

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

**CRENÇAS RELIGIOSAS NO CONTEXTO DOS PROJETOS
TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL:
IMPASSE OU POSSIBILIDADE?**

Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental.

por

Danielle Vargas Silva Baltazar

Orientador: Victor Vincent Valla
Segundo Orientador: José Luis de Almeida Telles

Rio de Janeiro, agosto de 2003

*À memória de minha querida avó Olívia Vargas,
pelo amor que sempre demonstrou, pelas lembranças que ficaram
e pelo exemplo de dignidade humana.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, cada qual a seu modo, possibilitaram a realização deste projeto acadêmico e pessoal.

Especialmente agradeço

A minha mãe e ao meu pai, pelo contexto de amor no qual fui criada e pelo incentivo aos meus projetos de vida ... *eu amo vocês!*

A Victor Vincent Valla e José Luis de Almeida Telles, orientadores e acompanhantes de todo o percurso... *além da orientação, valeu o apoio e o estímulo que vocês sempre me deram!*

Aos mestres Nair Telles, Alberto Najar e Eduardo Stotz, pelo ensino na pós-graduação... *vocês influenciaram o desdobramento do trabalho e a construção de minhas análises!*

À professora Jane Russo, pelas críticas pertinentes e necessárias ao aprimoramento do trabalho... *sua disponibilidade em avaliar fez toda a diferença!*

Aos profissionais e pacientes da rede de saúde mental do município de Niterói, que se dispuseram a contribuir na pesquisa de campo com seus depoimentos... *vocês tornaram possível!*

Ao André Duarte, pelos três importantes anos que compartilhamos e nos quais este projeto teve origem... *minha gratidão a você permanece!*

Ao amigo Celso Vergne, pelo carinho com que recebeu o meu pedido de ajuda... *sua presença e a leitura do texto foram fundamentais para a conclusão do trabalho!*

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica, pela ajuda com toda a burocracia que a defesa de uma dissertação envolve... *vocês foram sempre muito solícitos!*

A todos os colegas de turma do mestrado, em particular a Cristiane Nunes que nas “viagens” de São Gonçalo para a ENSP estreitou uma bonita amizade que certamente não ficará restrita a esse tempo... *nossas trocas tornaram o mestrado mais agradável e afetoso!*

À equipe de saúde mental do Hospital Estadual Azevedo Lima - Niterói, por ter facilitado a conclusão deste trabalho... *vocês sabem o que isso significa!*

À equipe do PAIF - Tanguá, em especial a Rosane Araújo pela receptividade e compreensão com o meu tempo corrido e a Ilmara Quintanilha pela ajuda na transcrição das entrevistas... *nossa equipe é show!*

À Claudia Osório, hoje colega do departamento de psicologia da UFF, pelo estímulo profissional ... *you tem sido uma referência!*

Aos amigos e amigas de sempre, Ingrid, Neto, Thaisinha, Rê, Alê, Rick, Luiz, Vitor, Lu, Cris, Marquito, Adri, Lili, Cíntia... *vocês são imprescindíveis!*

Por fim, ao Gustavo, por compartilhar desse tempo... *“agora eu também estou em dia... com o meu amor!”*

Muito Obrigada!

“É um erro acreditar que a ciência consiste apenas em proposições definitivamente provadas, e é injusto exigir que assim seja. Tal exigência é feita somente por aqueles que anelam substituir seu catecismo religioso por outro ainda que de caráter científico.”

Freud, Sigmund
Conferência de Introdução à Psicanálise III

RESUMO

Esta dissertação teve por objetivo apresentar alguns questionamentos acerca da religiosidade popular presente no contexto das práticas assistenciais do campo da saúde mental, especialmente considerando o modo como os profissionais têm compreendido tal fenômeno. Parte-se do pressuposto de que a religiosidade, enquanto fenômeno social amplo, tem também composto o rol de recursos utilizados pelos pacientes psiquiátricos para dar sentido e lidar com o sofrimento mental.

Trata-se de um estudo sistematizado sobre a relação entre a religiosidade de quem sofre e o processo de reabilitação psicossocial conduzido pelos profissionais do campo da saúde mental. Busca-se, desse modo, investigar e compreender como estes profissionais lidam com a opção religiosa intencional de seus pacientes e se a consideram como manifestação social capaz de possibilitar a reorganização individual e coletiva dos pacientes psiquiátricos.

Propomos uma definição de religiosidade tomando por base a oposição entre cosmovisão sagrada e profana, e utilizamos como categoria analítica a Religiosidade Popular no contexto da elaboração dos projetos terapêuticos em saúde mental. Destacamos alguns pontos de *impasse* entre a proposta de atenção psicossocial sustentada pelos profissionais do campo da saúde mental e a religiosidade ou filiação religiosa de alguns pacientes a um sistema religioso institucionalizado. Além disso, ressaltamos algumas *possibilidades* decorrentes da presença da religiosidade no discurso dos pacientes e que, muitas vezes, são desconsideradas na elaboração dos projetos terapêuticos em saúde mental.

Observamos que o sentido de mundo construído a partir da experiência religiosa, ainda que aparentemente ilógico, tem coerência para quem dele se apropria, uma coerência que não se sustenta em dados objetivos, mas no sentido que fornece às experiências e ao seu valor na economia psíquica. A religiosidade ajuda na construção de um sentido para a vida e na compreensão do mundo, norteando profundamente a vida daqueles que a ela recorrem, estruturando práticas quotidianas e cumprindo um papel significativo de suporte social.

Palavras-Chave: Conduas Terapêuticas, Política de Saúde Mental, Crenças Religiosas e Apoio Social.

ABSTRACT

The objective of this dissertation is to present some questions about the popular religiosity which is present in the context of assistance practices in the field of mental health, by considering the way professionals understand such phenomenon. It is assumed that religiosity, as a wide social phenomenon, has also composed the list of resources used by psychiatric patients to deal with mental suffering.

This is a systematized study about the relation between the religiosity of those who suffer and the process of psychological rehabilitation conducted by the professional in the field of mental health. It investigates and tries to comprehend how these professionals deal with the free religious option of their patients and if they consider it a social manifestation, which would enable an individual and collective reorganization of the psychiatric patients.

We propose a definition of religiosity based on the opposition between the sacred and the profane world views, and we use Popular Religiosity as an analytic category in the context of the creation of therapeutic projects in mental health. We pick out some impasse points between the proposal of psychological attention sustained by the religiosity or religious affiliation of some patients with an institutionalized religious system. Moreover, we highlight some possibilities which result from the presence of religiosity in the speech of the patients and are unconsidered in the creation of therapeutic projects in mental health.

We observe that the sense of world built from a religious experience, though apparently illogical, shows coherence to those who go through it. And such coherence is not sustained by objective data, but by the sense conveyed to the experiences and to their value in the psyche economy. Religiosity helps the construction of a meaning for life and the comprehension of the world by guiding the lives of those who turn to it, establishing daily practices and playing a significant role of social support.

Key-Words: Therapeutical Approaches, Mental Health Politics, Religious Faith and Social Support.

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	11
<u>Capítulo 1 – METODOLOGIA</u>	22
1.1 – Lenda e Ciência: o desafio de fazer pesquisa em Ciências Humanas	
1.2 – Singularidades e Nuances da escolha de um objeto de estudo em Ciências Humanas	
1.3 – Um percurso escolhido entre outros possíveis: um método em Ciências Humanas	
<u>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	30
<u>Capítulo 2 – RELIGIOSIDADE</u>	30
2.1 – Uma tentativa de conceituação	
2.2 – A religiosidade na sociedade contemporânea	
2.3 – Processo de Secularização e Religiosidade Popular: categorias para a análise	
<u>Capítulo 3 – SAÚDE MENTAL E TERAPÊUTICAS POSSÍVEIS</u>	58
3.1 – A constituição do campo da saúde mental e as novas práticas terapêuticas	
3.2 – As Terapêuticas Religiosas	
3.3 – Saúde/Doença/Sofrimento Mental e Religião: intercessões em prática	
<u>A INVESTIGAÇÃO: RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	88
<u>Capítulo 4 – ATITUDE RELIGIOSA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA</u>	88
4.1 – DA VISÃO DOS PROFISSIONAIS	
4.1.1 – Saúde/doença/sofrimento mental e a elaboração de projetos terapêuticos	
4.1.2 – Crenças Religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental	
4.2 – DA VISÃO DOS PACIENTES	
4.2.1 – Saúde/doença/sofrimento mental e a elaboração de projetos terapêuticos	
4.2.2 – Crenças Religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental	
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	115
Sobre o que esperávamos encontrar e percebemos	
Sobre o percurso	

<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>120</u>
-----------------------------------	------------

<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>126</u>
---------------------	------------

<u>ANEXOS</u>	<u>131</u>
---------------	------------

Anexo 1: Roteiros de Entrevista.....	131
--------------------------------------	-----

Anexo 2: Termos de Consentimento.....	133
---------------------------------------	-----

Anexo 3: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	135
--	-----

Anexo 4: Dados Sócio-Demográficos dos Entrevistados.....	136
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CAPs – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infantil da Colônia Juliano Moreira

CEA/HPJ – Centro de Estudos Acadêmicos do Hospital Psiquiátricos de Jurujuba

CPN – Centro Previdenciário de Niterói

HPJ – Hospital Psiquiátricos de Jurujuba

IPP – Instituto Philippe Pinel

IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ

IURD – Igreja Universal do Reino de Deus

NAPs – Núcleo de Atenção Psicossocial

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUSC – Superintendência de Saúde Coletiva

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

*“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)

Durante minha formação como psicóloga, na atuação em instituições psiquiátricas públicas da Cidade do Rio de Janeiro e, especialmente, como residente do “Curso de Especialização em Saúde Mental em nível de Residência”, realizado no Instituto Philippe Pinel em convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública, me deparei com inúmeras formas de expressão e de compreensão do sofrimento mental.

Nesse percurso uma questão me suscitou especial interesse. Tratava-se da observação das diversas formas utilizadas pelos pacientes para explicar o seu sofrimento e como essas construções de sentido influenciavam na busca por ajudas terapêuticas diversas. Dentre essas, com frequência estava a procura por “terapêuticas religiosas”.¹

Muitos pacientes faziam referência a sua participação em atividades religiosas como forma de buscar ajuda para as dificuldades encontradas em seu cotidiano, assim como para aliviar o sofrimento relacionado à doença mental.

A presente dissertação resulta dos questionamentos daí decorrentes e pretende associar a minha prática como psicóloga em instituições psiquiátricas, integrando equipes multidisciplinares, com o meu interesse pelo tema da religiosidade.

A escuta dos indivíduos em sofrimento mental nos permite o acesso ao sentido e ao significado próprio de cada história relatada. E, enquanto profissionais, intervimos na vida dessas pessoas baseando-nos na técnica e no saber que detemos, o que demanda uma avaliação constante das condutas que assumimos. Essa avaliação deverá nos levar a questionar quais pré-conceitos e/ou preconceitos se colocam quando escutamos aqueles que nos procuram em sofrimento, bem como os critérios que utilizamos para propor um diagnóstico, seja ele sintomático ou estrutural.

Considerar a importância do conteúdo religioso na construção da subjetividade não seria possível no discurso racional? Como poderemos perceber as diferenças na apropriação do discurso religioso? Como não tomá-lo em si como discurso da desrazão?

¹ Por “Terapêuticas Religiosas” entendam-se aquelas práticas terapêuticas vinculadas a alguma instituição religiosa e que pressupõem uma compreensão do adoecimento físico e mental associada a uma cosmovisão religiosa.

Eis algumas questões que norteiam este estudo.

Ao direcionar essas indagações, nos deparamos com o livro *Tristes Trópicos* de Claude Lévi-Strauss de 1955. O autor, em uma espécie de diário de bordo, conta todo o percurso da partida dos europeus rumo aos trópicos, as imagens despertadas, os sentimentos experimentados, o encontro com o inesperado, *os preconceitos e pré-conceitos*, o encantamento com o diferente e o encontro de dois mundos.

Muito embora esteja relacionado a outro tema, ao descrever o encontro dos europeus com os índios, Claude Lévi-Strauss nos permite também expressar o que consideramos ser o desafio do encontro entre os profissionais de saúde mental e os pacientes psiquiátricos.

Assim diz ele:

“(...) De resto, no mesmo momento e numa ilha vizinha (Porto Rico, de acordo com o testemunho de Oviedo) os índios entretinham-se a capturar os brancos e a fazê-los morrer por imersão, depois montavam guarda durante semanas inteiras ao corpo dos afogados para saberem se eles estariam ou não sujeitos à putrefação. Desta comparação entre as investigações podem extrair-se suas conclusões: os brancos invocavam as ciências sociais enquanto que os índios depositavam uma maior confiança nas ciências naturais; e enquanto os brancos proclamavam que os índios eram animais, os segundos contentavam-se em suspeitar que os primeiros fossem deuses: a um grau idêntico de ignorância, o segundo processo era certamente mais digno de homens”.(Lévi-Strauss, 1955: 125)

Frente ao desconhecido, europeus e índios traziam consigo expectativas relacionadas um ao outro. Assim, o agir de ambos baseava-se num saber construído a priori. Enquanto uns - *índios* - são tomados como animais livres, os outros - *europeus* - são considerados como possíveis deuses. Duas formas bastante diferentes de interpretar o desconhecido. Indo pois da desqualificação à exaltação do outro, do diferente de si.

No encontro entre o paciente e o profissional, propiciado a cada atendimento, se defrontam dois mundos - o da *subjetividade de quem sofre* e busca um sentido para o seu sofrimento e o da *subjetividade de quem trata*, sob o prisma de uma racionalidade científica. Os profissionais são desafiados a lidar com as formas singulares dos pacientes interpretarem o sofrimento mental, o que nem sempre tem referência na

vivência dos técnicos ou encontram-se descritas em manuais de psiquiatria e psicanálise.

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 a dor. Ao propormos uma reflexão sobre o discurso religioso no campo da saúde mental, pretendemos nos aproximar um pouco da interpretação religiosa que algumas pessoas dão a sua existência e ao seu sofrimento, reconhecendo nelas valores transcendentais. E, dessa maneira, abrimos a possibilidade de uma interface entre o conhecimento científico e as práticas religiosas presentes no cotidiano da sociedade.

A religião é por nós entendida enquanto uma dimensão da vida social e cultural e elemento de expressão individual e coletiva, capaz de organizar modos de sentir e lidar com o sofrimento mental e, por isso acreditamos na capacidade desta de interferir no curso da doença mental. Assim sendo, os sinais e os sintomas da doença mental mantêm uma vinculação com o contexto social no qual o paciente está inserido, seja sob os aspectos relacionados à linguagem, seja pelo sentido atribuído ao sintoma que está vinculado a um certo ordenamento social. As particularidades do discurso ao serem consideradas demonstrarão a riqueza de cada sinal e sintoma da doença mental em sua relação com a ordem social.

Dessas inquietações iniciais surgiu a necessidade de elaborar um estudo mais sistematizado sobre a relação da religiosidade de quem sofre com o processo de reabilitação psicossocial, conduzido pelos profissionais do campo da saúde mental. Pretendemos, desse modo, investigar e compreender como esses profissionais entendem e lidam com a opção religiosa intencional de seus pacientes e se a consideram como manifestação social capaz de possibilitar a reorganização individual e coletiva dos pacientes psiquiátricos. Buscamos, assim, algum tipo de diálogo entre as práticas em saúde mental e as práticas religiosas, bem como entre os saberes que as sustentam.

O Iluminismo, século XVIII, substituiu as relações mítico-religiosas pela racionalidade científica, prometendo à humanidade uma compreensão dos fenômenos sociais baseada na razão e não mais no divino. Dessa forma, o modelo de racionalidade que subsidiava a ciência moderna negava toda produção de conhecimento que não estivesse pautada em *princípios epistemológicos e regras metodológicas*. (Santos, 1997: 11).

A tese de uma crise irreversível desse paradigma dominante, defendida por Santos (1997), estaria apontando para o surgimento de um novo paradigma. Segundo o autor:

“Depois da euforia cientista do século XIX e da conseqüente aversão à reflexão filosófica, bem simbolizada pelo positivismo, chegamos a finais do século XX possuídos pelo desejo quase desesperado de complementarmos o conhecimento das coisas com o conhecimento do conhecimento das coisas, isto é, com o conhecimento de nós próprios”.(id. ibid.: 30)

Dentre as características desse paradigma emergente, do qual fala o autor, destacamos a relação da produção de conhecimento científico com o senso comum. Nesta, a ciência buscaria dialogar com outras formas de conhecimento produzidas no cotidiano das relações sociais. No presente estudo, como ressaltamos anteriormente, propomos uma interface entre os conhecimentos produzidos no campo da saúde mental sobre o fenômeno do adoecimento e os conhecimentos construídos dentro do campo religioso sobre o mesmo fenômeno, sem desconsiderar, contudo, as especificidades de ambos.

Inicialmente, podemos destacar que um dos objetivos das ações em saúde mental tem sido a inserção social do paciente psiquiátrico e a garantia do seu exercício de cidadania. O que não prescinde de uma abordagem sobre a doença mental, ao contrário, amplia a assistência à doença transformando-a em assistência à pessoa em sofrimento mental, com todas as suas injunções. No que se refere à formação de laços sociais podemos dizer que enquanto as ações em saúde mental pretendem promovê-los, a religião os sustenta. Assim, desde sua origem, a sociologia 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, que inaugurou o discurso sociológico, muito 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 fundar a ordem social.

Durkheim ao analisar o totemismo² australiano, discriminou as formas mais primitivas do pensamento e da prática religiosa, chegou aos elementos essenciais da

² TOTEMISMO: 1 Em certas sociedades, conjunto de crenças e de práticas culturais que encerra uma relação entre um grupo de indivíduos e um animal, um objeto ou um conjunto de seres vivos ou de

religião e propôs ser esta uma instituição produzida socialmente com a função de possibilitar o pertencimento social. Desse modo, não pretendeu nomear as religiões como falsas ou verdadeiras, mas sim compreender a todas como resposta a condições e necessidades da existência humana.

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: 207/208)

Para Durkheim, todas as religiões se estruturam sobre as *“grandes idéias e atitudes rituais”* que as caracterizam. São estas: a distinção entre coisas sagradas e profanas, a noção de alma, de espírito, de personalidade mítica, de divindade, os ritos de oblação e de comunhão, os ritos imitativos, os ritos comemorativos e os ritos de expiação (id ibid: 208).

De outro modo, Max Weber, em seu estudo sobre as relações entre o espírito capitalista e a ética protestante, destacou a importância normativa da religião nas sociedades e como esta se transfigura no cotidiano em comportamentos socialmente compartilhados. Weber no trabalho *Sociologia da Religião* afirma que a conduta dos indivíduos nas diversas sociedades é compreendida a partir da concepção que os mesmos homens têm de sua existência e que as concepções religiosas são um dos determinantes das transformações econômicas das sociedades.

Mesmo reconhecendo o conflito existente entre a perspectiva religiosa e a científica, consideramos ser possível uma análise positiva e científica da influência dos valores e das crenças religiosas nas condutas humanas, especialmente na construção das trajetórias terapêuticas pelos pacientes em sofrimento mental. Isso porque, após uma fase marcada pela racionalidade iluminista, chega, segundo Machado (1996), “a era em que as diversas ordens de valores se defrontam no mundo em luta incessante”, deixando

fenômenos, que, por sua vez, são considerados protetores desse grupo. 2 As práticas ritualísticas que expressam essas crenças. (Larousse Cultural, 1998:5720)

margem para a construção de diferentes sentidos para a existência, bem como para a criação de inúmeras “divindades”.

Enquanto a razão se sustenta por sua possibilidade de explicar as realidades e reproduzi-las pelo método científico, as religiões se mantêm por sua relação com os fenômenos transcendentais, pela possibilidade de serem utilizadas como um recurso pelos indivíduos no enfrentamento de seus sofrimentos e pelo partilhar da experiência por todos os crentes.

Sobre as crenças religiosas, Durkheim (2000) disse:

“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, 2000:228)

As crenças religiosas possibilitam, assim, a organização coletiva a partir da formulação de modos de agir e viver comuns baseados no pensamento simbólico³. É o pensamento simbólico que caracteriza as religiões e o que permite a divisão do mundo entre fenômenos sagrados e profanos. Trata-se, segundo Eliade (1996), de um conjunto de significações, todas válidas, que não são passíveis de um conceito concreto, mas que organizam os ritos e práticas religiosas.

Partindo do princípio de que as religiões guardam entre si dimensões recorrentes, pretendemos analisar o recurso à religião frente ao sofrimento mental sem nos determos em uma particularmente, mas sim a considerando enquanto fenômeno social amplo. Nos interessa uma compreensão da religiosidade popular que passa pelas práticas do catolicismo popular, das religiões afro-brasileiras, do espiritismo de Umbanda, do espiritismo Kardecista, pelos movimentos protestantes e pelos neopentecostais.

³ Embora este trabalho se detenha nas questões relacionadas com as crenças religiosas, não desconsideramos as diferentes formas de organização simbólica proporcionadas por variadas outras utopias, como por exemplo, a política.

A proposta deste estudo é trabalhar com a referência as crenças religiosas e seus simbolismos no instante em que esta se manifesta no discurso dos pacientes psiquiátricos ao descrever seu sofrimento, dando-lhes um sentido e interpretações singulares. Consideramos que, através do pensamento simbólico, é possível ao indivíduo representar a realidade, expressar uma visão particular de mundo e construir interpretações para as suas experiências aflitivas.

Segundo Guertz (1989):

“(...) os símbolos religiosos oferecem uma garantia cósmica não apenas para sua capacidade de compreender o mundo, mas também para que, compreendendo-o, dêem precisão a seu sentimento, uma definição às suas emoções que lhes permita suportá-lo, soturna ou alegremente, implacável ou cavalheirescamente”.(Guertz, 1989: 120)

Desse modo, as crenças e os símbolos religiosos não representam a “verdade” da realidade, mas são importantes na medida em que definem e apontam para as formas do indivíduo se atrelar e agir no mundo. Além de também interferir nas estratégias terapêuticas que utilizará para lidar com suas experiências aflitivas. Em especial, nos interessando compreender como os profissionais de saúde mental se posicionam diante da recorrência às crenças religiosas pelos pacientes e os seus efeitos na condução do tratamento.

Segundo Madel Luz (1999), os sistemas religiosos de cura permitem o estabelecimento de interações sociais, a formação de grupos, redes de apoio mútuo, solidariedade, cooperação, sociabilidade, ainda que, de modo localizado. Permitem, também, a organização de um tecido social comunicativo, que faz frente ao individualismo dominante, estimulando a cooperação ao invés da competição.

Tais características da religiosidade têm sido um recurso constante das classes populares diante das situações adversas que enfrentam. Segundo Valla (2001):

“A religião popular pode ser descrita como uma forma particular e espontânea de expressar os caminhos que as classes populares escolhem para enfrentar suas dificuldades no cotidiano. (...) São estratégias de sobrevivência que as classes populares adotam dentro de uma sociedade que lhes nega oportunidades de trabalho e os seus direitos legítimos” (Valla, 2001: 54).

Cabe ressaltar, contudo, que numa vertente teórica oposta ao de nosso trabalho temos aqueles que consideram os aspectos patológicos e/ou alienantes da recorrência às religiões na tentativa de dar sentido ao mundo e as experiências aflitivas.

Freud, em *“O futuro de uma ilusão”* (1927), aponta para o valor peculiar das idéias religiosas: serem nascidas da necessidade que tem o indivíduo de tornar tolerável seu desamparo e de serem construídas com o material das lembranças do desamparo de sua infância e da infância da raça humana.

“No decorrer do tempo, fizeram-se as primeiras observações de regularidade 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: exorcizar os terrores da natureza, reconciliar os homens com a crueldade do Destino, particularmente a que é demonstrada na morte, e compensá-los pelos sofrimentos e privações que uma vida civilizada em comum lhes impôs” (Freud, 1927: 29).

As crenças religiosas ganham para ele uma significação psicológica. Elas são ensinamentos e afirmações sobre fatos e condições da realidade externa (ou interna) que dizem algo que não descobrimos por nós mesmos e que reivindicam nossa crença. O autor não pretendeu avaliar o valor ou a verdade das crenças religiosas, mas sim reconhecê-las em sua natureza psicológica como *ilusões*. E, uma ilusão não é um erro, pois o que é característico das ilusões é o fato de derivarem de desejos humanos.

“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”.(id. Ibid.: 44)

De todo modo, em Freud, o que se observa é que os diferentes elementos da religião - saber, crença, ritual, sentimentos e experiências religiosas, são relacionados à natureza infantil da vida mental. A religião era aos seus olhos o meio encontrado pelo

indivíduo para defender-se contra a ansiedade e as aflições de um destino incompreensível. Segundo Costa (2001), “em termos técnicos, isso significa que a religião é uma formação sintomática, um mecanismo de defesa do Eu diante de impulsos ou desejos que ameaçam sua integridade narcísica”.(Costa, 2001: *mimeo*)

Freud inaugura uma corrente de pensamento onde o básico da abordagem está numa analogia entre os fenômenos religiosos e as manifestações psicopatológicas, comparando-se as práticas dos devotos às restrições auto-impostas do neurótico obsessivo. Ainda como ressalta Costa (2001), “Os autores contemporâneos redescreveram a formação de compromisso religiosa, dando-lhe o toque dos tempos atuais. Mas, em última instância, continuam a considerá-la uma estratégia psíquica de auto-engodo.”

Isso parece se refletir na maneira como muitos profissionais entendem a recorrência às religiões. Como não obedecem aos parâmetros da racionalidade científica, é considerada patológica, nesses casos devendo ser questionada e tratada. Sendo assim, não consideram o universo sócio-cultural de cada pessoa em particular e o pressuposto de que para cada cosmovisão haverá uma forma de interpretação das experiências dolorosas, decorrendo diferentes modos de lidar com elas e refletindo diferentes universos culturais, tempos históricos e referenciais teóricos.

*“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*)*

Consideramos oportuno, então, resgatar a possibilidade das crenças religiosas serem avaliadas e entendidas como construções de sentido do sujeito, de sua subjetividade, sem que isso represente um caráter patológico. Sendo assim, poderão ser relevantes para a condução do tratamento por parte dos profissionais de saúde mental.

O novo paradigma da assistência em saúde mental faz ver que o sofrimento mental aflige indivíduos que vivem em contextos sociais e pessoais próprios, apontando para inúmeras possibilidades de compreensão para o sofrimento mental. Sendo assim, as práticas do campo da saúde mental pretendem analisar e favorecer alternativas assistenciais diversificadas, nas quais a assistência, exclusivamente à dimensão orgânica, deixa de ser privilegiada. Integra-se a isso, uma preocupação em não se desvincular o sofrimento mental do contexto social e cultural do paciente.

Desse modo, a proposta de Reabilitação Psicossocial dos pacientes psiquiátricos, segundo a Organização Mundial de Saúde, seria:

“(...) o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”. (WHO, 1987)

A partir desse contexto, são reconhecidas várias experiências de Reabilitação Psicossocial no Brasil. No Estado do Rio de Janeiro vem se implantando, em inúmeros municípios, serviços substitutivos à internação hospitalar conhecidos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) e Hospitais-Dia.

Uma, entre outras das características desses serviços, é a territorialização de suas ações. Sendo regionalizados, procuram utilizar os recursos da comunidade na elaboração do projeto terapêutico dos pacientes psiquiátricos dessa área e a comunidade torna-se parceira no processo de reinserção social desses pacientes.

A Reabilitação Psicossocial passa a envolver os profissionais, os usuários, as famílias dos usuários e a comunidade como um todo. A assistência rompe o enquadramento hospitalar em direção às instalações comunitárias, com a perspectiva de proporcionar às pessoas com transtornos mentais conseguirem patamares cada vez mais altos de gerenciamento de suas vidas e possibilidades sempre maiores de autonomia.

Nesses termos, a doença mental tem apontado para a urgência de revermos os conceitos que sustentam nossa prática, levando-se em conta as mais diversas concepções e construções de sentido sobre o sofrimento mental aos quais os pacientes se remetem.

Nesse percurso pretendemos investigar a relação entre essas construções de sentido baseadas numa dimensão religiosa, e o projeto terapêutico conduzido pelos profissionais do campo da saúde mental.

Com vistas ao alcance do objetivo proposto por este estudo, no capítulo 1 apresentamos a metodologia utilizada e as implicações profissionais e também biográficas da escolha do tema. Isso porque, trata-se de uma utopia científica qualquer possibilidade de estudo que não parta das afecções do pesquisador, ou seja, que tente se basear unicamente em uma suposta e esperada neutralidade absoluta.

No capítulo 2 propomos uma definição de religiosidade tomando por base a oposição entre o sagrado e o profano e um olhar sobre as diversas modalidades da experiência religiosa, de modo a construir como categoria de análise a religiosidade popular.

No capítulo 3, a partir da discussão precedente, sem nos determos em quaisquer sistemas religiosos formais ou religiões institucionalizadas, delimitamos o objeto de estudo como: a religiosidade e sua relação com o campo da saúde mental. Dessa forma, pretendemos reconhecer algumas interfaces das terapêuticas oficiais com as terapêuticas religiosas.

No capítulo 4, tendo como contexto de análise a Reforma Psiquiátrica, discutimos, utilizando-nos das entrevistas realizadas com os profissionais e com os usuários da rede de saúde mental de Niterói, a recorrência dos últimos a religiosidade frente ao sofrimento mental e o modo como os profissionais entendem esse fenômeno e o consideram no momento da elaboração dos projetos terapêuticos.

No último capítulo, reservado as considerações finais, destacamos os pontos de *impasse* entre a proposta de atenção psicossocial sustentada pelos profissionais do campo da saúde mental e a religiosidade ou filiação religiosa de alguns pacientes a um sistema religioso institucionalizado. Além de apontar algumas *possibilidades* decorrentes da presença da religiosidade no discurso dos pacientes e que, muitas vezes, são desconsideradas pelos profissionais na elaboração do projeto terapêutico.

Este estudo se justifica, pois a maneira de observar e intervir no sofrimento mental dos pacientes psiquiátricos muda de acordo com a posição social e ideológica daquele que o interpreta. E a religiosidade tem demonstrado ser um tema delicado nesse contexto.

CAPÍTULO 1 - METODOLOGIA

“Nenhuma idéia é pequena, quando nasce da paixão pela verdade.”

(Jurandir Freire Costa)

1.1 - LENDA E CIÊNCIA: O DESAFIO DE FAZER PESQUISA EM CIÊNCIAS HUMANAS

Face-De-Espelho⁴

Encontrava-se o Buda, certo dia, no reino de Sravasti, na floresta de Jeta, no jardim de Anatakindada. À hora da refeição, os biksus⁵ tomaram de suas tigelas de oferendas e dirigiram-se à cidade a pedir comida. Entretanto, como ainda não fosse meio-dia, disseram entre si:

- É cedo demais para estarmos na cidade; melhor seria sentarmo-nos um instante na sala de conferência dos brâmanes heréticos.

Aprovada por todos a proposta, entraram no convento e trocadas com os brâmanes as saudações e boas-vindas, tomaram cadeiras e sentaram-se. Naquele momento os brâmanes discutiam a propósito de seus livros santos. Levantara-se uma controvérsia que eles não tinham conseguido dirimir. Acabaram, pois, increpando-se e odiando-se uns aos outros, enquanto diziam:

- O que nós sabemos é a lei; como é então que o que vós sabeis poderia ser a lei?*
- O que nós sabemos está de acordo com a doutrina; como é então que o que vós sabeis poderia estar de acordo com a doutrina?*
- É a nossa doutrina que deve ser posta em prática: seria difícilimo aplicar a vossa.*
- O que se deve dizer antes, vós o dizeis depois; o que se deve dizer depois, vós dizeis antes.*
- No tocante a muitas leis, o que sustentais é falso.*
- Como um fardo muito pesado que não se pode erguer, assim são as teses que pretendeis discutir sem saber explicá-las.*
- Vossa ciência é vã e não tendes o menor conhecimento.*
- Quando acossados por perguntas, não sabeis responder.*

⁴ Lenda do “Budismo Chinês”

⁵ Biksus: “mendigos”, isto é, monges budistas.

Assim, como a arma da língua desferia golpes recíprocos, e por uma ferida recebida produziam três. Ouvindo os dois partidos injuriarem-se de tal maneira, os biksus não aprovaram as palavras do primeiro partido, nem confirmaram a exatidão das opiniões do outro, mas levantaram-se de seus assentos e foram a Sravasti mendigar comida. Recolhida a ração, depuseram as tigelas em seu lugar e retornaram ao jardim de Jeta, onde, depois de reverenciarem o Buda, se sentaram em fila e narraram-lhe todo o acontecido, perguntando:

- Parece-nos que esses brâmanes fizeram esforço para estudar; quando chegarão, pois, a compreender a verdade?

