

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

LIDIANE DA SILVA

A RELIGIÃO COMO ELEMENTO PROMOTOR DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA



PPGCR
Faculdade Unida de Vitória

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 27/06/2019.

VITÓRIA
2018

LIDIANE DA SILVA

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 27/06/2019.

A RELIGIÃO COMO ELEMENTO PROMOTOR DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

PPGCR
Faculdade Unida

Trabalho final de
Mestrado profissional
Para obtenção de grau de
Mestra em Ciências das Religiões
Faculdade Unida de Vitória
Programa de Pós-Graduação
Linha de pesquisa: Religião e Esfera
Pública

Orientador: Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos

Vitória - ES
2019

Silva, Lidiane da

A religião como elemento promotor de internação psiquiátrica / Lidiane da Silva. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2019.

xi, 118 f. ; 31 cm.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2019.

Referências bibliográficas: f. 112-118

1. Ciência da religião. 2. Análise do Discurso Religioso. 3. Discurso religioso. 4. Manipulação discursiva. 5. Fanatismo religioso. 6. Paciente psiquiátrico. 7. Saúde mental. - Tese.

I. Lidiane da Silva. II. Faculdade Unida de Vitória, 2019. III. Título.

LIDIANE DA SILVA

A RELIGIÃO COMO ELEMENTO PROMOTOR DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

PPGCR
Faculdade Unida de Vitória

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões no Programa de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória.



Doutor Francisco de Assis Souza dos Santos – UNIDA (presidente)



Doutor Julio Cezar de Paula Brotto – UNIDA



Doutora Léia Damasceno de Aguiar Brotto – UFES



*Dedico
A meus filhos queridos,
quinhão essencial de minha vida,
o fruto de um trabalho que,
embora tenha afetado parcela do meu tempo com vocês,
trouxe-me a luz da ciência
que, por certo, ampliará meus caminhos profissionais
para que eu possa lhes oferecer, para além do amor,
parte do conhecimento no qual me banhei
para, assim, melhor os orientar quando (e se) deles precisarem.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter concedido a mim condições para a realização desta etapa importantíssima de minha vida acadêmica.

À Faculdade Unida de Vitória, por dispor de profissionais competentes e justos para o atendimento de sua clientela.

Ao Professor orientador deste trabalho, Doutor Francisco de Assis Souza dos Santos, sem o qual não conseguiria chegar a termo com a sensação de missão cumprida.

Aos colegas com quem partilhei conhecimentos os quais muito acrescentaram à minha formação.

A todos, enfim, que me apoiaram nesta investida, os meus sinceros agradecimentos.





A propósito do FANATISMO RELIGIOSO em geral:

Quem cerceia a liberdade do próximo comete, no mínimo, o pecado da
ARROGÂNCIA e a abusada atitude da PREPOTÊNCIA.
Por motivos assim, nós humanos ainda não somos dignos da PAZ e da
FELICIDADE.

(MARY-OAK DE VILLARIS)

RESUMO

Este trabalho se propôs ao estabelecimento de uma interface dialógica do sujeito entre religião/religiosidade e comprometimento da saúde mental – temas analisados à luz da psicologia e da psiquiatria. Investigou-se até que ponto a “má fé religiosa”, que apela à emoção e a outros efeitos nefastos, causa danos à saúde mental e comportamental de pessoas fragilizadas em sua identidade que se coadunam a grupo religioso como forma de pertença. Objetivou-se refletir e discutir como e por que a religião levada ao extremo contribui para certas condutas de efeitos negativos, inclusive a certo grau de fanatismo que resulta em internação psiquiátrica ou ainda possa, no caso de predisposição genética, desenvolver doenças psicopatológicas ou surtos psicóticos a ponto de o sujeito atentar contra a própria vida. Procurou-se fundamentação teórica em uma gama diversificada de autores, mas o pilar deles é Dalgalarrondo que trata sobre questões de religião/religiosidade, psicopatologia e saúde mental. Após a pesquisa bibliográfica, realizou-se uma pesquisa de campo de natureza qualitativa com médicos e enfermeiros do Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), na cidade de Cachoeiro do Itapemirim-ES, entidade do governo do estado. Os instrumentos utilizados foram questionário, entrevista e observação empírica. Os dados dos discursos dos respondentes foram analisados pelo método análise de conteúdo de Laurence Bardin e sob o viés da semiótica greimasiana, seguindo os passos de Diana Luz Pessoa Barros e José Luiz Fiorin. O foco incidiu sobre pacientes atendidos no período de 2015-2016, com surtos psiquiátricos tendo a religião/religiosidade como elemento impulsionador para a internação psiquiátrica. Inferiu-se daí que pacientes psiquiátricos são facilmente manipulados pelo discurso de religiões avivadas, com grandes chances de se tornarem-se fanáticos religiosos e abandonarem o tratamento medicamentoso, acreditando na cura pela fé – consequência que os leva à piora da saúde mental.

Palavras-chave: Discurso religioso, Manipulação discursiva, Fanatismo religioso, Paciente psiquiátrico, Saúde mental.

ABSTRACT

This work aimed at establishing a dialogical interface between the subject between religion / religiosity and commitment of mental health - themes analyzed in the light of psychology and psychiatry. It has been investigated to what extent "religious bad faith", which appeals to emotion and other harmful effects, causes damage to the mental and behavioral health of people fragile in their identity that fit the religious group as a form of belonging. The objective was to reflect and discuss how and why the religion taken to the extreme contributes to certain behaviors of negative effects, including a certain degree of fanaticism that results in psychiatric hospitalization or may, in the case of genetic predisposition, develop psychopathological diseases or psychotic outbreaks to the point that the subject attacks his own life. Theoretical foundation was sought in a diverse range of authors, but the pillar of them is Dalgarrondo that deals with issues of religion / religiosity, psychopathology and mental health. After the bibliographic research, a qualitative field research was conducted with physicians and nurses at the Aristides Alexandre Campos Psychiatric Care Center (Capaac), in the city of Cachoeiro do Itapemirim-ES, state government entity. The instruments used were questionnaire, interview and empirical observation. Data from the respondents' discourses were analyzed using the Laurence Bardin content analysis method and under the bias of greimasian semiotics, following in the footsteps of Diana Luz Pessoa Barros and José Luiz Fiorin. The focus was on patients seen in the period 2015-2016, with psychiatric outbreaks having religion / religiosity as a driving force for psychiatric hospitalization. It has thus been inferred that psychiatric patients are easily manipulated by the discourse of revived religions, with a high chance of becoming religious fanatics and abandoning medical treatment, believing in faith healing - a consequence that leads them to worsen mental health.

Keywords: Religious Discourse, Discursive Manipulation, Religious Fanaticism, Psychiatric Patient, Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

CAP	Centro de Atendimento Psicológico
Capaac	Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos
OMS	Organização Mundial da Saúde



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características dos respondentes	80
Quadro 2 – Respostas da pergunta 3	82
Quadro 3 – Respostas da pergunta 7	85
Quadro 4 – Respostas da pergunta 8	88
Quadro 5 – Respostas da pergunta 9	90
Quadro 6 – Respostas da pergunta 10	92



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 RELIGIOSIDADE E COMPROMETIMENTO NA SAÚDE MENTAL.....	18
1.1 Conceituando termos	18
1.1.1 Religião, religiosidade, fé	19
1.1.2 Saúde mental e saúde comportamental.....	26
1.2 Impactos nocivos da religiosidade na saúde mental	33
1.2.1 Religiosidade resultante da má-fé religiosa/manipulação do líder.....	34
1.2.2 Psicopatologia em decorrência da religiosidade	41
2 CURA E ENFRENTAMENTO RELIGIOSO.....	49
2.1 Perspectiva psiquiátrica.....	49
2.2 Perspectiva psicológica	55
2.3 Profissionais da saúde mental: o psicólogo em foco.....	60
2.3.1 Seu cotidiano.....	61
2.3.2 Perfil ideal.....	70
3 PESQUISA <i>IN LOCO</i> : A REALIDADE SOB A INTERPRETAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE.....	77
3.1 Percepção do profissional da saúde no tocante à religião	80
3.2 Percepção do profissional na interferência do tratamento clínico	95
3.3 Percepção da pesquisadora na condição de observadora participante	100
CONCLUSÃO.....	108
REFERÊNCIAS.....	112
APÊNDICES.....	119
ANEXOS	125

INTRODUÇÃO

Antes de introduzir o problema, objetivos, justificativa, quadro teórico e partes do trabalho nesta parte introdutória, optou-se por uma sucinta apresentação da autora desta dissertação para que assim se possa melhor entender os motivos que a levaram ao estabelecimento do elo religião/psiquiatria.

Lidiane da Silva formou-se em Psicologia com ênfase clínica e educacional, em dezembro de 2010, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre - ES (FAFIA). Logo após a graduação, nessa mesma instituição, especializou-se em Atenção psicossocial em saúde mental; e, um ano depois, pela Universidade Cândido de Mendes (UCAM), especializou-se em Psicologia hospitalar e da saúde. Desde o final da faculdade sempre se identificou e atuou no âmbito clínico e da saúde. Em 2016 foi nomeada pela Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, chefe do núcleo do Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac) em Cachoeiro do Itapemirim-ES, onde obtivera uma extraordinária experiência profissional a qual suscitou e fundamentou a elaboração desta pesquisa no tocante a quesitos como psicologia, comportamento, ciência, religiosidade, religião e demais teorias que estão envoltas na esfera pública.

Nos consultórios de psicólogos e de psiquiatras tem sido frequente a presença de pacientes que chegam com transtornos mentais ou sintomas depressivos resultantes de sua relação com a religião. A literatura especializada mais recente tem indicado a necessidade do interesse por essa temática, que também é tema desta dissertação de Mestrado. É relevante que no Brasil estudiosos voltem seus esforços para essa questão, que tem levado cada vez mais pessoas a tratamentos, muitos deles intensivos, para retornarem ao equilíbrio de uma vida regular em sociedade.

Enfatiza-se que a linha de pesquisa, Religião e Esfera Pública, possibilita o olhar do psicólogo e o aprofundamento no tema mediante o arcabouço teórico pertinente e, em consequência, faculta melhor entendimento das várias formas de doenças mentais decorrentes do desequilíbrio religioso. São questões conflituosas mais comuns do que se imagina encontrar, razão pela qual vêm crescendo as preocupações das clínicas que precisam se reestruturar no atendimento a essa clientela. Tal situação crítica tem envolvido as mídias, principalmente as digitais, os profissionais de saúde em seus consultórios e até mesmo os líderes religiosos.

Nesse sentido, as disciplinas que envolvem psicologia, religião e trabalham com análise das perspectivas comportamentais e mentais têm chamado a atenção pelas suas diversas manifestações na vida do indivíduo, tanto positiva quanto negativamente. Assim, pois, é que surge o interesse por esta pesquisa. Primeiramente, há a necessidade particular de estar sempre buscando novas leituras, ampliação de horizontes; outrossim, vem o apreço pela temática que envolve a relação Religião e Psicologia advinda da observação cotidiana de muitos pacientes atendidos no Capaac, na cidade de Cachoeiro do Itapemirim, entidade do governo do estado do Espírito Santo.

Existe uma gama de pacientes que, no processo de tratamento medicamentoso e acompanhamento com psiquiatra, abandona suas medicações devido às orientações de seus líderes religiosos, e num dado momento volta a surtar¹. Muitos deles imbuídos de fanatismo religioso² que pode colocar em risco a vida de terceiros e a própria segurança, configurando-se assim uma problemática que carece de atenção dos estudiosos inseridos nesses contextos.

A partir de então, formulou-se a seguinte *questão-problema*: em que medida a religião³ – motivada pela má-fé religiosa⁴, impregnada do discurso apelativo, emocional e de demais efeitos nefastos – motiva o não uso de medicamentos ou tratamentos naturais, interferindo negativamente na saúde mental e comportamental de pessoas que, fragilizadas em sua identidade, se enredam em algum grupo religioso como forma de pertença?

