUFBA, Salvador, 2002 (artigo original publicado na Revista Diálogo Médico, Rio de Janeiro 1:211-224.
- RABELO, M. C. (1993). *Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro.
- RAUTER, C.; PASSOS, E. & BENEVIDES, R. B. (orgs.). (2002). *Clínica e Política. Subjetividade e Violação dos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Editora TeCorá.
- 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.
- RABELO, M. C. (2003). *Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas*. *Caderno de Saúde Pública*, jul/set., vol.9/ no.3, p. 316-325
- 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.
- RINALDI, D. L. & LIMA, M. C. N. (2006). Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. *Mental*, ano IV, n. 6, Barbacena, jun., 53- 68
- ROCHA, M., AGUIAR, F., GOMES, L. G. W., & LIMA, I. C. (2003). Gestão do trabalho e os desafios da saúde na educação. In: BOCK, A. M. B. *Psicologia e o Compromisso Social* São Paulo: Cortez, p.129-141.

- ROLIM, F. C. (1985). *Pentecostais no Brasil: uma interpretação socio-religiosa*. Petrópolis: Vozes.
- ROLNIK, S. (1998). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. SP: Editora Clube do Livro.
- ROSA, L. (2003). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.
- SANCHIS, P. (2003). A contribuição de Émile Durkheim. In: TEXEIRA, F. *Sociologia da Religião*. Petrópolis: Vozes, p. 36-66.
- SANTOS, B. S. (1997). *Um discurso sobre as ciências*. Edições Afrontamento, Porto.
- SANT'ANNA, D. B. (2001). E possível realizar uma História do corpo? In: SOARES, C. (org) *Corpo e história*. Campinas: autores associados, p. 3-23.
- SCHRAIBER, L. B. (1993). *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec.
- \_\_\_\_\_ (2001). Representação e prática: a construção da autonomia. In: \_\_\_\_\_. *O médico e seu trabalho, limites da liberdade*. São Paulo: HUCITEC, 1993, p. 179-220. Campinas: autores associados, p. 3- 23.
- SCHRAIBER, L. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (1996). Necessidade de saúde e atenção primária. In: *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica* (L. B. Schraiber, M. I. B. Nemes & R. B. Mendes-Gonçalves, org.), pp. 29-47, São Paulo: Editora Hucitec.
- SILVA, M. V. O. (1995). Loucura, instituição e sociedade. Fragmentos de dissertação de mestrado. *Do pré-psiquiátrico ao pós-psicanalítico: cursos e percursos da trajetória da cultura psicológica na Bahia*. Salvador: ISC/UFBA.
- SILVA, V. G. (2006). *O Antropólogo e sua magia: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras*. 1ed. São Paulo: EDUSP.
- SILVEIRA, M. L. (2000). *O Nervo Cala, o Nervo Fala: a Linguagem da Doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- SITE: [http://www.cursodepastor.com.br/xhtml/historia\\_igreja\\_batista.php](http://www.cursodepastor.com.br/xhtml/historia_igreja_batista.php) - Acessado em 02/01/08.
- STADTLER, H. (2002). *Conversão ao pentecostalismo e alterações cognitivas e de identidade*. Revista de Estudos da Religião. PUC – SP, nº 2, p. 112-135.
- TEXEIRA, F. (2003). *Sociologia da Religião*. Petrópolis: Vozes.

TORRE, E. H. G. & AMARANTE, P. (2001). *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. Ciência, saúde coletiva, vol.6, no.1, p.73-85.

VASCONCELOS, E. M. (org). (2006). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: HUCITEC.

\_\_\_\_\_. (2000). Reinvenção da cidadania, *empowerment* no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: AMARANTE, P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 169-194.

VELHO, G. (1981). Observando o familiar. In: \_\_\_\_\_ (Org.). *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia das sociedades contemporâneas*. Rio de Janeiro: Zahar.

VOLCAN, S. M. A.; SOUSA, P. L. R., MARI, J. J. et al. (2003). *Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal*. Rev. Saúde Pública. ago., vol.37, no.4, p.440-445.

WEBER, M. (1983). *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira.

WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. (2008). Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina\\_principal](http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_principal)

YALOUR, M. R. & TOBAR, F. (2001). *Como fazer teses em Saúde Pública: Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz.

YASUI, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Doutorado.

**ANEXOS**



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil

■ E-mail: [ppgsc@ufba.br](mailto:ppgsc@ufba.br) – ☎(071) 3263-7409/7410

## **Anexo 1- Roteiro para entrevista com os usuários do CAPS**

### ***A – PERFIL DO USUÁRIO***

- 1 - Nome
- 2 - Sexo
- 3 - Idade
- 4 - Estado civil
- 5 - Escolaridade
- 6 - Situação social
- 7 - Início do tratamento no CAPS
- 8 - Projeto terapêutico singular proposto
- 9 - Religião

### **B- SAÚDE MENTAL**

- 1- Por que você está fazendo tratamento no CAPS?
- 2- Descreva seu tratamento no CAPS.
- 3- Quais são suas atividades além do tratamento?
- 4- Você busca ou já buscou tratamento em outro lugar?

### **C- RELIGIÃO**

- 1- Você tem algum envolvimento religioso?
- 2- Descreva sua trajetória na vida religiosa.
- 3- Como seus familiares lidam com a sua vida religiosa?
- 4 - O que os profissionais do CAPS pensam acerca das suas experiências religiosas?