Disse o Buda aos biksus:

- Não é apenas na vida presente que os heréticos são obtusos e foscos. Há muitos anos, ó biksus, vivia nesta região do Jampudvipa⁶ um rei chamado Face-de-Espelho. Recitava os livros essenciais do budismo, e seus conhecimentos eram numerosos como os grãos de areia do Ganges. Quanto a seus súditos, ministros ou homens do povo, a maior parte deles não lia os escritos budísticos e trazia consigo uns livros frívolos: confiavam na luz do vaga-lume e punham em dúvida o esplendor que se irradia do Sol e da Lua. O rei valeu-se de cegos para fazer um apólogo, desejoso de que seu povo renunciasse a viajar sobre charcos e navegasse no alto-mar. Ordenou, pois, a seus emissários que percorressem o reino a fim de reunir todos aqueles que eram cegos de nascença e conduzi-los à porta do palácio. Informados da ordem, os oficiais buscaram e trouxeram ao palácio todos os cegos do reino. Depois anunciaram ao rei que haviam trazido todos os cegos e que estes se achavam à entrada da sala – “Mostrai-lhes uns elefantes” – disse o monarca. Os oficiais obedeceram à ordem real. Conduziram os cegos aonde estavam os elefantes e, guiando-lhes as mãos, lhes mostraram os animais. Um dos cegos agarrou a perna dum elefante; outro agarrou a cauda; outro, a raiz da cauda; outro tocou o ventre; outro, a ilharga; outro, as costas; outro segurou a orelha; outro, a cabeça; outro, a presa; outro, a tromba. Permanecendo perto do elefante, discutiam tumultuosamente, e cada um pretendia estar com a verdade e acharem-se os outros enganados. Os emissários conduziram-nos então à presença do rei, que lhes perguntou: – “Vistes os elefantes?” – “Vimos-los inteiramente” – responderam. – “Com quê se parece um elefante?” – disse o rei. Aquele que tinha segurado na perna respondeu: – “Ó sábio rei, um elefante é como um tubo envernizado.” O que tinha segurado a cauda disse que era como uma vassoura; o que tinha segurado a raiz da cauda disse que era como um bastão; o que tinha tocado o

⁶Jampudvipa: “a ilha do jambo”, isto é, a Índia

ventre disse que era como um tambor; o que tinha tocado a ilharga disse que era uma parede; o que tinha tocado as costas disse que era uma mesa muito alta; o que pegara na orelha disse que era como uma ciranda; o que pegara na cabeça disse que era como um grande alqueire; o que pegara na presa disse que era um chifre. O que tinha segurando a tromba, esse respondeu: – “Ó sábio rei, o elefante é como uma grande corda.” Nisto voltaram a disputar mais encarniçadamente ainda, dizendo: – “Ó grande rei, o elefante é, na realidade, tal como eu o descrevo.” O Rei Face-de-Espelho riu às gargalhadas e disse: – “Assim como estes cegos, assim sois todos vós que não vistes os livros budísticos.” Depois pronunciou esta gata⁷:

*“Vós, ó cego, inutilmente disputais,
Cada um cuidando estar de posse da verdade;
Fora do que tocais só vedes falsidade,
E por um elefante acirrados brigais”.*

- “Aqueles que se aplicam ao estudo de livros frívolos – acrescentou – e não viram que os livros budísticos são de uma verdade e retidão tão vastas que nada lhes escapa, tão altas que nada os encobre, esses são como homens privados de olhos.” Então todos, de condição alta ou baixa que fossem, recitaram juntos os livros budísticos. E disse o Buda aos biksus: – “O Rei Face-de-Espelho era eu mesmo; quanto às pessoas privadas da vista, eram esses brâmanes da sala de conferência; naquela época as gentes não tinham sabedoria, e por causa de sua cegueira chegavam a alterar. Ainda agora, quando discutem, estão na obscuridade, e por causa de suas discussões não fazem nenhum progresso.”

(FERREIRA & RÓNAI, 1998: 133)

“O estudo de metodologia em ciências humanas necessitaria ser cuidadoso e zelar para que homens concretos, sujeitos e objetos de suas indagações, não fossem mutilados ou, então, não se tornassem objetos mortos nas mãos de cientistas dispostos a fazer da ciência outro poderoso instrumento de dominação”.

(OLIVEIRA, 1998: 24)

Considerando o fato de que não podemos tomar uma forma de compreensão de um fenômeno social como um absoluto, pretendemos, através desse trabalho propor

⁷ *Gata*: designação comum às composições métricas que formam a parte mais antiga do Zendavesta e encerram ensinamentos do profeta Zoroastro.

uma interpretação possível para a religiosidade no contexto da saúde mental e de suas práticas terapêuticas.

Da Lenda retiramos a sabedoria que nos faz pensar na riqueza que o detalhe pode expressar se não o tomarmos como o todo.

Da Ciência retiramos o ensino que nos faz direcionar nosso estudo para o todo sem o considerarmos como uma verdade a-histórica e a-temporal.

Eis o desafio que esta dissertação nos coloca.

1.2 - SINGULARIDADES E NUANCES DA ESCOLHA DE UM OBJETO DE ESTUDO EM CIÊNCIAS HUMANAS

“Os pensadores mais admiráveis não separam seu trabalho de suas vidas. Encaram ambos demasiado a sério para permitir tal dissociação, e desejam usar cada uma dessas coisas para o enriquecimento da outra”.

(WRIGHT MILLS apud OLIVEIRA, 1998: 19)

Com vistas ao alcance da proposta que esta dissertação coloca, considero oportuno apontar algumas singularidades e nuances da escolha do presente objeto de estudo e refletir sobre a relação entre o tema de pesquisa e a minha biografia. Dessa forma, pretendo, além de apresentar teorias e conhecimentos, provocar o interesse dos leitores que poderão perceber minhas implicações com essa pesquisa.

A religiosidade sempre foi tema constante em minha vida pessoal. Nascida numa família religiosa, o assunto sempre foi visto com interesse e afinidade por mim. Tratava-se de uma cosmovisão por mim assimilada e com a qual construí sentido para muitas experiências.

Com a graduação em psicologia vi chocarem-se muitas compreensões sobre o mundo e reconheci outras possibilidades interpretativas para as experiências humanas. Contudo, me intrigava o fato das construções de sentido religioso para a existência serem, prontamente, consideradas no meio acadêmico desarrazoadas. Pessoalmente, nunca consegui perceber a obviedade dessa premissa.

Ao me formar, iniciei a pós-graduação em saúde mental, em nível de residência, no Instituto Philippe Pinel. Diante das diferenças sócio-culturais e das diferentes formas de expressão do sofrimento mental apresentadas pelos pacientes psiquiátricos, percebi que o tema religioso se fazia bastante freqüente.

Minhas inquietações do período de graduação retornaram diante das situações vivenciadas no plantão psiquiátrico e no ambulatório do IPP. Em especial, porque percebia que o discurso religioso produzia certo incomodo nos profissionais, que ora optavam por não questionarem esse sentido construído pelos pacientes e ora partiam do princípio da desrazão para lidar com ele. Isso significava, muitas vezes, medicar e diagnosticar a partir de relatos absolutamente coerentes com sistemas de crenças conhecidas por nossa sociedade.

A partir dessa experiência no IPP, optei por trilhar um percurso teórico levando essas inquietações, até então produzidas, para o mestrado em saúde pública da ENSP/FIOCRUZ. Inicialmente, meu tema de interesse foi compreendido como assunto da Bioética. De fato, foram com as discussões sobre Religiosidade Popular e Apoio Social que avancei no estudo do tema.

Os “Seminários Avançados”, disciplina do mestrado na ENSP, produziu um outro evento analisador⁸ das práticas acadêmicas. Diante de boa parte dos pesquisadores da sub-área Saúde e Sociedade⁹, fui questionada por um deles sobre a minha crença religiosa. Com naturalidade ou talvez sem ela, respondi sobre a minha formação religiosa.

Passado o fato, comecei a me questionar sobre o motivo daquela pergunta. Será que a forma como vinha pensando a pesquisa teria sido comprometida pela minha formação religiosa? É possível que sim! Será que isso não reforça a minha implicação com o tema que me proponho a estudar (como falava inicialmente)? Ou, ao contrário, seria uma variável a ser controlada a todo custo por seu efeito destrutivo?

Continuei em minhas divagações... Porque será que ninguém perguntou aos meus colegas que apresentavam seus estudos sobre AIDS, violência contra mulheres, sexualidade na adolescência, aborto, entre outros, se tinham o vírus da AIDS, se foram violentadas, como vivenciaram a sexualidade na adolescência, se fizeram aborto e somente perguntaram sobre a minha religião. Ou seja, porque não se perguntou sobre algum envolvimento pessoal com os respectivos objetos de estudo? De fato foi um evento analisador, pois isso fez ver o quanto o meu tema de estudo estava perpassado

⁸ *Evento Analisador*: termo fundamental dentro da Análise Institucional, é produzido “espontaneamente” pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e da sua margem de liberdade. (BAREMBLITT, 1998:152)

⁹ O mestrado em saúde pública da ENSP/Fiocruz subdivide-se em 8 Subáreas de Concentração: *Endemias, Ambiente e Sociedade, Epidemiologia Geral, Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Políticas Públicas e Saúde, Saneamento Ambiental. Saúde e Sociedade, Saúde, Trabalho e Ambiente e Toxicologia Ocupacional/Ambiental.*

por preceitos, pré-conceitos e apriorismos. Os mesmos da época de graduação e de residência ou talvez outros.

Por fim, posso dizer que são essas singularidades e as nuances desse percurso com o tema o que confere riqueza para esse estudo.

“Resumidamente: a incorporação da experiência vivida pode conferir alma à pesquisa, mas ceder às verdades cristalizadas, a fórmulas vulgares, a esquemas reducionistas, mesmo que supostamente didáticos, tudo isso pode trazer o resultado inverso, o da mortificação.”

(OLIVEIRA, 1998: 19)

1.3 - UM PERCURSO ESCOLHIDO ENTRE OUTROS POSSÍVEIS: UM MÉTODO EM CIÊNCIAS HUMANAS.

“Methodos significa uma investigação que segue um modo ou uma maneira planejada e determinada para conhecer alguma coisa; procedimento racional para o conhecimento seguindo um percurso fixado.”

(CHAUÍ, 1994: 354)

Utilizamos, para fins desse estudo, metodologia exclusivamente qualitativa. Foram realizadas entrevistas abertas com profissionais e pacientes psiquiátricos da rede de saúde mental do município de Niterói, com um roteiro mínimo (anexo 1) que permitisse a abertura e a ampliação da comunicação entre a pesquisadora e o grupo entrevistado. Segundo Minayo: “A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. (Minayo, 1996: 57)” Destacamos que a formulação prévia das questões a serem abordadas não foi definitiva, de modo que o entrevistador/pesquisador pôde acrescentar questões quando percebeu ser necessário.

Em virtude de se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos – profissionais do campo da saúde mental e pacientes psiquiátricos, com direitos e deveres a serem respeitadas, e a fim de garantir a responsabilidade tanto institucional quanto dos pesquisadores com seu objeto de estudo, o projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e o parecer favorável a realização da pesquisa encontra-se em anexo.(anexo 3)

Foram realizadas 5 (cinco) entrevistas com técnicos da assistência em saúde mental, dentre esses, psiquiatra, psicólogos e enfermeira e 4 (quatro) entrevistas com pacientes psiquiátricos usuários da rede de saúde mental do município de Niterói. Os dados sócio-demográficos dos entrevistados encontram-se em anexo. (anexo 4)

O trabalho de campo foi realizado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, após contato com o coordenador da rede de saúde mental de Niterói – Dr Eduardo Rocha e com a equipe diretora do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento do HPJ na pessoa da Dr^a Sandra. A partir do contato com a equipe do CEA/HPJ e, considerando as particularidades do objeto de estudo, as entrevistas foram realizadas com profissionais do ambulatório do HPJ e também com os pacientes assistidos nesse ambulatório.

O contato com os profissionais do ambulatório do HPJ foi feito através da coordenadora, Dr^a Raquel Corrêa, que sugeriu o nome de alguns profissionais envolvidos com a Reforma Psiquiátrica e que em reunião de equipe se dispuseram a participar da pesquisa. Previamente, acordamos, eu e a coordenadora, que a pesquisa seria apresentada como um estudo sobre recursos terapêuticos em saúde mental e não como um estudo sobre religiosidade e saúde mental. Buscamos, assim, dirimir qualquer tendencialidade de nossa parte e da parte dos profissionais, já que o roteiro de entrevista partia de uma discussão sobre o olhar dos profissionais sobre os diferentes recursos terapêuticos em saúde mental. Somente nos referimos à recorrência a religiosidade pelos pacientes como alternativa terapêutica, caso esta não fosse mencionada pelo profissional entrevistado.

A indicação dos pacientes para a pesquisa foi realizada pelos profissionais do ambulatório do HPJ, que se disponibilizaram a contactá-los e agendá-los em dia e o horário previamente acordado. Aos pacientes foi dito que se tratava de uma pesquisa sobre os recursos utilizados frente ao sofrimento mental e somente foi mencionada a recorrência à religiosidade caso os pacientes não se referissem a esta. Não se utilizou como critério de indicação dos pacientes para a pesquisa o diagnóstico psiquiátrico, tampouco, o envolvimento com quaisquer religiões. Somente destacamos o fato de que os o pacientes deveriam se disponibilizar a contar suas histórias sem se sentirem pressionados a isso em virtude da solicitação de seus terapeutas.

Dentre os critérios usados pelos profissionais para a escolha dos pacientes, temos:

- Pacientes fora de crise psiquiátrica, mas que já estiveram internados;
- Pacientes em acompanhamento ambulatorial freqüente e
- Pacientes que demonstram envolvimento com o movimento da reforma psiquiátrica e com novas práticas terapêuticas.

Todas as entrevistas foram realizadas no HPJ, com exceção de uma realizada no Posto de Saúde Mental da Engenhoca, por ser o local de acompanhamento ambulatorial desse paciente. As entrevistas foram gravadas e tiveram em média 60 minutos de duração. O conteúdo das entrevistas foi transcrito e será analisado a partir das seguintes categorias analíticas:

- Saúde/doença/sufrimento mental e a elaboração de projetos terapêuticos.
- Crenças Religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental.

Como referência para a análise das entrevistas realizadas com os profissionais e com os pacientes, foi feito um levantamento bibliográfico acerca da temática da religiosidade e das terapêuticas no campo da saúde mental.

CAPÍTULO 2 - RELIGIOSIDADE

Falai de Deus!

*Falai de Deus com a clareza
da verdade e da certeza:
com um poder
de corpo e alma que não possa
ninguém, à passagem vossa,
não o entender.*

*Falai de Deus brandamente,
que o mundo se pôs dolente,
tão sem leis.*

*Falai de Deus com doçura,
que é difícil ser criatura:
bem o sabeis.*

*Falai de Deus de tal modo
que por Ele o mundo todo
tenha amor
à vida e à morte, e, de vê-lo,
a escolha como modelo superior.*

*Com voz, pensamento e atos
representai tão exatos
os reinos seus
que todos vão livremente
para esse encontro excelente.
Falai de Deus.*

(Cecília Meireles)

2.1 - UMA TENTATIVA DE CONCEITUAÇÃO

Relatos de experiências místicas e espirituais são comuns nas diferentes culturas e expressam uma compreensão sobre os fatos e acontecimentos da vida quotidiana que reconhecem no transcendental, possibilidades explicativas capazes de *dar sentido, confortar e incluir*.

Neste capítulo nos interessa construir uma definição para a religiosidade, discutir as modalidades de experiência religiosa presentes no contexto da modernização capitalista, utilizando como categoria analítica a religiosidade popular. Não deixamos, contudo, de considerar o desafio em que se traduz essa tentativa de apropriação conceitual do fenômeno religioso. Isso porque, a religiosidade é um tema que compreendemos bem até pretendermos defini-lo.

Cabe ressaltar que não tentaremos uma definição de religiosidade baseada em qualquer sistema religioso institucionalizado. Se assim o fizéssemos estaríamos incorrendo no risco de empobrecer um fenômeno que ultrapassa os limites da

racionalidade científica contemporânea e que não pode ser reduzido a uma única compreensão ou interpretação proposta pelos sistemas religiosos.

Segundo Costa (2001), na sociedade contemporânea é dada maior relevância ao conhecimento produzido pelos meios acadêmicos, contudo, o fato deste se pautar em evidências metodológico-científicas não torna o sistema de pensamento científico mais verdadeiro do que o sistema de pensamento religioso. A margem de incertezas dos postulados científicos não é menor, tampouco maior, que a margem de incertezas das crenças religiosas. Podemos dizer que, no sistema de pensamento religioso as incertezas são incorporadas como atos de fé e que, para a mentalidade científica existe uma margem de inexatidão aceitável ao processo de conhecimento.

Não conhecemos sociedade sem religião e quando buscamos conceituar a religiosidade estamos confrontando dois sistemas explicativos diferenciados. Segundo James apud Costa (2001), tanto a religião quanto a ciência formam “*sistemas de pensamento*” particulares e diferenciados, “*pois existem como um sistema fechado, eventualmente reversível nesse ou naquele detalhe, mas nunca em seus elementos essenciais*”.

Esses dois sistemas explicativos – ciência e religiosidade – se aproximam por serem ambas visões de mundo que se apóiam em “paixões”, ou seja, numa “adesão emocional”, imune a qualquer “prova racional”. O cientista acredita poder conhecer e assim controlar, baseando-se em evidências científicas suficientes, e o religioso acredita justamente “por não possuir evidências suficientes para crer”, ou seja, a certeza está na fé, no firme propósito de crer no transcendente e não se render somente às evidências metodológico-científicas para dar sentido e significado às experiências.

“A primeira opção diz simplesmente que se render ao medo de errar é melhor e mais sagaz que se render à esperança que aquilo em que acreditamos seja verdade. Isso, todavia, não a torna mais racional”.(...)“Engano por engano, que provas temos de que o engano pela esperança é muito pior que o engano pelo medo?”.(James apud Costa, 2001: mimeo)

O fato da religiosidade não se sustentar em metodologias científicas não a torna uma prática “desarrazoada” ou “alienada”. Trata-se, ao contrário, de uma maneira diferente de compreender, valorizar e traduzir a realidade que o indivíduo vivencia como algo maior do que ele mesmo e tenta apreendê-lo através do inefável, do sagrado,

do mistério e dos deuses. Nesses termos, a compreensão religiosa sobre o mundo tem despertado o interesse de muitas vertentes de estudo.

Podemos apontar dois enfoques distintos sobre o fenômeno religioso: um, cujo interesse está na história da religião, e outro voltado para a busca de uma compreensão sobre a essência da religião e da experiência religiosa. Diante de nossa proposta de estudo, destacamos o trabalho de Rudolf Otto (1992) que afirma a irreduzível dimensão religiosa da humanidade e propõe que o fenômeno religioso somente poderá ser compreendido se o considerarmos a partir da divisão do mundo entre o Sagrado e o Profano.

O autor refere-se ao Sagrado como aquilo que não se reduz a predicados capazes de esgotar seu sentido e conceituá-lo racionalmente. Trata-se de uma categoria especial de interpretação e avaliação do mundo, somente existente no domínio religioso e que não se reduz a predicados da ordem da ética, da moral e do perfeitamente bom. A palavra “Sagrado” deve ser tomada como neutra do ponto de vista ético e deve estar acima da valoração moral. É, segundo Otto, uma “*categoria numinosa*”, do latim *numem*, que significa, originalmente, uma inclinação de cabeça como expressão de comando, de consentimento, de vontade. Evolui para significar vontade divina e, finalmente, divindade. É descrita como um misto de espanto, fascinação, temor, respeito, algo que nos transcende e emudece, ou seja,

“Essa categoria é absolutamente sui generis; como todo o dado originário e fundamental, é objeto não de definição no sentido estrito da palavra, mas somente do exame. Só se pode tentar fazer compreender o que é, procurando que a atenção do ouvinte se dirija para ela e fazendo que este encontre, na sua vida íntima, o ponto onde aquela vai aparecer e jorrar, se bem que venha a tomar necessariamente consciência dela”. (Otto, 1992: 15)

Nesse sentido, a experiência religiosa pode ser compreendida como um estado de “fascínio” do homem pelo que é da ordem do incompreensível, um estado de “terror” diante da intensidade da reação que o Sagrado produz e como “mistério”. Este último, em especial, atende a uma necessidade paradoxal do homem: “*buscar conhecer, mas amar não compreender*” (Seabra, 1996: 70). É algo estranho, que nos desconcerta e que está fora do domínio das coisas ordinárias, que nos são bem conhecidas e compreendidas.

O Mistério é aquilo que está para além da linguagem e é somente reconhecido por aqueles que em algum momento conheceram a emoção que leva ao encontro com o Sagrado, ou a emoção que este produz. Como ressalta Costa, “O encontro com Deus, para quem crê, dá-se na revelação do mistério. O Sagrado emerge quando o espírito humano chega ao auge de sua potência, enquanto criador”.(Costa, 1988: 94)

Toda tentativa, portanto, de definição da religiosidade tomando por base a ordem estabelecida pelo pensamento racional, tem como efeito diminuir e enfraquecer a própria experiência e resultam em teorias copiosas, interpretações plausíveis, mas limitadoras da dimensão do que é o Sagrado.

Reconhecemos, entretanto, a possibilidade de uma conceituação da experiência religiosa, baseada numa certa racionalidade, sem, contudo, desconsiderar seu aspecto de “irracionalidade”¹⁰, ou melhor, algo que escapa a ordem racional. Assim, podemos comungar com Rudolf Otto, quando diz que:

“Chamamos ‘racional’ na idéia do divino ao que pode ser claramente captado pelo nosso entendimento e passar para o domínio dos conceitos que nos são familiares e susceptíveis de definição. Por outro lado, afirmamos que abaixo deste domínio de pura clareza se encontra uma obscura profundidade que nos escapa, não ao sentimento, mas aos nossos conceitos e a que, por esta razão, chamamos ‘o irracional’”.(Otto, 1992: 86)

A definição que pretendemos construir para a religiosidade considera que qualquer interpretação para o fenômeno religioso e, especialmente, para a experiência religiosa, parte de uma impossibilidade, qual seja, a de capturar o que é, por essência,

¹⁰ “QUE SE DEVE ENTENDER POR IRRACIONAL? (...) Com esta palavra entendem-se muitas vezes coisas completamente diferentes, ou então emprega-se num sentido tão geral e tão vago que se podem entender com ele as mais heterogêneas realidades: a pura realidade em oposição à lei, o empírico em oposição ao racional, o contingente em oposição ao necessário, o facto brutal em oposição ao que se pode encontrar através da dedução, o que é de ordem psicológica em oposição ao que se pode definir a priori, o poder, a vontade e a arbitrariedade em oposição à razão, à inteligência e a determinação fundada numa avaliação; o impulso, o instinto e as forças obscuras do subconsciente em oposição ao exame, à reflexão e aos planos racionais; as profundidades místicas da alma e os movimentos místicos na humanidade e no homem, a inspiração, a intuição, a penetração, a visão profética e, por fim, as forças “ocultas”; de uma maneira geral, a agitação inquieta, a fermentação universal da nossa época, a busca do novo na poesia e artes plásticas, tudo isso, e ainda outras coisas, pode ser o “irracional” e constituir o que se chama o “irracionalismo moderno”, exaltado por uns, condenado por outros (...) Por irracional não entendemos o que é informe ou estúpido, o que ainda não está sob o controle da razão, o que é na nossa vida instintiva ou no mecanismo do mundo, é rebelde à racionalização. Partimos do sentido habitual da palavra, daquele que tem, por exemplo, quando dizemos a propósito de um acontecimento singular que, pela sua profundidade, se furta a uma explicação racional: “Há aqui algo de irracional!” (Rudolf Otto, 1992: 85 e 86)

“irracional”¹¹ nessa experiência – sua *numinosidade*. No entanto, ainda que algo nos escape nessa experiência, voltamos a reafirmar a dimensão religiosa da humanidade.

Essa abordagem é de especial importância para esse estudo, pois buscamos uma compreensão para a experiência religiosa relatada por pacientes psiquiátricos frente ao adoecimento mental e a recorrência a esta como forma de enfrentamento do sofrimento mental. Para tanto, não esperamos estabelecer absolutos sobre a experiência religiosa dos pacientes psiquiátricos e sim apontar para interpretações possíveis para o sofrimento mental associadas com a religiosidade.

Ressaltamos as contribuições de Otto (1992) uma vez que este nos direciona para uma compreensão das modalidades da experiência religiosa para além dos modelos racionalistas, pois a experiência religiosa é tomada como um fenômeno da ordem do “irracional”, como uma realidade diferente das realidades “naturais”.

Discutir e propor uma definição para a experiência religiosa é nos deparar tanto com uma realidade que não se integra ao mundo “profano”, quanto com uma transformação da realidade imediata, “natural”, em uma realidade sobrenatural. O Sagrado e o Profano constituem duas possibilidades de tradução da realidade e são com essas duas possibilidades que poderemos estar lidando na prática clínica com vistas a uma intervenção sobre o sujeito doente ou sobre o sofrimento mental.

Sobre a dimensão religiosa no humano, nos diz Eliade (1996):

“(...) o homem religioso assume um modo de existência específica no mundo, e, apesar do grande número de formas histórico-religiosas, este modo específico é sempre reconhecível. Seja qual for o contexto histórico em que se encontra, o homo religiosus acredita sempre que existe uma realidade absoluta, o sagrado, que transcende este mundo, que aqui se manifesta, santificando-o e tornando-o real. Crê, além disso, que a vida tem uma origem sagrada e que a existência humana atualiza todas as suas potencialidades na medida em que é religiosa, ou seja, participa da realidade. (...) O homem profano é o resultado de uma dessacralização da existência humana.” (Eliade, 1996: 164)

O autor adverte, contudo, que um homem exclusivamente profano, porque racional, é uma abstração e não uma realidade observável. Isso porque, todo ser humano é constituído, ao mesmo tempo, por uma atividade consciente e por experiências

¹¹ Irracional no sentido construído por Rudolf Otto (1992)

irracionais - a *experiência do numinoso*, a qual vimos nos referindo para discutir a religiosidade.

Toda experiência religiosa se funda originalmente nessa experiência numinosa e numa mudança de consciência que daí resulta. O numinoso pode ser tomado como algo inerente a um objeto visível ou como um influxo de uma presença invisível e ambos produzem uma modificação especial na consciência. Diante dessa abordagem da religião como experiência numinosa, a confissão religiosa não pressupõe um determinado sistema religioso institucionalizado. Toda confissão se funda, então, tomando por base as formulações de Otto (1992), numa experiência numinosa e na fidelidade, na fé e na confiança em relação a uma determinada experiência de caráter numinoso e nas modificações dela decorrentes.

Ao considerarmos a recorrência a religião por parte dos pacientes psiquiátricos frente ao sofrimento mental, podemos supor se tratar de uma experiência de caráter numinoso que produz modificações na consciência e, portanto, também no modo de compreender, interpretar e enfrentar o sofrimento mental. A religião ajuda na construção de um sentido para a vida e na forma de compreender o mundo, norteadando profundamente a vida daqueles que a ela recorrem e estruturando práticas cotidianas.

As confissões de fé, segundo Jung (1983), são formas codificadas e dogmatizadas de experiências religiosas originais, das experiências numinosas. Os conteúdos dessas experiências foram sacralizados e pelo seu exercício e repetição transformaram-se em ritos e em instituição. Isso, contudo, não equivale a dizer que se trata de uma petrificação sem vida, ao contrário, são modificados principalmente pelo valor afetivo que lhes são conferidos pelo sujeito da experiência – *o homo religiosus*. Homem este que, ao observar e considerar os fatores que agem sobre ele e sobre seu estado geral, lhes confere sentido religioso, permitindo uma formulação de sentido para suas experiências.

Em sua tentativa de compreender a dinâmica do paciente religioso, Jung (1983) acresce à discussão da experiência numinosa alguns aspectos de relevância. O autor dá destaque aos valores emotivos presentes nessa experiência e a considera uma forma significativa de experiência do inconsciente que se atualiza através dos dogmas. Trata-se, então, de uma expressão da alma muito mais completa do que uma teoria científica, uma vez que esta última é formulada pela consciência e poderá ser superada por outra teoria. O que não ocorre com o dogma, por este ser um ponto fundamental do sistema religioso.

É de relevância psicológica o fato de uma pessoa crer em Deus, ainda que sob o prisma de uma racionalidade científica não seja passível de comprovação. Sua importância está na economia psíquica. O sentido de mundo construído a partir da experiência religiosa ainda que aparentemente ilógico, oferece coerência para quem dele se apropria, uma coerência que não se sustenta em dados objetivos, mas no sentido que fornece às experiências e ao seu valor na economia psíquica.

Como aponta Bonfatti (2000),

“Qualquer concepção já é psicologicamente verdadeira e atua na vida das pessoas como tal, a partir do momento em que essa mesma concepção começou a existir dentro do psiquismo, tenha sido ela forjada ou não por pastores, pela mídia ou por qualquer outro tipo de experiência”. (Bonfatti: 2000: 40)

Nesse sentido é que pretendemos apontar a relevância da experiência religiosa, ao ser descrita pelos pacientes psiquiátricos, como uma maneira de interpretar o adoecimento mental e mesmo como forma de lidar com o sofrimento.

O reconhecimento do discurso religioso como possibilidade interpretativa nem sempre tem ocorrido por parte dos profissionais envolvidos com a terapêutica em saúde mental. Para fazê-lo, é preciso ter em mente que a experiência religiosa além de ser uma possibilidade de resposta utilizada frente aos infortúnios e adversidade da existência, é também uma possibilidade de construir sentido e agir no mundo.

Reconhecer as nuances de apropriação da religiosidade no contexto da saúde mental configura-se num desafio aos profissionais, pois exige que estes considerem e incorporem o discurso religioso enquanto uma outra lógica de compreensão do adoecimento mental, diferente da lógica individualista nas quais baseiam-se as ações terapêuticas em saúde mental. As teorias psicológicas e psicanalíticas que sustentam o Movimento da Reforma Psiquiátrica pretendem relativizar a bipartição tradicional entre razão e desrazão, atribuindo positividade à loucura e ao delírio. A tensão estaria, então, exatamente entre a lógica individualista que prevê a responsabilização e a afirmação do sujeito autônomo e a concepção religiosa, onde há uma desresponsabilização do indivíduo em função do recurso ao transcendente.

Como aponta Costa (2001), as crenças religiosas possuem seus próprios critérios de veracidade e fidedignidade, não redutíveis aos critérios de racionalidade científica. *“Pedir ao religioso provas empíricas de sua crença faz tanto sentido quanto pedir ao*

cientista provas sobrenaturais de suas descobertas". Não se trata, portanto, de nos perguntarmos sobre as provas nas quais baseiam-se as crenças religiosas dos pacientes psiquiátricos, mas buscarmos uma compreensão sobre a lógica que sustenta essas crenças e como determinam a recorrência à religiosidade frente ao sofrimento mental.

Podemos observar que o discurso religioso pode compor o conteúdo do delírio como qualquer outro conteúdo da cultura e assim caracterizar alguns sinais e sintomas do adoecimento mental. Contudo, isso não equivale a dizer que são, via de regra, antiterapêuticas. Essa avaliação por parte dos profissionais dependerá diretamente da posição na qual se colocam diante do discurso religioso de seus pacientes. Isso porque poderá tanto desconsiderar a necessidade de um distanciamento epistemológico entre o discurso religioso dos pacientes e as suas próprias experiências pessoais por adotarem alguma opção religiosa em suas vidas quanto por preconceito ou pré-conceitos, patologizar e desconsiderar o discurso religioso dos pacientes.

O discurso religioso não é melhor ou pior que o da psiquiatria ou psicanálise; é preciso que o profissional procure compreender em que medida a recorrência à religiosidade aponta para a maneira como os pacientes construíram sentido para o seu sofrimento, o mundo no qual o paciente vive e o lugar social que encontrou para si. Novamente podemos supor que a tensão que se coloca está na desresponsabilização do indivíduo pelo discurso religioso e a responsabilização do indivíduo pelo discurso da psiquiatria e psicanálise.

Podemos dizer que os pacientes, especialmente aqueles com doença grave, procuram por aliados frente ao seu sofrimento. Os pacientes recorrem a algo que em sua escala de valores detenha o poder do milagre da cura (Botsaris, 2001: 171). Esse milagre da cura poderá ser realizado tanto por um médico espírita quanto por um especialista altamente recomendado. O que se observa é que a tecnologia médica não é considerada como o único e absoluto recurso terapêutico capaz de ajudar o paciente no enfrentamento de sua doença, seja física ou mental.

Lévi-Strauss (1957) descreve o trabalho de alguns antropólogos que se dispuseram a estudar os sistemas médico-religiosos de tribos africanas e populações da Oceania. Esses pesquisadores observaram alterações fisiológicas significativas nos indivíduos após terem se submetido aos rituais de feitiçaria. Entre essas alterações encontraram modificações do ritmo cardíaco, da atividade psíquica, do tônus muscular, do nível de resposta aos estímulos do meio ambiente e da pressão arterial.