A busca de respostas para esse questionamento induziu a pesquisadora a traçar o *objetivo geral* do trabalho, que é o de refletir e discutir razões pelas quais a religião contribui para certas condutas de efeitos negativos podendo levar o ser

¹ Surtar, na perspectiva deste estudo, refere-se ao estado de alteração repentina de comportamento, delírios, alucinações e demais reações não condizentes com a realidade. Quando se diz aqui *surto psicótico*, tenciona-se referir à apresentação repentina de sintomas associados às psicoses.

² O fanatismo religioso – um tipo de razão para (re)internação psiquiátrica – é tomado nesta pesquisa com o conceito de ações particularizadas e intransigentes na esfera das religiões. Melhor detalhando: "l'effet d'une fausse conscience qui asservit la religion aux caprices de l'imagination et aux dérangements des passions"; "une folie religieuse, sombre et cruelle. C'est une maladie de l'esprit [...]" ("O efeito de uma falsa consciência que escraviza a religião aos caprichos da imaginação e às perturbações das paixões"; "Uma loucura religiosa, sombria e cruel. É uma doença da mente [...]" – Tradução nossa). FANATISME. *Oeuvres complètes de Voltaire*: dictionnaire philosophique. Section I. Disponível em: <<https://bit.ly/2VDkKDA>>. Acesso em: 06 maio 2019.

³ Optou-se por não indicar, de início, de qual religião se trata, mas sim do paciente que se deixa dominar pelo discurso religioso abstendo-se do tratamento médico e tendo piora de saúde mental. Apenas após a pesquisa de campo é que se identifica qual das religiões foi mais incisiva em sua dinâmica discursiva potencializando o adoecimento do paciente.

⁴ Expressão utilizada neste contexto com o sentido de enganação, dolo, farsa.

humano a desenvolver fanatismos a ponto de chegar à internação psiquiátrica e, até mesmo, no caso de predisposição genética, desenvolver doenças psicopatológicas ou surtos psicóticos ou ainda atentar contra a própria vida.

A efetivação desse objetivo engendrou o delineamento de *objetivos específicos*, tais como: 1) Investigar a relação entre a religiosidade e o perfil psicopatológico dos pacientes. 2) Identificar o que há no discurso religioso dos líderes religiosos que leva os pacientes a abandonarem o tratamento psiquiátrico, desencadeando surtos psicóticos e necessitando de nova internação. 3) Discorrer sobre causas e efeitos das psicopatologias dentro dos casos apresentados no *locus* da pesquisa.

A busca por uma interface do sujeito entre religião/religiosidade e comprometimento na saúde mental confere a esta pesquisa relevância em vários aspectos. Primeiro, no tocante à sua relevância social, é conveniente abordar o tema em apreço por haver poucas pesquisas em nível nacional, como se mencionou mais acima, e por carecer de uma investigação *in loco*. Não apenas pelo Capaac ainda não ter sido objeto de pesquisa científica, mas também pela necessidade de melhor entendimento dos males advindos do fanatismo religioso de que é acometida uma gama de pacientes do já referido hospital. Assim, analisando a fonte desencadeadora desse problema, outros potenciais pacientes poderão ser mais bem compreendidos e tratados pelos profissionais da Saúde que os assistem, examinando com maior perspicácia seus sentimentos, comportamentos, processos psicológicos, transtornos mentais. Portanto, presume-se a pesquisa ora apresentada como referencial de reflexão de interesse para os agentes da Saúde, especialmente os da psiquiatria e da psicologia que lidam diretamente com o problema aqui exposto.

No que concerne às implicações práticas da pesquisa e seu valor teórico-metodológico, o estabelecimento de um diálogo entre as áreas de Psiquiatria e das Ciências das Religiões, fundamentado em pesquisas de teóricos abalizados pela literatura especializada mais recente conferiu a este trabalho certa segurança para a coleta de dados e as respectivas análises/discussões, tendo como suporte explicações e esclarecimentos científicos sobre o problema. Teve-se como resultado uma série de conhecimentos e saberes específicos sobre o tema que possibilitam lidar com questões empíricas e cotidianas no Capaac, pertinentes a esta investigação. Mais que isso, essa utilidade prática, objetiva e esclarecedora, ainda

pode se estender a outras instituições que tiverem acesso a este texto, já que não se trata de um problema endêmico, mas sim constante e encontrado alhures. Nesse propósito, distinguiu-se a necessidade de realização da pesquisa.

Diante do exposto, este estudo se justifica, também, pelas seguintes razões:

1) Reflete sobre a necessidade de maior atenção e entendimento do comprometimento da religião/religiosidade no perfil psicopatológico de pacientes; 2) Evidencia a prática da avaliação de pacientes em tratamento psiquiátrico e o modo de assisti-los para que não abandonem o tratamento por orientações religiosas, evitando-se, assim, surtos psicóticos e nova internação; 3) Destaca a vulnerabilidade de pacientes de psicopatologias crônicas como esquizofrenia que colocam a fé na frente da razão; 4) Pondera sobre os efeitos positivos e negativos da religião na saúde mental, buscando uma interface entre a relação sujeito e religiosidade, focando no aspecto psiquiátrico para melhor avaliar que, devido a uma doutrinação, institucionalização ou alguma deterioração psíquica, o paciente necessite de uma abordagem clínica de urgência e permanência no hospital psiquiátrico; 5) Adverte aos potenciais leitores deste texto, em especial profissionais da saúde mental, a não subestimarem a religiosidade de seus pacientes e aprenderem a lidar com variáveis religiosas.

Quanto às fontes bibliográficas de embasamento desta pesquisa, os autores que mais sustentaram a elaboração do texto de modo a obter respostas devidas à questão-problema e alcançar a contento os objetivos circunscritos foram Amanda Márcia dos Santos Reinaldo e Raquel Lana Fernandes dos Santos⁵, pois ofereceram suporte teórico específico sobre a religiosidade tanto como fortalecimento do indivíduo no enfrentamento da doença, quanto má interferência no tratamento, que, neste caso, dificulta a assistência de profissionais da psiquiatria. Daí a necessidade de se atentar, também, para uma abordagem cultural do tema.

Vale mencionar também Francisco Lotufo Neto, Zenon Lotufo e José Cássio Martins por alertarem sobre a negligência à dimensão espiritual da psiquiatria e demonstrarem que a Classificação Norte-Americana de Transtornos Mentais passou a incluir a categoria “Problemas psicorreligiosos ou psicoespirituais”, definida como:

⁵ REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SANTOS, Raquel Lana Fernandes dos. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 162-171, jul./set. 2016.

[...] experiências que a pessoa sente como estressantes ou perturbadoras, e que envolvem a crença e práticas de uma igreja organizada ou instituição religiosa (perda ou questionamento da fé, mudança de denominação religiosa, conversão a uma nova fé, intensificação da aderência a uma prática religiosa e ortodoxia)⁶.

Com bastante rigor metodológico e científico, a obra de Dalgarrondo, *Religião, Psicopatologia & Saúde Mental*, merece destaque, principalmente o quinto capítulo, que faz a interface entre psicopatologia e religião, distinguindo fenômenos religiosos dos psicopatológicos. O autor faz a trajetória histórica da psiquiatria retomando a Idade Média e o Renascimento, ilustrando passagens de delírios⁷ religiosos de esquizofrênicos, de fanatismo religioso e outros fenômenos congêneres⁸.

Busca-se, no já citado Dalgarrondo, fundamentação acerca de definições de termos afins como religião, religiosidade, espiritualidade, fé, explicitados no primeiro capítulo de sua obra. Dando continuidade, o segundo capítulo dela conceitua religião sob os vieses antropológico, sociológico e psicológico. Do capítulo V ao XII, o autor faz uma constante interface entre religião e saúde mental, sobrelevando os aspectos positivos⁹ – o que tornou a obra relevante como arcabouço teórico desta dissertação.

Sobre o aporte metodológico, como se trata de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, recorreu-se a Maria Cecília de Souza Minayo¹⁰, para quem,

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis¹¹.

No caso em apreço, a amostra são os pacientes psiquiátricos do Capaac sob a percepção dos respondentes: médicos e enfermeiros que ali atuam e que

⁶ LOTUFO NETO, Francisco; LOTUFO, Zenon; MARTINS, José Cássio. *Influências da Religião sobre a Saúde Mental*. São Paulo: Esetec, 2009, p. 44.

⁷ Koenig define delírio “como uma crença fixa e falsa da qual a pessoa não possa ser dissuadida, não importa quantas evidências apontem o contrário” (KOENIG, H. G. *Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, Suplemento 1, v. 34, p. 95-104, São Paulo, 2007, p. 99.).

⁸ DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia & saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 82.

⁹ DALGALARRONDO, 2008, p. 141-262.

¹⁰ MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

¹¹ MINAYO, 2001, p. 21-22.

lidaram com os atendidos no período de 2015-2016, tendo religião/religiosidade como elemento promotor para internação psiquiátrica.

No tocante ao tratamento dos dados coletados, optou-se pela análise de conteúdo para as questões abertas do questionário aplicado e das entrevistas realizadas. Lançou-se mão da análise de conteúdo de Laurence Bardin, que a toma como recurso para investigação em material qualitativo, “frequentemente necessário na prática habitual do psicólogo ou do sociólogo”¹².

Quanto à estrutura desta dissertação, há três seções de desenvolvimento. A primeira delas é específica da religiosidade na medida em que compromete a saúde mental da pessoa. Há uma subseção específica de conceituação de religião, religiosidade, fé e também de saúde mental e comportamental. Discorre-se num segundo momento os impactos nocivos, psicopatológicos, da religiosidade na saúde mental, resultante de má-fé religiosa. A segunda seção se restringe a discutir à luz da psiquiatria e da psicologia a cura de pacientes e o enfrentamento do problema advindo do fanatismo religioso. Para tanto, traz-se à baila o devido papel de profissionais da saúde mental. A terceira e última seção do desenvolvimento é a pesquisa de campo. Apresenta-se a metodologia utilizada (métodos, instrumentos), sujeitos, itinerário, coleta e tratamento dos dados e a análise, discussão e resultados destes. Para, além disso, o de praxe: conclusão e referências.

¹² BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977, p. 65.

1 RELIGIOSIDADE E COMPROMETIMENTO NA SAÚDE MENTAL

Esta seção se volta especialmente, *a priori*, a conceitos pertinentes à pesquisa, como os de religiosidade, religião, fé, saúde mental e aspectos comportamentais. Faz-se aqui uma revisão crítica sobre a literatura que trata desses conceitos com o fito de embasamento teórico pertinente à realização da pesquisa empírica que se encontra no terceiro segmento deste trabalho. Esclarece-se que todo ele gira em torno de religião, religiosidade e fé – fenômenos exclusivamente humanos, abordados de modo articulado “com distintos aspectos da saúde mental e de diferentes transtornos mentais”¹³ e comportamentais, muitos dos quais decorrentes da má-fé religiosa.

1.1 Conceituando termos

Convém que não se confunda religião com religiosidade nem esta com fé. Enquanto a religião, com seus mitos, rituais e dogmas é uma crença no sobrenatural, a religiosidade está no âmbito de práticas movidas por crenças relacionadas ou não a uma religião. A fé, por seu turno, é o ato de crer e fiar; sua experiência se dá pela confiança. Esses três conceitos foram apresentados neste capítulo. Têm eles íntima relação com o estado de saúde mental e saúde comportamental do ser humano. Assim, ainda na esfera dos conceitos, estão explorados estes dois últimos, no decorrer desta subseção.

