

O QUE A SAÚDE MENTAL TEM A VER COM RELIGIOSIDADE?

Mental Health: What religion to be?

Danielle Vargas Baltazar¹

Claudia Osorio da Silva²

Artigo encaminhado: 15/05/2013
Aceito para publicação: 18/06/2014

RESUMO

Trata-se de um estudo sistematizado sobre a relação entre a religiosidade de quem sofre e o processo de reabilitação psicossocial conduzido pelos profissionais da saúde mental. Busca investigar e compreender como os 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 mesmos. Propõe uma definição de religiosidade tomando por base a oposição entre cosmovisão sagrada e profana e utiliza como categoria analítica a Religiosidade Popular. Destaca pontos de impasse entre a proposta de atenção psicossocial e a filiação religiosa dos pacientes. E, além disso, aponta algumas possibilidades decorrentes da presença da religiosidade no discurso dos pacientes. Observamos que o sentido de mundo construído a partir da experiência religiosa ainda que aparentemente ilógico, tem coerência para quem dele se apropria, é algo que não se sustenta em dados objetivos, mas no sentido que fornece às experiências e ao seu valor na economia psíquica.

Palavras-chave: Religiosidade; Saúde mental; Reabilitação psicossocial.

ABSTRACT

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 of mental health. It investigates 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. We propose a definition of religiosity based on the opposition between the sacred and the profane and we use Popular Religiosity as an analytic category. We pick out some impasse points between the proposal of psychological attention by the religious

¹ Psicóloga da coordenação de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Estudos na área de Saúde Mental. MS/UFF. E-mail: daniellevsbaltazar@gmail.com

² Professora do Departamento de Psicologia da UFF e coordenadora da pós-graduação em psicologia da UFF. E-mail: claudiaosorio@terra.com.br

affiliation of some patients. Moreover, we highlight some possibilities which result from the presence of religiosity in the speech of the patients. 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.

Keywords: Religiosity; Mental health; Psychological rehabilitation.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo é produto de uma pesquisa de mestrado sobre a importância do conteúdo religioso na construção da subjetividade de pacientes psiquiátricos. Através das entrevistas realizadas com pacientes e profissionais do campo da saúde mental, observamos diferentes formas de apropriação e interpretação para o discurso religioso no contexto dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos. Analisamos a referência às 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.

Nessa perspectiva, alinha-se aos estudos empreendidos por Delgalarondo (2008, 2007, 2006), Freitas (2013), Mello e Oliveira (2013), Oliveira e Junges (2012) Stoppa e Moreira-Almeida (2009), Prieto, Peres e Naselo (2007), tendo relevância ao propor uma articulação entre as trajetórias terapêuticas dos pacientes psiquiátricos e a influência dos valores e das crenças religiosas nas condutas humanas.

A partir da Reforma Psiquiátrica (anos 70), as práticas do campo da saúde mental passam a favorecer alternativas assistenciais diversificadas, integrando a isso uma preocupação em não se desvincular o sofrimento mental das referências sociais e culturais do paciente.

Nesse cenário, tem destaque o pressuposto de territorialização desses serviços e de suas ações, que passam a envolver os usuários, os profissionais, as famílias e a comunidade na elaboração e curso do projeto terapêutico. A assistência rompe o enquadramento hospitalar em direção às instalações comunitárias, com a perspectiva de proporcionar às pessoas com transtornos mentais possibilidades sempre maiores de autonomia e trocas sociais.

Nessa perspectiva dada ao tratamento dos pacientes psiquiátricos, as referências sociais dos mesmos passam a ser consideradas. E, como a experiência clínica na rede pública demonstra, muitos pacientes fazem menção 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.

O estudo propôs uma investigação sobre possibilidades e impasses da recorrência às crenças religiosas por pacientes psiquiátricos. Os principais objetivos foram: realizar um estudo sistematizado sobre a religiosidade no contexto dos processos de reabilitação

psicossocial, conduzido pelos profissionais do campo da saúde mental; investigar e compreender como esses profissionais entendem e lidam com a recorrência à religião pelos pacientes, e apontar para algum diálogo possível entre as práticas assistenciais em saúde mental e as práticas religiosas, bem como entre os saberes que as sustentam.