Ressaltam, ainda, relatos de morte por parada cardíaca, sem causa física ou doença aparente, após um feitiço feito com o intuito de punir infrações graves às

tradições dessas sociedades. Esses relatos apontam para o poder de indução de rituais de feitiçaria em alterações da fisiologia corporal e demonstram não somente os efeitos da magia dos xamãs sobre os indígenas, mas o profundo simbolismo dos rituais e das palavras mágicas.

Um ponto interessante, levantado pelo autor, diz respeito ao feitiço xamânico que para ser eficiente deverá estar relacionado a três fatores: à crença do enfeitiçado na magia, à confiança do xamã em sua técnica de produzir encantamentos e à perfeita inserção do ritual no contexto cultural da comunidade onde vive o paciente.

Isto posto, podemos falar de “ritual de cura” no campo religioso e de sua eficácia na medida em que este envolva a crença na figura de um líder religioso e nos rituais religiosos propostos, bem como a inserção do fiel num sistema religioso, numa comunidade de crentes. Trata-se de uma outra lógica, de um outro registro de compreensão do adoecimento. O desafio encontra-se em desvelar essa outra lógica e ao compreendê-la, poder articulá-la com as alternativas terapêuticas do campo da saúde.

Por fim, podemos propor uma definição de Religiosidade tomando o pensamento de Geertz (1989) como referência e o paradigma de que a religiosidade traduz o *ethos* de um povo, ou seja, o estilo de vida, as disposições morais e estéticas, o caráter e a visão de mundo deste.

“Uma religião é um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de factualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas.” (Geertz, 1989: 67)

A religiosidade possibilita, a partir do que foi dito, a construção de um mundo possível, de uma ordem plausível e aceitável, dando um sentido ao caos fenomênico da experiência. Além disso, permite aos homens que o seu sofrimento tenha uma forma e sentidos determinados. A religiosidade deixa de ser vista como sistema defensivo ou alienação e passa a ser considerada enquanto instituição social organizadora da experiência subjetiva.

2.2 - A RELIGIOSIDADE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Considerando o que foi dito sobre a necessidade de compreendermos a lógica que sustenta as práticas religiosas, é preciso incorrer numa discussão sobre o lugar que a religiosidade ocupa na sociedade contemporânea, tanto no âmbito individual como no âmbito coletivo.

Podemos apontar duas vertentes de análise, distintas, para o fenômeno religioso. A primeira vertente afirma que o processo de secularização decorrente do pensamento moderno racionalista-iluminista e a afirmação do sujeito autônomo produziram um desmonte do cosmo sagrado e o rompimento com a visão religiosa do mundo.

A segunda vertente de análise do fenômeno religioso na contemporaneidade reafirma a irreduzível dimensão religiosa da humanidade, para além do triunfo provisório da razão e do positivismo. O que foi possível de ser evidenciado pelos movimentos religiosos contemporâneos e pelo impulso religioso dos anos 60/70, que se opuseram à previsão de que haveria uma equivalência direta entre a perda da religião institucional e o processo de secularização decorrente do pensamento moderno racionalista-iluminista. Fala-se de uma “volta ao sagrado” ao amanhecer do século XXI e de traços específicos de uma “nova religiosidade”, marcada pelo emocionalismo comunitário, na qual a expressão individual e coletiva dos afetos é central e constitutiva do grupo, implicando em um compromisso pessoal daquele que crê e que produz a coesão entre a comunidade e o indivíduo. Trata-se da “religião de comunidades emocionais” que, segundo Herviéu-Léger (1997),

“(...) apresenta-se em primeiro lugar como uma religião de grupos voluntários, que implica para cada um dos seus membros um compromisso pessoal (quando não uma conversão, no sentido revivalista do termo). O testemunho que cada convertido dá ao grupo de sua própria experiência, e o reconhecimento que o grupo lhe traz de volta criam um laço muito forte entre a comunidade e o indivíduo.” (Herviéu-Léger, 1997: 33)

Tal aspecto também presente na religião contemporânea de produzir coesão entre a comunidade e o indivíduo é especialmente significativo e deve ser considerado quando analisamos a recorrência à religiosidade pelos pacientes psiquiátricos, isso porque o adoecimento mental traz em sua história as marcas da exclusão social.

Os pacientes psiquiátricos eram considerados inaptos e até mesmo “perigosos” ao convívio social, devendo, portanto, permanecerem internados. Tratava-se de uma lógica de exclusão que sustentou a psiquiatria tradicional e que, muitas vezes, vemos nos modelos de assistência baseados numa proposta de atenção psicossocial. No sentido oposto a essa lógica fundante da psiquiatria que é a da exclusão, temos o movimento da Reforma Psiquiátrica que vem buscando reconhecer alternativas terapêuticas que produzam a inclusão dos pacientes psiquiátricos no corpo social.

Essa “nova religiosidade” a qual nos referimos poderia talvez possibilitar que os pacientes psiquiátricos participem de uma lógica de inclusão que caracteriza as comunidades religiosas. Não seria esta uma demanda dos pacientes psiquiátricos: *encontrar um lugar para si e um sentido para seu sofrimento?*

Outros traços dessa “nova religiosidade” são: o engajamento do corpo na oração, as manifestações afetivas na relação entre os membros, o ambiente favorável ao emocionalismo, a atenção dada às formas não verbais da expressão religiosa e a importância do corpo e dos sentidos na vida religiosa individual e coletiva. Considera-se que a intelectualização das crenças é inútil e que contraria o objetivo principal das comunidades emocionais ao buscar homogeneizar e controlar as experiências religiosas. Como se constituem como redes flexíveis, elas permitem aos seus membros uma participação fluida e de acordo com uma busca pessoal.

Segundo Hervieu-Léger (1997), esses traços não seriam característicos somente das comunidades emocionais, produto dessa “nova religiosidade”, mas estariam em alguma medida presentes também nas instituições religiosas tradicionais e modelariam os comportamentos religiosos individuais.

Outro aspecto que merece destaque em nossa análise sobre a religiosidade na sociedade contemporânea diz respeito à expansão das religiões institucionalizadas. São elas, em especial, que permitem que as experiências produzidas pela “nova religiosidade” sejam inseridas em rotinas da vida quotidiana e reativadas em limites precisamente controlados. Essa expansão da religião institucionalizada poderia ser justificada, ainda que parcialmente, como uma reação à escassez de referências de sentido da sociedade contemporânea. A religiosidade contemporânea é um fenômeno que atende a exigências de natureza social, contudo, não corresponde a um fenômeno novo, ao contrário, reafirma sua função essencial de integração social.

Bonfatti (2000), ao estudar o movimento neopentecostal da Igreja Universal do Reino de Deus (IURD), ressalta neste sistema religioso institucionalizado a divisão que esta propõe entre o que é da ordem material e o que é da ordem espiritual e a inter-

relação entre ambos. Esse estudo é bastante elucidativo da função de integração social das “novas religiões” e nos serve para pensar a quais necessidades essa “nova religiosidade” vem atender. Além disso, apontam para algumas das características que sustentam as terapêuticas religiosas.

No mundo espiritual encontraríamos os seres espirituais: Deus, diabo, anjos e demônios, em constante “guerra espiritual”. Para a IURD, as mazelas humanas e as doenças são decorrentes do confronto entre os seres do bem com os seres do mal, que povoam o mundo espiritual. Tanto as doenças psíquicas quanto às doenças orgânicas têm, portanto, uma causalidade espiritual e por isso podem e devem ser tratadas através dos rituais de cura pelo exorcismo realizados na IURD.

Os rituais propostos pela IURD para a cura das doenças são mais do que sugestão coletiva, eles resignificam a doença como divinas e pressupõem para elas uma cura também divina. A cura das doenças inclui não somente as doenças físicas, para as quais a medicina não teve resolutividade, como também a cura de alucinações e delírios em pacientes psiquiátricos.

Em especial, podemos dizer que a IURD reafirma a função essencial de integração desempenhada pelas religiões, ao propor, mencionar e sustentar a recuperação em seus fiéis da capacidade laborativa, das relações afetivas e familiares, da ressocialização e do bem-estar proveniente da “cura do espírito”. Trata-se, segundo Bonfatti (2000), de “(...) *uma transformação existencial radical positiva e um encontro com o sentido da vida a partir da percepção e entrega à uma dimensão transcendente*”.(Bonfatti, 2000: 111)

“SEXTA-FEIRA DA CURA”.

Desse modo a IURD anuncia um de seus cultos. Em abril de 1990, o jornal O Globo descreve o ritual de cura promovido pela IURD e os efeitos deste sobre as pessoas que participavam de um culto conduzido pelo bispo Edir Macedo no Estádio do Maracanã – RJ:

“O momento de maior excitação da platéia, durante o culto evangélico da Igreja Universal do Reino de Deus, ocorreu quando o bispo Edir Macedo pediu que se levantassem as pessoas que sofriam de insônia, medo, dor de cabeça, vícios, enfermidade da coluna, paralisia, problemas de vista, câncer e outros. A multidão em peso ficou de pé.”

- *Querem receber a cura? Então levantem as mãos para o alto.*

Após observar a multidão erguer as mãos, o líder espiritual pediu que as pessoas colocassem as mãos no lugar de suas enfermidades. Com o público vivendo uma espécie de transe, ele começou a oração:

- *Em nome do Senhor, que toda força maligna, todos os espíritos enganosos que atuam sobre o marido, sobre a mulher, sobre as crianças que acordam assustadas, sobre o câncer, sobre a Aids, saiam daí agora. Sai! Sai! Sai! – gritou, batendo o pé direito com força sobre o palco.*

Nas arquibancadas, as pessoas respondiam em coro:

- *Sai! Sai! Sai!*

Quando o líder espiritual silenciava, se ouvia gritos vindos de todas as partes. Pessoas desmaiavam. Outras tremiam convulsivamente.

Pouco depois, o bispo Macedo pedia que os fiéis que estivessem curados atirassem no gramado do estádio ou entregassem aos “obreiros” os seus óculos, muletas, aparelhos de coluna ou coisas do gênero:

- *Nós vamos deixar aqui hoje todas as enfermidades – bradou”.*

Por mais questionável e estranho que pareçam ser esses rituais, eles adquirem um sentido no contexto da IURD e produzem alterações na vida das pessoas, que costumam descrever como suas vidas melhoraram depois de terem se convertido. Além disso, as pessoas convertidas também relatam curas e milagres feitos em nome de Jesus. O contexto dessas curas e milagres pode ser um importante viés de pesquisa, contudo, não impedem que trabalhem com a premissa de que a crença no poder das religiões já é suficiente para produzir transformações significativas na vida das pessoas.

Tendo em vista o que expomos, o desafio que se coloca ao estudo do tema religioso é a superação de óticas reducionistas de compreensão da experiência religiosa, bem como o abandono da pretensão objetivista atual, baseada na racionalidade científica, de redução conceitual do irracional e do mistério. É, também, com esse dado que consideramos ser fundamental trabalharmos no intuito de produzirmos uma interpretação possível para a religiosidade. A experiência religiosa é por definição e premissa irreduzível a uma conceitualização absoluta. Trata-se de um fenômeno riquíssimo em complexidade, com um potencial simbólico que, como ressalta Parker (1995), evoca a fé, o fervor místico, o mistério, o milagre, a iluminação e a ascese.

Enfim, como aponta Parker (1995),

“Entendida a religião como uma empresa coletiva de produção de sentido, além de suas funções sociais na constituição e na regulamentação de relações do homem social com seu entorno corporal, natural, social, histórico e cósmico, ela é um componente primordial do campo simbólico-cultural de um grupo ou sociedade que, do ponto de vista de suas significações, remete de forma explícita a uma realidade extraordinária e meta-social: o sagrado, o transcendente, o numinoso. Esta realidade cujo tempo-espaço é trans-histórico mantém uma diversidade de relações com a realidade espaço-temporal habitual e normal (profana). O tipo de articulação entre as duas dimensões não é algo que possa ser definido conceitualmente a priori nem em forma ‘clara e distinta’, como exigiria uma mentalidade cartesiana, mas deve ser estudado em cada caso historicamente.” (Parker, 1995: 51)

Desse modo, podemos dizer que a religiosidade permite uma representação da visão de mundo de uma sociedade, conduzindo o pensamento dos indivíduos em direção a uma construção de sentido e significado para suas experiências, através dos símbolos religiosos.

Sociólogos como Max Weber e Durkheim, mesmo considerando as mudanças de paradigma provocadas pelo modelo racional-iluminista de compreensão do mundo, não subestimavam a importância da religiosidade no humano. A religiosidade seria uma forma dos indivíduos responderem a questões sobre o sentido da vida e da morte, e que não se resolveriam através da racionalidade científica.

Segundo Durkheim, a religião se originaria das exigências práticas da vida em sociedade e as idéias religiosas seriam uma expressão de pensamentos sociais preexistentes. Nas sociedades mais simples, a religião é considerada a fonte principal de coesão social e são integradas com formas rituais de conduta e como disciplina moral. Rejeita-se a idéia de que a religião estaria necessariamente relacionada a eventos sobrenaturais ou a deuses. A religião é tomada como fonte original de todas as formas de pensamento da sociedade, que subseqüentemente se secularizam afastando-se de sua origem religiosa.

O autor insistiu em dois elementos para definir a religião: a existência de símbolos e objetos sagrados e a conexão destes com práticas cerimoniais organizadas através de uma igreja. E, seriam os ritos religiosos provenientes dessas práticas cerimoniais que realçariam a solidariedade do grupo.

Segundo Giddens, sobre as idéias de Durkheim (1978),

“Se a religião, como fenômeno social, tem em si algo de eterno, esse algo não consiste nos deuses dos sistemas religiosos tradicionais. Os elementos da religião que persistem referem-se ao caráter necessariamente moral de todas as relações sociais e à preeminência da sociedade como fonte de tudo o que humaniza o homem.”(Giddens, 1978: 73)

Ainda assim, a substituição da religiosidade pela racionalidade científica, possibilitou que durante os anos do iluminismo a sociedade experimentasse uma depreciação do pensamento mágico e um afastamento das práticas religiosas. Contudo, segundo Giddens (1978), o equívoco estaria em supor que o pensamento científico poderia substituir a cosmologia religiosa. Na medida em que a religião se refere a ideais morais e de regulamentação moral, a ciência não poderá substituir a lógica religiosa de apreensão da realidade, ainda que o espírito crítico e racionalista impregne a moral.

Segundo Durkheim apud Giddens (1978),

“(...) a fé já não exerce a hegemonia outrora exercida sobre o sistema de idéias que podemos continuar chamando de religião. Ergue-se à sua frente uma força rival que, tendo nascido dela, a sujeitará para todo o sempre à sua crítica e ao seu domínio.” (Giddens, 1978: 74)

Com o advento do capitalismo moderno iniciou-se um processo de secularização e o pensamento científico produziu temporariamente um certo descrédito das crenças religiosas por parte das elites capitalistas. Em contrapartida, nas classes populares vimos se desenvolver um certo sincretismo religioso que parece atender a necessidades específicas dessa classe, o que discutiremos no ponto seguinte deste trabalho.

Utilizaremos a religiosidade das classes populares como categoria de análise, entendendo que ela aponta para alguns aspectos importantes da religiosidade na sociedade contemporânea, o que nos permitirá compreender os motivos pelos quais também os pacientes psiquiátricos recorrem à religiosidade frente ao adoecimento mental e mesmo como forma de terapêutica.

Isso porque estamos em acordo com Vernant (1980), quando este afirma que a atitude religiosa é constitutiva de uma natureza humana e, portanto, o sagrado e o religioso freqüentam nossa história com mais intensidade do que supomos.

Assim, segundo o autor,

“Quanto mais se estudam as religiões, melhor se compreende que elas, do mesmo modo que as ferramentas e a linguagem, estão inscritas no aparelho do pensamento simbólico. Por mais diversas que elas sejam, respondem sempre a esta vocação dupla e solidária: para além das coisas, atingir um sentido que lhes dê uma plenitude das quais elas mesmas parecem privadas; e arrancar cada ser humano de seu isolamento, enraizando-o numa comunidade que o conforte e o ultrapasse.” (Vernant, 1980: 70)

2.3 - PROCESSO DE SECULARIZAÇÃO E RELIGIOSIDADE POPULAR: CATEGORIAS PARA A ANÁLISE

O século XX se caracterizou por modernizações introduzidas pela industrialização e pela urbanização. Esse processo de secularização produziu mudanças significativas nas estruturas sociais e culturais. Weber em “A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo” introduz o termo secularização para caracterizar a diminuição progressiva do caráter religioso da sociedade. Trata-se da passagem de uma cosmovisão religiosa para uma cosmovisão profana, incluindo a perda do controle de alguns setores da vida social pelas instituições religiosas.

O modo de produção capitalista expande-se e com ele sua influência sobre a cultura, produzindo uma sociedade não mais regida pela religiosidade e sim pelo racionalismo crescente.

Segundo Parker (1996),

“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: 98 e 99)

O processo de secularização não desconsidera o ressurgimento de novos movimentos religiosos nas sociedades consideradas secularizadas. Isso porque é inegável que após o furor cientificista, temos observado que a dimensão religiosa retornou e persiste, inclusive, com características transformadoras. Este processo, em curso a partir do século XIX com a revolução industrial, não invalida que o homem

sempre estará empenhado na construção de um cosmo sagrado que ofereça sentido e significado para sua vida e experiências.

Além disso, provocou transformações que se opõem à afirmação de que com a secularização haveria uma superação do sentimento religioso. O que se observa, de fato, é que esta produziu transformações em todo o campo simbólico das sociedades, com alterações significativas na organização das classes sociais e também modificações nas representações culturais e religiosas.

Ainda, segundo Parker (1996),

“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”.(id. Ibid.: 103)

Em especial nas classes populares vê-se que a incerteza social e cultural provocada pela impossibilidade do capitalismo cumprir a termo seu projeto econômico, político e social – de acesso aos bens de consumo e/ou produção – provocou uma reformulação do sentido religioso e um sentimento de dependência a recursos sobrenaturais de sentido e apoio para a vida. Nesse contexto, atendendo a uma necessidade de enfrentamento das classes não favorecidas frente às mudanças sociais provocadas pelo capitalismo.

O processo de secularização que se afirma produto da urbanização capitalista não significou uma dissolução do sentido religioso nas classes populares e produziu uma transformação na mentalidade religiosa e não a superação da fé e dos efeitos da mesma. Isso porque a religiosidade cumpre um papel significativo de suporte social.

Como sugere Parker (1996),

“A religiosidade das massas na urbe se transforma numa espécie de ‘estratégia simbólica de sobrevivência’ que contribui para a reprodução do sentido da vida, reinstaurando, pela via do cosmo sagrado protetor e favorável na empresa da sobrevivência, o nomos¹² que afasta toda a insegurança e a

¹² *NOMOS*: modelo significativo geral que dá significado e coerência à vida e permite reduzir, manobrar e defender-se do absurdo que ameaça toda a ordem social. Quando o nomos tende a identificar-se com verdades supremas inerentes ao universo, identifica-se com o cosmo sagrado e se fortalece, legitimando-se nele.(Parker, 1996: 102)

ameaça destruidora da ordem significativa e da própria vida nessas classes marginalizadas”. (id. Ibid.: 115)

Em decorrência dos processos heterogêneos das modernizações capitalistas e sua interferência na manutenção da sobrevivência e subsistência de camadas sociais vulnerabilizadas pela nova ordem social, o mundo simbólico foi resignificado e o cosmo sagrado passou a servir para “*proteger ou infundir novas energias e novas esperanças*” (id. ibid.: 123). Essa resignificação do sagrado não significa qualquer ligação com religiões oficiais, mas uma possibilidade de produção simbólica das classes populares diante das situações de instabilidade social.

Sob o prisma da saúde pública, uma das questões que envolvem as camadas populares, após a secularização e modernização capitalista é a crise do “acesso aos serviços”. Mesmo com os diferentes recursos terapêuticos disponíveis pela ciência, isso não significou acesso irrestrito aos recursos. Vimos que as camadas sociais mais vulneráveis economicamente têm construído e apontado para terapêuticas alternativas àquelas propostas pela biomedicina.

Essas terapêuticas alternativas têm um forte componente emocional e sustentam os postulados da Teoria do Apoio Social¹³. Esta teoria trabalha com a premissa de que tanto a origem das doenças quanto sua terapêutica estariam relacionadas com as emoções. Assim, retomam a questão da unidade mente-corpo – indispensável para se pensar, inclusive, a recorrência às religiões na sociedade contemporânea. É possível dizer, a partir dos trabalhos conduzidos por Valla, que a recorrência às religiões represente para as camadas populares uma solução para a crise do “acesso aos serviços” e aponte para uma outra maneira de se lidar com o sofrimento físico e mental.

Além disso, atende a outra demanda das classes populares que é a resolutividade de suas questões. Uma queixa freqüentemente identificada pelos profissionais de saúde é o “sofrimento difuso”, sem correspondência orgânica ou mental, e que fatalmente resultam em prescrição de tranqüilizantes que como o próprio nome sugere tranqüilizam sem abrir a possibilidade de uma solução para as dificuldades enfrentadas.

¹³ *TEORIA DO APOIO SOCIAL* (Social Support) – Discussão que ganha importância nos EUA na década de 80 em função de uma “crise de insatisfação popular” relacionada com a saúde pública desse país. É trazida pelo Prof Victor Valla para discutir também a crise política, econômica e social brasileira que se vê refletida no campo da saúde. A proposta do apoio social busca ser um meio de se lidar com a crise no sistema de saúde, numa tentativa de propor respostas e caminhos para seu enfrentamento. Para Barrios, apud Pietrukowicz (2001:9), “o apoio social inclui qualquer atividade que permita num espaço de tempo compartilhar com familiares, amigos, grupos religiosos, entre outros grupos, ou com qualquer pessoa que ofereça um apoio afetivo ou material. A importância desta categoria está na manifestação da solidariedade e no efeito benéfico como expressão de saúde para as pessoas que participam das atividades”.

Segundo Valla (2001),

“(...) medicalização da infecção acabou sendo o caminho apontado para muitas queixas, produzindo o que alguns chamam hoje de ‘medicalização da sociedade’, sem necessariamente resolver problemas como o do sofrimento difuso.”(Valla, 2001: 119)

Uma forma de solução para o sofrimento difuso seria a constituição de uma rede de apoio social, capaz de melhorar a saúde das pessoas que compoariam esses grupos de apoio. A característica principal desse apoio é que se passa entre pessoas que se conhecem e se dá de modo sistemático, envolvendo normalmente alguma instituição ou entidade.

A relação das classes populares com a religião sugere que a busca por um apoio nas igrejas significa a criação de suportes alternativos diante das adversidades do cotidiano, inclusive provenientes de doenças, e, também, uma forma de se criar motivações para as classes populares fazerem frente à pobreza e aos “problemas da vida”.

Analisando dentro do viés da Teoria do Apoio Social, é freqüente encontrarmos referência às religiões para se enfrentar tanto o sofrimento difuso quanto as doenças crônicas, uma vez que o recurso a outras instituições não é satisfatório. Assim, é comum o testemunho de cura de doenças como o alcoolismo, libertação das drogas e da criminalidade e também o fim de angústias dado o envolvimento com alguma religião ou prática comunitária de fé.

Podemos dizer que quando ocorre a opção por algum sistema religioso institucionalizado, a pessoa experimenta uma vivência de ser parte de uma comunidade e pela qual também é responsável. De alguma forma isso contribui para produzir um outro sentido na vida das pessoas, em oposição ao individualismo crescente da sociedade moderna. Vê-se, então, o estabelecimento de um modo de relação entre os adeptos das religiões que é marcado pela solidariedade e que também é capaz de gerar aumento da auto-estima e alternativas terapêuticas frente às doenças físicas e mentais.

Podemos dizer que o pensamento popular tem uma perspectiva holística sobre o homem, o que se contrapõe ao pensamento racional-científico que tende a desmembrar para compreender. Admitimos, portanto, existirem diferenças entre a lógica do profissional de saúde e a lógica popular, que poderá dificultar a compreensão de um

pelo outro. Ou seja, um abismo que muitas vezes separa a cosmovisão dos profissionais de saúde da cosmovisão dos indivíduos que compõem as classes populares.

A lógica individualista e responsabilizadora do profissional de saúde se sustenta enquanto discurso da ciência e pode justificar todo o tipo de prática de saúde. Cabe nos perguntarmos, de outro modo, sobre que base se sustenta a lógica popular.

Diríamos, então, que os indivíduos das classes populares também desenvolvem conhecimento e encontram soluções para os problemas do cotidiano, baseando-as numa lógica própria e coerente com suas tradições culturais, inclusive podendo recorrer à religiosidade. Assim, segundo Valla (2001), a cultura popular configura-se como uma teoria imediata baseada num conhecimento acumulado que permite que as classes populares interpretem e expliquem a realidade.

Esse conhecimento sistematizado pelas classes populares pode aparentar ser absurdo na dinâmica das práticas de saúde e para o profissional, contudo, tem uma lógica clara para aqueles que a constroem. O desafio está em se dispor a conhecer a lógica que sustenta o conhecimento sistematizado pelas classes populares e não tomá-lo como deformado e incompleto.

Como ressalta Martins (1989) sobre o conhecimento das classes subalternas,

“O conhecimento de que são portadoras as classes subalternas é mais do que ideologia, é mais do que interpretação necessariamente deformada e incompleta da realidade do subalterno. É nesse sentido, também, que a cultura popular deve ser pensada como cultura, como conhecimento acumulado, sistematizado, interpretativo e explicativo, e não como cultura barbarizada, forma decaída da cultura hegemônica, mera e pobre expressão do particular.”
(Martins, 1989: 111)

Essa visão sobre o conhecimento produzido pelas classes populares supera a visão iluminista da cultura popular e ganha importância teórica. Ela abre o caminho para uma outra maneira de considerar a cultura popular, ao indicar que nela não haveria apenas uma forma “arcaica” de se pensar os conflitos sociais, mas também uma possibilidade progressiva que indica modos possíveis de enfrentamento das crises sociais e de problemas ligados à saúde física e mental.

Nos vemos, então, diante de uma “crise de interpretação”, segundo Martins, (1989) que expressa a necessidade histórica de uma mudança no modo de se olhar o

conhecimento produzido pelas classes populares, pois os indivíduos que compõem as classes populares são sujeitos da história e sujeitos do conhecimento.

Sobre essa crise de interpretação, Valla (2000) ressalta ser esta muito mais uma questão de postura dos que lidam quotidianamente com as classes populares do que uma questão técnica. O que o autor chama de postura está relacionado com a dificuldade em se aceitar que pessoas iletradas e humildes das classes populares possam ser capazes de produzir conhecimento, e mais, que esse conhecimento possa contribuir para a avaliação das situações que enfrentamos em nossa prática profissional, por exemplo, como profissionais de saúde.

No caso das questões ligadas a saúde física e mental, é fundamental que todos os projetos assistenciais levem em consideração a fala da população, pois, caso contrário estariam partindo da premissa de que a população tem pouca ou nenhuma autonomia no enfrentamento das dificuldades do dia-a-dia e em situações de adoecimento. De fato, não é isso que uma análise mais atenta aponta e o que a recorrência à religiosidade pelas classes populares denuncia.

A solução de problemas ligados à saúde física e mental tem sido um forte propulsor da busca por igrejas. Contudo, isso não resume ou explica integralmente a recorrência às religiões. A religiosidade popular é um fenômeno muito mais complexo do que podemos supor tomando por base nossos métodos científicos de compreensão da realidade e dos movimentos sociais.

Falar de uma religiosidade popular não significa tomar o fenômeno religioso presente nas classes populares como algo homogêneo. A pluralidade desse fenômeno, contudo, não impossibilita buscarmos para ele um sentido comum popular. Qual seja, *“Deus, compreendido como Pai e como Criador, poderoso e benevolente que cuida e lembra de seus filhos.”* (González apud Parker, 1996: 139). Esse sentido comum se transfigura em expressões religiosas que serão coerentes com cada subcultura, produzindo sentido e atendendo a funções sociais e simbólicas particulares a esta.

Esse sentido comum e as expressões religiosas (rituais, crenças, mitos, devoções, símbolos, signos, palavras e expressões) dele decorrentes constituem a religiosidade popular, que ao se confrontar com as adversidades sociais, produz recursos de enfrentamento dessas adversidades através da via religiosa. Cumpre, assim, uma função simbólica que possibilita o enfrentamento de eventos ameaçadores e o reforço à sobrevivência e à resistência cultural. *“A fé popular parece classificar os seres sagrados não por seu caráter ontológico, mas por seu poder sagrado: isto é, por sua capacidade de intervir “milagrosamente” no mundo dos vivos”.* (Parker, 1996: 151)

Nesse contexto, as questões relacionadas com a saúde física e mental não são vistas como assunto privado e restrito às enfermidades individuais. Ao contrário, adotam-se estratégias de saúde comunitárias e as vinculam à providência de Deus. São essas as chamadas “terapêuticas religiosas”.

Segundo Parker (1996), a religiosidade popular configura-se como um “protesto simbólico”, uma vez que, outras formas de protesto não são consideradas possíveis. A busca pelo sobrenatural está relacionada, assim, com a solução também dos problemas do cotidiano e não somente com a crença numa vida depois da morte com todas as garantias que não foram possíveis na vida.

Essas características da religiosidade popular, que vimos descrevendo, nos conduzem a pensar sobre a situação dos pacientes psiquiátricos diante da busca por alternativas terapêuticas.

Em decorrência de sua vulnerabilidade emocional, dado o adoecimento mental, os pacientes recorrerem às religiões para construir um cosmo sagrado que ofereça significado para sua vida e experiências. É frequente percebermos que o sofrimento mental e a instabilidade social dele decorrente dão origem a um sentimento de dependência a recursos sobrenaturais de sentido e apoio.

Além disso, a religiosidade popular estaria orientada a atender às necessidades imediatas sentidas pelos pacientes psiquiátricos, respondendo ao seu sofrimento e produzindo recursos de enfrentamento para essas adversidades através da via religiosa.

Por fim, as estratégias de assistência oferecidas pelas instituições religiosas são organizadas coletivamente e articulam providência divina, suporte coletivo e fé nos recursos terapêuticos disponíveis em cada sub-cultura religiosa. Isso pode ser observado na confiança que os pacientes expressam na intervenção dos poderes transcendentais, para além de sua capacidade autônoma de solucionar as situações adversas do cotidiano.

O estudo dos comportamentos religiosos tenta vincular as crenças simbólicas com a vida cotidiana dos indivíduos. A fé religiosa seja qual for a religião institucionalizada a ela associada, estará sempre articulada à vida concreta dos que crêem, mesmo em expressões religiosas intelectualizadas e racionalistas, que supostamente não guardariam relação com problemas cotidianos.

Podemos afirmar com Zuluaga (1985: 33) apud Parker (1996) que:

“Em todo tipo de religião, está implícito um problema central: salvar o homem da incerteza, dar um sentido à sua vida no mundo e além dele, numa palavra, integração do sagrado com o profano”. (Parker, 1996: 146)

A religiosidade cumpre, assim, três grandes funções sociais: primeiro, uma compensação simbólica consoladora; segundo, uma forma de resistência simbólica oculta e silenciosa; por último, provê sentido numa vida que está constantemente ameaçada.

Um exemplo dessa maneira das classes populares lidarem com as situações do cotidiano por meio da religiosidade pode ser observado no estudo conduzido por Queiroz (1985) entre os pescadores de Iguape¹⁴, no litoral sul do Estado de São Paulo. O autor apresenta uma análise sócio-econômica do local, observando a relação desta com as religiões católica, kardecista, protestante e, especialmente, com a umbanda.

Para os fins de nosso estudo queremos ressaltar a relação da comunidade de pescadores de Iguape com os “curandeiros espiritistas” da umbanda.

O catolicismo em Iguape teve início com a própria fundação da cidade, no século XVII, por colonizadores portugueses. No século XX, vê-se a abertura para outras formas religiosas, os protestantes presbiterianos e os espíritas kardecistas, que se constituíram como religião alternativa ao catolicismo.

Em Iguape até 1930, a pesca era utilizada para a subsistência dos pescadores. Com a expansão da indústria pesqueira, o pescador passou a comercializar sua produção e experimentou uma sensível melhora em suas condições de vida. Com o crescimento da indústria de processamento da pesca, a partir de 1950, os pescadores foram perdendo o poder de barganha da sua produção. Em função disso, e com o fracasso em formarem um sindicato que defendesse seus interesses, os pescadores viram o seu padrão de vida estagnar e declinar a partir de 1970.

Somente uma organização em sindicatos poderia evitar retrocesso no padrão de vida alcançado pelos pescadores. Contudo, a tentativa de formação de um sindicato falhou nos seus objetivos e somente foi levado a termo quando, com apoio governamental, um poderoso industrial da pesca da região se elegeu presidente e passou

¹⁴ Iguape é um município no litoral sul do Estado de São Paulo com aproximadamente 28.000 habitantes, a maior parte dos quais vive na parte rural de uma região empobrecida do estado. Mais de um terço da população consiste em pescadores descendentes da população índia nativa e dos primeiros povoadores portugueses. São conhecidos e referem-se a si próprios como caiçaras, um termo que sugere pobreza e atraso rural.

a exercer uma tutela patronal que servia muito mais aos interesses do patrão que dos pescadores.