Antecipa-se que as análises conceptivas aqui apresentadas se inserem nas relações históricas, culturais, sociais, políticas e econômicas e sua evolução já que esta investigação se dá nas Ciências das Religiões, um domínio de conhecimentos multi-, trans- e interdisciplinar. Saúde, por exemplo, não tem um significado homogêneo para todas as pessoas, épocas e lugares. Certos aspectos comportamentais também, que já foram considerados como sinal de doença no passado, hoje talvez não o sejam, como a masturbação, outrora interpretada como comportamento patológico cujo resultado – em razão da perda de proteína do esperma – era a desnutrição e “distúrbios mentais. [...] tratada por dieta, por

¹³ DALGALARRONDO, 2008, p. 15.

infibulação, pela imobilização do ‘paciente’, por aparelhos elétricos que davam choque quando o pênis era manipulado e até pela ablação da genitália”¹⁴.

1.1.1 **Religião, religiosidade, fé**

Data de tempos imemoriais o surgimento do fenômeno religioso, a ponto de se confundir com a própria origem humana. Questões existenciais do tipo *Quem sou eu?, De onde vim?, Para onde vou?* e outras do gênero são comuns a toda e qualquer cultura ainda que não sejam expressas assim de modo tão claro¹⁵. “É parte da nossa missão chegar à resposta para essas perguntas. Estamos constantemente sendo levados a questionar e a encontrar soluções para questões como essas”¹⁶, as quais implicam a busca de conceituação, mas não serão respondidas aqui à luz da filosofia como transcendência ao absoluto, mas como fato que a religião é: manifesto e inquestionável – um objeto de investigação assaz complexo e variável.

Jostein Gaarder, Victor Hellern e Henry Notaker asseguram a inexistência de registro de raça/tribo isento de alguma espécie de religião¹⁷. Mas esta muda de um contexto (cultural/histórico/regional) para outro. Não há consenso em sua definição. “Há religiões animistas, fetichistas, totemistas, manistas, politeístas, monoteístas, matriarcais, patriarcais, reencarnacionistas, religiões com um Deus perfeito e puro, outras com deuses instáveis e repletos de defeitos [...]”¹⁸ – ou seja: há uma pluralidade de religiões, tantas quanto as pluralidades sociais, políticas, econômicas, nas distintas esferas históricas, é o que explica Eliane Moura da Silva¹⁹, que concebe religião como produto histórico-cultural.

A religião vem despertando o interesse de cientistas há mais de um século e as pesquisas têm evidenciado que as populações estudadas possuem “um conjunto

¹⁴ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis: revista Saúde Coletiva*, v. 17, ano 1, p. 29-41, Rio de Janeiro, 2007, p. 28.

¹⁵ GOMES, Nilvete Soares; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 6, n. 2, p. 107-112, 2014, p. 109.

¹⁶ BABA, Sri Prem. *Propósito: a coragem de ser quem somos*. Rio de Janeiro: Sextante, 2018, p. 14.

¹⁷ GAARDER, Jostein; HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005, p. 8.

¹⁸ DALGALARRONDO, 2008, p. 20.

¹⁹ SILVA, Eliane Moura da. Entre religião, cultura e história: a escola italiana das religiões. *Revista de Ciências Humanas*, Viçosa, v. 11, n. 2, p. 225-234, jul./dez. 2011, p. 228.

de crenças em poderes sobrenaturais de alguma espécie”²⁰, o que os levam a afirmar ser a religião uma característica universal da cultura. Como se vê, até hoje, os homens mantêm seus cultos, seus rituais religiosos tentando conquistar/dominar por intercessão de orações, cantos, danças, oferendas, sacrifícios etc., o espaço do seu entorno não desvinculado da tecnologia²¹.

Todas as religiões se constituem por um conjunto de doutrinas/crenças/mitos para explicar “sobre a origem do cosmos, sobre o sentido da vida, sobre o significado da morte, do sofrimento e do além”²². Há um complexo de ritos e cerimônias que renovam os símbolos religiosos, além de uma sistemática ética, estruturada em leis, regras de conduta, proibições, expressas e codificadas não muito claras, para uma “comunidade de fiéis, com diferentes tipos de líderes e sacerdotes, que estão mais ou menos convencidos das crenças e que seguem os preceitos dessa religião”²³.

Dentre as inumeráveis interpretações sobre o termo, Jean-François Catalan explica que “a religião penetra no que há de mais profundo no ser humano, nos seus desejos, alargando seus horizontes ao invés de estreitá-lo em si próprio”²⁴. Mas alerta:

[...] a religião não se reduz de modo algum aos seus aspectos emocionais, sentimentais, subjetivos, e tampouco à sua dimensão social ou ao seu ritual. Trata-se, antes, de um ‘conjunto’ no qual intervêm crenças, práticas (rituais e éticas), sentimentos (posto que ela não exclui a afetividade), atitudes pessoais e sociais etc. Mas, através de tudo isso, trata-se principalmente de uma relação com um *além do homem*, com *um ser* (ou seres) do qual se diz que *ele* está (ou que eles estão), no tocante ao ser humano, numa relação de alteridade. Nessas condições, é natural reconhecer nesse *ser*, nesse *outro*, um caráter pessoal seja qual for a maneira pela qual essa ‘personalidade’ é entendida pelas diversas religiões²⁵.

Afinal, como fenômeno humano, simultaneamente a religião se insinua pelas várias áreas do conhecimento, e procura desse modo, instaurar determinada

²⁰ MARCONI, Marina de Andrade; PRESOTTO, Zélia Maria Neves. *Antropologia: uma introdução*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006, p. 151.

²¹ MARCONI; PRESOTTO, 2006, p. 151.

²² DALGALARRONDO, 2008, p. 23.

²³ WILGES *apud* DALGALARRONDO, 2008, p. 23.

²⁴ CATALAN, Jean-François. *O homem e sua religião: enfoque psicológico*. São Paulo: Paulinas, 1999, p. 15-16.

²⁵ CATALAN, 1999, p. 14.

psicopatologia informada e sensível culturalmente²⁶. Melhor detalhando, Dalgalarrondo esclarece que a religião é feita:

[...] da experiência humana nos seus limites, assim como de símbolos culturais, que constituem e alimentam, constroem e enriquecem, viabilizam nossos espíritos e nossa existência neste mundo. Todos, crédulos e incrédulos, de uma forma ou de outra, somos tocados pelo espírito da religião e dele dificilmente escapamos²⁷.

Aliás, “a religião é uma importante instância de significação e ordenação da vida, de seus reveses e sofrimentos. [...] um objeto privilegiado na interlocução com a saúde e os transtornos mentais”²⁸ e o paciente precisa ser considerado como sujeito²⁹.

A religião, para psicólogos, médicos demais estudiosos do âmbito da saúde, em especial no que tange a transtornos mentais, é um fenômeno humano contumaz, peculiar à subjetividade, portanto não deve ser negligenciado nem passar despercebido, pois pode ser essencial em situações de grande comoção para as pessoas, como falecimento de entes queridos, adoecimento delicado, incapacitação e falecimento³⁰. Ainda assim,

Alguns autores defendem que a existência de um ‘abismo religioso’ entre profissionais de saúde mental e seus pacientes pode ter contribuído para essa atitude negativa em relação à religiosidade. Psiquiatras e psicólogos tendem a ser menos religiosos que a população em geral. Além disso, profissionais de saúde não recebem treinamento adequado para lidar com questões religiosas na prática clínica. Por esse motivo, têm maiores dificuldades em entender pacientes com comportamentos e crenças religiosas³¹.

Enquanto se entende religião como uma composição de crenças e ritos por meio dos quais o homem é levado a se relacionar com o transcendente, a “Religiosidade é expressão ou prática do crente que pode estar relacionada com

²⁶ DALGALARRONDO, 2008, p. 16.

²⁷ DALGALARRONDO, 2008, p. 19.

²⁸ DALGALARRONDO, 2008, p. 16.

²⁹ É oportuno lembrar, no que tange à questão da influência da religião na saúde mental do homem, a leitura da obra, já anteriormente citada, *Influências da religião sobre a saúde mental*, de Francisco Lotufo Neto, Zenon Lotufo e José Cássio Martins. Ela é de suma relevância por resumir achados importantes e instigar mais investigações nesse âmbito de conhecimento.

³⁰ DALGALARRONDO, 2008, p. 16.

³¹ STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. (Orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*, p. 427-443. Belo Horizonte: Inede, 2008, p. 430.

uma instituição religiosa”³². Ou, conforme definições de Koenig adotadas por Julio Fernando P. Peres, Manoel José P. Simão e Antonia Gladys Nasello, a religião seria um sistema estruturado sobre crenças, rituais, práticas e símbolos configurados a fim de contribuir a aproximação do homem ao sagrado, transcendente³³.

Mas a religiosidade pode também não estar vinculada a certo sistema religioso institucionalizado. Dalgarrondo compara a laicidade da religiosidade a um intenso fascínio pelo seu teor de mistério, “uma atração indefinida pela dimensão poética da vida e do universo, uma percepção clara da insignificância do próprio eu e um desejo obscuro de transcendência, seja lá o que isso signifique”³⁴. Para ele, a religião é uma das grandezas mais notáveis e significativas (assim como concessora de significado) da subjetividade e da vivência humana cotidiana³⁵.

Como fato social que é religião/religiosidade se desenvolve em meio a cultura modelando comportamentos sustentados em nome de *verdades* não evidenciadas nem comprovadas, mas que auxiliam àqueles que a ela evocam pautar-se por determinados comportamentos para entender o mundo e o sentido da vida. É o que explica Danielle Baltazar quando diz que a religião faculta um melhor entendimento da “visão de mundo de uma sociedade, conduzindo o pensamento dos indivíduos em direção a uma construção de sentido e significado para suas experiências”³⁶. A religiosidade, por sua vez, faculta a elaboração de possibilidades plausíveis e aceitáveis, ordenando com sentido o transtorno fenomenal da experiência, permite que o sofrimento das pessoas tenha uma razão de ser³⁷. Assim, ela organiza as experiências subjetivas em vez de ficar alienada, ou no sistema defensivo.

Segundo os autores Stroppa e Moreira-Almeida,

A religiosidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo. Por outro lado, dependendo

³² GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 107.

³³ PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*, n. 34, supl.1, p. 136-145, 2007, p. 137.

³⁴ DALGALARRONDO, 2008, p. 17.

³⁵ DALGALARRONDO, 2008, p. 16.

³⁶ BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. *Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade?* Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 138 f. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003, p. 43.

³⁷ BALTAZAR, 2003, p. 38.

do tipo e uso das crenças religiosas, podem gerar culpa, dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica³⁸.

Remetendo-se a Lans, Peres, Simão e Nasello a religiosidade é reconhecida como uma poderosa fonte “para encontrar propósitos de vida, assim como para formular orientações cognitivas para avaliações e geração de comportamentos diante de situações vitais”³⁹.

Transcendendo a religião e a religiosidade, está a espiritualidade, numa dimensão mais abrangente. Ela não se constitui privilégio da religião ou de qualquer movimento religioso. “Ela é inerente ao ser humano. É a dimensão que eleva a pessoa para além de seu universo e a coloca frente às suas questões mais profundas, as que brotam da sua interioridade [...]”⁴⁰. Portanto, não é da competência da pessoa fazer opção pela espiritualidade, já que esta conta com mecanismos neurais, mas é possível oportunizar o seu desenvolvimento, ampliá-la para que o indivíduo seja capaz de melhor enfrentar eventos estressores e demais complicações da própria existência. A carência dessa capacidade pode deixá-lo em permanente estado de vulnerabilidade ao adoecimento seja físico seja emocional⁴¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1988, conceituando saúde de modo multidimensional agregou a dimensão espiritual, “remetendo a questões como significado e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa”⁴², pois passa a considerar aí a espiritualidade como o complexo das emoções e concepções de caráter não material, com o pressuposto de que há mais potencialidades no viver do que seja perceptível ou plenamente compreendido⁴³. Nesse sentido, Koenig, interpretado por Peres, Simão e Nasello, entende a “espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente”⁴⁴.

Volcan e outras acrescentam:

Tem-se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões

³⁸ STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 433.

³⁹ PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007, p. 141.

⁴⁰ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 109.

⁴¹ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 111.