1.1 Religião e experiência religiosa

Segundo Eliade (1996) a religiosidade é entendida como uma dimensão da vida social e elemento de expressão individual e coletiva, capaz de organizar modos de sentir e lidar com o sofrimento mental, podendo possibilitar a reorganização individual e coletiva dos pacientes psiquiátricos, ajudando-os especialmente na construção de suas trajetórias terapêuticas.

As crenças religiosas permitem a organização coletiva a partir da formulação de modos de agir e viver comuns baseados no pensamento simbólico. A religiosidade possibilita uma ressignificação do sofrimento através de uma cosmovisão religiosa, assim como a vinculação às instituições religiosas pode promover interações sociais, formação de grupos e redes sociais, solidariedade e estímulo a atitudes cooperativas.

Ao considerarmos a recorrência a religião por parte dos usuários de serviços de saúde 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 interfere na construção de sentido para a vida e na forma de compreender o mundo, norteando a vida daqueles que a ela recorrem e estruturando práticas quotidianas.

Relatos de experiências místicas e espirituais são comuns nas diferentes culturas e trata-se de uma maneira de compreender, valorizar e traduzir a realidade que o indivíduo vivencia como algo maior do que ele mesmo e que tenta apreender através do inefável, do sagrado.

Dentre os enfoques distintos sobre o fenômeno religioso interessa-nos aquele que aborda a experiência religiosa. Neste último, destacamos o trabalho de Rudolf Otto (1992), que afirma a irredutível 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 específica de interpretação e avaliação do mundo, própria do domínio religioso, que não se reduz a predicados da ordem moral e do perfeitamente bom. A palavra sagrado remete, segundo Otto (1992.), a uma experiência que não se liga necessariamente a um pertencimento institucional, a uma religião; remete a uma “*categoria numinosa*”, do latim *numem*, que significa, originalmente, uma inclinação de cabeça como expressão de comando recebido, de consentimento e 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. A experiência religiosa é então 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 como mistério.

Toda tentativa, portanto, de definição da religiosidade tomando por base o pensamento racional, tem como efeito enfraquecer a experiência e resulta em interpretações plausíveis, mas limitadoras da dimensão do sagrado.

Tomando o pensamento de Geertz (1989) a religiosidade traduz o *ethos* de um povo, ou seja, seu estilo de vida, suas disposições morais e estéticas e sua visão de mundo.

Acompanhando esses autores, a religiosidade possibilita a construção de um mundo possível, dando sentido ao caos fenomênico da experiência. A religiosidade deixa de ser vista como sistema defensivo ou alienação e passa a ser considerada enquanto instituição social organizadora da experiência subjetiva.

Como aponta Bonfatti (2000: 40), “*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*”.

Como também 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*”.

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 acadêmica nas quais baseiam-se as ações terapêuticas em saúde mental.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Buscou-se uma abordagem descritiva, construída a partir do modo como os envolvidos apresentam o uso que fazem, ou não, do recurso à religiosidade como instrumento terapêutico.

Foram realizadas um total de 10 entrevistas individuais abertas, sendo 5 com profissionais engajados nas novas terapêuticas em Saúde Mental e 5 com pacientes psiquiátricos em acompanhamento regular na rede ambulatorial de saúde mental do município de Niterói. As entrevistas foram realizadas no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, com exceção de uma única realizada no Posto de Saúde da Engenhoca, por ser o local de acompanhamento ambulatorial desse paciente. As entrevistas foram gravadas e tiveram em média 60 minutos de duração.

Elaboramos um roteiro para a orientação da entrevista, de modo a facilitar a comunicação entre a pesquisadora e os entrevistados, bem como para facilitar a análise da apropriação do discurso religioso na descrição da trajetória terapêutica dos pacientes e no reconhecimento e interpretação deste pelos profissionais do campo da saúde mental.

A pesquisa foi apresentada aos profissionais de saúde mental como um estudo sobre recursos terapêuticos em saúde mental. Somente nos referimos à recorrência à religiosidade pelos pacientes como alternativa terapêutica caso esta não fosse mencionada pelo profissional entrevistado.