Observamos, com o que foi exposto, que os pescadores não conseguiram se integrar à sociedade moderna industrializada. A não integração desses pescadores de Iguapé à nova ordem social fez com que passassem a recorrer aos chamados “consultores espirituais” e “pais (mães) de santo da umbanda”, que tiveram nessa época, um expressivo crescimento e aceitação junto a comunidade, mesmo com o tradicionalismo católico de Iguape.

O autor destaca a conexão entre dois fenômenos diferentes e aparentemente desconexos: o fracasso da organização político-sindical dos pescadores e a emergência da umbanda a partir de 1950.

Para ilustrar seguiremos com o depoimento de uma “mãe-de-santo”, extraído do trabalho de Queiroz (1985) que destaca como a umbanda em Iguape foi uma *“resposta racional e coerente para um mundo que é percebido, com muita razão, como irracional”*. Trata-se do depoimento de Dona Tereza, mulher iliterária, nascida na zona rural de Iguape.

“Eu sempre fui muito ligada ao papa João XXIII, e quando ele morreu eu sofri muito. Eu trabalhei muito para a sua alma, tendo acendido velas na igreja, no cemitério e em casa em sua homenagem. Eu nem tinha dinheiro para comprar tantas velas e tive que roubar para isso. Nesse tempo eu passei a comer muito pouco e quase morri. Um dia, o espírito do papa se encarnou em mim e eu comecei a rezar missa em latim. Em reconhecimento pelo que eu fiz por ele, ele começou a me preparar para o meu trabalho nesta vida. Por sete dias consecutivos ele veio me visitar; depois disso ele veio inaugurar o meu terreiro e nunca mais apareceu. Ele deve estar preparando outras pessoas como eu.(...)Eu tenho curado muitas pessoas que ao chegar a mim estavam quase mortas. (...) No entanto, para que haja cura, o principal fator é a fé nos espíritos. (...) Há casos em que os Orixás não perdoam e a pessoa continua doente. Isso sempre acontece quando não há um arrependimento e uma fé verdadeiros. Às vezes não se recebe graça dos espíritos porque houve abuso antes. Aí é necessário sofrer antes de receber a graça. Jesus que pode curar quem ele quiser não cura todo o mundo. (Queiroz: 1985: 551)

A umbanda se caracteriza por trazer os elementos do mundo urbano para o terreiro, onde são reunidos e simbolicamente reinterpretados. Segundo o autor, fatores como a urbanização e a modernização ocorridas por volta de 1930, provocaram mudanças nas relações sociais da comunidade. Isso possibilitou a emergência da umbanda como resultado de uma percepção da comunidade de pescadores da segregação social que sofriam dada a nova ordem sócio-econômica pós-urbanização. *“Nesse sentido, a umbanda em Iguape é não só compatível com a ordem sócio-econômica dominante na região, como também uma resposta racional a ela”*.(id. ibid.: 551)

Observamos, a partir do que foi brevemente exposto do trabalho do autor, que os pescadores de Iguape passaram a fazer uso de diferentes religiões alternativas ao catolicismo tradicional para resolver os problemas práticos do cotidiano.

Outro exemplo da recorrência à religiosidade pelas classes populares para lidar com as dificuldades do cotidiano é o de outro país da América Latina: a Argentina. Recente edição do “Jornal Clarín” aponta para o crescimento proporcional entre a fé argentina e a crise social que o país vem enfrentando.

A reportagem ressalta o crescimento não somente do número de fiéis católicos, mas, principalmente, de outros cultos, ritos e crenças religiosas. Todas essas, convivendo juntas, mesmo com suas diferenças estruturais, mas tratando de dar resposta e um sentido para os problemas cotidianos. Em busca da crença perdida e na busca por uma resposta para as dificuldades do cotidiano, segundo a jornalista, existem na Argentina 2.800 entidades religiosas católicas, 231 entidades espíritas, 9 budistas, 7 hinduístas, 1748 igrejas evangélicas, 13 igrejas ortodoxas, nove muçulmanas e 83 judias.

A jornalista traz em sua reportagem o relato de uma senhora argentina que consideramos também ilustrativo do que vimos descrevendo sobre a busca por forças espirituais para enfrentar as dificuldades terrenas:

“Hace dos años, a Maria Del Carmen (casada, tres hijos) ni se le ocurría pisar una iglesia. Pero desde que se transformó en una de los millones de desocupados, recuperó su fe. La religión pasó a tener también una función de contención social para su desesperanza. A los 51 años, siente que el grupo de la parroquia es una red para ayudarse entre todos. ‘Si no, me hubiera vuelto loca’, dice. Y arriesga: ‘Cuando hay una crisis tan grande como ésta no hay instituciones que movilicen a la gente. Ahora, la Iglesia ocupa ese lugar’”.

De fato, o que vemos com o exemplo de Iguape, no Brasil e com o exemplo da Argentina é a pluralização de manifestações religiosas que vem ganhando maior visibilidade na medida que ocupam lugar de destaque na vida cotidiana dos fiéis e que são impulsionadas pela crise social vivenciada pelas classes populares.

Segundo Chauí (1993), a religião é uma atitude genérica frente ao real e por isso não há diferenças qualitativas entre a religião das classes dominantes e a religião popular. Estas se distinguem em grau e não em natureza. Para fins dessa pesquisa e, especialmente, na perspectiva das ciências sociais é necessário ressaltar as principais diferenças entre essas duas modalidades de religião e para isso cabe mencionar as variáveis que, segundo a autora, combinadas compõem especificamente a religiosidade popular. São essas:

- “1.. *A composição social dos fiéis: pobres, oprimidos e camadas baixas;*
2. *A função da religiosidade: conservar uma tradição ou responder ao desamparo suscitado por mudanças sociais,*
3. *O conteúdo da religião: visão sacral do mundo oscilando, conforme a opção feita, entre uma ética rígida e uma atitude mágico-devocional mais fluida e*
4. *A natureza da autoridade no plano da instituição religiosa: burocrática ou carismática, mas sempre tendendo à formação de seitas em contraposição à religião dominante, que se institucionaliza sob a forma de igrejas.”* (Chauí, 1993: 72)

Partindo da religiosidade popular como categoria de análise para o presente estudo, utilizaremos os estudos de Chauí (1993) para ressaltar alguns traços particulares da religiosidade das classes populares brasileiras.

No caso específico do Brasil, *primeiro*, a religiosidade popular se caracteriza como predominantemente relacionada à religião católica, estimulada por leigos e não pela autoridade sacerdotal. A diferença entre a religião popular e a oficial se manifesta na oposição existente entre leigos e clero, festividades e sacramentos e, principalmente, entre uma religiosidade espontânea e uma religiosidade vertical baseada no autoritarismo.

Segundo, a religiosidade popular no Brasil caracteriza-se por uma consciência limitada dos fiéis sobre os valores que sustentam suas crenças. O que se opõe à visão de uma religião internalizada na qual o fiel participa da mesma de modo consciente e

deliberado. Nesta última, as conquistas da ciência moderna e capitalista redefinem as normas e os valores religiosos e servem de estímulo último para a participação dos fiéis, que têm consciência da discrepância entre os ideais igualitários da religião e as injustiças sociais.

Ao contrário da religião internalizada, a religião popular mantém uma visão sacral do mundo e justificadora do *status quo*. A oposição entre religião popular e internalizada justifica a conversão da classe média urbana ao protestantismo histórico e dos pobres às religiões urbanas de massa como o pentecostalismo, a umbanda e o espiritismo para mencionar somente as mais conhecidas.

“Ora, para os pobres, que não podem usufruir dos benefícios da ciência (particularmente da medicina), nem suportar a idéia de que sua miséria é racional, a busca de religiões que respondam a angústias vitais torna-se imperiosa. Migração e isolamento, doença e desemprego, pobreza e falta de poder conduzem de uma religião popular tradicional a uma outra, de massa.”
(Chauí, 1993: 71)

A terceira característica da religiosidade popular brasileira é a adesão das classes populares à religião como um esforço para vencer num mundo sentido como hostil e persecutório. Alguns efeitos da religiosidade popular ganham destaque nesse contexto: as orientações de conduta que esse tipo de religião oferece, o sentimento de fazer parte de uma comunidade que tem um conhecimento sistematizado sobre a existência e, principalmente, o sistema compensatório que a religião fornece para as agruras da vida.

Entre as situações enfrentadas pelas classes populares com a ajuda da religião, temos o suporte terapêutico para a cura do corpo, alma e espírito através dos rituais religiosos, a formação de uma rede de apoio mútuo entre os membros da comunidade dos crentes o que, muitas vezes, assegura a subsistência dos fiéis e mesmo o acesso a emprego, a reconstituição de núcleos familiares desfeitos por influência do alcoolismo e da delinqüência, o suporte no enfrentamento de crises familiares, além de tantas outras.

Um outro aspecto a ser ressaltado é a diferença no modo de apropriação da religiosidade popular pela classe média urbana baixa e pelos pobres. Para os primeiros o que está em jogo é o “sentimento de superioridade espiritual” produzido pela religião e no segundo, a perspectiva de que consigam compensar sua situação de classe com a promessa de ascensão social como recompensa a retidão moral.

Alguns cientistas sociais consideram essa prática religiosa dos pobres um modo de alienação social. Fazemos parte de um grupo de pesquisadores que propõe uma leitura diferenciada: os pobres têm perfeito conhecimento de sua situação de classe e é o sentimento de impotência que esse conhecimento produz que faz com que eles recorram ao milagre.

Segundo Chauí (1993) as religiões populares apontam para três aspectos contraditórios, mas elucidativos da religiosidade entre os pobres. Neste caso o que se observa é:

“(...) o apelo a um poder transcendente como resultado de uma clara consciência da realidade presente, face a qual os indivíduos se reconhecem impotentes; a visão dessa realidade como fatal, exigindo, então, que os homens se movimentem exclusivamente no quadro assim delimitado, de sorte que a mudança só possa ser pensada em termos de milagre (...); enfim um conjunto de transgressões (...) organizadas e submetidas à autoridade. (Chauí, 1993: 77)

Por fim, a *quarta* característica da religiosidade popular brasileira é sua organização na forma de seitas, opondo-se às religiões oficiais que se institucionalizaram com igrejas. O termo seita serve para salientar o caráter segregado de algumas comunidades religiosas. Este pode ser observado, em termos éticos, no pentecostalismo e espiritismo, pode ser percebido no modo de se lidar com os poderes mágico dos líderes da umbanda, macumba e espiritismo, na potência miraculosa dos santos do catolicismo devocional e também no fervor dos fiéis. Segundo a autora, *“A seita tende a tornar-se sectária, na medida em que transfigura a segregação social, econômica e política de seus membros numa eleição espiritual.” (Chauí, 1993: 78)*

Em síntese, a religiosidade popular é um fenômeno complexo, mas, a partir do que foi exposto, pretendemos utilizá-la como categoria de análise em nosso estudo sobre a religiosidade no campo da saúde mental.

No que se refere especificamente a recorrência à religiosidade pelos pacientes psiquiátricos, podemos supor que esta cumpre três grandes funções: compensação simbólica à desorganização subjetiva, resistência simbólica através da construção de um sentido religioso para a existência e, por último, suporte frente à ameaça de ruptura com o social devido ao adoecimento mental. Aspectos que voltaremos a analisar no próximo capítulo ao discutirmos as terapêuticas religiosas, produzidas no seio da religiosidade popular e utilizadas pelos pacientes psiquiátricos frente ao sofrimento mental.

CAPÍTULO 3: SAÚDE MENTAL E TERAPÊUTICAS POSSÍVEIS

“O uso de certas práticas populares revela a existência de estratégias da população frente à carência e ineficiência dos serviços sociais de saúde (públicos e privados), bem como formas de resistência à dominação e ao autoritarismo dos médicos. Representam, portanto, um saber próprio sobre o corpo e sobre o processo saúde-doença, que se opõem às concepções dominantes da medicina científica.”

(Hésio Cordeiro)

3.1 - A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E AS NOVAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

A assistência em saúde no Brasil se caracteriza por sustentar suas práticas no modelo médico assistencialista, restrito aos aspectos biológicos e orgânicos do adoecimento. Podemos afirmar que este modelo de assistência se fundamenta no paradigma flexneriano consolidado pelo Relatório Flexner¹⁵.

O paradigma flexneriano propõe a analogia do corpo humano com uma máquina, as doenças são reconhecidas somente em sua natureza biológica e, portanto, desconsidera-se os aspectos familiares e comunitários do adoecimento. Além disso, a tecnificação do ato médico, com sua engenharia biomédica é o que permite a mediação entre os homens, os profissionais e a doença. Por fim, é dada maior ênfase aos aspectos curativos e não preventivos do adoecimento e, conseqüentemente, as ações de saúde acabam por serem centralizadas no hospital como referência organizacional. Esse modelo de assistência em saúde pode produzir práticas equivocadas e condutas descontextualizadas e “perigosas”, pois, segundo Mendes (1996),

“Permite-se, assim, que espancamentos virem hematomas, que dramas e conflitos advindos de um cotidiano violento e violentador sejam captados e tratados como patologias ou doenças mentais. Ou seja, que problemas

¹⁵ O Relatório Flexner foi publicado em 1910 e propunha reformulações na formação médica, que deveria apresentar as seguintes características: sólida formação em ciências básicas, como anatomia, fisiologia, bioquímica, etc.; pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e atenção ambulatorial; valorização da atenção médica individualizada; valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar, recomendando-se que as faculdades tivessem seu próprio hospital de ensino, considerando impróprio o uso de outros serviços; organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade; etc. Este relatório tem sido implementado e vem influenciando as práticas de ensino médico no Brasil desde a década de 40.

familiares e sociais se transformem em problemas estritamente biológicos e atinentes aos atos médicos, de forma também exclusiva”. (Mendes, 1996: 242)

Esse modelo de compreensão e também de assistência da doença centrado em seus aspectos biomédicos vem se revelando limitado, especialmente para o caso das doenças crônicas e para aquelas doenças com causas externas e não orgânicas. O que tem produzido uma reformulação desse modelo, a partir de uma valorização das inter-relações entre a dimensão biológica, ecológica e social do processo saúde-doença.

Em função disso, o paradigma flexneriano vem sendo substituído pelo paradigma da produção social da saúde, que compreende esta última como decorrente de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. As ações de saúde deixam, então, de estarem restritas ao setor saúde, pois a complexidade do adoecimento exige ações intersetorializadas.

Em contraposição a visão do hospital como centro de referência única para as ações em saúde, vemos serem implantados programas de atenção primária em saúde como o Programa de Saúde da Família, os Agentes Comunitários, a Assistência Domiciliar para Idosos e também, no campo psiquiátrico, a formulação de práticas assistenciais alternativas ao modelo hospitalocêntrico. E, essas inovações do modelo assistencial em saúde e na própria leitura do processo de adoecimento como produto social, ganham destaque na constituição do campo da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica.

As mudanças sociais e econômicas iniciadas com a chegada da Família Real ao Brasil, século XIX, exigiram do Estado medidas de controle social que ordenassem o crescimento das cidades e das populações e a medicina também foi convocada a participar desse empreendimento social de reordenamento do espaço urbano. Assim, a loucura, que anteriormente podia ser encontrada em quaisquer partes das cidades: nas ruas, em asilos de mendigos, nos porões das Santas Casas de Misericórdia, etc., passou a ser objeto de intervenção do Estado e da medicina, tendo em vista seu caráter de ameaça a ordem social.

Dentre os loucos estavam os miseráveis, os marginais, os negros, as prostitutas e os perigosos para a ordem pública, que precisavam ser hospitalizados para a manutenção da ordem social. A primeira tarefa da psiquiatria foi dotar a loucura de um estatuto de inteligibilidade, de uma tradução científica que permitisse a intervenção médica. A loucura foi levada para os asilos, lugar concebido como exclusivo para o tratamento e cura da alienação mental.

Podemos afirmar que a psiquiatria não surge somente com vistas a encontrar causalidades anátomo-fisiológicas para o adoecimento mental, mas também as causas eminentemente morais, com a possibilidade de cura através do tratamento moral em asilos. Desse modo, a psiquiatria participou da construção do modelo de pessoa moderna individualizada e da consolidação da representação social de indivíduo imbuído dos valores da igualdade e liberdade, ou seja, indivíduos moralmente autônomos.

No período posterior a Segunda Guerra Mundial, a situação dos loucos enclausurados era sentida como insustentável. Violência, abandono, cronificação dos doentes hospitalizados nos grandes manicômios... Essas eram as características da prática psiquiátrica naquele momento histórico. Os sinais de incompetência eram evidentes, se pensarmos que a prática psiquiátrica configurava-se como ação em saúde e pretendia o tratamento e recuperação dos doentes. Surgem, nesse contexto histórico variadas experiências de cunho reformador, como as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva e comunitária, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana.

A Reforma Psiquiátrica significou não somente uma reformulação nessas práticas, mas também uma revisão do paradigma psiquiátrico sustentador das mesmas. Tratava-se de uma proposta de mudança estrutural neste campo e uma mudança radical em seu mandato social, que deixava de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. Proposta diametralmente oposta ao que se observava nos manicômios até aquele momento: um local que se apresentava como especializado, isto sim, em adoecer pessoas.

Segundo Amarante (1995), podemos falar de dois momentos distintos da Reforma Psiquiátrica que tiveram também efeitos distintos. O primeiro período é marcado por um processo de crítica ao modelo asilar em psiquiatria, responsável em grande parte pela cronificação dos pacientes. O segundo período é marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental.

Nesse segundo período, o projeto da psiquiatria passa a ser ainda mais ambicioso, pois pretende promover a saúde mental não somente dos indivíduos internados, mas na comunidade em geral. A terapêutica deixa de ser individual e assistencial para ser coletiva e preventiva. Como efeito dessa mudança na assistência psiquiátrica, vê-se emergir propostas como a da Comunidade Terapêutica e da Psiquiatria Institucional.

A *Comunidade Terapêutica* se desenvolveu na Inglaterra, em 1946, como iniciativa de psiquiatras ingleses pós-bélicos. Caracterizava-se por um processo de reforma na instituição psiquiátrica e de adoção de medidas administrativas democráticas e coletivas que visavam a transformação da dinâmica dentro dos asilos. Isso porque, a sociedade já se atentava para a situação deprimente dos institucionalizados em manicômios e sua deterioração enquanto força de trabalho num contexto de escassez causada pela guerra. O contexto social de guerra exigia uma eficaz recuperação dos pacientes como sujeitos da produção.

A Comunidade Terapêutica compreendia uma série de práticas restritas ao hospital que buscavam transformar o doente mediante o trabalho organizado na e pela instituição, valorizando a integração dos pacientes em sistemas grupais, onde seus problemas eram compartilhados e debatidos com vistas a ressocialização e transformando o hospital num lugar onde pacientes e funcionários executavam de forma igualitária as tarefas. O hospital era o espaço de pedagogia normativa.¹⁶

Entre as características da Comunidade Terapêutica podemos citar: a liberdade de comunicação, a análise do que ocorre na comunidade em termos de dinâmica individual e interpessoal, a destruição da tradicional relação de autoridade, a possibilidade de ocasiões de reaprendizagem social e a realização de reunião diária com toda a comunidade. Tudo isso tomado como fatores terapêuticos.

A *Psiquiatria Institucional* se desenvolveu na França, em 1952, com Tosquelles no Hospital Saint-Alban, que ao se deparar com a situação dos loucos nos asilos dá início a uma série de transformações na instituição. Acreditava-se que a própria instituição possuía características doentias e que por isso precisavam ser tratadas para atender ao seu mandato social de terapêutica e cura da doença mental. Se dessa maneira não estava ocorrendo era graças ao mau uso das terapêuticas e da administração.

A partir daí formulou-se a psicoterapia institucional que deveria tratar da instituição para que esta pudesse tratar de seus asilados. Segundo Amarante apud Vertzman (1992),

“O objetivo da psicoterapia institucional é criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.) para que o psicótico aceda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa

¹⁶ O critério de cura e de alta hospitalar não é mais a remissão dos sintomas delirantes e alucinatórios mas a adaptação social do doente ao grupo produtivo

dialética entre parte e totalidade, participar do ‘corpo institucional’ pela mediação de ‘objetos transacionais’, os quais podem ser o artifício do coletivo sob o nome de ‘técnicas de mediação’, que podemos chamar ‘objetos institucionais’, que são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, etc., quanto à participação em sistemas concretos de gestão ou de organização” (Amarante, 1995: 34 e 35 apud Vertzman et alii, 1992: 28)

Tanto a Comunidade Terapêutica quanto a Psiquiatria Institucional receberam críticas por terem suas práticas centradas no espaço institucional asilar, restringindo-se a uma reforma asilar que não questionava a função social da psiquiatria, do asilamento e do mandato social dos profissionais. Não pretendia, portanto, questionar o saber psiquiátrico sobre o sofrimento humano e defendiam o manicômio como o lugar de tratamento.

Em contrapartida a essas práticas e configurando o segundo momento da Reforma Psiquiátrica, vê-se surgir as propostas da Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, que se caracterizaram, principalmente, por serem movimentos de contestação da psiquiatria asilar.

A *Psiquiatria de Setor* se inspirava nas idéias de Bonafé e de outros psiquiatras ditos progressistas que pretendiam, na França pós-guerra, que a psiquiatria efetivamente exercesse sua função terapêutica, o que não seria possível no interior de uma estrutura asilar alienante. A psiquiatria é, então, levada para a comunidade, evitando a segregação e o isolamento dos doentes. O paciente é tratado em seu próprio meio social e com o seu meio, o hospital configura-se como uma etapa provisória do tratamento. Com isso, o tratamento tem relação direta com a origem geográfica e cultural dos pacientes.

Segundo Amarante (1995),

“Tendo por princípio a visão de que a função do hospital psiquiátrico se resume ao auxílio no tratamento, a psiquiatria de setor restringe a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade. Com isso, prioriza-se, enquanto direção do tratamento, a possibilidade de assistência ao paciente em sua própria comunidade, que se torna fator terapêutico.” (Amarante, 1995: 36)

A *Psiquiatria Preventiva ou Comunitária* se desenvolveu nos Estados Unidos, a partir de 1955, com a perspectiva de resolver as precariedades da assistência

psiquiátrica e, principalmente, os problemas dos americanos com vistas à saúde mental. Instaurou-se o ideal de que as doenças mentais e os distúrbios emocionais poderiam ser prevenidos, caso fossem detectados precocemente. Para isso, urgia a necessidade de se identificar as pessoas potencialmente doentes. A grande novidade estava na possibilidade da psiquiatria poder estabelecer uma abordagem da enfermidade mental através da prevenção primária, ou seja, agir nas condições passíveis de gerarem a enfermidade e não sobre esta já estabelecida.

Para levar a termo o ideal preventivista, a busca por possíveis doentes mentais ou desajustados emocionais era feita através de questionários distribuídos para a população (screening), e a partir daí fazia-se o encaminhamento dos ‘suspeitos’ para tratamento psiquiátrico.

Esses instrumentos destinados à intervenção preventivista baseavam-se num trabalho comunitário no qual os profissionais de saúde exerciam o papel de perito em padrões de valor moral e ético. Enfim, “o preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais”.(Amarante, 1995: 44)

Enquanto essas experiências se limitaram a reformas no modelo psiquiátrico de tratamento, outras experiências surgiram buscando realizar a desconstrução de todo o aparato psiquiátrico, suas instituições, práticas e saberes baseados num aprisionamento reducionista do fenômeno mental. Entre essas estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática de tradição basagliana.

Nesse momento da Reforma Psiquiátrica, o que estava sendo colocado em questão não era o modelo psiquiátrico assistencial, mas as bases e fundamentos do próprio conhecimento psiquiátrico.

A *Antipsiquiatria* surge na década de 1960, na Inglaterra, e entendia a loucura como produto de uma realidade alienadora, uma forma de contestação dos comportamentos ditados pela sociedade capitalista e, com isso, dava valor social e positividade à experiência psicótica. O termo foi cunhado por David Cooper, psiquiatra sul-africano de ascendência inglesa, que juntamente com Ronald Laing, um psiquiatra escocês, passou a discordar dos métodos de estudo e ação da psiquiatria e psicologia. Propunham uma compreensão do psiquismo humano e, principalmente, da loucura que não se restringisse apenas a uma parte do fenômeno, ou seja, que não o fragmentasse.

A questão central da antipsiquiatria estava na crítica a “uma determinada forma de fazer ciência que acabava por transformar a loucura – “uma forma existencial do ser”, numa doença. Assim, buscou modificar o olhar sobre a loucura, rejeitando o

esquema médico-nosológico que a transformava em doença mental e que estabelecia procedimentos médico-psiquiátricos de tratamento com vistas a obtenção da cura.

A antipsiquiatria propunha criar novas formas de interagir com o fenômeno da loucura e para isso insistia no caráter político do mesmo. Desse modo, compreendia que quando um indivíduo começava a apresentar determinados comportamentos “diferentes”, isto não era sintoma de uma doença que nele se incorporava, mas de uma situação social patológica, na qual ele estava inserido. A doença não estaria localizada no indivíduo, mas nas relações sociais (sempre políticas) que este mantinha com o seu grupo, primordialmente sua família e os comportamentos “desviantes” eram considerados como formas de protesto a alguma situação opressora que lhe negava a individualidade.

A atuação da antipsiquiatria voltava-se não para o indivíduo isolado, mas para o contexto total onde ele vivia. Buscava acompanhar e assistir o indivíduo ao longo do seu trajeto mental como uma espécie de confidente capaz de partilhar das experiências, reconhecendo-as como válidas e não como expressões de doença. Procurava oferecer uma alternativa à violência dos hospitais psiquiátricos através de uma atuação baseada no reconhecimento da experiência do indivíduo e não em teorias científicas.

A *Psiquiatria Democrática*, idealizada por Basaglia na Itália, teve início a partir da década de 60 e significou a crítica à psiquiatria como prática de segregação e violência. Não se propunha a fazer qualquer tipo de humanização dos espaços asilares, pois, ao contrário, defendia a total superação dos manicômios, a partir do questionamento dos fundamentos que sustentavam sua existência. Basaglia iniciou um processo de desinstitucionalização do aparato manicomial, das práticas e dos saberes psiquiátricos.

A loucura apontava, então, para a urgência de se criar outros recursos e oportunidades para os pacientes, considerando agora que a ‘doença’ não poderia mais estar separada da existência global do paciente e do corpo social. Trata-se de uma nova psiquiatria, com ares de “Instituição Inventada”. (Rotelli, 1989)

Sobre a Instituição Inventada, paradigma que sustenta o saber psiquiátrico após o movimento de desinstitucionalização da psiquiatria democrática, nos diz Rotelli (1989),

“A produção de vida e a reconstrução social que são o objetivo e a prática da instituição inventada devem deixar a superfície do olhar clínico, a investigação psicológica e a simples compreensão fenomenológica. Elas devem

tornar-se uma rede, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, de tempo, se encarregando da identificação das situações de sofrimento e opressão, da reinserção no corpo social e do consumo e produção de intercâmbios, de novos papéis, de outros modos de ser para o outro, aos olhos do outro. (...) tratar significa possibilitar, aqui e agora, a transformação do modo com que os pacientes vivem e sentem seu sofrimento e, concretamente, a transformação de sua vida cotidiana.” (Rotelli, 1989: 16)

Essas experiências iniciadas em outros países foram determinantes para a Reforma Psiquiátrica Brasileira que entrou em curso nos anos 70 no contexto das lutas por redemocratização. Outras influências importantes foram o Movimento da Reforma Sanitária, as contribuições da Medicina Preventiva e Social, o Movimento de Direitos Humanos e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Passaremos, então, para o terceiro momento da Reforma Psiquiátrica, que se traduz num processo de desinstitucionalização e de invenção de novas práticas assistenciais. Período de importantes experiências de transformação da assistência psiquiátrica, que se amplia para ser um campo de práticas em saúde mental.

Desinstitucionalizar um paciente, significa, então, segundo Amarante (1994),

“(...) tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhes apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento e uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da

forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social. (Amarante, 1995: 494)

Trata-se de uma mudança de paradigma. O tratamento deixava de estar centrado na figura do médico, que com a medicação e internação buscava remediar “o mal” desses sujeitos e passava a uma assistência interdisciplinar e ampliada, qual seja, a da reabilitação psicossocial. Como explica Sarraceno (1993):

“Si el compromiso de todos que luchan por mejorar la salud es el de agregar años a la vida (disminuyendo la mortalidad) esto no quiere decir que el compromiso no tenga que ser también el de agregar vida a los años, o sea disminuir la morbilidad y la tremenda carga representada por la discapacidad. (...) Sin embargo, hay que considerar también otras condiciones que a pesar de no ser “enfermedades mentales”, incluidas en la clasificación internacional de las enfermedades, están relacionadas con una cierta pérdida de salud mental, com un sufrimiento psicossocial que afectan la salud mental de los individuos, de las familias y de los grupos sociales.” (Sarraceno, 1993: mimeo)

Esse novo paradigma da assistência em saúde mental faz ver que o sofrimento mental aflige indivíduos que vivem em contextos sociais e pessoais próprios, apontando para inúmeras possibilidades de compreensão para o sofrimento mental. Sendo assim, as práticas do campo da saúde mental pretendem analisar e favorecer alternativas assistenciais diversificadas, nas quais a assistência, exclusivamente à dimensão orgânica, deixa de ser privilegiada. Integra-se a isso, uma preocupação em não se desvincular o sofrimento mental do contexto social e cultural do paciente.

Desse modo, a proposta de Reabilitação Psicossocial dos pacientes psiquiátricos, segundo a Organização Mundial de Saúde, seria:

“(...) o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”. (WHO, 1987)

Dentro dessa perspectiva de assistência, vimos surgirem novas práticas em saúde mental, como a construção dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPs, que é um

projeto público destinado ao atendimento de pacientes psicóticos e neuróticos graves baseado numa clínica dos cuidados. Trata-se de uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, que acompanha os pacientes da alta hospitalar para a comunidade, aceitando o hospital psiquiátrico como um recurso terapêutico entre outros. Os CAPs surgiram no final dos anos 80 e foram incorporados na Política Pública de Saúde Mental para o país por meio das portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde.

Temos, ainda, os Núcleos de Atenção e Promoção Social - NAPs, serviços regionalizados que funcionam 24 horas, 7 dias por semana, devendo responder à toda demanda psiquiátrica de seu território. As estratégias terapêuticas desses serviços buscam manter uma relação permanente de apoio e participação da comunidade, logo, a existência dos manicômios é inadmissível.

Tanto os CAPs quanto os NAPs foram criados no intuito de serem substitutivos ao hospital psiquiátrico e não complementares a este. Contudo, como são definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas que devem oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, ainda pressupõem a coexistência com os hospitais psiquiátricos tradicionais.

No Hospital-Dia o cuidado oferecido aos pacientes é entendido como provisório e voltado para uma assistência intensiva substitutiva à internação.

A proposta de todos esses serviços é a de que a assistência esteja baseada num projeto terapêutico elaborado a partir de cada situação clínica particular, assim como o caminho que o serviço seguirá com o paciente também será singular. Esse modo de assistência é marcado por incertezas e riscos e, por isso, exige uma permanente resignificação das práticas, pois estas somente se dão a conhecer no encontro do paciente com os serviços e, especialmente, com os profissionais.

O que observamos é o surgimento de uma série variada e heterogênea de alternativas assistenciais baseadas no ideal da desinstitucionalização e que configuram uma mudança estrutural na concepção da loucura. São os CAPS, NAPs, Lares Abrigados, Hospital-Dia, Centros de Convivência, Leitos em Hospital Geral, entre outros.

Todas essas alternativas terapêuticas guardam entre si um ponto comum, são orientadas a respeitar o usuário em seus direitos de cidadania e se opõem ao modelo manicomial excludente. Um dos principais pilares desses serviços é a responsabilização pela clientela assistida de modo que esta seja capaz de restabelecer redes sociais perdidas pelos anos de institucionalização.

Uma outra característica desses serviços é a territorialização de suas ações. Sendo regionalizados, procuram utilizar os recursos da comunidade na elaboração do projeto terapêutico dos pacientes psiquiátricos dessa área e a comunidade torna-se parceira no processo de reinserção social desse paciente.

A Reabilitação Psicossocial passa a envolver os profissionais, os usuários, as famílias dos usuários e a comunidade como um todo. A assistência rompe o enquadramento hospitalar em direção às instalações comunitárias, com a perspectiva de proporcionar às pessoas com transtornos mentais meios para que consigam meios de gerenciamento de suas vidas e possibilidades sempre maiores de autonomia.

Nesse sentido, o modelo de Reabilitação Psicossocial decorrente da Reforma Psiquiátrica e do movimento de desinstitucionalização pode ser entendido, como sugere Tykanori (1996) como um processo de restituição do poder contratual dos sujeitos, visando permitir a eles um maior grau de autonomia. Para que isso ocorra de fato é necessário que os profissionais de saúde mental usem seu poder de contratualidade para favorecer ganhos aos usuários, e isso implica a elaboração de projetos que modifiquem as condições concretas de vida desses sujeitos, permitindo sua inserção em espaços de troca: *cenário habitat, cenário mercado e cenário trabalho*.