⁴² OLIVEIRA, Márcia Regina; JUNGES, José Roque. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, ano 17, n. 3, p. 469-476, set./dez. 2012, p. 469.

⁴³ OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 469-470.

⁴⁴ PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007, p. 137.

como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa⁴⁵.

Tanto espiritualidade quanto religiosidade se configuram pelo enfoque predominantemente experiencial. A religião, por seu turno, se caracteriza pelo perfil institucional e doutrinário⁴⁶.

Em suma:

[...] espiritualidade, religiosidade e religião, não são realidades estanques ou desconectadas uma da outra. Compreende-se que são experiências inseparáveis, uma vez que uma dimensão complementa a outra e todas elas remetem a pessoa para a relação com o transcendente na busca de significados da vida. Cada uma dessas dimensões revela sua peculiaridade tendo em vista a experiência de cada indivíduo⁴⁷.

Também existe a fé, a plenitude de uma aderência a certo princípio que é tido, indubitavelmente, como verdade ainda que não tenha sido provado ou testado, mas apenas pela total confiança de se crer nele. Fé é a antítese da dúvida e irmã da esperança. Assim, quem crê aposta, lança-se, sem medo de errar, ao desconhecido. Mas a fé ora em discussão distingue-se do mero ato de crer, porque nela está a “vontade como elemento constitutivo e não sua causa, dado ao fato de que a vontade, assim como a cognição e o sentimento estão inclusos na fé, no entanto não a produz”⁴⁸, portanto não se restringe à fé religiosa, mas presume uma unidade focada no eu, no ser humano⁴⁹.

A comunidade científica não reconhece considerações fundamentadas na fé como critério procedente da fidedignidade de um princípio. Em geral, a fé tem procedência nas experiências particulares da pessoa e na sua bagagem cultural, e sua manifestação pode se dar mediante emoção e, portanto, isenta de argumentação racional. Mas a discussão no âmbito das Ciências das Religiões, cujo embasamento epistemológico tangencia a multidisciplinaridade do conhecimento científico, a fé antropológica não apagará a religiosa, para que se possa ver o ser humano como um *totem*: corpo/mente/espírito. Rosângela do Vale sublinha: “A

⁴⁵ VOLCAN, Sandra Maria Alexandre *et al.* Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*, v. 37, ano 4, p. 440-445, 2003, p. 441.

⁴⁶ OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 470.

⁴⁷ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 108.

⁴⁸ VALE, Rosângela Martins do. A dimensão da fé na perspectiva de Paul Tillich. V Congresso da ANPTECRE Religião, Direitos Humanos e Laicidade, 8p., v. 5 *Anais...*, 2015, p. 1.

⁴⁹ VALE, 2015, p. 1.

dimensão espiritual seria determinante na identidade e integralidade do ser humano, capaz de transcender livremente de forma criativa e responsável suas limitações”⁵⁰.

A fé antropológica não se reduz ao âmbito religioso, abrange o ser humano no seu todo, o estruturando mediante valores significativos para a sua vida; é ainda um princípio cognoscitivo que faculta ao indivíduo escolher um rumo perante outros tantos, com confiança fundamental e que pode vir a ser uma fé religiosa, relacionada com Deus. Assim, “a fé antropológica que tem a função de dar uma estrutura significativa à existência humana, hierarquiza os valores até alcançar um valor absoluto sob o qual se subordinam todos os demais”⁵¹. Há então esta fé primeira, inerente ao ser humano, a antropológica: ela dá sentido à vida no percurso de sua existência, portanto ateu ou religioso possuem fé. Mas a fé religiosa resulta de referências transcendentais embasadas em tradições⁵².

Sob concepções clínica e epidemiológica, convém considerar a repercussão que religião, religiosidade, espiritualidade e fé incidem sobre a saúde individual e coletiva, tanto física quanto mental – um fenômeno decorrente de diversos aspectos. “Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde, estão fatores como estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual”⁵³.
Melhor detalhando:

Doenças graves estão frequentemente relacionadas a comportamento e estilo de vida. Religiosidade desestimula comportamentos e hábitos nocivos como tabagismo, uso excessivo de álcool, consumo de drogas e comportamento sexual de risco. Estudos têm revelado que atividades religiosas, como envolvimento em cultos ou atividades voluntárias, estão associadas a melhor saúde física, particularmente quando ocorrem no ambiente da comunidade. Quando atividades religiosas não modificam o curso de doenças físicas ou prolongam a vida, elas podem melhorar a qualidade de vida e o propósito de viver⁵⁴.

Enfim, “As relações entre espiritualidade e saúde têm sido estudadas na perspectiva de que se possa construir uma compreensão que favoreça melhores tratamentos e contribua com a diminuição do sofrimento dos indivíduos”⁵⁵ –

⁵⁰ VALE, 2015, p. 3.

⁵¹ SEGUNDO, Juan Luis. *O homem de hoje diante de Jesus de Nazaré*. São Paulo: Paulinas, 1985, p. 32.

⁵² SEGUNDO, 1985, p. 33.

⁵³ STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 427.

⁵⁴ STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 439.

⁵⁵ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 111.

interesse deste trabalho, mas lembrando que entre os conceitos de religião, religiosidade, espiritualidade e fé não há fronteiras definidas, um interfere no outro de modo a se fazer uso indiscriminado deles quase sempre sem comprometer o conteúdo da mensagem.

Recorre-se novamente a Gomes, Farina e Dal Forno para o alerta que fazem sobre a interferência da religião no bem-estar e na saúde mental dos seres humanos, podendo tanto favorecê-los (“inserção em um grupo com o qual possa compartilhar valores e esperanças”⁵⁶) quanto prejudicá-los, (“quando os dogmas ocupam-se de culpabilizá-lo e regulá-lo em suas tentativas de encontros com o transcendente”⁵⁷).

Prosseguindo com conceituações, entram em foco, no tópico a seguir, as noções de saúde: mental e comportamental.

1.1.2 **Saúde mental e saúde comportamental**

O que é saúde? “Etimologicamente, saúde procede do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos (sanidade)”⁵⁸. Mas é trabalhoso explicar esse termo sem se remeter a outro: doença. Ademais, como toda e qualquer definição nunca satisfaz plenamente, estas também deixam a desejar, principalmente porque a saúde não se configura da mesma forma para todos os indivíduos. É preciso considerar época, lugar, classe social. Depende, ainda, de valores pessoais e de perspectivas científicas, religiosas, filosóficas⁵⁹, e o mesmo ocorre com a definição de doença. Esses conceitos vêm-se remodelando de geração em geração. Hoje, já não se ignoram o comportamento humano e as influências externas como determinantes fundamentais da saúde.

Em 1948, a OMS assim se manifestou: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”⁶⁰. Há nesse conceito uma idealização de saúde plena, o que a torna inalcançável mediante as

⁵⁶ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 110.

⁵⁷ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 111.

⁵⁸ SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, p. 15-16, jul./ago./set. 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2HhWXAj>>. Acesso em: 2 set. 2017, p. 16.

⁵⁹ SCLiar, 2007, p. 30.

⁶⁰ MEC. Secretaria de Educação Fundamental. *Saúde*. Disponível em: <<https://bit.ly/2MHxe53>>. Acesso em: 2 set. 2017, p. 65.

instabilidades do viver, pois ela não pode ser um *estado*, uma *permanência*. Estando consubstanciada à vida, o ser humano nunca será absolutamente saudável ou absolutamente doente, mas viverá circunstâncias de saúde/doença, conforme suas potencialidades, condições de vida e interação com elas⁶¹, ou seja, estará sempre vulnerável a frequentes mutações no decorrer de sua existência. Com efeito, “Não se pode compreender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levar em conta que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural”⁶².

E o que vem a ser doença? Ausência de saúde? Não é tão simples assim essa definição, não basta dizer que é o estado de desconforto físico; transcendendo a isso, atinge os componentes emocionais e sociais, ou seja, envolvem múltiplos aspectos causais, múltiplos fatores (psicológicos, sociais, biológicos). E, mesmo nesse esforço, não se atinge uma definição universal⁶³. Hoje, portanto, não se reduz os conceitos de saúde à falta de doença, e de doença à falta de saúde, mas considera-se, além disso, o bem-estar/mal-estar da pessoa, o que demonstra um avanço conceitual, pois,

No plano formal, porque é uma proposição positiva; no plano essencial, porque superou as dicotomias entre corpo e mente, natural e social, saúde e enfermidade, promoção e profilaxia, profilaxia e terapêutica, terapêutica e reabilitação; mas também porque possibilitou a emergência de políticas sanitárias mais úteis e eficazes. Além de situar a saúde como um estado positivo que podia ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado⁶⁴.

No tocante à saúde mental, durante séculos fora construído um imaginário social sobre adoecimento psíquico que gerava preconceito e humilhação para esse tipo de doente, pois a sociedade, imbuída de misticismo religioso, considerava o doente mental (o *louco*) como alguém possuído do demônio. Mas, atualmente, considera-se saúde/doença mental como conceitos emergentes da consciência de bem-estar grupal, coletivo, e “Anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do Normal, carecendo, portanto, de instrumental médico,

⁶¹ MEC, 2017, p. 65.

⁶² MEC, 2017, p. 65.

⁶³ ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Souza; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*, n. 24, p. 1-15, 2002, p. 1. Disponível em: <<https://bit.ly/30kiFem.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2017.

⁶⁴ SÁ JUNIOR, 2004, p. 15.

psicológico, filosófico, sociológico, antropológico, econômico e político para ser compreendido”⁶⁵.

Michel Foucault explica:

[...] que a experiência da loucura que se estende do século XVI até hoje deve sua figura particular, e a origem de seu sentido, a essa ausência, a essa noite e a tudo o que a ocupa. A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e neste caso verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de uma maneira mais completa e também mais perigosa essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir⁶⁶.

Saúde mental não é tão somente “ausência de transtornos psíquicos. Ela vai mais além. Ela fornece a nossa identidade social, a nossa possibilidade de transitar com autonomia pela vida”⁶⁷; é perceptível pelo comportamento da pessoa. Ela representa para o indivíduo um benefício que lhe propicia estar no mundo e vivê-lo de uma forma autodeterminada, inserido em seu espaço de representações⁶⁸. E, por isso, a noção de saúde mental está relacionada a uma rede de significações, é uma construção cultural – razão pela qual Foucault afirmara: “o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão”⁶⁹.

Para literatura especializada mais atualizada, “a saúde mental pode ser compreendida como um problema emocional, cognitivo, comportamental ou como uma realidade simbólica sócio-historicamente construída”⁷⁰. Ela também tem considerado a doença mental como um rompimento entre o sujeito/objeto – o que leva José Jackson Sampaio a afirmar que a saúde mental é aparential e a perscrutar a realidade da diacronia eu-mundo engendrada pela consciência⁷¹.

No decurso da formação das sociedades, estas:

[...] encontraram modos de reapropriação e os institucionalizaram, prevenindo a dor de o indivíduo enfrentar o estranhamento de si mesmo.

⁶⁵ SAMPAIO, José Jackson Coelho. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 98.

SAMPAIO, 1998, p. 88.

⁶⁶ FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978, p. 35.

⁶⁷ PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. *Saúde mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009, p. 18-19.

⁶⁸ MERHY *apud* PEREIRA; VIANNA, 2009, p. 19.

⁶⁹ FOUCAULT, 1978, p. 186.

⁷⁰ BARBOSA *et al.* Silvânia da Cruz. Saúde Mental em enfermeiros plantonistas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. In: ALVES *et al.*, Railda Fernandes. (Orgs.). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*, p. 217-241. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 223.

⁷¹ SAMPAIO, 1998, p. 98.

Doença mental não é a ruptura sujeito-objeto, sujeito-outro. A doença mental ocorre tendo por base a *representação da ruptura*, mas apenas quando falham os modos de *reapropriação socialmente* disponíveis, *legitimados*, satisfatórios. Instaura-se aqui um rompimento aparential eu-eu, em tantas qualidades diferentes⁷² (Grifos nossos).