Foi pedido aos profissionais que nos indicassem pacientes a serem entrevistados, tendo como critério que não estivessem em crise, que fossem usuários frequentes de serviços ambulatoriais e que demonstrassem envolvimento com a proposta da Reforma Psiquiátrica e com novas práticas terapêuticas. 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 dispor a contar suas histórias sem se sentirem pressionados a isso em virtude da solicitação de seus terapeutas. Aos pacientes foi dito que se tratava de uma pesquisa sobre os recursos utilizados frente ao sofrimento mental. Em ambos os grupos, pacientes e terapeutas,

somente foi mencionada a recorrência à religiosidade caso os pacientes não se referissem a esta.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP que emitiu o parecer número 58/02, favorável à sua realização.

2.1 Transformações nas práticas terapêuticas e no uso de recursos do território

As ações no campo da saúde mental se caracterizam atualmente por serem inter ou transdisciplinares e voltadas para a elaboração de projetos terapêuticos formulados de acordo com as singularidades da situação clínica e do que o território tem apontado como recursos terapêuticos possíveis. O conhecimento das políticas de saúde mental e de suas diretrizes tem se mostrado fundamental para sustentar tanto a prática dos profissionais quanto as ações integradas nesse campo.

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

“(...) 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)

O desafio que se coloca é o de não transformar esses novos recursos terapêuticos em protocolos a serem aplicados sem reflexão e contextualização. 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 outra das nossas entrevistadas:

“(...) não é só na internação, mas às vezes no próprio CAPs também, há 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, substituem o manicômio.” (Nêmesis, psicóloga).

A assistência, que se sustentava de forma marcante na 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.

“(...) eu penso que para se pensar um projeto terapêutico, tem algumas variáveis importantes para o tratamento, que eu 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 vida do sujeito 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).

Essa proposta de uma atenção em saúde mental feita no nível comunitário e através de recursos locais pode potencialmente identificar recursos e estabelecer alianças que, numa outra lógica de assistência não seriam consideradas e, portanto, ficariam inativas.

“(...)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)

Contudo, a busca por recursos comunitários nem sempre produz os efeitos desejados.

Além disso, os profissionais apontam como recursos comunitários somente aqueles que integram o sistema de saúde.

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

Recursos como organizações religiosas, associações de bairro, grupos culturais, raramente são lembrados.

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 farmacoterapia, psicoterapia e reabilitação psicossocial, visando atender as necessidades do indivíduo durante a evolução da doença e frente a mudanças em sua condição de vida. Esse objetivo exige ir além das parcerias com o setor saúde, pois visam atender também necessidades que superam a visão do sofrimento como doença mental.

A importância do apoio social foi mencionada.

“(...) Acho a intervenção na comunidade fundamental. Às vezes, um vizinho, outro, 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, vem aqui dão notícias para a gente.” (Afrodite, psicóloga)

Já 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 previsto no roteiro de entrevista, somente mencionamos o tema da religiosidade na medida em 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.

2.2 O recurso à religiosidade na perspectiva dos profissionais

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”³ para analisarem a complexidade do fenômeno religioso.

Podemos observar que a lógica que sustenta a avaliação da recorrência a 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, (se) eu acho que pode ter um efeito que atrapalha o tratamento, e aí eu vou pensar que tipo de intervenção eu posso ter. Vou trabalhar isso. Mas se disser para mim que é uma coisa 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)

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.

³ Chamamos de “especialismo” a tentativa de reduzir os fenômenos sociais e humanos a uma leitura proposta por um campo de conhecimento específico.

“(...) Eu particularmente, não acredito em nada... eu não sou religiosa, eu 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. Eu 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 houve 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” (Afrodite, 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 ínterim dessa relação o paciente recorre à religiosidade vemos se produzir certo incomodo 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 mantêm distante no momento da elaboração do projeto terapêutico, ou o tomam como um dado psicopatológico, como alienação, delírio, como neurose obsessiva ou qualquer

outra leitura que garanta a sobreposição do jogo linguístico da racionalidade científica sobre o jogo linguístico da religiosidade.

No trecho seguinte, considera-se a experiência religiosa pela via da produção delirante.

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

Já em outras falas é discutida a possível positividade dessa experiência.

“(...) 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 da conta de outras questões dela e aí recorre à igreja com forma de resolver tudo o que 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 linguístico com uma lógica particular, é necessário que os profissionais escutem a construção de sentido de cada paciente em sua singularidade, 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:

“(...) eu 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. Eu 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 haver 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 ao ponto que se isso se traduza em mudanças na própria prática assistencial em psiquiatria. Assim, vemos expresso 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 de porque foi procurar a igreja. (...) não é uma coisa que realmente a gente se aprofunde e nem o paciente busque aprofundar”.(Íris, psiquiatra)

Há um reconhecimento de que A religiosidade permite ao paciente, ainda que de modo estranho para o profissional que o escuta, uma ressignificação 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.