Assim, viabilizar um efetivo programa de Reabilitação Psicossocial implica numa articulação intersetorial que desenvolva políticas públicas de suporte social para a população excluída e a construção de uma rede social de solidariedade que envolva diversos segmentos do poder público e, sobretudo, setores da sociedade civil interessados na luta pela cidadania e pela justiça social.

Em contrapartida, temos a vertente clínica da Reforma Psiquiátrica que pretende acolher e valorizar no contexto dessas novas práticas assistenciais, seja sob que moldes forem, o que de alguma forma sempre foi o mais desvalorizado nos manicômios e no entorno social desses pacientes: *o conteúdo de suas falas*. O desafio está em receber cada pessoa em sofrimento como pessoa e não como doente mental (com todo o peso que essa nomeação produz), garantir sua particularidade, idiosincrasias e a singularidade de seu discurso.

Dentro do contexto das práticas assistenciais alternativas em saúde mental, a loucura deixa de ser vista como algo a ser suprimido ou curado para ser acolhida e escutada. Assim, a assistência não se sustenta em modelos herméticos; ao contrário, pessoas com um mesmo diagnóstico sintomático poderão receber cuidados muito diferentes em função de suas biografias, seu entorno social e suas crenças e valores.

Como sugere Vaz, nessas novas práticas assistenciais é feita uma nova aposta:

“Aposta-se em algo que tenha trânsito, multiplicidade e nomadismo, questões que me parecem primordiais a se acompanhar com a loucura e que envolvem um dispor-se aos riscos de não encontrar uma teoria ou uma prática estável, no sentido do equilíbrio forjado e conformado de uma instituição excessivamente organizada. Há que se dar espaço ao inusitado, fazer de nossa prática um exercício cotidiano de surpreendência, em contraposição a tão freqüente defesa calcada em nossa experiência.”(Vaz, 1994)

Em especial, como aponta Costa-Rosa (2000a), dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. *“Nesse sentido, não é apenas o sujeito e sua dimensão de indivíduo que ‘trabalha’; supõe-se que devem trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.”* (Costa-Rosa, 2000a: 154)

Segundo Costa-Rosa (2000a),

“Há no modo psicossocial, quanto a este aspecto, um deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem.” (id. Ibid.: 155)

Compreender esse novo paradigma significa uma reformulação no modo de se pensar a doença (saúde) mental e, especialmente, as variáveis relevantes para a elaboração do projeto terapêutico junto a um paciente psiquiátrico.

No Manual de Saúde Mental (1994) são apontadas por Saraceno, Asioli e Tognoni as variáveis determinantes na evolução de uma enfermidade mental, assim como, na eficácia das estratégias de intervenção utilizadas pelos profissionais de saúde.

Fala-se de variáveis que são: os recursos individuais dos pacientes, os recursos do contexto do paciente, os recursos do serviço de atenção e os recursos do contexto do serviço de atenção. Para uma melhor visualização, organizamos um quadro esquemático com esses recursos mencionadas no Manual de Saúde Mental (1994), bem como com os principais indicadores vinculados a eles, e que devem ser considerados para se estabelecer uma intervenção mais eficaz.

RECURSO:	INDICADORES:
Recursos Individuais dos Pacientes:	<ul style="list-style-type: none"> • o nível de capacidade intelectual e grau de informação do paciente; • o status social do paciente; • a condição de solidão ou não do paciente; • o sexo do paciente: elementos positivos e negativos de sua condição de homem ou mulher.
Recursos do Contexto dos Pacientes:	<ul style="list-style-type: none"> • nível de patologia relacional dos familiares; • solidariedade/hostilidade dos familiares e vizinhos; <p>status social da família e nível de agregação/desagregação social do meio onde vive o paciente (bairro, cidade, etc.)</p>
Recursos do Serviço de Atenção:	<ul style="list-style-type: none"> • recursos materiais (espaço, medicamentos, quantidade de pessoal, transporte, etc.); • organização (distribuição do tempo de trabalho entre atividades burocráticas, administrativas, médicas, reabilitatórias, sociais; acesso do serviço para a população; integração entre serviço e outras estruturas de saúde) e estilo de trabalho (nível de hierarquização da equipe, nível de conflito entre os membros da equipe, rigidez e flexibilidade dos papéis profissionais, capacidade da equipe de exercer autocrítica e possibilidade de discussão aberta entre os membros, etc.).

<p>Recursos do Contexto do Serviço de Atenção:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • solidariedade da rede social; • solidariedade de outras organizações presentes no contexto; • qualidade e eficiência do sistema de saúde do país e • atitude positiva ou negativa para com as iniciativas da equipe por parte da organização sanitária.
---	--

Esse esquema apontado nos serve para pensar em que medida sistemas religiosos e recursos desenvolvidos por instituições religiosas, como as terapêuticas religiosas, a rede de apoio social, a resignificação do adoecimento/sofrimento não poderiam ser tomadas como variáveis nos recursos individuais dos pacientes e de seu contexto, bem como enquanto variáveis a serem consideradas pelo e no contexto do serviço de atenção.

Trata-se de uma aproximação fundamental entre o saber científico e o senso comum. Sobre esta aproximação, Boaventura dos Santos (1989) aponta alguns parâmetros para que esta seja levada a termo nas práticas de saúde, prevendo a instauração de uma discussão que envolva não somente os profissionais de saúde, mas também os sujeitos para os quais as terapêuticas são destinadas – os pacientes psiquiátricos em seus sofrimentos. Esses parâmetros são: a equalização progressiva entre discurso do senso comum e discursos científicos com vistas a uma construção compartilhada de conhecimento, a superação da submissão da prática pela técnica, de modo que a técnica possa atender às necessidades dos pacientes e a possibilidade das pessoas poderem ser criativas no modo de enfrentarem as dificuldades do cotidiano e, assim, fazerem frente à ordem social instaurada, que exige das pessoas total adaptação e submissão.

Esse novo parâmetro de relação entre as práticas científicas e as práticas produzidas pelo senso comum nos faz supor que os recursos e variáveis a serem consideradas na assistência aos pacientes psiquiátricos poderão também incluir a questão da religiosidade.

Isso porque, como sugere Marcones (1994) apud David (2001), a religiosidade é uma prática composta por “pequenas transcendências” que transita no âmbito do cotidiano das pessoas, no microcosmo das relações pessoais e familiares, não estando

necessariamente inserida no âmbito institucional de uma igreja ou seita, e sim *“buscando conjugar o pessoal e o privado com o ecológico e o cósmico, o livre e sem amarras com a experiência profunda e natural do divino existente no fundo de tudo”*. (Marcones, 1994: 123 apud David, 2001: 67).

Pensar a terapêutica no campo da saúde mental, considerando o fenômeno da religiosidade, é uma tentativa de compreender os sentidos construídos e os significados da atitude religiosa no cotidiano desses grupos: profissionais e pacientes; e, mais ainda, compreender as formas como lidam com a questão saúde-doença no âmbito das *“terapêuticas religiosas”*.

3.2 - AS TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS

A resignificação e reinterpretação da enfermidade pelo pensamento e pela prática religiosa são capazes de ordenar e dar sentido a uma realidade que aparece para o indivíduo doente como desordenada e caótica. Dentro dessa perspectiva os fenômenos patológicos não são compreendidos somente sob a perspectiva da etiologia biomédica. Além disso, a doença ganha significado na medida que extrapola o corpo individual e abrange as relações sociais e o mundo sobrenatural.

A negatividade da doença quando vista sob o olhar médico-científico é neutralizada pelo pensamento mágico. A manifestação da doença é menos importante do que as suas causas e a ‘cura’ somente pode ser pensada em termos da associação entre o sintoma e a desordem que ele produz. Sendo assim, o pensamento religioso busca os princípios explicativos para o fenômeno do adoecimento através de representações religiosas.

Como sugere Montero (1985),

“O mal que atinge o indivíduo, agredindo seu corpo ou desorganizando sua vontade, aparece sempre, no pensamento religioso, diretamente associado à atuação de um agente exterior ao próprio indivíduo. A representação da ‘doença’ implica, portanto numa relação Agressor/Vítima, agressão esta que se constitui por sua vez em ameaça à ordem social mais abrangente. É esta ameaça que o pensamento religioso, ao tentar compreender, procura neutralizar.” (Montero, 1985: 130)

Contrariamente ao saber da biomedicina que interpreta os sinais e sintomas como disfunções orgânicas, o discurso religioso os interpreta como indicadora de uma

situação de anomia, compreendida como sobrenatural, externa ao sujeito e que se volta contra ele. Enquanto a medicina produz uma ruptura entre o adoecimento e sua interpretação, o discurso religioso trabalha numa continuidade entre a experiência concreta e subjetiva que o sujeito tem de sua doença e está sintonizado com a maneira de cada pessoa perceber as sensações doentias. O que se propõe é a associação sintoma-experiência que produz sentido para o adoecimento, seja ele físico ou mental.

Estamos falando, portanto, de uma percepção popular da doença produzida a partir do pensamento religioso e que se configura alternativa à prática médica. Essa percepção popular da doença, permeada pela interpretação religiosa, não caracteriza um grupo religioso particular, mas uma categoria analítica, a religiosidade popular.

Essa categoria nos permite compreender porque o universo religioso, contrariamente ao universo biomédico, consegue aceitar, incorporar e resignificar essa lógica que estrutura a percepção das doenças. Na religiosidade popular, relatar a doença é uma maneira de, num contexto conhecido, expressar e organizar uma situação vivenciada como adversa, abrindo a possibilidade de ao resignificá-la, poder superá-la através da sobredeterminação religiosa.

A pesquisa conduzida por Montero (1985) junto a umbandistas da Grande São Paulo, em 1976, demonstrou que o aparecimento de doenças ou de distúrbios generalizados são as principais razões apontadas para justificar a “consulta” às entidades do culto. Nas seitas neopentecostais, segundo Beatriz Muniz de Souza apud Montero (1985), o dom de cura é extremamente valorizado, se constituindo o segundo dom de maior prestígio entre os protestantes. Segundo Douglas Monteiro apud Montero (1985), a cura religiosa também é um traço característico do catolicismo popular. Este pesquisador pôde verificar, ao analisar as cartas enviadas por devotos a um santuário em São Paulo, que pedidos relacionados a problemas de saúde são os de maior incidência.

Em todos esses estudos, percebemos que a busca por respostas e soluções para problemas de saúde é um importante propulsor da recorrência às religiões, constituindo-se como tema de relevância para a saúde pública.

Segundo Montero (1989),

“A profilaxia mágica resolve: 1) os casos que a Medicina não consegue resolver, e nesse sentido ela se lança numa ‘guerra de competência’; 2) os casos que não são da competência médica – e nesse sentido a medicina popular se coloca como sendo uma prática ‘complementar’ à Medicina oficial, enquanto

esta simplesmente desconhece a existência de outra medicina que não ela própria. (Montero, 1985: 108)

E, ainda,

“As terapias oficiais, ao contrário, atuam sempre ‘no lugar de’ todas as outras práticas, isto é, desconhecendo-as ou desqualificando-as enquanto supersticiosas e ignorantes.” (id ibid: 108)

A questão da descrição da doença ou sofrimento emocional também exige um olhar atento a fim de que possamos compreender essa recorrência às “terapêuticas religiosas”. Quando a doença ou o sofrimento é descrito numa consulta médica, o profissional busca decifrar a entidade mórbida e, assim, esclarecer o enigma da queixa. Enquanto que, nas “terapêuticas religiosas” o que se desvenda para a pessoa em sofrimento, seja físico ou mental, é a dimensão transcendente da vida, que deverá ser tratada no contexto das religiões.

Vemos com isso que, quando uma pessoa recorre às terapêuticas religiosas ela sobrepõe duas possibilidades de sentido para o seu sofrimento: o da terapêutica oficial e o da dimensão transcendente. A doença deixa de ser percebida somente em sua negatividade, ou seja, somente como ausência de saúde e lhe é conferido um sentido positivo por, potencialmente, ser passível de resignificação no contexto religioso-transcendente.

Essa resignificação da doença, produzida pelo pensamento e pela prática religiosa, a transforma numa noção muito mais ampla, que ultrapassa os limites da etiologia médica de compreensão do fenômeno, sendo capaz de dar sentido a uma realidade até então sentida como caótica e desordenada.

“O que importa para o pensamento mágico-religioso não é a compreensão do processo físico que se desenvolve num estado mórbido, nem sua causação puramente biológica. A doença se torna elemento significativa somente quando associada à idéia de uma negatividade genérica, à noção de uma desordem que extrapola o corpo individual ao abranger as relações sociais e a própria organização do mundo sobrenatural. É essa negatividade abrangente que o pensamento mágico procura compreender e neutralizar, pois o que é normal e corriqueiro não precisa ser explicado, mas tudo o que rompe

ou desvia o curso regular das coisas e das ações humanas não pode ficar sem causas". (Montero, 1985: 129)

A "cura" decorrente de "terapêuticas religiosas" somente é possível por inserir o sintoma, seja físico ou mental, num sistema explicativo mais abrangente do que o que permite a intervenção técnica dos profissionais de saúde. O objeto de atenção do pensamento religioso não é o corpo concreto ou o aparelho psíquico daquele que sofre, mas sim os princípios explicativos e as "causas" transcendentais para o fenômeno do adoecimento. O pensamento religioso, para tanto, estabelece uma dicotomia entre os sintomas da doença e as suas causas, focalizando sua intervenção nas causas sobrenaturais para o adoecimento, não passíveis de intervenção por especialistas de saúde.

Sobre os especialistas, podemos dizer que sua relação com os pacientes está fundamentada na desigualdade da competência técnica, muito mais do que numa situação de diferenças de classes. O que observamos é que a linguagem desses pacientes se apresenta como "desorganizada" se consideramos as expectativas dos profissionais de saúde de encontrarem quadros nosográficos previamente circunscritos pela racionalidade científica. À complexidade do fenômeno do adoecimento se acrescem as diferenças de interpretações do mundo que são observadas nesse encontro entre o profissional de saúde e o paciente durante um atendimento.

Ao desqualificar as representações que as classes populares fazem do seu adoecimento, os profissionais buscam legitimar o discurso biomédico e psicológico, como o único capaz de decifrar o discurso "desarticulado" dos doentes, chegar a verdadeira linguagem dos sintomas, estabelecer o diagnóstico e pôr ordem ao caos...

Enfim, restabelecer uma ordem conhecida pelos profissionais, e não necessariamente conhecida pelos pacientes que estão em sofrimento. Cabe perguntarmos que ordem pode ser estabelecida a partir da desqualificação das representações que as pessoas doentes têm acerca de sua vida e de seu sofrimento físico ou mental?

A oferta de cura por meio de terapêuticas religiosas parece, então, atender a essa demanda dos doentes que é a de perceberem que são compreendidos em suas representações sobre o sofrimento e o corpo/mente doente.

Na *Umbanda* e no *Candomblé*, religiões de origem africana, vemos serem integrados traços do catolicismo popular e do Kardecismo. Não existe nessas religiões um texto sagrado orientador de normas de conduta e de comportamento. As práticas são

variadas e flexíveis, atendendo às singularidades do pai/mãe-de-santo que organiza o terreiro onde são realizados os rituais religiosos.

Essa heterogeneidade de práticas não implica dizer que não tenham práticas sistematizadas e um certo número de princípios e de regras. Essas religiões se caracterizam pelo culto aos espíritos e por fenômenos de possessão que têm papel preponderante por ser através deles que a doutrina se concretiza e se atualiza. As representações sobre a existência estão baseadas na premissa da existência do universo físico habitado por seres naturais e do universo abstrato, habitado por seres sobrenaturais. O mundo real se daria na relação dinâmica entre mundo sobrenatural e sua representação material ou corporal.

Na Umbanda e no Candomblé, os pais e mães-de-santo atuam como intermediários entre os pacientes e os orixás, que são os reais detentores dos conhecimentos curativos. No Candomblé, cada parte do corpo está relacionada com um orixá e as ervas utilizadas nos rituais pelos “especialistas” também estão ligadas a alguma divindade.

Para os “especialistas” do Candomblé as ervas são elementos constitutivos de sua cosmogonia, de seu sistema explicativo e classificatório na teoria dos orixás. “Existe um sistema de correspondência entre uma divindade, uma parte do corpo humano e determinada planta curativa e, enfim, entre a planta e o orixá correspondente.” (Loyola, 1984: 62)

Na Umbanda, as doenças ditas materiais e as doenças ditas espirituais não se constituem como realidades independentes, ao contrário, existe um princípio de correspondência entre os elementos materiais e os espirituais. As doenças materiais são aquelas cujas causas do sintoma são evidentes e graves. Nesse caso, portanto, devem ser tratadas por especialistas da saúde. Entre as doenças espirituais, fala-se de doenças ligadas à relação do doente com o sobrenatural e aquelas ligadas às suas relações com a sociedade.

No caso das doenças ligadas a relação do doente com o sobrenatural, estas resultam da violação de preceitos religiosos, do *axé*¹⁷ estar fraco, de não se ter desenvolvido uma mediunidade, o que é considerado uma doença-de-santo e pelo doente estar sendo perseguido ou possuído por um espírito em busca de ascensão espiritual.

¹⁷ O axé é um poder místico, acumulável, que pode ser transmitido a objetos ou a seres humano, e também diminuir ou, inversamente, espalhar-se, e fortalecer-se em função das atividades rituais. SANTOS, J. apud Loyola, 1984: 63)

No caso das doenças vinculadas à relação do doente com a sociedade, estas são decorrentes da ação consciente ou não de pessoas, da força negativa de um olhar ou de um sentimento, conhecido como doença-de-mau-olhado e de ação maléfica por feitiçaria ou magia praticada por um intermediário no lugar quem deseja o mal, conhecida como doença-de-coisa-feita.

Os “especialistas” espirituais, pais e mães-de-santo¹⁸, utilizam técnicas diversas de cuidado e procuram, através dos rituais consagrados, obter a intercessão dos espíritos e, assim, resolver os problemas que lhes chegam, que poderão ser decorrentes de conflitos do doente tanto com os espíritos quanto com a sociedade, como foi dito anteriormente.

Para a religião *Kardecista* a doença e a cura apóiam-se nas noções de evolução e aperfeiçoamento contínuo do indivíduo através dos espíritos encarnados ou desencarnados e na circulação de energia tanto positiva quanto negativa. Como muitos males são interpretados como excessos e deslizes em vidas passadas, ao fiel caberia procurar sua própria responsabilidade na resolução dos conflitos e ter a dose necessária de tolerância para enfrentar a situação estabelecida. “À instituição caberia afastar os espíritos obsessores e doutrinar o fiel, a fim de fortalecê-lo espiritualmente. A doença, nesse contexto, figura como um sinal de fraqueza moral a corrigir e como resultado da interferência de espíritos menos desenvolvidos capazes de incorporar no corpo dos que se encontram mais vulneráveis.

O ritual de desobsessão é o procedimento que especialmente caracteriza a estratégia terapêutica kardecista, pois se trata de uma ação direcionada ao espírito provocador da aflição. Além disso, a terapêutica envolve outras estratégias como as preleções, as entrevistas pessoais e os cursos, com vistas ao progresso moral, bem como os rituais contra magia e mesmo as cirurgias espirituais, que podem implicar em procedimentos efetivamente cirúrgicos, realizados por espíritos curadores incorporados pelo médium.

No *Protestantismo*¹⁹, o traço essencial é a garantia de salvação eterna para o pecador mediante sua conversão e regeneração pelo batismo. O indivíduo após sua

¹⁸ A Mãe-de-Santo é uma sacerdotisa que preside e organiza as cerimônias festivas da Umbanda e do Candomblé e o Pai-de-Santo é uma espécie de iluminado do culto afro-brasileiro, que se dirige a divindade, recebendo instruções, que transmite aos participantes do ritual.

¹⁹ Apesar de estarmos trabalhando com o protestantismo como um único grupo religioso, reconhecemos a heterogeneidade deste movimento. Com a Reforma Protestante (século XVI) originaram-se inúmeras correntes de pensamento religioso, que se mantiveram ao longo da história e que são conhecidas como denominações clássicas do protestantismo: os Luteranos, os Anglicanos, os Batistas, os Metodistas, os congregacionalistas e os Presbiterianos.

conversão deve anunciar a mensagem de salvação para outros, deve romper com seu estilo de vida anterior à conversão e os comportamentos quotidianos passam a ser regulados pela comunidade religiosa, basendo-se, para isso, nos ensinamentos bíblicos que são considerados verdades sagradas. As religiões protestantes se organizam em torno da figura de um pastor e são autônomas em termos econômicos e funcionais, dispondo de recursos provenientes do dízimo dos fiéis e de ofertas recolhidas durante os cultos.

Para o protestantismo o corpo e a alma são inseparáveis nas representações da doença e da cura. O mundo material é percebido como carnal e o corpo procura apenas a realização de desejos carnis. A doença significa perder a graça e a harmonia com Deus, uma vez que o corpo é instrumento da vontade dEle. De modo geral, podemos dizer que nesse sistema de crenças, seja qual for a modalidade de cura e o tipo de terapêutica proposta, se imposição de mãos, unção com óleo santo, preces de um “especialista”, ou correntes de oração, é a fé que conta, tanto de quem ora, quanto a fé da pessoa por quem se está intercedendo. É o poder da oração o fator de cura em todos os grupos protestantes, ainda que guardem diferenças estruturais entre si.

O *Pentecostalismo*²⁰ é uma visão de mundo que se assenta numa oposição rígida entre o bem e o mal, representados pela imagem de Deus e seus anjos e do Diabo e seus espíritos malignos, respectivamente. Suas práticas se sustentam na premissa de que o mundo se organiza em dois planos, descontínuos e irreconciliáveis, que configuram uma incansável guerra espiritual entre forças do bem e forças do mal.

Nas igrejas pentecostais busca-se trazer para o primeiro plano as forças do mal com o objetivo de forçar as entidades causadoras da desordem a se manifestarem durante o ritual para que, em tom de batalha espiritual, se possa expulsar as entidades do mal. Inclusive, as igrejas pentecostais reconhecem a presença dessas forças no fenômeno do adoecimento e, portanto, procedem com orações de cura a fim de também expulsar as entidades do mal que se alojam no corpo do indivíduo doente. A cura é representada pela vitória do bem sobre o mal.

O exorcismo tem caráter purificador e as orações realizadas nos rituais de cura são feitas em voz alta até o estabelecimento do êxtase. A presença do poder sagrado é

²⁰ Em meio à infinidade de igrejas pentecostais de tipo clássico existentes no Brasil, as maiores são: Congregação Cristã do Brasil, Assembléia de Deus, Igreja do Evangelho Quadrangular, Igreja Pentecostal O Brasil para Cristo, Deus é Amor e Casa da Benção. Entre as Neopentecostais temos: Igreja de Nova Vida, Comunidade Evangélica Sara Nossa Terra, Igreja Universal do Reino de Deus, Igreja Internacional da Graça de Deus e Renascer em Cristo. (HELLERN, V., NOTAKER, H., GAARDER, J., 2000:289)

percebido na medida que o fiel se expressa através de línguas estranhas e, desse modo, envolve-se totalmente o doente e o seu corpo nesta “batalha espiritual”.

Segundo Bello (1998),

“A idéia de poder falar uma ‘nova língua’ ou viver uma ‘nova vida’ permite subjetivamente a reinterpretação das situações traumáticas, bem como o redimensionamento de fenômenos que, sob outra ótica, seriam considerados francamente patológicos.”(Bello, 1998: 145)

Ainda, segundo Rabelo & Schaeppi (1990),

“Encenando uma batalha contra o mal, o ritual de cura divina almeja conduzir o doente a perceber que moveu-se efetivamente de um universo de caos e doença para um mundo ordenado, o único que lhe pode garantir vitória contínua contra a enfermidade.” (Rabelo & Schaeppi, 1990: 238)

De alguma forma, isso pode minimizar para o fiel a sua ‘culpa’ ou responsabilidade diante dos males do quotidiano, que são explicados como influências de forças malignas. Lógica oposta ao do modelo responsabilizador e individualizante de pessoa autônoma da ciência moderna e que sustenta as terapêuticas oficiais.

O *Catolicismo* é uma das organizações mundiais mais rigidamente estruturadas; é a maior de todas as religiões e na sua origem se caracteriza por exercer sua influência através do Estado e ter uma hierarquia composta pelo Papa, pelos Bispos e pelos Padres.

Desde o final da década de 60, com o rompimento das relações de boa parte do clero com o Estado, a igreja católica voltou-se para as classes populares, utilizando uma lógica menos repressiva às práticas do catolicismo popular que eram organizadas por grupos autônomos. Produziu-se, desse modo, uma divisão entre “clero conservador” e “clero progressista”. O primeiro considerava que o papel da religião era, sobretudo espiritual e, portanto a igreja não deveria estar envolvida em preocupações de ordem política. Em contrapartida, para o clero progressista a igreja deveria envolver-se também com os movimentos políticos, além de suas atividades religiosas. Vale ressaltar que, em termos de formação cultural, as diferenças entre os padres conservadores e os padres progressistas quase não existem, pois a mesma se caracteriza por manter os valores de classe média.

A salvação é o ponto de partida da visão católica e o indivíduo somente pode obtê-la através da fé, da obediência a Palavra de Deus – a Bíblia, e dos sacramentos.

No que se refere às terapêuticas, a Igreja Católica Tradicional se caracteriza por sua aliança com a medicina oficial, o que significa dizer que o profissional de saúde tem o monopólio legítimo da cura e ao padre cabe ungir os enfermos para fortalecê-los espiritualmente e consolá-los durante a enfermidade. Somente são ungidos os que estão gravemente doentes ou muito fracos e é chamada de “extrema-unção” por ser ministrada quando a morte é eminente.

A figura dos curandeiros e rezadores está associada à tradição católica, mais precisamente ao catolicismo popular, contudo, estes podem ser definidos como “especialistas da cura” e não como membros de alguma religião. O que os caracteriza é menos a vinculação a uma religião institucionalizada e mais a sua função terapêutica. Estes “especialistas” crêem na dupla natureza da doença – material e espiritual e, portanto, propõem terapêuticas distintas e complementares para esta.

Em todos esses movimentos religiosos institucionalizados está implícita a noção de que a doença é, dentre os problemas do cotidiano, um fenômeno que escapa ao controle do homem e que, no limite, é produto de forças sobrenaturais.

Assim como os especialistas religiosos, a população em geral, classifica as doenças espirituais como aquelas cuja origem foge à verificação por especialistas da saúde e que, através de exclusões sucessivas, são percebidas e explicadas como doenças espirituais e não materiais.

Como ressalta Loyola (1984),

“As doenças espirituais podem ser causadas, como já vimos, por mau-olhado, espírito encostado ou por um castigo de Deus, de acordo com a crença religiosa do indivíduo; esta é que determina, em grande parte, a escolha do tipo de tratamento, ou seja, as escolhas feitas entre os especialistas do sistema oficial de saúde e os especialistas religiosos. (...) Sob o ponto de vista das técnicas de cura, a doença espiritual não é somente a que o médico desconhece e não compreende, mas também a que ele não cura.” (Loyola, 1984: 163 e 165)

O que vimos descrevendo são alguns aspectos do universo representativo mágico-religioso presente nas terapêuticas das religiões populares. Ainda que, considerando a impossibilidade de circunscrevermos a complexidade do fenômeno religioso e das práticas curativas associadas, nos referimos a elas como modos

particularizados de relação do que é da ordem do mágico-transcendental, com o que é da ordem do Sagrado, do numinoso.

Vale ressaltar ainda, que a composição das trajetórias terapêuticas, muitas vezes, implica na recorrência por parte dos fiéis a diferentes religiões e a conversões freqüentes, mantendo somente um sistema explicativo para o adoecimento baseado em códigos religiosos.

O que pretendemos sinalizar e interrogar, em última análise, é: como é possível legitimar as novas práticas no campo da saúde mental, sem se considerar esses sistemas representativos da enfermidade e cura baseados na religiosidade popular?

Sobre a terapêutica no contexto da religiosidade popular, Bello (1998) sugere que:

“A concepção de um trânsito de energia (metáfora energética) articuladora de uma economia promotora de cura e da enfermidade, a forte sensação de uma duplicidade de universos e particularmente a forma como se insere nas operações a questão do mal, comporiam uma estrutura subjetiva capaz de redimensionar tanto o cotidiano como os fenômenos de cura” (Bello, 1998: 137)

A premissa da existência de universos interpenetráveis constitui a concepção recorrente na religiosidade popular e em todos os sistemas religiosos institucionalizados. Sendo assim, os dramas do cotidiano e as enfermidades físicas e mentais fundem-se com o imaginário religioso, estabelecendo uma composição possível e desejável pelo campo religioso e, também passível de ser direcionada à cura. São o que comumente chamamos de trajetórias terapêuticas religiosas.

Segundo Rabelo (1993) apud David (2001), as situações de doença e sua interface com as práticas religiosas de cura têm como argumento central o princípio de que as terapias religiosas “curam ao impor ordem sobre a experiência caótica do sofredor e daqueles diretamente responsáveis por ele”. (David: 1993: 316)

3.3 - SAÚDE/ DOENÇA/ SOFRIMENTO MENTAL E RELIGIÃO: INTERCESSÕES EM PRÁTICA

Como foi discutido anteriormente, a política de saúde mental privilegiou uma reorganização da rede assistencial em saúde com a extinção progressiva dos manicômios. Um aspecto subjacente a este é a concepção de uma nova forma de

assistência que não esteja centrada na doença mental e sim na existência-sofrimento, em sua relação com a reprodução sócio-cultural das pessoas.

Como ressalta Alves (1993),

“Essa reforma pressupõe uma maior sensibilidade dos programas de saúde mental aos valores e crenças das comunidades-alvo, bem como um constante diálogo entre serviços e comunidade. Faz-se necessário um conhecimento mais específico dos processos pelos quais os diversos grupos sociais atribuem valores e constroem significados e práticas relativas à saúde e à enfermidade.” (Alves, 1993: 91)

A Etnopsiquiatria tem importantes contribuições, nessa perspectiva, por tentar estabelecer as intercessões da cultura com a etiologia, expressão, curso e tratamento da doença mental, uma vez que, assume o pressuposto de que as pessoas agem e se expressam a partir da lógica de seus modelos culturais pré-determinados.

A psiquiatria enquanto instituição social implica um corpo de conhecimento válido, constituído de códigos ou jogos de linguagem sobre diagnósticos e tratamentos para a doença mental. Sendo assim, é uma agência terapêutica, pois define áreas institucionalizadas de conduta que são previamente delimitadas para permitir tanto uma compreensão do fenômeno do adoecimento quanto uma atuação/ação sobre o mesmo. “Isso significa dizer que qualquer agência terapêutica reduz a diversidade de experiências sociais a um dado conjunto de modelo” (id. Ibid.: 92)

No caso do adoecimento mental e sofrimento emocional, os pacientes desenvolvem múltiplas interpretações para esses fenômenos. Reduzir essas construções de sentido a áreas de conduta previamente delimitadas ou reduzir a estruturas cognitivas-rationais é deixar de lado a gênese do significado que os fenômenos sociais adquirem para os atores envolvidos nessa experiência. É deixar de conhecer as concepções populares de doença mental, os componentes e símbolos que a sustentam e as diferentes formas utilizadas pelos indivíduos para lidar com o sofrimento.

Cabe ressaltar ainda, que esse processo de resignificação do adoecimento não é uma criação de indivíduos isolados, mas produto do processo de socialização, ou seja, tem origem social. Daí sua relevância no encontro entre profissionais de saúde e pacientes.

Sobre o discurso da enfermidade, Alves (1993) nos diz:

“O discurso da enfermidade é dotado de sentido na medida em que é afirmado com real para os indivíduos. É real porque justamente é originado e legitimado em primeira instância no mundo do senso comum. É preciso que compreendamos esse discurso como resultante de processos interativos e comunicativos através dos quais os indivíduos constroem uma rede de significados para as suas experiências aflitivas. Na construção de sentidos, fatores intersubjetivos e existenciais mesclam-se com formas culturalmente padronizadas de interpretação”. (id. Ibid.: 98)

Acreditamos, portanto, que para obtermos uma compreensão dessas interpretações construídas para o sofrimento mental devemos proceder à análise dos processos sociais que sustentam a cultura e com os quais os indivíduos e os grupos sociais vivenciam, explicam e procuram ajuda para o adoecimento mental. Definir e explicar uma experiência aflitiva, dotá-la de sentido, conferir ordem à ameaça de desordem que acompanha a enfermidade é o desafio que se coloca a um mundo composto por uma pluralidade de vozes com as quais se dialoga para produzir modos de enfrentamento da doença.