Nesse sentido, a doença mental existe em decorrência de momentos significativos, pois o homem é um ser produtor de significados. Sampaio lembra que “Significar é uma palavra de origem latina composta de *signo* – marcar com um sinal, pôr um sinal em, imprimir, gravar – e *ficare*, do verbo *facio, feci, factum* – fazer, executar, criar, produzir, fabricar, trabalhar. A etimologia fala por si”⁷³. Assim é o ser humano: fadado a se expressar por meio de reproduções. Alienado, ele rompe o vínculo sujeito/objeto. Suas ações estão mediadas pelo outro (o objeto), por isso uma ruptura é dolorosa demanda a construção de alternativas de reapropriação do vínculo sujeito/objeto.

Quando falamos em sofrimento psíquico estamos falando em algum tipo de contradição entre subjetividade e objetividade, e quando falamos em doença mental estamos falando em antagonismo entre subjetividade e objetividade, uma ruptura aparential entre o eu e o mundo, entre o eu e o outro, já consubstanciado intrassubjetivamente, entre o eu e o eu, e nas tentativas de superar aquela ruptura aparential, dolorosa ameaça de ruptura real⁷⁴.

A OMS explica: quando se bloqueiam “rituais de recuperação sem maior sofrimento psíquico, estaremos no território da doença mental”⁷⁵. E aí vem o alerta da OMS: “Pessoas com transtornos mentais são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos”⁷⁶. Já o padrão de saúde mental, conforme José Jackson Sampaio, tem o seu “grau de reconhecimento entre vida e representação da vida”⁷⁷. O nível ótimo dessa saúde está condicionado à maior capacidade do indivíduo de tomar as próprias decisões e desempenhar práticas rotineiras que propiciam satisfação real de necessidades e objetivos. Ana Paula

⁷² SAMPAIO, 1998, p. 98.

⁷³ SAMPAIO, 1998, p. 98.

⁷⁴ SAMPAIO, 1998, p. 89.

⁷⁵ SAMPAIO, 1998, p. 99.

⁷⁶ OMS. *Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/30kiFem.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2017, p. 1.

⁷⁷ SAMPAIO, 1998, p. 92.

Amaral constatou haver vigorosos elos entre o estado emocional da pessoa e a sua saúde tanto física quanto mental⁷⁸.

Há um interesse da Psicologia pelo desenvolvimento da consciência sobre a Medicina Comportamental (surgida nos anos 60 do século XX), que, num campo interdisciplinar de investigação e de prática clínica, se ocupa da função do comportamento tanto na saúde quanto nas doenças triviais⁷⁹ e disfunções psicológicas, isto é, um modelo biopsicossocial. A Medicina Comportamental enfatizou a mudança de comportamentos objetivando “controlar as doenças físicas, sem inclusão da prevenção primária. Nesta primeira fase são também relevantes as aquisições e desenvolvimentos da Medicina Psicossomática”⁸⁰.

E do interior da Medicina Comportamental, emerge essa subespecialidade interdisciplinar: a Saúde Comportamental, que lida “com a habilidade de pessoas e grupos saudáveis de manterem a saúde e prevenirem doenças e disfunções”⁸¹. Ela se ocupa estritamente da promoção da Saúde, em pessoas ordinariamente saudáveis, numa expectativa de prevenção primária⁸². A saúde comportamental, então, é definida “como uma subespecialidade interdisciplinar que se ocupa especificamente da promoção da saúde, da prevenção da doença e disfunções em pessoas habitualmente saudáveis”⁸³. Ou, consoante Matarazzo,

Saúde comportamental é um campo interdisciplinar dedicado a promover uma filosofia da saúde que enfatiza a responsabilidade individual na aplicação de técnicas das ciências biomédicas e comportamentais na manutenção da saúde e na prevenção de doenças e disfunções através de uma variedade de atividades propostas ou de iniciativa própria do indivíduo⁸⁴.

⁷⁸ AMARAL, Ana Paula. *A importância da vulnerabilidade ao stress vulnerabilidade ao stress no desencadear de doença física e mental doença física e mental perante circunstâncias de vida adversas*. 244p. Tese (Doutorado em Ciências Biomédicas). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2008, p. 14.

⁷⁹ RIBEIRO, José Luís Pais. A Psicologia da Saúde. In: ALVES *et al.*, Railda Fernandes. (Orgs.). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*, p. 23-64. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 26.

⁸⁰ TEIXEIRA, José A. Carvalho. Psicologia da Saúde: Estado Actual e Perspectivas Futuras. *Análise Psicológica*, v. 2, ano X, p. 149-157, 1992, p. 149.

⁸¹ CUNHA, Andréa Lino e Silva. *Análise de trabalhos em Psicologia da Saúde produzidos pela Universidade de Brasília de 2011 a 2015*. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). 119 f. Universidade de Brasília (UnB). Brasília-DF, 2016, p. 22.

⁸² TEIXEIRA, 1992, p. 150.

⁸³ TEIXEIRA, José A. Carvalho; LEAL, Isabel. Psicologia da Saúde: contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, v. 4, ano VIII, p. 453-458, 1990, p. 453.

⁸⁴ MATARAZZO *apud* CARVALHO, Denis Barros de. Psicologia da Saúde Crítica no Contexto Hospitalar. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 33, ano 2, p. 350-365, 2013, p. 354.

Essa apreciação, porém, não é científica, mas sim ideológica; configura-se um discurso moral. De qualquer forma, é necessário um amplo debate acerca dos valores morais e éticos que justifique a tentativa de persuasão de pessoas para a mudança de comportamento⁸⁵, principalmente pelo fato de surgir em meados do século XX, segundo Teixeira, “uma nova epidemia, uma epidemia comportamental. De facto, constatou-se que, nos países desenvolvidos, as doenças que mais contribuíam para a mortalidade eram doenças com etiologia comportamental”⁸⁶. Houve a emergência de se buscar um novo modelo de integração mente/corpo. Assim,

A medicina psicossomática foi o primeiro desafio colocado ao modelo biomédico, desenvolveu-se a partir do início do século XX, desencadeada pela análise freudiana da relação entre mente e doença física, a propósito da ‘paralisia histérica’. A saúde comportamental salienta o papel desempenhado pelo comportamento na determinação do estado de saúde do indivíduo, aspecto também indicador da integração entre mente e corpo⁸⁷.

Ocorre que “o comportamento humano é complexo e depende de numerosos fatores. Fatores orgânicos, como a acuidade sensorial, a rapidez e a precisão das reações motoras, o equilíbrio neuro-hormonal etc.”⁸⁸. Acrescenta que “fatores psicológicos e psicossociológicos, como o meio cultural, o estilo educativo, as marcas deixadas pelos acontecimentos da infância, sem falar das condições de existência, do meio familiar, do tipo da sociedade em que se vive etc.”⁸⁹. Amaral, também nesse sentido, constatou que muitas pesquisas vêm apontando para a relevância das consequências de ocorrências traumáticas na infância interferindo posteriormente no equilíbrio emocional e na saúde mental da pessoa⁹⁰.

Neste novo milênio, os conceitos e políticas de saúde mental têm se orientado pelo enalço da cidadania, resgate da autonomia e igualdade social do indivíduo que sofre psiquicamente⁹¹. Com o surgimento da Psicologia da Saúde há uma evolução no tratamento dos doentes mentais, principalmente acerca de medicamentos controladores de comportamento do enfermo e de internações em hospitais psiquiátricos, os quais foram desaparecendo à medida que foram sendo

⁸⁵ CARVALHO, 2013, p. 354.

⁸⁶ AMARAL, 2008, p. 22.

⁸⁷ AMARAL, 2008, p. 23.

⁸⁸ CATALAN, 1999, p. 10.

⁸⁹ CATALAN, 1999, p. 10.

⁹⁰ AMARAL, 2008, p. 43.

⁹¹ PEREIRA; VIANNA, 2009, p. 22.

sucedidos por serviços de psiquiatria e demais serviços em hospitais gerais⁹². Para Teixeira, “O que interessa em Psicologia da Saúde é o sujeito pessoal e intersubjectivo e os seus funcionamentos afectivo, cognitivo, comportamental e social. Numa palavra: o sujeito, a família e o suporte social”⁹³.

Matarazzo define Psicologia da Saúde como:

[...] o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde⁹⁴.

Os profissionais especialistas no tratamento de doenças mentais passaram a ser solicitados nessas instituições gerais para atender pacientes portadores de doenças não mentais, porém com dificuldades de adaptação à própria doença ou às sequelas desta, ou ainda outras equivalentes⁹⁵. O estigma da doença mental, generalizada popularmente como loucura, começa a amainar. É, de fato, relevante que a saúde seja um fator interveniente nas populações para que, quando confrontadas com riscos, consiga manter o equilíbrio a despeito da rede de complexidade em que está envolvida.

Esta perspectiva torna-se fundamental quando se fala de saúde comportamental uma vez que, sendo quase impossível evitar o confronto das pessoas com os riscos, se torna de importância fundamental esta perspectiva da promoção das competências pessoais e sociais para um restabelecimento rápido de novos equilíbrios, cada vez mais complexos⁹⁶.

Hoje a saúde não se restringe à restauração e manutenção do equilíbrio, mas vai além. Ela está inserida também no âmbito das populações com vista a, confrontando-se “com os riscos, conseguir um rápido restabelecimento de um novo equilíbrio, saudável e cada vez mais complexo, com um mínimo de danos causado pela exposição aos factores de risco”⁹⁷ – uma perspectiva essencial no tocante à

⁹² RIBEIRO, 2011, p. 30.

⁹³ TEIXEIRA, 1992, p. 150.

⁹⁴ MATARAZZO *apud* PAIS-RIBEIRO, J.; LEAL, I. Psicologia da saúde: emergência e actualidade. In: LOPES *et al.*, M. (Coord.). *Psicologia aplicada*, p. 110-136. Lisboa: RH, 2011, p. 119-120.

⁹⁵ RIBEIRO, 2011, p. 30.

⁹⁶ CARVALHO, 2013, p. 453.

⁹⁷ MATOS, Margarida Gaspar de. Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, v. 3, ano XXII, p. 449-462, 2004, p. 453.

saúde comportamental. Em suma, a busca pela saúde plena é um anseio das populações em geral. Nesse sentido,

A Constituição legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde, assim como explicita o dever do poder público em prover pleno gozo desse direito. Trata-se de uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, baseada em princípios doutrinários que dão valor legal ao exercício de uma prática de saúde ética, que responda não a relações de mercado mas a direitos humanos:

- Universalidade: garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão.
- Equidade: direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade.
- Integralidade: a pessoa é um todo indivisível inserido numa comunidade⁹⁸.

Ocorre que é comum ao homem ocidental – em momentos de sofrimento, de doença – recorrer à religião como a um *pronto-socorro*, principalmente quando “em muitas situações em que os modelos tradicionais de cuidado não conseguem resolver todos os problemas demandados”⁹⁹. Nem sempre, porém, esse expediente é infalível. Inclusive, dependendo do grau de intensidade, a religiosidade pode causar impactos nocivos à saúde mental do ser humano, como se evidencia na seção subsequente.

1.2 Impactos nocivos da religiosidade na saúde mental

Epidemiologia da religião – eis a terminologia específica da área de investigação que relaciona saúde física e religião, cuja sistematicidade iniciou-se no início do século XX. Já no final desse século (1987), Levin e Schiller examinaram mais de duas centenas de pesquisas que mantêm a relação religião/saúde em geral. E os estudos foram se multiplicando com o tempo – circunstância que levou Levin ao seguinte questionamento: “há, de fato, uma associação entre saúde e religião, ela é válida e, finalmente, é causal?”¹⁰⁰. O autor chega a confirmar positivamente sua indagação. As investigações continuaram com muitos estudiosos sobre a relação causal: a proporcionalidade entre maior envolvimento religioso/melhor saúde.