“(...) Eu 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 eu 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 está 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 tem se oposto ao tratamento conduzido pelas instituições do campo da saúde mental. Essas situações, a nosso ver, são também indícios da falta de diálogo dos serviços de saúde com os recursos comunitários. Trata-se de um dos desafios de uma 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.

2.3 O recurso à religiosidade na perspectiva dos pacientes

A riqueza das experiências relatadas pelos pacientes entrevistados não exclui o fato de que a sua procura ou chegada a uma instituição psiquiátrica envolve uma vivência de sofrimento ou de não lugar para seu discurso. Quando foram convidados a colaborarem com

a pesquisa, a proposta era a de que falassem de sua história e sobre o que os fazia melhorar ou piorar em seu processo de tratamento.

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 o os pacientes, acreditávamos que a religiosidade apareceria independentemente do envolvimento dos pacientes com alguma religião específica. O que, de fato, pôde ser observado em todas as entrevistas realizadas.

O primeiro aspecto que gostaríamos de destacar na fala dos entrevistados é a possibilidade de ressignificação 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 a 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, ainda, que seus participantes estabeleçam, a partir da própria instituição, algumas perspectivas de ascensão social que possivelmente não seriam possíveis dada a organização social capitalista. Vemos que a religião, especialmente nas classes populares, possibilita que estas enfrentem as situações de vulnerabilidade as quais estão submetidas no cotidiano e para as quais, muitas vezes, não reconhecem possibilidade 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 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 quotidiana 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 psicopatologia 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, ao 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:

“(...)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, ao 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

2.4 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)

2.5 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)

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.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

Percebemos, no trabalho de campo, que também os profissionais entrevistados sinalizam a necessidade de tal aprofundamento e reconhecem tanto ser frequente 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 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 dos serviços públicos, o mundo natural e sobrenatural aparecem, muitas vezes, entrelaçados no discurso e nas práticas quotidianas. Podemos dizer que, as pessoas em sofrimento mental, não tem 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 enfáticos, a alguma relação do que sentem com a religiosidade.

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 terapêuticos 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 frequentemente associadas a fatores que compõem uma cosmovisão religiosa.

Além de possibilitar a ressignificação 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 ressignificação 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 Igreja Universal do Reino de Deus, 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. Estas são 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 ressignificação 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 do 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 terapêuticos 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 este 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 o 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 desprivilegio 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.

BIBLIOGRAFIA

- AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- BONFATTI, P. *A Expressão Popular do Sagrado. Uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus*. São Paulo: Edições Paulinas, 2000.
- BOTSARIS, A. *Sem anestesia. O desabafo de um médico. Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.
- COSTA, J. *O risco de cada um*. Mimeo, 2001.
- DALGALARRONDO, P. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. São Paulo: *Revista de Psiquiatria Clínica*, N. 34(1), P. 25-33, 2007.
- DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, N. 28(2), P. 177-178, 2006.
- ELIADE, M. *O Sagrado e o Profano – A Essência das Religiões*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996.
- FREITAS, M. H. Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática psi. Bragança Paulista: *Psico-USF*, V. 18, P. 437- 444, 2013.
- MELLO, M.L. e OLIVEIRA, S.S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. São Paulo: *Saúde e Sociedade* (online), V. 22, N. 4, P. 1024-1035, 2013.
- GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- OLIVEIRA, M. R. E JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. Natal: *Estudos Psicológicos* (online), V.17, N.3, P. 469-476, 2012.
- OTTO, R. *O Sagrado*. Rio de Janeiro: Edições 70, 1992
- PRIETO, J., PERES, M.J.P., NASELO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. São Paulo: *Revista de psiquiatria clínica*, N, 341, P.136-145, 2007.
- STROPPIA, A. e MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. Rio de Janeiro: *Revista de Psiquiatria Clínica*, V. 36(5); P.190-196, 2009.

Agradecemos a Victor Vincent Valla e José Luís Telles, orientadores da pesquisa, feita durante o curso de mestrado da primeira autora, realizada na ENSP.