Essa característica de pluralidade social pode gerar discordâncias de opinião, inclusive sobre questões relacionadas ao adoecimento e as terapêuticas utilizadas. Neste sentido, é necessário que os profissionais entendam que as diferentes maneiras de se lidar com o adoecimento estão relacionados às diferentes percepções, entre os valores culturais e religiosos da pessoa enferma e do profissional de saúde.

No que se refere especificamente às crenças religiosas, objeto de nosso estudo, somente podemos considerar sua importância se reconhecermos que convicções e crenças pessoais estão entre os direitos humanos fundamentais. Inclusive, porque a Constituição Federal protege o direito dos cidadãos à liberdade de consciência e de religião.

Esses valores não podem, portanto, serem desconsiderados ou minimizados por outrem, sobretudo pelos profissionais de saúde, a despeito dos conhecimentos científicos que sustentam sua prática profissional. Ainda mais porque os valores religiosos podem ser uma força positiva para o conforto e também um fator de recuperação para um paciente se ele for acolhido e respeitado em seus valores e crenças. E podem também influenciar o acesso e o uso dos serviços de saúde.

A importância do tema religioso no campo da saúde mental foi ressaltada por Delgalarrondo (1999) em seu estudo sobre a incidência de conteúdo religioso em

pacientes psiquiátricos. Segundo o autor, em uma revisão da literatura sobre idéias religiosas e transtornos psiquiátricos, sintomas de conteúdo religioso foram relatados com frequência variando entre 13,5% e 20%. O autor ressalta que esse dado está relacionado somente a sintomas psicopatológicos, não abrangendo outras vivências pessoais pelas quais a questão da religião pode ter importância na abordagem dos pacientes psiquiátricos.

Propõe-se, então, uma distinção entre delírios e alucinações místicas, no contexto de uma experiência desorganizadora de adoecimento mental, e as crenças religiosas que fornecem sentido e significado às experiências aflitivas dos pacientes. Ambas tratam do recurso a cultura religiosa como forma de significar a experiência e, portanto, podem ser relevantes na elaboração e condução de um projeto terapêutico.

A partir de formulações psicopatológicas, podemos dizer que o delírio, inclusive de conteúdo místico, é algo que se insere, em dado instante, na curva vital do indivíduo e que supõe um desvio, uma profunda transformação qualitativa da estrutura da pessoa. O delírio traz o timbre da certeza subjetiva absoluta e uma convicção interior inamovível. Ou seja, é impassível de influência psicológica, é irreduzível e incorrigível, tanto por meio da persuasão lógica mais irresistível como através da evidência contrária dos fatos. (Jaspers apud Melo, 1979)

Em oposição à vivência delirante e alucinatória, podemos dizer que as crenças religiosas são estratégias sócio-culturais utilizadas pelos pacientes na tentativa de lidar satisfatoriamente com sua doença e com outras adversidades de suas vidas. Além disso, a decisão de procurar determinadas formas de tratamento e os resultados esperados dependem, em grande medida, dos significados culturais da experiência do adoecimento.

Se, frequentemente, se reafirmam as fronteiras entre doença física / mental e doença espiritual, na prática o que observamos é que, na maioria das vezes, os pacientes recorrem a médicos e especialistas religiosos para lidar com um mesmo conjunto de sintomas. Assim, da mesma maneira que os pacientes procuram os hospitais psiquiátricos, os serviços alternativos e os ambulatórios, eles procuram uma variedade de agências religiosas.

A questão é entender os processos narrativos através dos quais os pacientes reconstituem a experiência do adoecimento, extrapolando a associação mecânica entre sintoma e signos explicativos. Os processos narrativos do adoecimento são modelos culturais internalizados que, no confronto e interação com outras vertentes explicativas,

poderão ganhar status de discurso dotado de autoridade e assim auxiliar os pacientes em suas vivências de sofrimento.

Ao lidar com seu sofrimento mental, os pacientes e aqueles que estão envolvidos na situação formulam, reproduzem e transmitem um conjunto de soluções e proposições relacionadas com o universo sociocultural do qual fazem parte. A religiosidade tem tido especial importância na interpretação e no tratamento da doença mental, pois os diferentes sistemas religiosos de cura a inserem no sistema sociocultural mais amplo daquele que sofre.

Segundo Rabelo, Cunha e Schaeppi (1999),

“Trata-se de uma interpretação que organiza os estados confusos e desordenados que caracterizam a experiência da aflição em um todo ordenado e coerente e, desse modo, faz mais do que simplesmente ligar tais estados a uma causa exterior. Diferentemente da abordagem biomédica, que tende a despersonalizar o doente, o tratamento religioso consiste em ação sobre o indivíduo social, biológico e psicológico, visando a reinseri-lo, como sujeito, em um novo contexto de relacionamentos.” (id. *ibid.*: 229)

Essa resignificação da experiência do adoecimento mental e essa reorientação comportamental do doente a partir das terapêuticas religiosas são decorrentes da manipulação de símbolos religiosos em um contexto fora do cotidiano carregado de emocionalismo e também da participação em rituais que favorecem ao doente perceber de uma forma diferente sua posição subjetiva. Dessa maneira, os pacientes podem vivenciar o adoecimento baseando-se em uma imagem construída e sustentada pelo envolvimento religioso.

Como ressalta Rabelo, Cunha e Schaeppi (1999),

“(...) a religião não opera primeiro ou especialmente no plano do discurso intelectual, abstrato (seja este compreendido como representação consciente ou código inconsciente), mas mediante imagens que apelam aos sentidos e convidam à ação.” (id. *Ibid.*: 229)

E, ainda, como aponta Schieffelin (1985) apud Rabelo, Cunha & Schaeppi (1999),

“(...) as performances rituais que compõem uma terapia religiosa não postulam uma nova realidade para seus participantes/clientes pela apresentação de um argumento, descrição, ou comentário: elas sugerem, por meio de imagens carregadas de sentimento, uma forma de se situar e de agir no mundo. Sua eficácia reside na construção social de uma situação em que o paciente participa ativamente.” (Rabelo, Cunha & Schaeppi : 1999: 231)

Desse modo, a religiosidade, para os pacientes, é capaz de reorganizar os fragmentos da experiência do sofrimento mental que é essencialmente desestruturante. Assim é possível que os pacientes respondam às situações do cotidiano através de um arranjo explicativo que, mesmo descompromissado com o discurso científico, produz representações capazes de formular sentido para a estranheza do sofrimento psíquico e ajudá-los na maneira de lidar com este.

Ainda que consideremos a recorrência à religiosidade a partir de uma explicação eminentemente econômica, não podemos reduzi-la a esta compreensão, visto que, mesmo com a disponibilidade dos serviços terapêuticos oficiais, os pacientes procuram recursos terapêuticos também em instituições religiosas. Esse fato pode ser explicado se considerarmos, como aponta Loyola (1984), que:

“Os especialistas religiosos estão, pois, em condições de escutar e compreender a descrição que os pacientes fazem dos sintomas de sua doença e de lhes explicar de que e por que sofrem e desse modo, dissipar suas dúvidas, suas angústias, em suma, sua aflição.”(Loyola, 1984: 191)

Segundo aponta Montero (1985), ao discutir a medicina somática e sua relação com o discurso religioso, em contraposição a essa postura dos “especialistas religiosos”, temos a dos profissionais de saúde que frente ao discurso religioso de seus pacientes,

“(...) procura dissociar, abstrair a experiência vivida do paciente, impedindo que ele descreva a doença à sua maneira. O discurso religioso, ao contrário, favorece a explicação dessa experiência, produzindo sentido justamente a partir da associação sintoma-desorganização da vida.” (Montero, 1985: 98)

Por fim, podemos dizer com Montero (1985) que,

“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.” (id. *ibid.*: 88)

A interseção entre a religiosidade e a prática terapêutica em saúde mental implica, portanto, que consideremos a relevância do discurso religioso enquanto jogo de linguagem²¹ capaz de resignificar o sofrimento mental e incluí-lo em um sistema compartilhado por outros, ou seja, numa rede de apoio social construída pelas comunidades religiosas.

O desafio para o profissional de saúde é compreender esse jogo de linguagem sem tomar por base o modelo individualizante e responsabilizante previamente delimitado, ou seja, o modelo que reafirma o indivíduo autônomo. Ao contrário, é interagir com a recorrência à religiosidade e com a narrativa do paciente baseando-se nas crenças, valores e experiências próprias do paciente.

Consideramos, portanto, que essas narrativas são construídas e organizadas pelos pacientes constituindo-se no seu sentido de ser-no-mundo – sua rede de crenças. Ainda que constitutivas do sujeito, pressupomos que não correspondem a verdades absolutas, ao contrário, trata-se de múltiplas modalidades de ser sujeito e dar sentido para o sofrimento mental que a própria individualidade física pôde abrigar e cuja existência a própria trajetória singular tornou possível.

As crenças em geral, e ressaltamos que também as crenças religiosas, são tomadas no sentido que Peirce apud Bezerra (1994) lhe deu: *“regra para a ação, uma ferramenta para lidar com a realidade, uma determinação de como responder a certas contingências”*. (Bezerra, 1994: 156)

²¹ “Os jogos de linguagem, como os jogos em geral, são regidos por regras que podem ser mais ou menos abrangentes, numerosas, rígidas etc. Assim, o significado que decorre do uso depende de se seguir as regras específicas de cada jogo de linguagem. Estas regras (gramática) não se referem somente aos aspectos lingüísticos (semântica) mas também a atividades extralingüísticas - o contexto. A linguagem para Wittgenstein era um comportamento, uma atividade social. (...) Mediante o uso da linguagem - assim como mediante a participação em um jogo - o homem passa a se relacionar com outros homens e integra-se na vida social de uma comunidade (...) e expressa o modo de vida dos seus falantes” (Serpa, 1994:227)

CAPÍTULO 4: ATITUDE RELIGIOSA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

“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 estar trabalhando 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”

(Félix Guattari)

O propósito deste capítulo da dissertação é apresentar os dados obtidos através das entrevistas realizadas com os profissionais do campo da saúde mental e com os pacientes psiquiátricos. Tem como objetivo analisar o modo como esses profissionais entendem e lidam com a religiosidade no momento em que os pacientes psiquiátricos a ela recorrem.

Com vistas ao alcance do objetivo proposto, tanto o discurso dos profissionais quanto dos pacientes serão analisados tomando por base as seguintes categorias analíticas:

- Saúde/doença/sofrimento mental e a elaboração de projetos terapêuticos.
- Crenças Religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental.

4.1 - DA VISÃO DOS PROFISSIONAIS

4.1.1 - SAÚDE/DOENÇA/SOFRIMENTO MENTAL E A ELABORAÇÃO DE PROJETOS TERAPÊUTICOS.

As ações no campo da saúde mental se caracterizam atualmente por serem interdisciplinares e voltadas para a elaboração de projetos terapêuticos individualizados. Desse modo, estão interessados nas singularidades de cada situação clínica, bem como na utilização de recursos terapêuticos adequados a estas.

Isso implica uma reformulação constante das práticas terapêuticas, uma atenção para as diretrizes que a própria clínica e o entorno social têm apontado como recursos terapêuticos possíveis, assim como pressupõem uma visão de políticas públicas para o

campo da saúde mental. Vê-se, portanto, que o conhecimento das políticas e de suas diretrizes tem se mostrado fundamental para sustentar tanto a prática dos profissionais quanto as ações integradas em saúde mental. Isso, contudo, não equivale a dizer que todos os profissionais conheçam ou tenham em sua formação básica o acesso às discussões sobre políticas públicas em saúde mental, como sinaliza uma das entrevistadas:

“(...) Eu fui trabalhar em São Gonçalo, na Superintendência de Saúde Coletiva (SUSC) como coordenadora. Na verdade, eu já achava interessante [as novas diretrizes para a psiquiatria], mas não tinha acesso a isso, a essas diretrizes mais atuais do Estado, do Ministério da Saúde. Quando eu cheguei no SUSC é que eu fui ter acesso e aí comecei a trabalhar, ter acesso a isso.” (Íris, psiquiatra, ex-coordenadora do Programa de Saúde Mental do município de São Gonçalo)

O desconhecimento ou o pouco envolvimento com essa discussão, ao nosso ver, reflete a maneira como está organizada a formação dos profissionais de saúde, que mantêm o foco eminentemente na prática clínica, muitas vezes, sem considerar a urgência de se inserir a clínica no contexto comunitário e em políticas públicas ampliadas.

Os médicos psiquiatras foram os primeiros profissionais de saúde legitimados a propor uma terapêutica voltada para a doença mental, baseando suas ações, inicialmente, na psicopatologia da doença mental. Dessa maneira, consolidaram o que foi denominado por uma psiquiatra entrevistada como “*psiquiatria clássica*”, inclusive ressaltando seu lugar dentro do campo de práticas terapêuticas em saúde mental.

“(...) eu acho que a psiquiatria está dentro da saúde mental, mas na prática a coisa acontece dessa forma mesmo, o que chamam de psiquiatria clássica é uma coisa mais biológica e medicamentosa. Infelizmente é.” (Íris, psiquiatra)

Ou seja, a “psiquiatria clássica” ainda aparece, no contexto das ações em saúde mental, relacionada às descrições psicopatológicas e às intervenções psicofarmacológicas e, muito desvinculada de uma reflexão ampliada sobre as diretrizes do cuidado em saúde mental.

Em virtude dos limites apontados pela assistência psiquiátrica baseada somente nos sinais e sintomas da doença, outras disciplinas passaram a produzir saberes e

práticas terapêuticas voltadas para a doença mental. Dentre essas disciplinas podemos destacar a psicologia, a psicanálise, a terapia ocupacional, entre outras.

Inicialmente, para levarem a termo seu mandato social e conduzirem as terapêuticas em saúde mental, esses profissionais muniram-se de conhecimentos específicos sobre sinais e sintomas em psiquiatria, descrições psicopatológicas ou psicodinâmicas, estruturação subjetiva em psicanálise, entre outros conhecimentos basicamente centrados na clínica individualizada em psiquiatria.

Retomemos a questão da formação do profissional no contexto mencionado. Para o médico psiquiatra a formação em psiquiatria significava a realização de uma residência centrada basicamente na história do saber psiquiátrico e nas artes da medicalização do sofrimento mental. Para os outros profissionais a formação significava a aplicação dos seus conhecimentos clínicos específicos ao campo psiquiátrico, visando possibilitar ao paciente inserir-se com seu discurso numa ordem social.

Os limites desse modo de atuação profissional, os questionamentos acerca dos paradigmas psiquiátricos produzidos pela Reforma Psiquiátrica, especialmente de tradição basagliana, a ampliação do próprio objeto da psiquiatria, que passa a ser a *saúde mental* e não mais a *doença mental*, todos esses fatores demandaram uma reformulação na formação dos técnicos da saúde mental. Como consequência disso, outros conhecimentos e saberes foram acrescentados visando-se ampliar e mesmo desconstruir a visão do sofrimento mental como sinônimo de doença mental, assim como visavam também modificações na formação e prática dos profissionais do campo da saúde mental.

Essa questão específica da formação para o campo da saúde mental aparece nas entrevistas realizadas e aponta para novas preocupações relacionadas aos conhecimentos necessários para uma prática assistencial ampliada, segundo os moldes propostos pela Reforma Psiquiátrica. Ou seja, refletem questionamentos específicos desses profissionais no que tange a uma formação técnica que permita a formulação de projetos terapêuticos individualizados e em consonância com as políticas públicas para o campo da saúde mental.

“(...) Eu sou enfermeira, eu sou formada há muito tempo, daqui a pouco eu estou quase me aposentando. (...) na década de 80 a gente organiza uma enfermaria de psiquiatria no CPN, eu era chefe do serviço. A gente foi pra lá inaugurar o CPN, um serviço de emergência; aí eu comecei a estar diante das questões psiquiátrica; enfim, aí eu comecei a participar da questão da

psiquiatria. Quando vou participar do Projeto Niterói eu vou para integrar o grupo de saúde mental, e nesse meio tempo eu vou buscar uma formação na área psiquiátrica e fazer o curso da ENSP de psiquiatria social. Ainda era na época do curso lá na Colônia, tinha um horário integral, o curso era muito extenso, durou quase um ano. Lá é que eu começo a fazer minha formação na área de saúde mental.”(Hera, enfermeira, coordenadora da emergência do HPJ)

Como dito anteriormente, a formação do profissional de saúde mental foi marcadamente influenciada pelo estudo da psicopatologia da doença mental, tanto por esta ser uma categoria nosográfica geradora de práticas terapêuticas e sociais quanto por ser alvo de inúmeros questionamentos. Isso pode ser observado no relato de uma entrevistada ao mencionar seu interesse pelo campo da saúde mental.

“(...) Eu me formei em psicologia na UFRJ. No início eu não tinha, ainda, conscientemente, pretensão de estar na saúde mental. Queria estar no campo da saúde, queria trabalhar com a clínica, sempre quis isso. (...) Mas eu não sabia que esse seria o caminho até que comecei a minha análise pessoal, que eu acho que é fundamental na formação de todo mundo que vai trabalhar nesse campo. Acho que é fundamental passar por isso. E tive muitas aulas de psicopatologia no IPUB e que tinha entrevista com paciente, tinha todo um esquema ali montado que me causava muita estranheza. Eu não entendia muito bem o propósito daquilo, eu achava uma coisa muito esquisita, mas eu me interessei por isso (...) Foi por conta desse encontro com a psicopatologia que me deixou questões a respeito do que é isso, que sofrimento é esse, que clínica é essa, que eu vim fazer um estágio aqui no hospital (HPJ) e depois a residência”.(Afrodite, psicóloga)

A Reforma Psiquiátrica sinalizou, entre tantas outras coisas, a importância da formação desse profissional para além da compreensão psicopatológica do fenômeno do adoecimento. Sendo assim, vimos desenvolverem-se cursos de pós-graduação em nível de residência não somente para médicos interessados em psiquiatria como também para outros profissionais de saúde não médicos²².

²² Podemos mencionar no Estado do Rio de Janeiro, entre os principais cursos de formação e capacitação de profissionais para o campo da saúde mental:

Esses cursos se propõem a formar, como denomina Saraceno “profissionais de novo tipo” (2001), capazes de elaborar projetos terapêuticos individualizados e articulados com as diretrizes e políticas públicas para o setor, considerando outros aspectos além daqueles relacionados à fenomenologia e psicopatologia psiquiátrica. Têm, portanto, representado uma importante ampliação na formação dos profissionais do campo da saúde mental, como ressalta uma psicóloga entrevistada que realizou o curso de especialização em saúde mental, em nível de residência, na Colônia Juliano Moreira.

“(...) na residência eu participei... trabalhei no CAPs, que é um dispositivo novo, um dispositivo aberto em saúde mental, um CAPs dentro da Colônia. Trabalhei no CAPSI que é um CAPs infanto-juvenil, trabalhei também no ambulatório, enfermaria, emergência (...),e além do que, na residência a gente trabalhava em asilos psiquiátricos, aqueles que têm internação de 30 anos. Então, na residência eu tive um campo de experiência muito vasto, assim... dentro de uma mesma residência, realidades da saúde mental muito diferentes”.(Nêmesis, psicóloga)

De modo geral, as entrevistas foram realizadas com profissionais envolvidos na constante reformulação das práticas psiquiátricas e isso fica expresso quando estes falam de sua formação e interesse em trabalhar no campo da saúde mental. Trata-se de profissionais atentos tanto para as singularidades que envolvem o discurso do sofrimento mental quanto para o modo particularizado com que precisam lidar com essas singularidades. Contudo, devemos ressaltar que, mesmo considerando que as diretrizes para a assistência propostas pela Reforma Psiquiátrica são bastante conhecidas pelos profissionais que têm interesse pelo campo da saúde mental, a medida de sua concretização dependerá não somente do conhecimento que os mesmos detenham a

-
- Residência em Saúde Mental do Instituto Nise da Silveira, antigo Centro Psiquiátrico Pedro II, realizado em convênio com a ENSP/FIOCRUZ e destinada a profissionais não médicos.
 - Residência do Instituto Philippe Pinel, realizada em convênio com a ENSP/FIOCRUZ e destinada a médicos e outros profissionais de saúde.
 - Residência em Psiquiatria do IPUB/UFRJ, destinada a médicos e curso de especialização em saúde mental destinado a outros profissionais de saúde.
 - Residência em Saúde Mental do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), com um programa destinado aos médicos e outro destinado aos demais profissionais de saúde.
 - Residência em Saúde Mental da Colônia Juliano Moreira em convênio com a UERJ e destinada a profissionais de saúde.

respeito dessas diretrizes, mas, principalmente, da posição política e ideológica desses profissionais e dos serviços.

Alguns pressupostos da Reforma Psiquiátrica podem ser ressaltados através do relato dos profissionais entrevistados ao mencionarem suas práticas no campo da saúde mental e apontam para uma importante ampliação do olhar desses profissionais quando comparado com aquele baseado somente na psicopatologia.

EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA ≠ INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

As situações psiquiátricas foram e, muitas vezes, ainda são tratadas como situações emergenciais para as quais deve-se ter uma resposta pronta e rápida: *a internação psiquiátrica*. Em contraposição a isso, a Reforma Psiquiátrica vem propor um outro modo de se responder às situações que envolvem a doença/saúde/sofrimento mental, rompendo com a idéia de emergência psiquiátrica como sinônima de internação. Assim, cada situação deverá ser tratada como singular e demandará a elaboração de um projeto terapêutico individualizado, atento aos recursos próprios do paciente e do seu entorno, assim como, articulado com as diretrizes do campo da saúde mental. Esse pressuposto da Reforma Psiquiátrica aparece na fala dos entrevistados, sinalizando novas possibilidades de intervenção nas situações que envolvem a doença/saúde/sofrimento mental e que, tradicionalmente, teriam como resposta a internação como forma de tratamento.

“(...) um paciente que eu atendi na residência, ele era do CAPs, mas eu o atendi meio como técnico de referência e depois em psicoterapia. Ele tinha uma trajetória de milhões de internações, era o único recurso que ele conseguia para dar conta do seu sofrimento, que ele pedia sempre. (...) Ninguém mais perguntava porque ele pedia por internação. (...) eu dei continuidade ao trabalho de sustentar um pouco o que é essa internação para ele, o porquê internar sempre. E aí foi tendo o efeito dele conseguir trazer, subjetivar o pedido dele de internação, entender porque que ele recorria tanto para internação. (...) Você tem que inventar dispositivos junto com ele para ele poder pensar em outras formas de se proteger além da internação. Faz parte do trabalho...” (Nêmesis, psicóloga)

“(...) a gente tenta que o paciente não chegue à emergência do hospital, não interne, tenta alternativas para o paciente ficar em casa, resolve no ambulatório. A questão da psicoterapia. A gente encaminha quando é isso que o paciente quer...”(Íris, psiquiatra)

ASSISTÊNCIA ≠ MEDICALIZAÇÃO

Sendo o objetivo da assistência no campo da saúde mental a elaboração de um projeto terapêutico individualizado, não cabe pensarmos em assistência como sinônima de administração de medicamentos. Ao contrário, a proposta em curso implica buscarmos diferentes recursos terapêuticos para atender às diferentes demandas e situações de doença/saúde/sofrimento mental. Seguem dois relatos que expressam um novo modo de assistência e de implicação do profissional para com o paciente.

“(...) na minha prática... eu como médica, minha alternativa é ver o paciente mais vezes, essa é uma das alternativas, estar escutando ele mais vezes, estar encaminhando para oficinas terapêuticas, encaminhando para terapia ocupacional, levando para reunião de equipe, porque, enfim... às vezes alguma coisa não passa na cabeça de um profissional só e na equipe aparece.”(Íris, psiquiatra)

“(...) faço atendimento ambulatorial em psicoterapia, mas depende também da demanda do usuário, que, às vezes, em situações de crise são atendimentos mais intensivos, mais vezes durante a semana, ou então o paciente que está internado e que demanda que eu vá acompanhá-lo na enfermaria, ou é paciente do ALBERG, morador aqui do hospital. Também dou assistência junto com a equipe do ALBERG, dependendo de cada caso”. (Nêmesis, psicóloga)

RECURSOS TERAPÊUTICOS ≠ PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS

O desafio que se coloca a partir desse contexto da assistência ampliada em saúde mental é o de não transformar esses novos recursos terapêuticos em protocolos a serem aplicados sem uma reflexão e contextualização prévias. Sem isso, estaremos incorrendo no mesmo padrão de resposta pronta e rápida de outrora: agora sendo, não mais a

internação, mas o encaminhamento para recursos terapêuticos alternativos. Como sinaliza uma das nossas entrevistadas:

“(...) não é só na internação, mas às vezes no próprio CAPs também, há uma certa cronificação no sentido da possibilidade de mudança da vida do cara, de uma possibilidade de alta. Se descobriu o CAPs como novo dispositivo, então acabou, é isso, é a salvação. E o cara vai ficar lá a vida toda e isso, muitas vezes, substitui o manicômio.” (Nêmesis, psicóloga)

A assistência que se sustentava de forma marcante pela internação, produzindo uma ruptura social que agravava a desorganização decorrente do adoecimento/sofrimento mental, passa a ter como objetivo construir caminhos para a experiência-sofrimento dos pacientes através da atenção na comunidade. Para tanto, vários são os recursos utilizados pelos profissionais de saúde mental; dentre esses podemos mencionar: a existência dos CAPs, NAPs, Hospitais-Dia, Lares Abridados/Albergues, Trabalho Assistido, Lazer Assistido, Leitos em Hospital Geral, além daqueles que inicialmente sustentavam a assistência psiquiátrica como a farmacoterapia, a psicoterapia e a terapia ocupacional.

“(...) para se pensar um projeto terapêutico, tem algumas variáveis importantes para o tratamento, mas acho que não é só... isso já foi de uma psiquiatria antiga, a questão do sintoma, da doença. Hoje em dia eu acho que já se consegue pensar no sofrimento como um todo, abarcando toda a vida do sujeito. Pois esse sofrimento traz uma interrupção na sua vida em termos de trabalho, da família, de local onde mora, da comunidade, do território do paciente. Então, eu acho que o projeto terapêutico tem que pensar nessas coisas todas e a intenção é ter dispositivos para isso, por exemplo, visitar o local, a comunidade onde o paciente mora, atendimento médico, atendimento psicoterápico, atendimento de expressão em terapia ocupacional, outras oficinas terapêuticas, possibilidades de se pensar em algo profissionalizante... Acho que tudo isso faz parte de um projeto terapêutico em saúde mental, deve fazer parte, mas variando de caso a caso.” (Nêmesis, psicóloga)

Essas práticas se sustentam a partir de políticas públicas em saúde mental, de âmbito internacional, com diretrizes claramente definidas e que incluem os recursos

comunitários no rol de parcerias que os profissionais de saúde dispõem na elaboração de um projeto terapêutico.

Segundo OPAS/OMS (2001) a atenção na comunidade como abordagem vem a ser:

“Serviços que estão próximos ao lar, incluindo o hospital geral para admissão de casos agudos e dependências residenciais de longo prazo na comunidade;

Intervenções relacionadas tanto com as incapacidades como com os sintomas;

Tratamento e atenção específicos para o diagnóstico e as necessidades de cada pessoa;

Uma ampla gama de serviços que atendem às necessidades das pessoas com transtornos mentais e comportamentais;

Serviços que são coordenados entre profissionais de saúde mental e organismos da comunidade;

Serviços mais ambulatoriais do que fixos, inclusive os que podem oferecer tratamento em casa;

Parceria com os provedores de atenção e atendimento das suas necessidades;

Legislação em apoio dos aspectos da atenção mencionados.”

(OPAS/OMS: 2001:80).

Esse movimento de desinstitucionalização no campo da saúde mental é mais do que o fechamento de hospitais psiquiátricos, o que se traduziria como um processo de desospitalização. Representa sim, um processo complexo que busca a implementação de uma sólida rede de alternativas comunitárias ao mesmo tempo em que se fecham os hospitais psiquiátricos.

Essa proposta de uma atenção em saúde mental feita no nível comunitário e através de recursos locais (ao contrário da atenção baseada nos grandes hospitais psiquiátricos) pode potencialmente identificar recursos e estabelecer alianças que num outro contexto de assistência não seriam consideradas e, portanto, ficariam inativas.

Contudo, o que observamos é que a busca por recursos comunitários tem se mostrado muito distante do cotidiano dos serviços e da prática dos profissionais. Como verificamos no relato que segue:

“(...) Eu nunca tive uma experiência muito direta com a comunidade, não mesmo.(...) Mas eu acho que há uma necessidade grande de se ter contato mais direto com essas comunidades” (Nêmesis, psicóloga)

Esse distanciamento entre os serviços e os profissionais das comunidades se reflete também na medida que estes apontam somente como recursos comunitários àqueles tutelados pelo setor saúde ou mesmo restritos a área de saúde. Como expresso na fala de uma das entrevistadas:

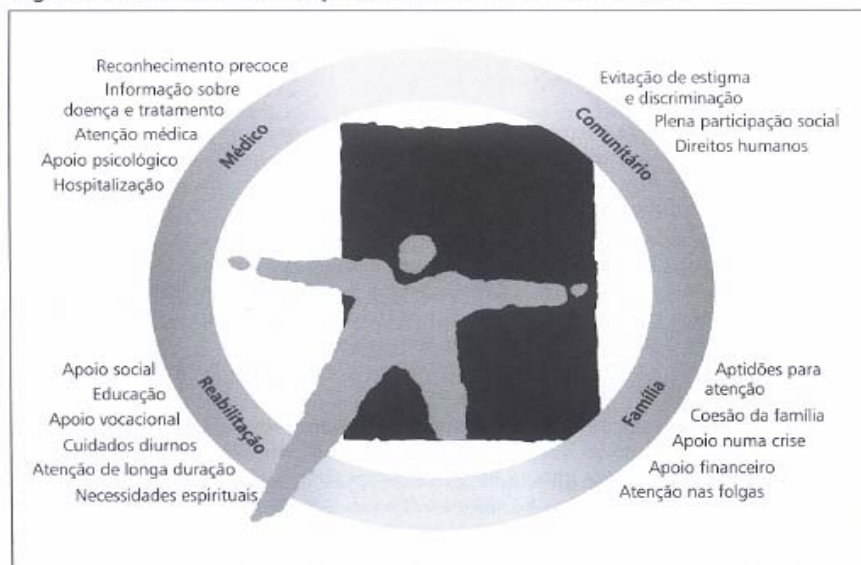
“(...) A gente faz contato com universidade para encaminhar para psicoterapia, enfim, com outras instituições como a AFR aqui de Niterói, a Pestalozzi, e outras instituições afins. Quando precisa falar com o Conselho Tutelar, a gente tenta fazer isso, dependendo do caso a gente faz essas parcerias com o médico de família, os postos de saúde (...) geralmente as parcerias passam por uma instância da saúde” (Íris, Psiquiatra)

Em oposição a essa fala, vemos que uma boa assistência em saúde mental, segundo a OPAS/OMS, flui a partir de princípios orientadores básicos, que são: *diagnóstico, intervenção precoce, participação do usuário, parceria com a família, envolvimento da comunidade local e integração na atenção primária de saúde.* (id. Ibid.: 86)

Em suma, considera-se que a assistência em saúde mental pede uma combinação equilibrada entre medicação (ou farmacoterapia), psicoterapia e reabilitação psicossocial, visando atender às necessidades do indivíduo durante a evolução da doença e frente a mudanças em sua condição de vida. Extrapolam, portanto, as parcerias com o setor saúde, pois visam atender necessidades que também superam a visão do sofrimento como doença mental.

Essas necessidades das pessoas com transtornos mentais estão expressas na figura abaixo apresentada no Relatório da OPAS/OMS (2001).

Figura 3.1 Necessidades das pessoas com transtornos mentais



Em especial, no que se refere à reabilitação, dois pontos merecem nosso destaque: o apoio social e as necessidades espirituais, visto se tratarem de aspectos específicos deste trabalho. Não consideramos tais necessidades superiores às demais, apenas damos destaque a elas em virtude de pretendemos analisar o modo como os profissionais têm pensado a religiosidade no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental.

No intuito de reconhecer a quantas anda a parceria dos profissionais de saúde mental e dos serviços com a comunidade onde se inserem, levantamos entre os entrevistados os fatores que eles consideram relevantes na elaboração e condução de um projeto terapêutico, bem como as dificuldades e entraves.