⁹⁸ MEC, 2017, p. 67.

⁹⁹ SILVEIRA, Luana Silveira da; NUNES, Mônica de Oliveira. Para além e aquém de anjos, loucos ou demônios: Caps e Pentecostalismo em análise. *Cadernos Humaniza SUS*, v. 5, Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 172-173.

¹⁰⁰ DALGALARRONDO, 2008, p. 177.

Conforme Dalgarrondo tem-se como plausível a hipótese de que o comprometimento religioso fomentaria:

[...] ‘comportamentos relacionados ou promotores da saúde’, ‘estilos de vida’ (*life styles*) protetores que diminuiriam o risco de doenças e aumentariam a sensação de bem-estar. Inclui-se aqui, por exemplo, menor uso de tabaco e álcool, uma vida mais regrada, tipo de dieta, etc. Além disso, fatores de apoio como ‘rede social’, promovidos pelas comunidades religiosas, ajudariam os indivíduos atuando como *buffers* do estresse e aumentariam as capacidades de lidar com dificuldades (*coping*)¹⁰¹.

Também, saúde mental e transtornos mentais, bem-estar e qualidade de vida, associados à religião/religiosidade têm sido tema de pesquisas empíricas – ramo denominado *epidemiologia psiquiátrica da religião*¹⁰². Mas Dalgarrondo tem criticado a metodologia de viés positivista/cartesiano aplicada a pesquisas de componentes essencialmente subjetivos e complexos, dizendo faltar “uma trajetória de viabilização nas práticas concretas de pesquisa do dia a dia, e o ir e vir do empírico ao teórico cuja dialética faz amadurecer qualquer proposta de investigação científica”¹⁰³.

Apesar de os benefícios resultantes da religiosidade serem tantos, inclusive quando se trata da questão de saúde, quando beira ao fanatismo, os efeitos podem ser nocivos, conforme se verá nos tópicos a seguir em que se discute a má-fé religiosa dos que se aproveitam de doentes fragilizados em sua saúde mental e a psicopatologia oriunda da religiosidade.

1.2.1 **Religiosidade resultante da má-fé religiosa/manipulação do líder**

Um dos grandes problemas que envolvem a religiosidade é quando ela brota e se desenvolve resultante da má-fé de outrem – o que se dá em grande parte mediante o discurso manipulador de líderes/pregadores religiosos. Há de se levar em conta o que dizem Adorno e outros dos discursos dos agitadores, baseados num sistema rígido de um conjunto-padrão de *expedientes*, de um pequeno repertório de ideias que se repetem insistentemente, com proferimentos similares. Assim, pois, são os ingredientes fundamentais da técnica desses discursos: “a reiteração

¹⁰¹ DALGALARRONDO, 2008, p. 178.

¹⁰² DALGALARRONDO, 2008, p. 179-180.

¹⁰³ DALGALARRONDO, 2008, p. 243.

constante e a escassez de ideias”¹⁰⁴. Assim também os objetos se adaptam aos métodos, nunca o inverso. O indivíduo quer estar no controle de outrem, fazendo uso de palavras ou ações, impondo seus valores, suas crenças fazendo da religião a ferramenta de manipulação; por seu turno, o outro, dominado, tem a consciência restrita, é um codependente, incapaz de formular limites definidos de proteção do *self*, aceita cegamente as crenças¹⁰⁵.

Nesse desenrolar, a religião assume um caráter disfuncional, conduzindo o religioso ao dogmatismo, estreitando o seu pensamento e afunilando a sua liberdade e as suas oportunidades, de maneira a deformar a realidade, desagregar as pessoas e excitar o medo e a ansiedade¹⁰⁶ – um discurso religioso autoritário, em que não há troca, interação. A *voz de Deus*, veiculada por alguém autorizado para tal (padre, pastor, religioso com característica de líder), é soberana, indiscutível, arrebatadora, de modo que “o *eu* enunciador não pode ser questionado, visto ou analisado; é ao mesmo tempo o tudo e o nada. A voz de Deus plasmará as outras vozes, inclusive daquele que fala em seu nome: o pastor”¹⁰⁷. O eu persuasivo é invisível, não se fala com ele, apenas com o representante dele na Terra, criaturas de segundo grau como, por exemplo, os pastores, os quais, a despeito de não serem os donos da fala (uma vez que apenas a reproduzem ou a interpretam), passam aos ouvintes a impressão de sujeitos do discurso¹⁰⁸.

Enfim,

Há uma série de outros mecanismos que acentuam a persuasão no discurso religioso:

- uso do modo imperativo, o que revela a ideia de coisa pronta, acabada;
- o vocativo subjacente (creio), que afirma o chamamento ao sujeito;
- a função emotiva (afinal eu devo acreditar, ter fé. O problema da salvação está comigo, o Senhor é o exemplo a ser seguido);
- o uso de metáforas que acentuam o ciframento do discurso religioso: a mansão dos mortos e o ressuscitamento de todos só criam um jogo simbólico acerca do inusitado do dogma;
- uso intenso de parábolas e da paráfrase; de um lado, a evocação alegórica, e, de outro, a presença do texto bíblico;

¹⁰⁴ ADORNO *et al.*, Theodor W. Freudian theory and the pattern of fascist propaganda. *Gesammelte Schriften Bd*, v. 8, p. 407-432, 1972, p. 408.

¹⁰⁵ LOTUFO NETO, Francisco. *Psiquiatria e religião*: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. Tese (Livre Docência em Psiquiatria) 354 f. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria. São Paulo, 1997, p. 48.

¹⁰⁶ LOTUFO NETO, 1997, p. 30. Explica o ponto de vista de Spilka.

¹⁰⁷ CITELLI, Adilson. *Linguagem e persuasão*. 15. ed. São Paulo: Ática, 2002, p. 48.

¹⁰⁸ CITELLI, 2002, p. 48.

- uso de estereótipos e chavões que possuem a força daquilo que Umberto Eco chama de sintagmas cristalizados: ‘Oh! Senhor’, ‘todo-poderoso’, ‘criador’, ‘nosso Senhor’ etc.¹⁰⁹.

Persuadir é um evento mais incisivo do que o de convencer. Este fica no âmbito do pensamento; aquele, no da ação, pois seu discurso “se dota de recursos retóricos objetivando o fim último de convencer ou alterar atitudes e comportamentos já estabelecidos”¹¹⁰. O trabalho com a linguagem, nesse caso, garante o envolvimento do outro, que passa a crer e fazer o que o locutor difunde em seu discurso, o qual tem objetivos muito precisos. Os discursos de cura em nome de Deus, por exemplo, podem fazer com que o paciente abandone tratamento medicamentoso por estar mais amparado divinamente, pois entra em cena um elemento de suma relevância: a confiança no locutor, que garante a verdade ao paciente, que se apropria do discurso. “O efeito de sentido produzido é o de colocar no sujeito enunciador a origem do sentido”¹¹¹.

Algirdas Julien Greimas, na segunda metade do século XX, na França, lança seu projeto semiótico cuja (pre)ocupação é o texto: o que diz, como diz, para que diz – na tentativa de “construir-lhes os sentidos pelo exame acurado de seus procedimentos e recuperar, no jogo da intertextualidade, a trama ou o enredo da sociedade e da história”¹¹². Esta é a razão de, nesta dissertação, se optar pela semiótica de Greimas, pois ao tratar da teoria do texto se preocupa com a construção/geração/percurso deste no contexto a partir de três níveis de produção e interpretação do sentido: 1 Fundamental – primeira etapa, onde se instaura a significação mínima do texto, o básico para o estabelecimento do discurso. 2 Narrativo – “como se estrutura a sequência canônica, que compreende quatro fases (manipulação, competência, performance e sanção)”¹¹³. 3 Discursivo – nível mais complexo, o das relações estabelecidas “entre a instância da enunciação, responsável pela produção e pela comunicação do discurso, e o texto-enunciado”¹¹⁴; compreende as formas abstratas do narrativo.

¹⁰⁹ CITELLI, 2002, p. 52.

¹¹⁰ CITELLI, 2002, p. 41.

¹¹¹ BORBA, Patrícia Laubino. A inscrição do discurso do esquizofrênico no discurso religioso. *Linguagem & Ensino*, v. 11, n. 2, p. 393-417, jul./dez. Pelotas, 2008, p. 401.

¹¹² BARROS, Diana Luz Pessoa de. *Teoria semiótica do texto*. 4. ed. São Paulo: Ática, 2005, p. 10.

¹¹³ FAGUNDES, Renata Borba. Uma breve análise do percurso gerativo de sentido em uma tira de Magali. In: *SILEL*, v. 2, n. 2, p. 1-8. *Anais... do Uberlândia*: EDUFU, 2011, p. 2.

¹¹⁴ BARROS, 2005, p. 15.

É oportuno que se expliquem as fases do nível narrativo: 1 Manipulação – modo de intervenção discursiva do destinador sobre o destinatário com o propósito de levá-lo a fazer/querer fazer algo.

Na manipulação, o destinador propõe um contrato e exerce a persuasão para convencer o destinatário a aceitá-lo. O *fazer-persuasivo* ou *fazer-criar* do destinador tem como contrapartida o *fazer-interpretativo* ou o *crer* do destinatário, de que decorre a aceitação ou a recusa do contrato¹¹⁵.

2 Competência – manipulado, o destinatário se sente *capacitado para agir*¹¹⁶, habilitado para praticar a ação que lhe compete; “um sujeito atribui a outro um saber e um poder fazer”¹¹⁷. 3 Performance – realização da ação; “é a representação sintático-semântica desse ato, ou seja, da ação do sujeito com vistas à apropriação dos valores desejados”¹¹⁸. Miriam Cristina Rabelo, pesquisando sobre o Jarê (“uma variante do Candomblé de caboclo encontrada na Chapada Diamantina, região setentrional da Bahia”¹¹⁹), comenta sobre o discurso religioso:

O tema da expulsão de agentes causadores da doença ganha expressão durante a *performance* que se segue: o curador introduz uma série de cânticos em que nomeia distintos poderes responsáveis pela doença (exus, sombras de morto), chamando-os a deixar o corpo do doente. Mudanças no comportamento do doente durante este processo atraem grandemente a atenção da audiência na medida em que confirmam a realidade construída pelo curador¹²⁰.

4 Sanção – cumprida a ação vem a retribuição/recompensa, a sanção pragmática. O descumprimento da ação implica punição, descumprimento do contrato. Enfim, esse “é o momento de o destinador cumprir as obrigações assumidas com o sujeito, na hora da manipulação”¹²¹.

Para Greimas, a manipulação ocorre no texto de modos diferenciados:

1 Tentação – “domínio em que o destinador demonstra poder fazer o destinatário querer fazer, apresentando-lhe uma recompensa de algum modo irrecusável”¹²². 2

¹¹⁵ BARROS, 2005, p. 31.

¹¹⁶ BARROS, 2005, p. 29.

¹¹⁷ FIORIN, José Luiz. Sendas e veredas da semiótica narrativa e discursiva. *Revista Delta*, v. 15, n. 1, p. 177-207, 1999, p. 181.

¹¹⁸ BARROS, 2005, p. 29.

¹¹⁹ RABELO, Maria Cristina M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*, p. 47-56. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 50.

¹²⁰ RABELO, 1994, p. 50.

¹²¹ BARROS, 2005, p. 37.

¹²² TATIT, Luiz. A abordagem do texto. In: FIORIN, José Luiz (Org.). *Introdução à Linguística*. São Paulo: Contexto, 2002, p. 191.

Intimidação – “processo que põe em cena um destinador, dotado de um poder fazer (normalmente extradiscursivo), e o destinatário deve fazer a partir de algum tipo de ameaça”¹²³. Conforme Rosário,

O modo de manipulação se realiza através da imposição e, justamente, por criar uma desigualdade de condições entre os parceiros, baseia-se numa relação intransitiva, unilateral e utiliza-se das formas de intimidação ou tentação, fundamentadas na força, para alcançar a sua finalidade, que é o poder. Nesse modo estabelece-se um discurso monológico¹²⁴.