**Universidade Federal da Bahia**

**Instituto de Saúde Coletiva**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040  
Salvador-Bahia/ Brasil E-mail: [ppgsc@ufba.br](mailto:ppgsc@ufba.br) –  
☎(071) 3263-7409/7410

## **Anexo 2- Roteiro para entrevista com os familiares dos usuários do CAPS**

### **A – PERFIL DO FAMILIAR**

- 1 - Nome
- 2 - Sexo
- 3 - Idade
- 4 - Estado civil
- 5 - Escolaridade
- 6 - Situação social
- 7 - Religião

### **B- SAÚDE MENTAL**

- 1- Por que seu (sua) familiar está fazendo tratamento no CAPS?
- 2 - Descreva o tratamento no CAPS que seu (sua) familiar recebe.
- 3 - Quais são suas atividades além do tratamento?
- 4 - Ele (a) busca ou já buscou tratamento em outro lugar?

### **C- RELIGIÃO**

- 1- Você tem algum envolvimento religioso? Em caso afirmativo, descreva suas experiências religiosas.
- 2 - Seu (sua) familiar tem algum envolvimento religioso? Em caso afirmativo, descreva suas experiências religiosas.
- 3 - Como você lida com a experiência religiosa de seu (sua) familiar?

4 - O que os profissionais do CAPS pensam acerca das experiências religiosas de seu (sua) familiar?



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil

■ E-mail: [ppgsc@ufba.br](mailto:ppgsc@ufba.br) – ☎(071) 3263-7409/7410

### **Anexo 3 - Roteiro para entrevista (Profissionais do CAPS)**

#### ***A – PERFIL DO PROFISSIONAL***

- 1 - Nome do Profissional
- 2- Idade
- 3- Sexo
- 4- Estado civil
- 5- Religião
- 6 - Formação
- 7 - Tempo de formação
- 8 - Instituição que formou: Pública, privada, outros?
- 9 - Capacitações (especialização, mestrado, doutorado).
- 10 – Vínculo profissional (concursado, contrato temporário, CLT, cooperativado, OSIP, outros)

#### **B- SAÚDE MENTAL**

- 1- Qual é a sua formação?
- 2- Descreva a sua trajetória na saúde mental.
- 3- Descreva suas atividades no serviço.
- 4- Que fatores você considera relevante na elaboração dos projetos terapêuticos dos usuários?
- 5- Quais são as dificuldades encontradas no acompanhamento com os usuários?

6- O CAPS tem parceria com recursos da comunidade?

### C- RELIGIÃO

- 1- Você tem algum envolvimento religioso? Em caso afirmativo, descreva suas experiências religiosas.
- 2- Descreva sua percepção e entendimento sobre as experiências religiosas dos usuários do CAPS.
- 3- Na sua avaliação, em que medida estas experiências contribuem para a melhora dos usuários?
- 4- Como você distingue uma crença religiosa da experiência delirante?



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-  
Brasil ■ E-mail: [ppgsc@ufba.br](mailto:ppgsc@ufba.br) – ☎(071) 3263-7409/7410

## ANEXO 4- ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL COM OS PROFISSIONAIS DO CAPS

### **A – PERFIL DO PROFISSIONAL**

- 1 - Nome do Profissional
- 2- Idade
- 3- Sexo
- 4- Estado civil
- 5- Religião
- 6 - Formação
- 7 - Tempo de formação
- 8 - Instituição que formou: Pública, privada, outros?
- 9 - Capacitações (especialização, mestrado, doutorado).
- 10 - Vínculo profissional (concursado, contrato temporário, CLT, cooperativado, OSIP, outros)

### **B- SAÚDE MENTAL**

- 1- Qual é a sua formação?
- 2- Descreva a sua trajetória na saúde mental.
- 3- Descreva suas atividades no serviço.
- 4- Que fatores você considera relevante na elaboração dos projetos terapêuticos dos usuários?
- 5- Quais são as dificuldades encontradas no acompanhamento com os usuários?
- 6- O CAPS tem parceria com recursos da comunidade?

## C- RELIGIÃO

- 1- Você tem algum envolvimento religioso? Em caso afirmativo, descreva suas experiências religiosas.
- 2- Descreva sua percepção e entendimento sobre as experiências religiosas dos usuários do CAPS.
- 3- Na sua avaliação, em que medida estas experiências contribuem para a melhora dos usuários?
- 4- Como você distingue uma crença religiosa da experiência delirante?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Anexo 5**

**Projeto: Estudo sobre modos de subjetivação da loucura através  
das experiências dos usuários do CAPS nas igrejas pentecostais –  
Bahia – Brasil.**

**Termo de Consentimento**

**I. DESCRIÇÃO E CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA**

O Sr (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre experiências religiosas dos usuários do CAPS nas igrejas pentecostais. Você não tem a obrigação de participar do estudo e pode se sentir a vontade para desistir a qualquer momento. Sua contribuição, entretanto, é muito importante para que se conheça mais sobre saúde mental e religião.

**II. DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE**

Toda informação que o Sr.(a) fornecer permanecerá estritamente confidencial. O nome do Sr.(a) não será revelado em nenhum momento do estudo, suas informações serão confidenciais e os dados publicados serão apresentados de uma maneira tal que o seu nome jamais seja identificado, garantindo o seu anonimato.

**III. RISCOS/ BENEFÍCIOS/ COMPENSAÇÃO**

Durante a sua participação neste estudo, o Sr.(a) não será exposto a nenhum tipo de risco, que possa gerar qualquer tipo de desconforto. Embora o Sr.(a) não receba nenhuma compensação ou gratificação financeira por sua contribuição, os resultados permitirão uma maior compreensão sobre novos cuidados em saúde mental.

**IV. ACEITAÇÃO**

O Sr(a). entendeu o plano do estudo? Tem alguma pergunta para fazer? Sinta-se a vontade para fazer perguntas e tirar dúvidas sempre que quiser. O Sr(a). está ciente das informações recebidas e concorda em participar deste estudo?

Assinatura do(a) entrevistado(a): \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.