Dentre os fatores favoráveis à elaboração e condução do projeto terapêutico foi apontado:

TRABALHO EM EQUIPE

“(…) o trabalho deve ser em equipe, é muito difícil trabalhar sozinho. Acho que é inviável um trabalho de boa qualidade sozinho na saúde mental. São muitas coisas para serem repensadas, a serem questionadas sobre a vida do sujeito. O sofrimento abarca muitas coisas e aí só o trabalho em equipe”.(Nêmesis, psicóloga)

“(...) A proposta, a direção que a gente dá para o trabalho é de que os atendimentos devem ser compartilhados, o trabalho tem que ser mantido em equipe. (...) A gente acredita que esse trabalho feito em equipe tem efeitos diferentes(...). Quando[o profissional] entra aqui eu falo pra ele como a gente trabalha (...) Trabalho em equipe não é fácil, mas não tive ainda a experiência de um médico que tenha saído porque não tenha conseguido trabalhar. Não tivemos essa experiência, porque a psiquiatria é muito pesada, né? Eu acho que com o tempo, com a experiência acontecendo, vai se vendo como é importante ter outro profissional ao lado e o trabalho vai se garantindo dessa maneira”
(Hera, enfermeira)

SUPORTE FAMILIAR

“(...) Porque, às vezes, o paciente tem, ou teria, uma indicação clínica de internação, mas ele tem um bom suporte familiar, a gente acredita que pode evitar aquela internação... por qualquer questão lá do paciente ou da família, a família não quer internar, de jeito nenhum. Eu acho que contribui muito.”
(Hera, enfermeira)

“(...) Essa parceria com a família é fundamental, ela é um suporte importante, é necessária para que o cara não acabe na longa permanência, por exemplo.”
(Afrodite, psicóloga)

INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

“(...) Acho a intervenção na comunidade fundamental. Às vezes, um vizinho ou outro... são recursos que a gente usa para manter o cara que mora sozinho dentro da casa dele, na comunidade, sabe? As pessoas que tratam dão uma passadinha ali, dão um almoço, dão um remédio, dão uma olhada, vêm aqui dão notícias para a gente.” **(Afrodite, psicóloga)**

Dentre os fatores desfavoráveis à elaboração e condução do projeto terapêutico foi apontado:

COMPETIÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS

“(...) Tem-se uma idéia que uma equipe multidisciplinar é o melhor porque se pode trocar com as diferenças, trocar informações, mas não é bem assim que se dá na prática. Muitas vezes fica mais uma certa competição narcisista entre os profissionais do que um trabalho em equipe.” (Nêmesis, psicóloga)

QUESTÕES SOCIAIS

“(...) Questões sociais de modo geral, pacientes que usam remédio há muito tempo e que vêm buscar Lexotan, medicamento que há 18 anos o clínico prescreve. Questões ligadas a drogas...” (Íris, psiquiatra)

FALTA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL

“(...) Eu penso que a gente precisa de uma organização de rede mas... É, eu acho que tem dificuldades, sabe? A gente já tem uma rede organizada, tem o CAPs, os NAPs, mas eu acho que ainda é preciso um cuidado na assistência, principalmente no caso dos pacientes mais graves.(...) tem muitas intercorrências que a rede poderia dar conta. Acho que ainda tem uma dificuldade da rede ser referência, de fato, para determinados casos.”(Hera, enfermeira)

“(...) a rede é precária. Eu acho que os ambulatórios são muito precários, não dão conta de assistir seus pacientes, não dão. Falta médico, falta verba, falta profissional com formação para estar trabalhando nestes lugares. Acho que, muitas vezes, não dão conta. A gente faz o encaminhamento, a pessoa está afim de tratamento, tem toda a possibilidade, chega lá e não consegue. Isso é um impeditivo porque aí ele pode muito bem se tratar ambulatorialmente e não consegue por conta de problemas da rede.” (Afrodite, psicóloga)

Cumprido ressaltar que, a religiosidade não foi apontada espontaneamente por nenhum dos profissionais entrevistados, nem como um aspecto favorável nem desfavorável à elaboração e condução do tratamento e não pareceu ser uma questão, inicialmente, relevante para nenhum deles.

Como prevíamos no roteiro de entrevista, somente mencionamos o tema da religiosidade na medida que este não foi abordado pelo profissional. O direcionamento da entrevista para a questão da recorrência às crenças religiosas pelos pacientes no contexto do tratamento psiquiátrico e seus efeitos será objeto de análise do ponto seguinte.

4.1.2 - CRENÇAS RELIGIOSAS NO CONTEXTO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL.

Consideramos que as falas dos profissionais entrevistados são significativamente expressivas da forma como está colocada a discussão da religiosidade no campo da saúde mental. Se a revisão bibliográfica já apontava para os poucos estudos nessa área, as entrevistas fizeram ver o quanto os profissionais ainda se valem de seus “especialismos”²³ para analisarem a complexidade do fenômeno religioso.

Podemos observar a partir das falas seguintes que a lógica que sustenta a avaliação da recorrência à religião adota os parâmetros de não interferência no tratamento “oficial”, *o tratamento psiquiátrico*, ou propõe uma compreensão psicopatológica do fenômeno.

“(...) se um paciente meu chegar aqui falando que foi em uma religião tal onde disseram para ele que isso era espiritual, eu acho que pode ter um efeito que atrapalha o tratamento, e aí vou pensar que tipo de intervenção eu posso ter. Vou trabalhar isso. Mas se disser para mim que é uma coisa a que ele recorre, que faz bem para ele, enfim, ele não está se queixando, então não vejo porque isso possa atrapalhar.(Nêmesis, psicóloga)

“(...) É difícil isso, mas o que eu posso dizer é que tem uma diferença sim. Quando é uma coisa de crença, “Eu acredito em Deus, Eu penso que Deus é aquilo”. Na psicose esse Deus que aparece, ele vem diretamente, ele vem no real, não é uma coisa de acreditar ou não acreditar, ele vai direto e invade o sujeito. Eu acho que é essa a relação”. (Afrodite, psicóloga)

²³ Chamamos de “especialismo” a tentativa de reduzir os fenômenos sociais e humanos a uma leitura proposta por um campo de conhecimento específico.

Além disso, vemos através de outras falas que os profissionais se valem de seus “especialismos” para encobrir uma visão particular e pessoal sobre o status da religiosidade no humano, seja valorizando-a ou depreciando-a.

“(...) Particularmente, não acredito em nada... eu não sou religiosa, não acredito que isso possa ajudar em nada, agora... pode ajudar pra família ou pro paciente que acredita, acho que pode ter um efeito. (...) Eu não me sinto capaz de julgar, pois eu particularmente acho que não adianta coisa nenhuma, por causa da minha descrença. Não acredito nisso. Agora, a gente vê aí, tem tanta gente aí neurótica, entre nós, que faz promessa, que acredita, tudo bem. (...) No caso dos pacientes psicóticos eu acho que na crise, na doença mesmo, acho que atrapalha. (...) Às vezes a gente até nem indica que venha pastor, corta um pouco isso, pede para estar afastado, porque eu acho que mistura... mais ainda, confundem mais ainda com essa coisa. No paciente psicótico eu acho que isso, às vezes, é um caos ” (Hera, enfermeira)

“(...) sempre atrapalha, sempre, sempre, sempre atrapalha, sempre, sempre porque aí entra no delírio. São inúmeros os casos de pessoas que retomam a religião ou que procuram a religião e o que ele ouve lá, vem alucinatoriamente, aí desencadeia a crise. É muito comum isso. É muito comum, a pessoa começa a se embaralhar com aquilo que é dito. Não tem um entendimento... é aquilo que eu estava tentando explicar primeiro... ‘Eu acredito, será que Deus existe?’. Não existe essa dúvida, não é isso. É uma relação direta, uma apropriação alucinatória” (Afródite, psicóloga)

De modo geral, consideramos que o tema da religiosidade coloca em evidência uma discussão que envolve tanto o modelo de indivíduo autônomo da modernidade, sustentador das práticas em saúde, quanto a produção de diferentes possibilidades discursivas sobre o sofrimento mental. A partir dessas possibilidades interpretativas para a doença/sofrimento mental os pacientes constroem diferentes trajetórias terapêuticas e os profissionais elaboram diversos projetos terapêuticos.

Quando no íterim dessa relação o paciente recorre à religiosidade vemos se produzir um certo incômodo da parte dos profissionais (e também dos pacientes), que parecem, por não saberem como lidar com o fenômeno, adotar dois modos distintos de lidar com tal recorrência. Ou consideram o discurso religioso como algo que devem

“respeitar” e, para isso, o mantém distante no momento da elaboração do projeto terapêutico, ou o tomam como um dado psicopatológico, como alienação, como neurose obsessiva ou qualquer outra leitura que garanta a sobreposição do jogo lingüístico da racionalidade científica sobre o jogo lingüístico da religiosidade.

*“(...) Para algumas pessoas é positivo. Teve um caso aqui (...) era um caso que precisava de uma psicoterapia e era uma pessoa muito ligada a igreja. (...) A pessoa não quer fazer psicoterapia, não se interessa ou não se dá conta de outras questões dela e aí recorre à igreja como forma de resolver tudo o que a atormenta. (...) Eu acho que pode ser positivo, porque pode dar uma sustentação, a pessoa pode não piorar, de alguma forma porque tem a igreja. **Pode não ser a melhor alternativa, mas pode ser uma alternativa.**” (Íris, psiquiatra)*

Compreendendo o discurso religioso como uma possibilidade de jogo lingüístico com uma lógica particular, é necessário que os profissionais escutem a construção de sentido de cada paciente individualmente, inclusive no que em seu discurso possa ter uma significação religiosa e, ainda que, haja uma valorização das “terapêuticas religiosas” em detrimento aos recursos terapêuticos oferecidos pela saúde mental. Como sugere a fala de uma das profissionais entrevistadas:

“(...) já ouvi casos que ficaram estabilizados pelo candomblé e que no momento que saem, tomam remédio, não adianta nada. Eu acho que tem aí um laço social que sustenta a pessoa, que a gente tem que ver caso a caso para poder julgar se uma coisa é bacana ou não. Tenho minhas críticas, mas são meio pessoais. Eu acho que a religião é uma saída para um monte de coisas.(...) Vai depender de como está entrando no discurso da pessoa.(...) Antes de falar que não presta, que está desconsiderado, que está errado, não dá para dizer que não é verdade. Quando a gente julga porque o paciente está naquela religião, já é a gente pessoalmente se colocando, criticando e aí a gente já deixa de escutar a verdade do paciente, qual o lugar que a religião ocupa na vida dele e o que isso tem a ver com o tratamento.(...) Acho que a gente tem que escutar que lugar a religiosidade tem na vida dele, valorizar ou não já é uma questão. (...) ” (Atena, psicóloga)

Um aspecto curioso, presente em todas as entrevistas realizadas com os profissionais, foi a surpresa que demonstraram ao se perceberem conversando com a pesquisadora sobre religiosidade. Isso, inicialmente, se deve ao fato de não se ter ressaltado esse aspecto no momento de apresentação da proposta da pesquisa. Contudo, consideramos que essa surpresa aponta para a pouca reflexão sobre o assunto, tanto por parte dos profissionais como, de modo ampliado, no campo da saúde mental.

Todos os profissionais entrevistados demonstraram interesse nessa discussão, o que parece refletir menos uma postura preconceituosa e mais a falta de um olhar atento para esse fenômeno que se traduza em mudanças na própria prática assistencial em psiquiatria. O que para ser feito, implica em uma maior exploração do tema religioso no contexto da saúde mental. Assim, vemos refletido na fala dos profissionais o reconhecimento de que há uma falta de aprofundamento para as questões relacionadas à religiosidade no contexto da elaboração e condução dos projetos terapêuticos.

“(...) talvez a questão da exploração seja interessante de se fazer. (...) Tem que respeitar, eles optam por várias igrejas diferentes. Eles optam e a gente normalmente respeita a escolha. (...) Normalmente não é um assunto muito explorado, a gente fala um pouco sobre isso, mas a gente não entra muito nessa questão do porquê foi procurar a igreja. (...) não é uma coisa que realmente a gente se aprofunde e nem o paciente busque aprofundar”. (Íris, psiquiatra)

Consideramos que a recorrência à religiosidade e às religiões possibilitam a construção de uma rede de apoio social para o paciente, que em virtude de sua falta de lugar no mundo e do rompimento de laços sociais, encontra nas instituições religiosas, muitas vezes, uma aceitação irrestrita e mesmo uma valorização do seu discurso.

Além disso, a religiosidade é uma experiência humana com algo transcendente e pode estar no campo da saúde mental, atendendo a necessidades específicas dos pacientes com transtornos mentais, *necessidades espirituais*. A religiosidade permite ao paciente, ainda que de modo estranho para o profissional que o escuta, uma resignificação de seu sofrimento através de parâmetros religiosos. Isso equivale a dizer que o paciente pode construir sentido para seu sofrimento justamente através do discurso da religião, em oposição a uma construção de sentido baseado em parâmetros psicodinâmicos.

“(...) Acho que tem um acolhimento da religião, seja ela qual for, que é um acolhimento diferente de um hospital, mas é a criação de um lugar, com uma outra ética. Eu acredito... eu tenho críticas a isso, porque pessoalmente não acho que é a melhor maneira, mas eu lido de forma absolutamente democrática, porque assim... eu vejo que... religião, sei lá, eu não vejo que aquilo esteja atrapalhando o tratamento.”(Atena, psicóloga)

A questão que parece impossibilitar o aprofundamento da religiosidade dos pacientes no contexto do tratamento em saúde mental se coloca no limite entre o modelo que sustenta as práticas em saúde mental e que prevê a responsabilização e autonomia dos sujeitos e o modelo religioso, desresponsabilizador do indivíduo, que recorre ao transcendente para compreender e lidar com o sofrimento mental.

Uma vez que os pacientes recorrem a explicações religiosas para seu sofrimento, não poderiam ser avaliados e classificados pelos profissionais a partir de modelos definidos pelo jogo de linguagem racional-científico. Isso porque, o sofrimento desse paciente está em outro registro, o registro religioso e responde a lógica do mesmo.

Não podemos deixar de mencionar em nossa análise que algumas religiões institucionalizadas em função de sua compreensão sobre a saúde/doença/sofrimento mental têm se oposto ao tratamento conduzido pelas instituições do campo da saúde mental. Essas situações, ao nosso ver, são também indícios da falta de diálogo dos serviços de saúde com os recursos comunitários. Trata-se de um dos desafios da assistência na comunidade ouvir e trocar com as instâncias comunitárias, desmistificando saberes próprios e de outrem que, porventura, inviabilizem o cuidado das pessoas em sofrimento.

Por fim, não podemos deixar de mencionar o fato de estarmos transitando no terreno da leitura do discurso religioso, ora como crença ora como delírio, questão que no cotidiano da elaboração dos projetos terapêuticos se coloca a todo profissional de saúde mental que pretenda oferecer ao paciente uma escuta diferenciada. Em ambas as possibilidades discursivas – *crença ou delírio*, a religiosidade aparece como recurso interpretativo e como experiência resignificadora do sofrimento mental, desafiando quotidianamente os profissionais de saúde mental.

“(...) Acho que isso confunde um pouco porque a maior parte dos delírios das pessoas que a gente vê tem um conteúdo religioso. Eu não acho que necessariamente está aí porque vem de uma religião qualquer. Acho que é a

questão do que é Deus, do que é o diabo, do que orienta e do que não orienta.”(Afrodite, psicóloga)

4.2 - DA VISÃO DOS PACIENTES

4.2.1 - SAÚDE/DOENÇA/SOFRIMENTO MENTAL E A ELABORAÇÃO DE PROJETOS TERAPÊUTICOS.

A riqueza das experiências relatadas pelos pacientes entrevistados não exclui o fato de que a sua procura ou chegada a uma instituição psiquiátrica envolva uma vivência de sofrimento ou de não lugar para seu discurso. Quando foram indicados a colaborar com a entrevista, a proposta era a de que pudessem falar de sua história e sobre o que os fazia melhorarem ou piorarem em seu processo de tratamento.

Mesmo sendo a religiosidade o objeto de interesse desta pesquisa, os pacientes indicados a participarem não precisavam estar vinculados a quaisquer sistemas religiosos institucionalizados ou fazer, necessariamente, menção à religião no trabalho terapêutico conduzido pelos profissionais. Consideramos que a religiosidade, por ser um recurso freqüente frente às situações aflitivas e de desamparo, estaria presente mesmo no discurso daqueles pacientes sem uma filiação religiosa. Tomamos a religiosidade como uma experiência humana com algo que o transcende e, portanto, isso não implicaria necessariamente na vinculação com um sistema religioso.

A religiosidade está colocada no modo particular como as pessoas, frente a situações limites da vida, recorrem a algo que vivenciam como maior que elas próprias. Considerando que a saúde/doença/sofrimento mental é uma experiência limite para os pacientes, acreditávamos que a religiosidade apareceria independentemente do envolvimento dos pacientes com alguma religião específica. O que, de fato, pode ser observado em todas as entrevistas realizadas.

Sendo assim, a vinculação a um sistema religioso não foi critério de elegibilidade para colaborar na pesquisa. Ao contrário, os pacientes entrevistados guardam entre si a particularidade de serem diagnosticados pela psiquiatria como psicóticos, terem sido internados somente algumas vezes, estarem estabilizados com o uso de psicotrópicos e em acompanhamento ambulatorial regular, tanto com o médico quanto com psicólogo ou terapeuta ocupacional.

Outro aspecto que sinalizamos para os profissionais como importante, no encaminhamento dos pacientes para a entrevista, é o de que estes demonstrassem real interesse em contar sua história, sem se sentirem obrigados a isso porque solicitados

pelos seus terapeutas. O que foi gratamente observado por mim em todas os depoimentos. Inclusive, cabe ressaltar que, dois dos pacientes entrevistados me telefonaram para saber sobre o andamento da pesquisa e minhas conclusões.

Inicialmente, traremos algo do que nos foi relatado pelos pacientes sobre sua chegada a uma instituição psiquiátrica. Ressaltamos, contudo, não acreditar que essas falas sejam capazes de refletir a complexidade da experiência-sofrimento desses pacientes. Elas nos servem somente para compreendermos algumas particularidades dos entrevistados, a fim de buscarmos uma compreensão do contexto em que recorrem a religiosidade.

A HISTÓRIA DE CADA PACIENTE ENTREVISTADO... CONTADA POR ELE PRÓPRIO

ZEUS, 25 anos.

“(...) eu trabalhava na casa de um patrão meu que mora em São Francisco, eu trabalhei muitos anos na casa dele. Aí teve uma vez que me deu vontade de ir para a igreja, entendeu? Me deu vontade de ir para a igreja. Aí eu estava indo para a igreja, uma semana que eu estava indo para a igreja Universal. Aí, lá trabalhando, lá me deu vontade de ir a igreja, então quando eu fui para a igreja. Quando foi a segunda semana eu passei mal lá na igreja, manifestei com uma legião de espíritos, coisa assim de centro de macumba. Manifestei lá na igreja, tinha um pai-de-santo que foi de centro por dezessete anos e disse que tinha um encosto lá. Não estava sentindo bem, passei mal lá na igreja e então me trouxeram para cá, minha irmã que estava lá comigo na igreja. (...)Passei mal dentro da igreja mas fui para fora da igreja e aí comecei a rabiscar os carros lá’ no meio da rua.(...)Depois que eu incorporei o negócio lá eu não conseguia me controlar, entendeu?(...)Eu comecei a rabiscar os carros que estavam parados em frente a igreja.”

APOLLO, 48 anos.

“(...) Eu sempre tive problema de nervo, desde nascença. Foi mais ou menos 1993; minha esposa falou comigo que se eu não me tratasse ela ia se separar de mim, mas naquela época eu não tomava a medicação porque era muito pesada. (...)Depois eu comecei a tomar a medicação, foi tendo aquele efeito bom para mim e, na época, eu tinha uma conhecida que falou do benefício e eu comecei a me tratar. Em 97 eu comecei a me tratar no Jurujuba e recebo a aposentadoria”

AGLAIA, 31 anos.

“(...) Eu tinha 25 anos, eu tinha uma vida muito sacrificada também, porque eu tive que fazer quatro operações no pescoço quando eu era criança. Isso influenciou muito minha parte psicológica porque eu tinha vergonha da minha cicatriz. Fui operada no Santa Cruz, de 9 até 10 anos, meu pai era vivo, ele é morto há 9 anos, isso influenciou muito, porque ele quando morreu eu era muito novinha eu tinha 22 anos, aí veio minha depressão, depois que ele morreu me internei 4 vezes.(...) fiquei agressiva, irritabilidade infantil também... pegando as coisas jogando no chão, chamando atenção, arrumava brigas com a minha mãe, que não tinha nada a ver. Eu fiquei agressiva na minha adolescência também, não conversava com ninguém, pois eu era quietinha, não conversava, tinha dificuldade, era tímida, as pessoas brincavam comigo, eu não gostava, até que eu estava dentro de casa... tive imaginação, medo... e fiquei muito assustada.”

BACO, 27 anos.

“(...) Tudo começou quando eu comecei trabalhar; terminei o colégio, tudo direitinho, eu ia fazer faculdade, só que eu era uma pessoa muito tímida, sabe? Calada, sabe? Eu não tinha coragem para conversar com as pessoas, eu tinha muita timidez e isso foi acumulando, sabe? E com o tempo eu fiquei estressado, sempre querendo fazer o melhor, me estressei muito, fiquei muito estressado, comecei a dar crises, passei mal na rua, pensava que era pressão e não era pressão (...) eu tinha 23 a 24 anos. Eu nunca pensava que pudesse acontecer isso comigo. Eu era muito sozinho, surfava, tinha um ritual de todas as manhãs de ir para a praia para me sentir bem. Até que eu já não estava conseguindo me encontrar, até que foi acumulando os estresses aqui, o cansaço sabe, acumulando, eu dei uma crise, eu não entendia, febre, febre, até atingindo o sistema imunológico. (...) eu tinha medo, eu tinha crises... Aí fui procurar o psiquiatra, sabe? Eu tinha medo, fui conversar com algumas pessoas que tinham problemas psicológicos, algum trauma de infância... Eu não aceitava, sabe? Eu quebrava minhas coisas, quebrei três janelas, dei um soco na garota que eu gostava muito...de deixar marca. Eu gritava muito, me desesperava. Aí já não era mais eu, sabe? Aí um viciado me indicou uma clínica, passaram uns calmantes, só que não me avisaram dos efeitos colaterais. Eu não dormia, ficava

andando com as luzes acesas. Durante uns três meses eu fiquei assim. Só que era clínica particular e eu só podia ir quando eu estava trabalhando. Ai depois eu soube desse posto de saúde aqui e comecei a me tratar aqui. (...) Eu não tenho vergonha de dizer... Eu mexia nas drogas dele lá, sabe? Eu tinha muito medo, eu queria tirar ele do condomínio, sabe? ... desse envolvimento com o traficante... Ai eu fui lá, peguei as drogas, saí desesperado dali, sabe? Fiquei com medo de matarem minha família toda e fiquei desesperado, fiquei agitado, depois o médico disse que isso tudo foi alucinação (...) parecia coisa demoníaca”

A partir da chegada à instituição psiquiátrica esses pacientes passam a ter seus relatos interpretados pelos profissionais da saúde mental segundo a lógica e os códigos da psiquiatria. Dessa interpretação decorrerá a elaboração de um projeto terapêutico individualizado, que contará com diversos dispositivos terapêuticos do campo da assistência em saúde mental, o que configura uma ação orientada pelos pressupostos da assistência pós Reforma Psiquiátrica.

Vemos, portanto, através das falas que seguem, que para cada um de nossos entrevistados foi elaborado um projeto terapêutico particularizado, o qual foi assimilado pelos pacientes como recurso frente à vivência do sofrimento mental. Vale ressaltar que a elaboração do projeto terapêutico pelos profissionais implica na participação direta do próprio paciente, sem a qual não há possibilidade de sustentação para qualquer abordagem dita terapêutica.

SOBRE OS PROJETOS TERAPÊUTICOS:

ZEUS,

“(...) Eu faço tratamento com o médico para eu tomar injeção um vez por mês de haldol decanoato. Eu tomo duas ampolas e venho para o tratamento com a terapeuta ocupacional. (...) Venho toda semana, toda semana eu estou aqui e, às vezes, duas vezes para a terapia com a terapeuta ocupacional.”

APOLLO,

“(...) Meu tratamento, bom... segunda-feira, terapia ocupacional com música e artesanato. Terça-feira é TV, entendeu? Tem várias atividades... Quinta-feira é individual e eu estou pintando um quadro e aos poucos vou pintando, já tenho

mais de quatro quadros espalhados por aí, é com a terapeuta ocupacional e individual é com a terapeuta ocupacional. Psicólogo eu não tenho. Meu médico é Dr. X., mas a melhoria minha é a terapia ocupacional. Não adianta tomar mil remédios por dia que não melhora, tem que fazer terapia.”

AGLAIA,

“(...) Eu estou com a psicóloga em Jurujuba de graça, que minha irmã conseguiu para mim. Estou fazendo pintura, aquarela e também individual [terapia ocupacional]. Eu tomo remédios, uma injeção que o médico quando me internou passou para mim e minha psicóloga gostou também haldol à noite...”

BACO,

“(...) Meu tratamento é com a psicóloga e com a psiquiatra. É um controle psicótico a base de remédios. Não posso passar uns dois dias, se não começa a agitação.”

Alguns aspectos merecem destaque a partir da história dos pacientes entrevistados e dos projetos terapêuticos elaborados pelos profissionais. O primeiro deles é o padrão de assistência medicamentosa + terapia (psicológica ou ocupacional) que se mantém em todas as situações mencionadas. Segundo, todos os pacientes mencionaram, de modo singular, alguma vivência religiosa, contudo, referem-se a essa como assunto fora do contexto estrito do tratamento psiquiátrico, mesmo quando associam à vivência religiosa algum fator para sua melhora. Terceiro, não há nos projetos terapêuticos desses pacientes qualquer referência a parcerias da instituição psiquiátrica com a comunidade na qual os mesmos estão inseridos.

4.2.2 - CRENÇAS RELIGIOSAS NO CONTEXTO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL

O propósito desta etapa da análise é apontar a maneira como as crenças religiosas aparecem no discurso dos pacientes entrevistados, na sua experiência-sofrimento e no contexto de seu projeto terapêutico.

O primeiro aspecto que gostaríamos de destacar na fala dos entrevistados é a possibilidade de resignificação do sofrimento a partir da vivência religiosa. Consideramos que a religião permite uma leitura do sofrimento mental que lhe confere

certa positividade, ou positividade de propósito, como aparece na fala de um dos entrevistados:

“(...) Eu tenho fé em Deus. Eu não nasci doente, eu não era nervoso, eu não era nada, eu era normal. de uma hora para outra cai internado aqui no Jurujuba. Eu tenho fé que Deus pode me tirar daqui. Eu posso ter vindo aqui para ajudar outras pessoas, entendeu?”(Zeus)

Além da subjetivação do sofrimento pelo viés religioso, outro aspecto que merece destaque, aparecendo no relato de todos os pacientes entrevistados, é o apoio oferecido pelas instituições religiosas e a possibilidade de inserção do paciente numa rede de relações sociais atravessada pela vivência religiosa. Vale destacar a importância que este fato adquire no contexto da saúde mental, na medida que estamos falando de uma população marcadamente excluída das relações sociais em decorrência do adoecimento mental, bem como de pessoas que, muitas vezes, reduziram seus laços sociais ao hospital psiquiátrico ou à instituição de tratamento. Isso fica evidente no modo como os entrevistados falam das relações que estabeleceram nas instituições religiosas

“(...) Sou cristão da Igreja Universal. (...) Eu participo do grupo jovem. (...) Quando eu me sentia mal, eu procurava a igreja (...) Eu leio a bíblia e clamo salmos e me encontro com Deus. (...) Encontrei um pouco de amor e afeto na igreja e eu não tinha isso, eu sentia um pouco de vazio, sabe? Faltava emoção e esse amor, aí eu me converti.”(Baco)

“(...) Sou católica, faço retiro de jovens e adolescentes católicos.(...) Eu pego a bíblia eu vou ler, porque eu acredito muito em Deus. Assim, eu comecei depois que meu pai morreu, porque eu chorava muito quando ele era vivo, eu tinha medo de perder ele Aí eu procurei a igreja, rezava o terço com minha mãe, lia a bíblia. Eu já era católica, ia a missa, mas só comecei a praticar mesmo depois que meu pai faleceu: fazer retiro, ler a bíblia.”(Aglaia)

“(...) A igreja ora por você, o pastor e os obreiros, e eu saio de lá contente.”(Zeus)

Algumas religiões institucionalizadas permitem que seus participantes estabeleçam, a partir da própria instituição, algumas perspectivas de ascensão social que provavelmente não seriam possíveis dada a organização social capitalista. Vemos que a religião, especialmente nas classes populares, possibilita que estas enfrentem as situações de vulnerabilidade, às quais estão submetidas no cotidiano e para as quais, muitas vezes, não reconhecem condições de mudanças significativas. Como sugere o relato que segue:

“(...) Eu trabalhava como transformista numa boate em São Domingos, aí eu queria uma coisa nova. Deus tocou no meu coração que eu precisava entrar na igreja. O show que eu fazia pagava muito pouco, eu ganhava 25 reais de cachê para fazer. Às vezes me dá vontade de morrer, entendeu? Porque eu não consegui nada, a minha vida é sempre a mesma, a mesma rotina. Fico pensando... se eu morresse, se Deus me levasse seria melhor para mim, entendeu? Para eu parar com esses pensamentos. A igreja me ajuda nisso. Diz que Deus vai me abençoar, para não pensar nisso, que Deus um dia vai me abençoar muito. ‘–Você vai ser tão abençoado que vai abençoar muitas pessoas aqui na igreja dando seu testemunho, do que você era e do que você é agora. Sua família vai te apoiar quando você der o seu testemunho. Deus está vendo que você não está preparado para conseguir as bênçãos que ele vai te dar.’”
(Zeus)

Outro aspecto relevante a ser considerado é que a religiosidade implica em uma esperança do que crê numa provisão sobrenatural, capaz de intervir favoravelmente em sua situação concreta de vida e, especialmente, no caso do adoecimento mental, no curso da doença e nos seus efeitos na vida cotidiana do paciente. Fé demonstrada na fala de um dos entrevistados sobre seu processo de tratamento, e perspectivas de vida a partir de uma intervenção sobrenatural. Sobre esse aspecto em especial não pretendemos nos deter numa leitura psicodinâmica ou psicopatológica do que foi dito, pois se assim o fizéssemos estaríamos incorrendo no erro de interpretar o discurso religioso, tomando por base o discurso racional-científico. O desafio, a nosso ver, consiste em buscar uma compreensão do discurso do paciente no próprio código religioso onde este se insere.

“(...) Eu creio em Deus. Eu tenho certeza que um dia vou ficar bom, que nunca mais vou precisar tomar injeção, entendeu? (...) Eu quero ser salvo, por isso eu

procuro salvação na igreja. É um tipo de ajuda. Eles dizem que quando eu não estiver precisando de injeção, Deus vai tocar no coração do médico e ele vai me dar alta, entendeu? (...) Eu estou na igreja, assim... eu creio que Deus pode me dar um apartamento que eu estou precisando, dar um carro... poder ajudar minha família que estão no Norte e estão precisando, porque estão lá na miséria. (...) Eu estou querendo que Deus me ajude, que Deus me dê uma solução, o que eu tenho que fazer para conseguir as bençãos que estou precisando.”(Zeus)

Além disso, pudemos observar que mesmo sem uma ligação com a instituição religiosa, a dimensão transcendente aparece como suporte frente à experiência-sofrimento e se atualiza em comportamentos ritualizados associados a alguma melhora, como é o da leitura da bíblia para um dos pacientes entrevistados:

“(...) antes eu ia à igreja, mas esse negócio de pedição de dinheiro, pede dinheiro daqui, pede dali... no começo é muito bom, depois pede, pede, pede, então estou meio cansado, leio a bíblia em casa. (...) Eu era da Universal, eu estava na igreja, aí começou uma pedição de dinheiro, pede daqui, pede dali, eu me afastei. (...) Eu leio a bíblia para eu buscar, buscar o entendimento no sentido de acalmar a minha alma, meu coração, meu espírito, me fazer fortalecer em procurar o meu médico, nos meus entendimentos dos meus problemas.”(Apollo)

Por fim, pretendemos sinalizar através da fala dos pacientes entrevistados o aspecto que sustentou o interesse pelo estudo desse tema: *a maneira como os profissionais entendem e, conseqüentemente, lidam com o discurso religioso*. Cumpre ressaltar, que as falas dos pacientes apontam para a falta de abertura que sentem, por parte dos profissionais, para falarem de suas vivências religiosas no espaço do tratamento. O que, a nosso ver, tem sua correspondência na própria fala dos profissionais da saúde mental sobre a pouca exploração do tema, tanto em pesquisas quanto no espaço do tratamento.

Sob vários vieses, os pacientes expressam sua compreensão sobre alguns dos motivos pelos quais a religiosidade não está inserida no contexto dos projetos terapêuticos do campo da saúde mental.

Dicotomia entre o discurso científico e o discurso religioso:

“(...) Eu nunca falei com meus terapeutas [sobre a religião], pois eu acho que eles acham que é só para ganhar dinheiro e eu acho que isso é tabu, né? Eu acho que vocês médicos não vão compreender. (...) Os médicos não aceitam falar de Deus, a razão de seus conhecimentos, sabe? Você sabe que problema de coração é porque você está com as veias entupidas e se isso passa para a igreja é um milagre de Deus” (Baco)

Distinção entre espaço de tratamento e espaço religioso:

“(...) eu não falo de religião aqui, porque aqui é local diferente, é um local de tratamento e eu não gosto de envolver, tirar aquele direito de respeito do terapeuta, não envolvo. Cada um tem sua religião, tem direito de escolher e meu ponto de vista é esse, que não devo misturar as coisas.”(Apollo)

E um certo descrédito para com as experiências religiosas:

“(...) Eles [os terapeutas] nunca perguntam sobre minha religião. Eu falo, mas eles falam assim: ‘É... religião é fora daqui, aqui é nossa terapia’. O Dr é muito legal e fala: ‘Você vai dar dinheiro para a igreja? Dá para mim que eu estou precisando’. Ele falava assim, brincava assim, entendeu? (Zeus)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Desejo também declarar que o pouco que aprendi até aqui é quase nada em comparação com o que ignoro e que não me desespero de aprender (...)”