3 Sedução – fundamentada numa perspectiva cognitiva e organizada da formação do saber. O destinador faz o destinatário querer fazer, enaltecendo suas qualidades para tal. Um descarte à manipulação é entendido como desprezo aos predicados que lhe foram imputados¹²⁵.

A sedução, nesse ponto de vista, é uma via positiva do ‘fazer-fazer’ persuasivo, por parte do manipulador, e do ‘querer-fazer’, persuadido, por parte do manipulado. Ao mesmo tempo, em sua definição, Greimas equipara manipulação à comunicação, uma vez que coloca os dois termos como uma ação do homem sobre outro homem – um ‘fazer-fazer’. Para o autor, o processo comunicativo conforma-se sobre uma estrutura persuasiva, pressupondo a sujeição do destinatário. Não prevendo um ‘não-poder- não-fazer’, esse processo retira do destinatário o livre-arbítrio, transformando-o de sujeito em objeto-realizador das interpretações e das ações permitidas e previstas no contrato discursivo¹²⁶.

4 Provocação – “caso no qual o primeiro actante obtém com o seu saber fazer o dever fazer do destinatário, já que o leva a agir como única forma de refutar a depreciação que lhe foi imposta”¹²⁷.

As estruturas retóricas são expedientes utilizados para que algo ganhe a dimensão de verdade¹²⁸; exercem função relevante na manipulação ideológica de líderes religiosos para com os fiéis, principalmente quando estes se encontram fragilizados devido a algum problema por que passam. Sua vulnerabilidade poderá atingir uma paranoia, tornando-o submisso de modo acrítico a vultos de autoridade idealizadas (pastores, padres, rabinos), rejeitando severamente aos de visão oposta. Assim, “Idealizam e exaltam os líderes, defendendo suas faltas, mesmo que estas

¹²³ TATIT, 2002, p. 191.

¹²⁴ ROSÁRIO, Nísia Martins do. Mostrar e esconder: eterno jogo da sedução um estudo do discurso da sedução no corpo fotografado, p. 1-9. Disponível em: <<https://bit.ly/2YsNgVo>>. Acesso em: 12 set. 2017, p. 2.

¹²⁵ TATIT, 2002, p. 191.

¹²⁶ ROSÁRIO, 2017, p. 2.

¹²⁷ TATIT, 2002, p. 191.

¹²⁸ CITELLI, 2002, p. 10.

sejam óbvias. Estas características são evidentes em aderentes fanáticos de cultos e seitas, onde a obediência cega a um líder faz parte da dinâmica do culto”¹²⁹ – uma religiosidade resultante da má-fé religiosa, uma religião neutralizada cuja prática intenta obter vantagem do outro, manipulando-o; uma religião não funcional, que

[...] procura o controle social através da culpa, medo e vergonha. Encoraja os seguidores a adotar uma atitude de superioridade, de ser o dono da verdade e de julgar os outros. [...] Infelizmente, muitas pessoas sentem grande apoio e orientação, segurança e clareza neste ambiente, pois não precisam tomar decisões morais, apenas seguir a ‘linha do partido’ com fé e confiança¹³⁰.

Desse mesmo modo, o líder religioso incute ao fiel acometido por alguma doença a certeza de que a fé garante a cura por ele ser digno e merecedor da graça divina. Um discurso que pode levar o doente a pôr em prática o que lhe é pregado, deixando de obedecer às prescrições médicas, até mesmo de ir ao médico, por cair na sedução do discurso de seu líder que promete uma cura fácil e o fim do sofrimento. Autorizado pelas corporações, o discurso passa a valer às pessoas instituindo-lhes uma gama de condutas pessoais¹³¹.

Há uma retórica para isso.

Os recursos retóricos se encarregam de dotar os discursos de mecanismos persuasivos: o eufemismo, a hipérbole, os raciocínios tautológicos, a metáfora cativante permitem que projetos de dominação de que muitas vezes não suspeitamos possam esconder-se por detrás dos inocentes signos verbais¹³².

Rabelo exemplifica:

No ritual de cura o doente é persuadido a redirecionar sua atenção a novos aspectos de sua experiência ou a perceber esta experiência segundo nova ótica. A cura consistiria, assim, não no retorno ao estado inicial, anterior à doença, mas na inserção do doente em um novo contexto de experiência¹³³.

Uma estratégia da manipulação do discurso religioso que diz respeito à retórica é a *acumulação*: uma de suas figuras que tem acentuado poder de persuasão. Sueli Maria Ramos da Silva a define como “uma figura de pensamento na qual predomina a sequência e emparelhamento de termos linguísticos

¹²⁹ ADORNO *et al. apud* LOTUFO NETO, 1997, p. 45-46.

¹³⁰ LOTUFO NETO, 1997, p. 31.

¹³¹ CITELLI, 2002, p. 41.

¹³² CITELLI, 2002, p. 41.

¹³³ RABELO, 1994, p. 49.

pertencentes à mesma esfera conceitual, a que associamos o conceito de isotopia”¹³⁴. Propriedade vinculada ao discurso, a *isotopia* (um termo da Física) semioticamente expressa “a permanência de um efeito de sentido ao longo da cadeia do discurso”¹³⁵. Assim, cabe a ela a responsabilidade “pela unicidade de significação de um texto e pela homogeneidade dos significados, garantida, não raro, pela originalidade e pela redundância”¹³⁶. Ou seja: repete-se uma quantidade mínima de signos necessária para comunicar uma mensagem, o que é possível se verificar por meio da anáfora com a retomada de uma unidade semântica ou da catáfora com a sua antecipação. Desse modo, “O enunciado da *ladainha* apresenta diversas isotopias figurativas que correspondem a uma mesma isotopia temática (tema da intercessão e proteção divina)”¹³⁷.

Theodor W. Adorno e outros explicam que o líder é aquele que tem o “poder” decifrador de carências e desejos psicológicos dos seguidores porque se faz passar psicologicamente por um deles. E, nesse ponto, há uma identidade entre eles que os une. O líder, assim apoderado, profere o que subjaz neles com destreza e intrínseca superioridade. Expediente que se dá geralmente pelo famoso fascínio da oralidade, caracterizada aqui como uma compulsão ininterrupta suficiente para o engodo dos outros. Esse discurso mágico, quase sempre desprovido de racionalidade, está imbuído do potencial necessário para subjugar os sujeitos a fiéis da multidão¹³⁸.

Essa espécie de sugestão manipuladora do inconsciente é fundamental para atingir os fins propostos. O líder faz uso da psicologia de massas, um dos fatores de um sistema de fato impositivo, como meio de domínio para enfrentar a resistência da racionalidade das massas. O líder expressa o discurso elogioso da força, mas maquiado de uma fraqueza sua como humano que é – sinal utilizado

[...] particularmente quando implora por contribuições financeiras, expediente que, por certo, é habilmente ligado à ideia de força. Para cumprir com sucesso as disposições inconscientes de seu público, o agitador, por assim dizer, simplesmente exterioriza seu próprio inconsciente. A síndrome peculiar de caráter existente nele permite que ele faça perfeitamente isso possível, e a experiência o ensinou a explorar essa faculdade, de maneira semelhante ao ator ou certo tipo de jornalista, que sabe vender suas

¹³⁴ NOGUEIRA, Fernanda Ferreira Marcondes. Isotopia temática e figuratividade em "Eis os amantes" e "Intradução" de Augusto de Campos. *Estudos Semióticos*, n. 3, p. 1-12, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2HlnQlv.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017, p. 3.

¹³⁵ NOGUEIRA, 2017, p. 3.

¹³⁶ NOGUEIRA, 2017, p. 3.

¹³⁷ SILVA, Sueli Maria Ramos da. *Discurso de divulgação religiosa: semiótica e retórica*. Tese (Doutorado em Linguística) 337 f. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, p. 72.

¹³⁸ ADORNO *et al.*, 1972, p. 426-427.

inervações e sensibilidade. Sem saber disso, ele é capaz de falar e agir de acordo com a teoria psicológica, pelo simples motivo de a teoria psicológica ser verdadeira. Tudo o que ele tem de fazer para acionar a psicologia de seu público é explorar perspicazmente a sua própria psicologia¹³⁹.

O que reforça ainda mais o objetivo do líder é fazer do discurso apelativo a própria profissão, seu meio de subsistência – o que é possível àqueles que se destacam da seleção natural pela eficiência e frutos que dela se colhem, na aplicação da *psicologia dos consumidores*, garantindo a sua sobrevivência entre os muitos que tentam o mesmo e não têm o talento suficiente para tal. Constata-se, pois, que os apelos dos líderes sobreviventes desse empenho são permeados de apelos padronizados do mesmo modo como funcionam as eficientes propagandas veiculadas pelas mídias que promovem o produto como fundamentalmente valioso¹⁴⁰.

Trata-se de uma padronização que por sua vez se ajusta à maneira de pensar estereotipada; isto é, com a 'estereopatia' daqueles que, marcados pelo desejo infantil de repetição inalterada e sem fim, são suscetíveis a essa propaganda. É difícil prever se essa tendência psicológica impedirá os expedientes padrão dos agitadores de se tornarem ineficazes, devido ao excesso de aplicação¹⁴¹.

Se a religião é benéfica ou prejudicial, é controvérsia que continua desde o diagnóstico de *Loucura religiosa* e das ideias de Freud sobre neurose universal¹⁴². Algumas pessoas consideram-se ajudadas pela religião e a escolhem como um caminho de crescimento, enquanto que para outras ela é uma fonte de estresse que pode resultar em transtorno mental, em psicopatologia – ponto a ser discutido no tópico seguinte.

1.2.2 *Psicopatologia em decorrência da religiosidade*

Discorrer sobre a religiosidade pelo enfoque da psicopatologia, carece de tomá-la tanto pela característica contemporânea da ausência de fé quanto, sobretudo, pelo seu uso como recurso de preenchimento de outra vacuidade do ser humano. Nessa subseção, considera-se a assistência especial do evento da

¹³⁹ ADORNO *et al.*, 1972, p. 427.

¹⁴⁰ ADORNO *et al.*, 1972, p. 428.

¹⁴¹ ADORNO *et al.*, 1972, p. 428.

¹⁴² LOTUFO NETO, 1997, p. 30.

religiosidade enraizada na população brasileira e sua manifestação na representação psicopatológica, pois quase sempre não há uma fronteira que estabelece os limites entre religiosidade e psicopatologia.

Cornelius Castoriadis inclui a religião como *instituição* das sociedades contemporâneas do mundo ocidental, juntamente com saúde, educação, linguagem, Estado. É instituição por ser algo instituído, cristalizado, ideologizado, a ordenar as relações sociais, objetivando e legitimando valores. A tendência da cristalização das instituições dissimula interesses legitimadores da concepção e manutenção institucionais e o seu processo de institucionalização¹⁴³. Como instituição que é a religião se insere numa área de tensões a ponto de as religiões pentecostais conceberem a loucura como um estado de possessão demoníaca, o que as faz mobilizarem rituais de exorcismo¹⁴⁴.

Lotufo Neto distingue a religiosidade como melhor agenciador de saúde (ou não) dependendo da orientação: se extrínseca (associação a dogmatismo e autoritarismo) ou se intrínseca (associação à responsabilidade). Apoiando-se nas revisões bibliográficas que fizeram Masters e Bergin, Lotufo Neto menciona este repertório:

- Religiosidade intrínseca correlacionou positivamente, e extrínseca negativamente com percepção empática, autoconsciência, e estado interior de consciência ('internal state of awareness').
- Religiosidade intrínseca teve correlação negativa, e a extrínseca positiva com medidas de personalidade narcisista, superioridade, arrogância, estar voltado para si mesmo e autoadmiração.
- Religiosidade intrínseca apresentou, também, correlação positiva com:
 - tolerância, autocontrole, flexibilidade, ser ativo em situações de problema, capacidade de criar alternativas, escores altos em medidas de responsabilidade, e maior preocupação com padrões morais, consciência, e disciplina.
 - tendência a negar que o passado é o fator determinante do comportamento atual, sugerindo maior possibilidade de mudanças no comportamento.
 - maior capacidade de enfrentar situações de estresse e de adotar uma abordagem integrada do ponto de vista cognitivo.
 - sentimento de autoeficácia e autoestima¹⁴⁵.