(Descartes)

SOBRE O QUE ESPERÁVAMOS ENCONTRAR E PERCEBEMOS

Quando iniciamos as investigações sobre a religiosidade dos pacientes psiquiátricos, no contexto da elaboração dos projetos terapêuticos pelos profissionais do campo da saúde mental, já trazíamos uma certa vivência com o tema, decorrente da atuação em diferentes espaços profissionais. Saímos em busca de uma melhor compreensão desse fenômeno, mas queríamos, de igual modo, apresentar um problema observado: a dissociação entre o espaço de tratamento da saúde mental e a vida e atitude religiosa dos pacientes. Logo, não pretendíamos formular conclusões finais, dada as limitações da pesquisadora e da pesquisa, mas nos aproximar melhor do tema.

Percebemos no trabalho de campo que também os profissionais entrevistados sinalizam a necessidade de tal aprofundamento e reconhecem tanto ser freqüente a presença do discurso religioso nos espaços de atendimento e tratamento em saúde mental quanto a tensão que essa recorrência produz. Podemos afirmar que essa tensão se coloca por estarem em jogo, no encontro entre profissional de saúde mental e paciente psiquiátrico, duas cosmovisões distintas. A visão dos profissionais propõe uma sobreposição do mundo natural sobre o mundo sobrenatural e suas práticas se sustentam num modelo de indivíduo moderno autônomo, livre e responsável pelas suas ações e também pelo seu tratamento. Sendo, inclusive, um dos objetivos das ações em saúde mental, nos moldes da Reforma Psiquiátrica, permitir aos pacientes alcançar maior autonomia em sua vida.

De outro modo, nas classes populares, onde se inserem a maioria dos pacientes psiquiátricos, o mundo natural e sobrenatural aparecem, muitas vezes, entrelaçados no discurso e nas práticas quotidianas. Podemos dizer que, as pessoas em sofrimento mental, não têm uma relação passiva com seu tratamento, o que significa que, para além do modelo da clínica psiquiátrica, formalizada pelo conhecimento científico, os pacientes pensam seu sofrimento a partir de outros modelos explicativos, inclusive o modelo religioso. Assim, mesmo vinculados a algum projeto terapêutico referem-se em

algum momento, de modo mais ou menos enfático, a alguma relação do que sentem com a religiosidade.

Por isso, no relato dos pacientes entrevistados coexistem concepções e práticas quotidianas sobre o sofrimento baseadas tanto no discurso oficial da psiquiatria quanto na religiosidade, podendo ambas contribuir para a construção das trajetórias terapêuticas dos pacientes. Mesmo com a relação assimétrica que originalmente desvincula psiquiatria e religião, os relatos dos pacientes entrevistados confirmam que existe uma recorrência às crenças religiosas mesmo por parte daqueles inseridos em algum projeto terapêutico em saúde mental. Podemos supor que os pacientes não negam as causalidades físicas e psicológicas da doença mental nem tampouco, as causas sociais das dificuldades que enfrentam em seu cotidiano, contudo, estas são freqüentemente associadas a fatores que compõem uma cosmovisão religiosa.

Além de possibilitar a resignificação do sofrimento pelo discurso religioso, as igrejas funcionam como um lugar de atenção e de cuidado mútuo. Elas se revelam mais próximas dos pacientes por oferecerem uma possibilidade de inserção em relações sociais que extrapolam o hospital, local de tratamento por excelência, além de permitirem o enfrentamento de alguns impasses do cotidiano através da rede de apoio social que estabelecem entre seus fiéis.

No que se refere a resignificação do sofrimento, podemos utilizar o discurso do entrevistado *Zeus* de modo emblemático, ao considerar que o seu adoecimento mental será transformado em testemunho para abençoar as pessoas da igreja, demonstrando o poder de Deus. No contexto religioso atrela-se positividade à experiência, pois na lógica da IURD, instituição a qual o entrevistado pertence, a doença é entendida como ação de entidades demoníacas e provação a ser enfrentada com vistas a se alcançar as bênçãos de Deus. Trata-se de uma “batalha espiritual” onde a “vitória sobre o mal” é garantida a todos aqueles que tiverem fé.

Além desse aspecto sinalizado pelo discurso de *Zeus*, vemos através do discurso de *Aglaia* e *Baco* a possibilidade dos grupos religiosos favorecerem a atenção e o cuidado mútuo e a importância que isso pode adquirir também para os pacientes psiquiátricos que, muitas vezes, estão excluídos das redes sociais em virtude da doença mental.

Muito embora a clínica psiquiátrica possua modelos diagnósticos e proponha um tratamento para a doença mental; e a saúde mental tenha se constituído como um campo de práticas inovadoras voltadas para a assistência ao sujeito em sofrimento, os pacientes não estão impedidos de construir outras trajetórias terapêuticas, balizadas em valores

e representações da doença diferentes daquelas propostas pela lógica racional-científica, mas que de igual modo permitem a eles interpretar o sofrimento mental e agir no cotidiano em função dessa interpretação.

Cabe aos serviços e aos profissionais do campo da saúde mental o reconhecimento dessas outras trajetórias terapêuticas, inclusive quando há uma recorrência a instituições religiosas. Na prática isso tem se traduzido em uma certa dificuldade dos profissionais tomarem o discurso e a atitude religiosa dos pacientes como uma resignificação positiva para o sofrimento, mesmo que destoante daquelas propostas pelos modelos oficiais de tratamento. Além de não considerarem as instituições religiosas como possíveis parceiras na inserção social dos pacientes.

É oportuno sinalizar que tal parceria somente poderá se efetivar a partir desse reconhecimento das outras possibilidades interpretativas para o sofrimento mental, inclusive, interpretações religiosas. O que pressupõe a convivência de lógicas e cosmovisões diferenciadas produzindo práticas singulares, passíveis contudo de diálogo entre si.

A análise das entrevistas possibilitou-nos perceber que nas práticas assistenciais em saúde mental mantêm-se um distanciamento entre o projeto terapêutico proposto pelos técnicos e o discurso religioso dos pacientes. O que em alguma medida pode traduzir a impossibilidade dos profissionais reconhecerem que a interpretação e o tratamento que propõem podem não ser os únicos ou os mais indicados para alguns pacientes e que por isso estes também podem recorrer a “terapêuticas religiosas”.

Consideramos que o pouco diálogo entre os serviços voltados para a assistência em saúde mental e as instituições comunitárias, como as igrejas, tem reforçado mitos e desconhecimentos em ambas as partes, dos quais decorrem mal-entendidos e preconceitos. Do mesmo modo que as instituições religiosas aparecem como fundamentalistas e autoritárias para os profissionais de saúde, estes são considerados arrogantes e onipotentes em suas práticas.

A nosso ver, isso poderia ser solucionado através da disponibilidade dos serviços levarem a termo a diretriz da assistência em saúde mental que aponta para a necessidade de diálogo dos mesmos com instituições comunitárias. Acreditamos nos laços de solidariedade que poderão envolver os pacientes, os serviços psiquiátricos, as instituições religiosas e os serviços comunitários. O que não significa a sobreposição de um discurso sobre outro, mas a possibilidade de cada qual dispor-se a se colocar à prova, assumindo o risco que implica dialogar com o diferente e não sustentar um narcisismo de discurso.

Acreditamos, portanto, ser possível romper com a dissociação entre espaço de tratamento e prática religiosa dos pacientes e não reduzir a religiosidade a uma experiência alienadora e exploradora da situação de desprivilégio social dos pacientes psiquiátricos. De outro modo, estaremos favorecendo somente a interpretação racionalista do adoecimento mental e as formas de socialização propostas pela saúde mental, tais como: as oficinas terapêuticas, os lares abrigados, o lazer assistido, etc e desconsiderando as diversas interpretações possíveis para o sofrimento e os variados modos de inserção social.

SOBRE O PERCURSO

Outra consideração que pretendo fazer sobre este trabalho refere-se ao percurso de sua realização, ou melhor, do afeto que o impulsiona. Se não pudesse falar do prazer, e também dos desprazeres de uma pesquisa para a qual dediquei cerca de dois anos, não haveria implicação pessoal com o que foi escrito. Sim, espero que o leitor tenha reconhecido não somente os conceitos e formulações teóricas deste trabalho, mas também tenha percebido que nele estão implícitos e explícitos as vivências pessoais e profissionais da pesquisadora com o tema.

Assim, pensamos num processo que envolve mais do que pretensões acadêmicas (totalmente louváveis), mas que também implica *paixão*, definida como *sentimento excessivo, afeto violento, entusiasmo, objeto de afeição intensa, parcialidade e sofrimento prolongado*.

Nesse percurso reconhecemos que tanto o tema religioso quanto o trabalho como psicóloga no campo da saúde mental são *objetos de afeição intensa*, que produzem um *sentimento excessivo*, que na tentativa de não vê-lo transbordar em vão, nos moveu a estudá-lo detidamente durante dois anos (para não falar do tempo que antecede a chegada ao mestrado). Sendo assim, a *parcialidade* é reconhecida neste percurso até mesmo para que esta não se transforme em tendencialidade equivocada, nos fazendo ver somente o que queremos ou o que já víamos antes. Tudo isso movido pelo *entusiasmo* dos que se reconhecem no produto de seus trabalhos, tanto nos erros quanto nos acertos. Por fim, como trabalho acadêmico que é, também produz o *sofrimento prolongado*, possível na paixão. De fato, foram vários os momentos de sofrimento por não saber como fazer, como escrever, como pesquisar, enfim, como organizar e expressar as idéias que nos pareciam tão claras, até tentarmos colocá-las em formato científico. Isso para não falar do sofrimento com os prazos, um mal conhecido por todos aqueles que já

passaram, estão passando ou passarão pelo processo de escrita de uma dissertação ou tese.

De todo modo, assim como na paixão, em detrimento a tudo o que se experimenta, dificilmente optamos por não vivê-la. Assim o é com essa dissertação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. C., 1994. O Discurso sobre a enfermidade mental. In: *Saúde e Doença: Um olhar antropológico* (P.C.Alves & M.C. Minayo, org.), pp. 91-100, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ALVES, P. C. & RABELO, M. C., 1998. *Antropologia da Saúde. Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

AMARANTE, P. (org.), 1994. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____, 1996. *O Homem e a Serpente. Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____, 1995. *Loucos pela Vida. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP.

ARON, R., 1995. *As Etapas do Pensamento Sociológico*. Trad. Sérgio Bath. São Paulo: Martins Fontes.

BAREMBLITT, G., 1998. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: Record-Rosa dos Tempos.

BELLO, R. A., 1998. Religiosidade e Psicoterapia Popular. In: *Terapêuticas e Cultura* (José Flávio P. Barrosa, org.), pp.135-146, Rio de Janeiro: UERJ/ INTERCON.

BONFATTI, P., 2000. *A Expressão Popular do Sagrado. Uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus*. São Paulo: Edições Paulinas.

BOTSARIS, A., 2001. *Sem anestesia. O desabafo de um médico. Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.

CADERNOS DO IPUB/INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UFRJ, 1999. *Práticas Ampliadas em Saúde Mental: Desafios e Construções do Cotidiano*. n. ° 14. Rio de Janeiro: UFRJ.

_____, 1996. *Por uma Assistência Psiquiátrica em Transformação*. n. ° 03. Rio de Janeiro: UFRJ.

CATEL, Robert, 1991 (2ª Edição). *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal Editora.

CHAUÍ, M., 1994. *Introdução à história da filosofia. Dos pré-socráticos a Aristóteles*. São Paulo: Ed. Brasiliense.

_____, 1993. *Cultura e Democracia. O discurso competente e outras falas*. São Paulo: Editora Cortez.

COOPER, David. 1989. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Editora Perspectiva.

CORDEIRO, H. 1980. *A Indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

COSTA, J. 2001. *O risco de cada um. Mimeo*.

_____, 1988. Sobre Psicanálise e Religião. In: *Hélio Pellegrino A-Deus*. (J. C. Moura, org.), pp.84 -94, Petrópolis: Editora Vozes.

COSTA-ROSA, A., 2000a. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: *Ensaio. Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. (Amarante, P., org.), pp. 141-168, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

DAVID, H., 2001. *“Sentir Saúde”: A religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.

DALGALARRONDO, P ... [et al.], 1999. Sintomas de Conteúdo Religioso em Pacientes Psiquiátricos: dados de uma pesquisa transcultural. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21(3): 158 –164..

DESCARTES, R., 1985. *Discurso do Método*. Rio de Janeiro: Edições Ouro.

DUARTE Jr., João Francisco, 1983. *A Política da Loucura: A Antipsiquiatria*. Campinas: Editora Papirus.

DURKHEIM, E., 1983. *As Formas Elementares da Vida Religiosa*. Tradução Carlos A. R. de Moura (...[et al.]), 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural. (Coleção Os Pensadores)

_____, 2000. *As Formas Elementares da Vida Religiosa – O sistema totêmico na Austrália*. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes.

ELIADE, M., 1996. *O Sagrado e o Profano – A Essência das Religiões*. Tradução Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes.

FERREIRA, A. B. de H. & RÓNAI P., 1998. *Mar de Histórias. Antologia do Conto Mundial, I*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FREUD, S., 1927. *O Futuro de uma Ilusão*. E.S.B: Imago, vol. XXI.

GIDDENS, A., 1978. *As idéias de Durkheim*. São Paulo: Mestres da modernidade/ Cultrix.

GEERTZ, C., 1989. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

HELLERN, V., NOTAKER, H., GAARDER, J., 2000. *O Livro das Religiões*. São Paulo: Ed. Cia das Letras.

HERVIEW-LÉGER. D., 1997. Representam os Surtos Emocionais Contemporâneos o Fim da Secularização ou o Fim da Religião? In: *Revista Religião e Sociedade*, 18 (1): 30-47.

HEGUY, S. 2001. La fe religiosa em la Argentina crece al ritmo de la crisis social. *De La Redaccion de Clarin*. <<http://www.clarin.com/diario/hoy/s-04615.htm>>

JUNG, C. G., 1983. *Psicologia da Religião Ocidental e Oriental*. Petrópolis: Editora Vozes.

LAROUSSE CULTURAL, 1998. *Grande Enciclopédia*. Nova Cultural Ltda.

LÉVI-STRAUSS, C., 1955. *Tristes Trópicos*. Lisboa: Librairie Plon.

_____, 1957. *Antropologia Estrutural*. Paris: Librairie Plon – Biblioteca Tempo Universitário.

LOYOLA, M. A., 1983. *Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde*. Rio de Janeiro: DIFEL.

LUZ, M., 1999. *Práticas em Saúde, Cura e Terapêutica na Sociedade Atual*. V Congresso Latino-americano de Ciências Sociais e Saúde, *Resumos*. Isla Margarita:

MACHADO, M. ^a das D. C., 1996. *Carismáticos e Pentecostais – Adesão Religiosa na Esfera Familiar*. Campinas-São Paulo: ANPOCS.

MELO, A. L. N., 1979. *Psiquiatria -. Psicologia Geral e Psicopatologia*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A..

MINAYO, M. C. de S., 1996. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 6. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Abrasco.

MARTINS, J.de S., 1989. *Caminhadas no chão da noite. Emancipação Política e Libertação nos Movimentos Sociais do Campo*. São Paulo: Hucitec.

MENDES, E. V., 1996. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec.

MONTERO, P., 1985. *Da Doença à Desordem – A Magia da Umbanda*. Rio de Janeiro: Graal.

O GLOBO. 1990. *'Levantem os doentes' E o estádio inteiro fica de pé*. O Globo, Rio de Janeiro, 14 abr, Caderno 1.

OLIVEIRA, P. de S. (org.), 1998. *Metodologia das Ciências Humanas*. São Paulo: Hucitec.

OPAS/OMS, 2001. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*.

OTTO, R., 1992. *O Sagrado*. Rio de Janeiro: Edições 70.

PARKER, C., 1995. *Religião Popular e Modernização Capitalística: outra lógica na América Latina*. Petrópolis: Ed. Vozes.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C., 2001. *Apoio Social e Religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*.” Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP. FIOCRUZ.

QUEIROZ, M. de S., 1985. Política, religião e cura religiosa numa situação de mudança social. *Ciência e Cultura*, 37(4): 541-553.

RABELO, M., 1994. Religião, ritual e cura. In: *Saúde e Doença: Um olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

RABELLO, C. & SCHAEPPPI., 1999. Religião, Imagens e Experiência de Aflição: Alguns elementos para reflexão. In: *Experiência de doença e narrativa*. pp. 229-260 Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ROTELLI, F., A Instituição Inventada. *Cadernos do NUPSO*, 3: 14 -19.

SANTOS, B. de S., 1997. *Um Discurso sobre as Ciências*. 9ª Ed. Porto: Edições Afrontamento.

SARACENO, B. *La ciudadanía como forma de tolerancia*. Organización Mundial de la Slud, Ginebra. *Mimeo*

SARACENO, B., ASIOLI, F., TOGNONI, G.,1994. *Manual de Saúde Mental. Guia básico para atenção primária*. São Paulo, Editora Hucitec.

SEABRA, Z., 1996. *Tempo de Camélia. O Espaço do Mito*. Rio de Janeiro: Editora Record.

VALLA, V. V., 2001. *Religião e Cultura Popular*. Rio de Janeiro: DP&A Editora.

VERNANT, Jean-Pierre, 1980. Para que servem as religiões (entrevista). *Religião e Sociedade*.pp. 65-70, Rio de Janeiro: Abla Gráfica e Editora.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, R., 1996. *O Que é Religião?* São Paulo: Ars Poética.

ALMEIDA, P. F., 2002. “*Avaliação de Serviços em Saúde Mental: o desafio da produção de indicadores para a Atenção Psicossocial.*” Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

ANDRADE, G. R. B. “*Grupo de Apoio Social no Hospital – o caso do Lutando para Viver*” Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ.

BALTAZAR, D.V., 1999. *Psicose e Religião: A construção da subjetividade: distinções entre certeza delirante e crenças religiosas.* Monografia de Especialização. Rio de Janeiro: Instituto Philippe Pinel, Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ.

BASAGLIA, F., 1991. *A Instituição Negada. Relato de um hospital psiquiátrico.* Rio de Janeiro: Editora Graal.

BIRMAN, J., 1988. Desejo e Promessa, encontro impossível: o discurso freudiano sobre a religião. In: *Hélio Pellegrino A-Deus.* (J. C. Moura, org.), pp.116 -143, Petrópolis: Editora Vozes.

CARDOSO, C. D. M., 1999. *Perspectivas Holísticas do Apoio Social e da Religiosidade Popular: Um Estudo sobre sua Contribuição para a Educação Popular.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: UFF.

CARDOSO, M., 1999. *Médicos e Clientela: da Assistência Psiquiátrica à Comunidade.* São Paulo: Editora da Universidade Federal de São Carlos.

CARVALHO, Emílio Nolasco, 2001 *A Reforma, as formas e outras formas: um estudo sobre as construções sociais da pessoa e da perturbação e, um serviço de saúde mental.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.

CASTEL R., 1991. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Editora Graal.

CLÉMENT, C. & KAKAR, S., 1997. *A Louca e o Santo*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.

COSTA, J. F. (org.), 1994. - *Redescrições da Psicanálise - Ensaios Pragmáticos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

_____, 1989. *Psicanálise e Contexto Cultural – Imaginário psicanalítico, Grupos e Psicoterapias*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

COSTA-ROSA, A., 2000. *Religiosidade e Psicoterapia na Saúde Coletiva*. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, *Resumos*, p.01-08. Rio de Janeiro.

CRESPI, F., 1999. *A Experiência Religiosa na Pós-modernidade*. São Paulo: Ed. EDUSC/ Ed. da Universidade do Sagrado Coração.

DALGALARRONDO, P., 1996. *Religiões Evangélicas e Diagnóstico Psiquiátrico: dados de uma pesquisa transcultural*” In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 18 (4): 125-135.

DESVIAT, M., 1999. *A Reforma Psiquiátrica*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ECO, H., 1989. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva.

ELIADE, M., 1996. *Imagens e Símbolos – Ensaio sobre o Simbolismo Mágico-Religioso*. Tradução Sônia Cristina Tamer. São Paulo: Martins Fontes.

FIGUEIREDO, A. E. B., 2000. *A Doença Mental e as Religiões Pentecostais: Um Estudo Interpretativo sobre as Relações entre a Atitude Religiosa e a Reabilitação Psicossocial*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, UFRJ.

FREUD, S., 1923. *O Ego e o Id*. E.S.B: Imago, vol. XIX.

GENESEN, R. D. O. L., 1997. Requests for “inappropriate” treatment based on religious beliefs. *Juornal of Medical Ethics*, 18 (3): 142-147.

GIL, A. C., 1999. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.

GOLDBERG, J., 1996. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Ed. Hucitec.

GOFFMAN, E., 1996. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.

HERNÁNDEZ, C. J., 1986. *O Lugar do Sagrado na Terapia*. São Paulo: Nascente/CPPC.

LAPLANCHE & PONTALIS, 1996. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

MACHADO, A. L., 2001. *Espaços de Representação da Loucura: Religião e Psiquiatria*. Campinas: Papyrus.

MINAYO, M. C.. (org.), 2000. *Teoria, Método e Criatividade. Coleção Temas Sociais*. 15. Ed. Petrópolis: Ed. Vozes.

_____, 1994. Representações da cura no catolicismo popular. In: *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

PELLEGRINO, H., 1992. *A Burrice do Demônio*. Rio de Janeiro: 1992.

PITTA, A., 1996. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec.

PÓLVORA, J. B., 1995. O Corpo Batuqueiro: Uma Expressão Religiosa Afro-brasileira. In: *Corpo e Significado. Ensaios de Antropologia Social*, pp 125-153. Rio Grande do Sul: Editora da Universidade/UFRGS.

RIETRA, R. C. P., 1999. *“Inovações na Gestão em Saúde Mental: Um Estudo de Caso sobre o CAPS na Cidade do Rio de Janeiro”*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

RIZZINI, I., CASTRO, M. R. & SARTOR, C. D., 1999. *Pesquisando... Guia de metodologia de pesquisa para programas sociais*. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária.

ROCHA, R. & RUSSO, J., 2000. Trajetórias terapêuticas de usuários de serviços psiquiátricos e adeptos da umbanda: um estudo sobre pluralismo terapêutico. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Resumos, p. 27. Salvador/BA.

SARACENO, B. 1999. *Libertando identidades. Da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível*. Instituto Franco Basaglia: Te Corá Editora.

SOUZA, Z. da S. & MORAES, M. I. D. M., 1998. A Ética Médica e o Respeito às Crenças Religiosas. In: *Bioética*, vol. 6. 1:89-93.

TUNDIS, S. A. & COSTA, N. do R. (org.), 1987. *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis-Rio de Janeiro: Editora Vozes.

VASCONCELOS, E. M. (org.), 2001. *A Saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

VALLA, V. V., 1999. *Redes Sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise*. In: 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, Resumos, p. 37-56. São Paulo.

_____, 2000. *Redes Sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise*. Interface. Comunicação, Saúde, Educação, 4(7): 37- 56.

_____. (org.), 2000. *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A Editora.

_____, 1996. *A Crise de Interpretação é Nossa: Procurando Compreender a Fala das Classes Subalternas*. Educação e Realidade, 21 (2): 177-190.

_____, 1997. *Educação Popular e Saúde: Religiosidade Popular como Expressão do Apoio Social*. In: Simpósio Brasileiro de Educação Ambiental. PUC, *Resumos*, p. Rio de Janeiro: UFRJ.

VALLA, V. V. & STOTZ, E. N., 1996. *Educação, Saúde e Cidadania*. Petrópolis: Editora Vozes.

TRIVIÑOS, A., 1987. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Ed. Atlas.

VENANCIO, A.T., 1993. A Construção Social da Pessoa e a Psiquiatria: Do Alienismo à “Nova Psiquiatria”. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 3(2): 116-135.

WEBER, M., 1983. *A Ética Protestante e o espírito do Capitalismo*. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural.

ANEXOS

ANEXO 1 – ROTEIROS DE ENTREVISTA

1. ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE NITERÓI (PSIQUIATRA, PSICÓLOGOS E ENFERMEIRO)

- ⌘ Qual é a sua área de formação.
- ⌘ Como foi seu envolvimento com o campo da saúde mental.
- ⌘ Descreva as atividades que você desenvolve junto aos usuários do serviço de saúde mental.
- ⌘ Quanto ao projeto terapêutico, quais são os fatores que você entende que contribuem para a melhora dos pacientes.
- ⌘ Quais são os fatores que dificultam a condução do tratamento e como você lida com eles.
- ⌘ Existe alguma parceria com os recursos da comunidade.

Caso não seja mencionada a recorrência a religião a partir das questões acima, a entrevista seguirá com o roteiro abaixo:

- ⌘ Descreva sua percepção e entendimento sobre a recorrência as religiões por parte dos pacientes.
- ⌘ Em que medida contribuem ou não com as ações em saúde mental.
- ⌘ Como você distingue uma crença religiosa da experiência delirante.

2. ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PACIENTES DA REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE NITERÓI

- ⌘ Porque você começou a se tratar na psiquiatria.
- ⌘ Descreva como tem sido o seu tratamento.
- ⌘ O que normalmente contribui para a sua melhora.
- ⌘ Quais as suas atividades além do tratamento.
- ⌘ Que outro tipo de ajuda você tem buscado além do tratamento na saúde mental.

Caso não seja mencionada a recorrência a religião a partir das questões acima, a entrevista seguirá com o roteiro abaixo:

- ⌘ Você tem algum envolvimento religioso.
- ⌘ Como seus familiares compreendem tal envolvimento.
- ⌘ O que você acha que os profissionais pensam sobre seu envolvimento com a religião.
- ⌘ O que poderia ser feito para melhorar o atendimento dos usuários da rede de saúde mental de Niterói.

ANEXO 2 – TERMOS DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - ENSP



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro profissional,

Diante das situações de sofrimento mental, as pessoas procuram tratamento nos serviços de psiquiatria, contudo, muitas delas, a partir das construções de sentido sobre a sua existência e de suas crenças, organizam outras trajetórias terapêuticas.

Considerando importante todos esses possíveis caminhos trilhados pelos usuários da assistência em saúde mental e a forma como podem influenciar na elaboração de um projeto terapêutico, você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre novos recursos assistenciais em saúde mental.

Você foi selecionado aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento. Os dados serão exclusivamente utilizados para efeito desta pesquisa e está garantido o sigilo de sua identidade. A pesquisa não envolve riscos e os benefícios esperados são no sentido de compreendermos as trajetórias terapêuticas dos pacientes psiquiátricos e sua influência na elaboração, pelos técnicos da saúde mental com atuação a partir do modelo da reabilitação psicossocial, de um projeto assistencial.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Agradeço sua atenção,

Danielle Vargas Baltazar
Telefone:

Estou de acordo em participar da pesquisa como entrevistado.

Niterói, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - ENSP



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Usuário,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre como as crenças influenciam as diferentes maneiras utilizadas pelos pacientes para enfrentarem o sofrimento mental.

Você foi selecionado aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. A pesquisa não envolve riscos e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Vale acrescentar que, as respostas dadas não inferirão no seu tratamento e se você recusar não haverá qualquer prejuízo em seu acompanhamento terapêutico. Será garantida a sua privacidade, os dados serão utilizados somente para a pesquisa e não haverá divulgação, em hipótese alguma, dos nomes daqueles que responderam as perguntas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Agradeço sua atenção,

Danielle Vargas Baltazar

Telefone:

Estou de acordo em participar da pesquisa como entrevistado.

Niterói, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____.

ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO 4 - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS

PROFISSIONAIS DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL
<p>⌘ Nome: <i>Afrodite</i></p> <p>⌘ Sexo: Feminino</p> <p>⌘ Naturalidade: Rio de Janeiro</p> <p>⌘ Formação: Psicologia/UFRJ</p> <p>⌘ Atividade Atual: Residência em Saúde Mental</p> <p>⌘ Tempo de Envolvimento com a saúde mental: 5 anos</p>
<p>⌘ Nome: <i>Hera</i></p> <p>⌘ Sexo: Feminino</p> <p>⌘ Naturalidade: Rio de Janeiro</p> <p>⌘ Formação: Enfermeira/UFF</p> <p>⌘ Atividade Atual: Coordenação de Emergência Psiquiátrica</p> <p>⌘ Tempo de Envolvimento com a saúde mental: Desde a década de 80</p>
<p>⌘ Nome: <i>Atena</i></p> <p>⌘ Sexo: Feminino</p> <p>⌘ Naturalidade: Rio de Janeiro</p> <p>⌘ Formação: Psicóloga/ PUC</p> <p>⌘ Atividade Atual: Residência em Saúde Mental</p> <p>⌘ Tempo de Envolvimento com a saúde mental: 4 anos</p>
<p>⌘ Nome: <i>Nêmesis</i></p> <p>⌘ Sexo: Feminino</p> <p>⌘ Naturalidade: Rio de Janeiro</p> <p>⌘ Formação: Psicóloga/UERJ</p> <p>⌘ Atividade Atual: Ambulatório de Psicoterapia</p> <p>⌘ Tempo de Envolvimento com a saúde mental: 3 anos</p>

- ⌘ **Nome:** *Íris*
- ⌘ **Sexo:** Feminino
- ⌘ **Naturalidade:** Rio de Janeiro
- ⌘ **Formação:** Psiquiatra/UFF
- ⌘ **Atividade Atual:** Ambulatório de Psiquiatria
- ⌘ **Tempo de Envolvimento com a saúde mental:** 18 anos

PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

- ⌘ **Nome:** *Baco*
- ⌘ **Sexo:** Masculino
- ⌘ **Idade:** 27 anos
- ⌘ **Estado Civil:** Solteiro
- ⌘ **Naturalidade:** Rio de Janeiro
- ⌘ **Escolaridade:** 2º Grau completo
- ⌘ **Situação Social:** Reside com a mãe, interrompeu os estudos e não trabalha. Suas principais atividades diárias são a realização de exercícios físicos e a participação nas atividades religiosas.
- ⌘ **Início do Tratamento Psiquiátrico:** Ano de 2000
- ⌘ **Projeto Terapêutico Proposto:** Atendimento Psiquiátrico e Psicoterápico

- ⌘ **Nome:** *Zeus*
- ⌘ **Sexo:** Masculino
- ⌘ **Idade:** 25 anos
- ⌘ **Estado Civil:** Solteiro
- ⌘ **Naturalidade:** Pernambuco
- ⌘ **Escolaridade:** 1º Grau incompleto
- ⌘ **Situação Social:** Reside com a irmã, trabalha eventualmente na casa de membros de sua igreja com serviços gerais e participa ativamente dos cultos e atividades da IURD.
- ⌘ **Início do Tratamento Psiquiátrico:** Ano de 1997
- ⌘ **Projeto Terapêutico Proposto:** Atendimento Psiquiátrico, Atividade Teatral e Terapia Ocupacional.

⌘ **Nome:** *Apolo*

⌘ **Sexo:** Masculino

⌘ **Idade:** 48 anos

⌘ **Estado Civil:** Solteiro

⌘ **Naturalidade:** Rio de Janeiro

⌘ **Escolaridade:** 2º Grau Completo

⌘ **Situação Social:** Divorciado, reside com uma tia de 70 anos, a mãe e o filho de 19 anos. Atualmente, esta realizando curso de montagem e manutenção de computadores e participa ativamente das exposições promovidas pelo Hospital onde se trata.. Não trabalha e recebe auxílio doença.

⌘ **Início do Tratamento Psiquiátrico:** Ano de 1993, mas se refere a problemas mentais desde o seu nascimento. (SIC)

⌘ **Projeto Terapêutico Proposto:** Atendimento Psiquiátrico e Terapia Ocupacional

⌘ **Nome:** *Aglaia*

⌘ **Sexo:** Feminino

⌘ **Idade:** 31 anos

⌘ **Estado Civil:** Solteira

⌘ **Naturalidade:** Rio de Janeiro

⌘ **Escolaridade:** 2º Grau Completo (Magistério) e iniciou Curso Universitário em História

⌘ **Situação Social:** Reside com a mãe e a irmã, interrompeu os estudos, não trabalha, realiza atividades físicas regulares e participa das atividades religiosas promovidas pela igreja católica.

⌘ **Início do Tratamento Psiquiátrico:** Ano de 1998

⌘ **Projeto Terapêutico Proposto:** Atendimento Psiquiátrico, Psicoterapia e Terapia Ocupacional