Complementando o rol acima, Lotufo Neto, em relação à saúde mental, faz um resumo da correlação entre religiosidade intrínseca/extrínseca desta forma: intrínseca, negativamente “com dogmatismo, pensamento irracional,

¹⁴³ CASTORIADIS, Cornelius. *Figuras do pensável: as encruzilhadas do labirinto*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004, p. 45.

¹⁴⁴ SILVEIRA; NUNES, 2015, p. 164.

¹⁴⁵ LOTUFO NETO, 1997, p. 34-35.

insegurança”¹⁴⁶; extrínseca, positivamente “com dogmatismo, pensamento irracional, sentimentos de impotência, medo da morte, e negativa com tolerância”¹⁴⁷.

Já em relação à religião/saúde, Lotufo Neto a considera enganosa se tomadas sob perspectivas dicotômicas que desconsideram formas plurais de práticas da religião e de concepções de saúde mental. O processo de tratamento de pacientes por psiquiatras e psicoterapeutas requer conhecimentos sobre particularidades das formas de religião: quais “podem conduzir a uma saúde mental madura e saudável e quais as que podem ser prejudiciais ou patológicas. A religião pode ser um abrigo, um perigo, uma terapia, uma expressão ou uma supressão de doença mental”¹⁴⁸.

Para corroborar a afirmação acima e complementá-la, os autores Lotufo Neto, Lotufo Jr. e Martins citam, primeiramente, o rol dos principais argumentos apresentados por John F. Schumaker¹⁴⁹ ao compilar estudos de pesquisadores que consideram a religião como fator prejudicial à saúde:

- a. Gera níveis patológicos de culpa.
- b. Promove o autodenegrir-se e diminui a autoestima, através de crenças que desvalorizam nossa natureza fundamental.
- c. Estabelece a base para a repressão da raiva.
- d. Cria ansiedade e medo através de crenças punitivas (por exemplo: inferno, pecado original, etc.)
- e. Impede a autodeterminação e a sensação de controle interno, sendo um obstáculo para o crescimento pessoal e funcionamento autônomo.
- f. Favorece a dependência, conformismo e sugestionabilidade, com o desenvolvimento da confiança em forças exteriores.
- g. Inibe a expressão de sensações sexuais e abre caminho para o desajuste sexual.
- h. Encoraja a visão de que o mundo é dividido entre ‘santos’ e ‘pecadores’, o que aumenta a intolerância e a hostilidade em relação ‘aos de fora’.
- i. Cria paranoia com a ideia de que forças malévolas ameaçam nossa integridade moral.
- j. Interfere com o pensamento racional e crítico¹⁵⁰.

Nessa mesma linha de intelecção estão Freire e Moreira, autores que veem um vínculo na rejeição ou busca da religião com a “cultura individualista, geradora de um vazio, a ser preenchido seja pelo consumo seja pela religião”¹⁵¹ e assim as

¹⁴⁶ LOTUFO NETO, 1997, p. 35.

¹⁴⁷ LOTUFO NETO, 1997, p. 35.

¹⁴⁸ LOTUFO NETO, 1997, p. 33.

¹⁴⁹ Como fora citado enfaticamente, nesta subseção, por autores diferentes, convém que se esclareça quem é John F. Schumaker: psicólogo clínico aposentado, acadêmico, autor e crítico social.

¹⁵⁰ LOTUFO NETO; LOTUFO; MARTINS, 2009, p. 140.

¹⁵¹ FREIRE, José Célio; MOREIRA, Virginia. Psicopatologia e religiosidade no lugar do outro: uma escuta levinasiana. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 93-98, 2003, p. 94.

manifestações psicopatológicas permanecem associadas, ora mais ora menos, à religião, muitas vezes pelas consequências de sua falta, por meio da falta de fé que assola muitas sociedades ocidentais atuais¹⁵².

As características indicadoras de raízes patológicas – segundo Salzman são:

- Crença intensa, irracional e de curta duração na nova doutrina.
- Preocupação maior com a forma da doutrina do que com os princípios éticos e morais envolvidos.
- A atitude em relação à crença anterior não é moderada, nem apresenta compaixão; porém, cheia de ódio, desprezo e malevolência.
- Intolerância contra os que ‘se desviam’.
- Zelo proselitista intolerante, que aliena, ao invés de atrair outros.
- Necessidade de martírio para provar a devoção¹⁵³.

Outrossim, quando o religioso se apega excessivamente ao princípio teológico, tomando-o *ipsis litteris*, ele pode extrapolar os limites religiosos e adentrar a obscura seara da patologia. Eis que nessa aderência inflexível é acometido do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em tal conjuntura, emerge culpa. De que modo? “A culpa pode ser genuína (uma tentativa de gerar atividade para refazer ou superar o comportamento que a produziu), ou (patológica, um mecanismo para fugir da responsabilidade e evitar alterar o próprio comportamento)”¹⁵⁴. Mas, como assim *fugir da responsabilidade e evitar alterar o próprio comportamento?* Naturalmente apoiando-se nos preceitos religiosos (*ipsis litteris*) que justificam o porquê de manter o tipo de conduta que vem mantendo, que é a única considerada, por esse tipo de religioso, absolutamente certa.

Mas, a maior parte de pesquisas publicadas sobre a temática em tela apresenta o aspecto positivo da religião ainda que se constatem no cotidiano da psiquiatria aqueles que sofrem um fardo moral exacerbado e opressor dos sistemas religiosos, conforme afirma Irisomar Silva. O autor inclui aí os estigmatizados, conceituados por parcela mais supersticiosa da sociedade como portadores de determinada maldição hereditária¹⁵⁵. Ele admite que muitos, “Ao invés de se tratarem, oram, rezam, fazem trabalhos em busca de uma suposta libertação de uma mazela herdada dos antepassados”¹⁵⁶. Para Silva,

¹⁵² FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 94.

¹⁵³ SALZMAN *apud* LOTUFO NETO, 1997, p. 43.

¹⁵⁴ LOTUFO NETO, 1997, p. 42.

¹⁵⁵ SILVA, Irisomar Fernandes. *Introdução às práticas psicanalíticas*. Vila Velha: Cetapes, 2014, p. 23.

¹⁵⁶ SILVA, 2014, p. 23.

Clinicamente, os que se prendem aos tabus demonstram muitas dificuldades relacionais saudáveis, pois, sempre estão com medo de ferir os princípios dos deuses ou de suscitarem a fúria dos demônios. Tais comportamentos neuróticos afetam a qualidade de vida, podendo a partir daí oportunizar o avanço de ‘doenças oportunistas’, que se acumulam em forma de somatizações, tendo na ansiedade e no medo as portas de entrada, por onde passarão e poderão instalarem-se de forma avassaladora¹⁵⁷.

Recorrendo-se, novamente, aos autores Lotufo Neto, Lotufo Jr. e Martins – os quais, por sua vez, novamente, citam John F. Schumaker, mas agora abordando, em polo oposto, argumentos de outros pesquisadores que pesquisou e que consideram a religião como fator benéfico à saúde. Arrola-se, assim, mais uma lista:

- a. Reduz a ansiedade existencial ao oferecer uma estrutura cognitiva que ordena e explica um mundo que parece caótico.
- b. Oferece esperança, sentido, significado e sensação de bem-estar emocional.
- c. Ajuda as pessoas a enfrentarem melhor a dor e o sofrimento, através de um fatalismo reassegurador.
- d. Fornece soluções para uma grande variedade de conflitos emocionais e situacionais.
- e. Soluciona o problema perturbador da morte, através da crença na continuidade da vida.
- f. Dá às pessoas uma sensação de poder e controle, através da associação com uma força onipotente.
- g. Estabelece orientação moral que suprime práticas e estilos de vida autodestrutivos.
- h. Promove coesão social.
- i. Fornece identidade, satisfazendo a necessidade de pertencer, ao unir as pessoas em torno de uma compreensão comum.
- j. Fornece as bases para um ritual catártico coletivo¹⁵⁸.

Freire e Moreira também se embasam em John F. Shumaker para dizerem que estudos que versam sobre a psicopatologia da depressão apontam que a crença e a prática da religião são propícios a reduzir a manifestação desta doença¹⁵⁹. A religiosidade direciona a concepção do sofrimento sob uma ótica diferente, isto é, numa cosmovisão religiosa; por seu turno, o vínculo aos grupos de praticantes religiosos remete o indivíduo a “interações sociais, formação de grupos e redes sociais, solidariedade e estímulo a atitudes cooperativas”¹⁶⁰. E, se analisada sob o ângulo de pacientes que têm sua saúde mental comprometida, pode-se supor,

¹⁵⁷ SILVA, 2014, p. 24.

¹⁵⁸ LOTUFO NETO; LOTUFO; MARTINS, 2009, p. 104-105.

¹⁵⁹ FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 94.

¹⁶⁰ BALTAZAR, Danielle Vargas; SILVA, Claudia Osorio da. O que a saúde mental tem a ver com religiosidade?, p. 75-97. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 6, n. 14, 2014, p. 78.

inclusive, tratar-se de uma experiência de caráter numinoso¹⁶¹, que produz modificações na consciência e, portanto, também no modo de “compreender, interpretar e enfrentar o sofrimento mental”¹⁶².

É assim então que Baltazar e Silva reconhecem a interferência da religião dos que a ela recorrem: sentido à vida, compreensão ao mundo, guia à vida, estruturação às práticas cotidianas. Rose Murakami e Claudinei Campos também veem a religião como fenômeno propício ao “tratamento do paciente com doença mental, por proporcionar continência emocional e social e ensinamentos de costumes que incentivam a qualidade de vida”¹⁶³. Continuando, os autores dizem:

O apoio oferecido pelas instituições religiosas e a possibilidade de inserção do paciente numa rede de relações sociais é muito importante no contexto da saúde mental, visto que o paciente psiquiátrico é marcadamente excluído das relações sociais em decorrência do adoecimento, e que muitas vezes, tem seus laços sociais reduzidos ao hospital psiquiátrico ou à instituição de tratamento.

O paciente encontra nas instituições religiosas, muitas vezes, uma aceitação irrestrita e uma valorização do seu discurso, porque esses locais oferecem atenção e cuidado mútuo, se revelando mais próximos dos pacientes por oferecerem uma possibilidade de inserção em relações sociais que extrapolam o hospital, além de permitirem o enfrentamento de alguns impasses do cotidiano através da rede de apoio social que estabelecem entre seus fiéis¹⁶⁴.

Sob prisma similar Silveira e Nunes reconhecem que a religião, para muitos, é uma forma de inclusão social, possibilitando o restabelecimento do quadro disruptivo de sofrimento psíquico, espelhando que as categorias não são unívocas nem homogêneas¹⁶⁵ e, por certo, favorecendo a melhora da depressão. Sob este aspecto, “Calcula-se que cerca de 340 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e 29 milhões por demência” (dados de 2005)¹⁶⁶. Alertou-se que a tendência desses números seria crescer significativamente. Passaram-se 12 anos e no dia 3 de abril de 2017, em

¹⁶¹ Termo cunhado por Rudolf Otto. O autor pretendeu com esse termo distinguir o sagrado na sua vertente não-racional. “Se *lumen* pode servir para formar luminoso, *numen* pode formar o numinoso”. OTTO, Rudolf. *O Sagrado: um estudo do elemento não-racional na ideia do divino e a sua relação com o racional*. São Bernardo do Campo: Imprensa Metodista, 1985, p. 12.

¹⁶² BALTAZAR; SILVA, 2014, p. 78.

¹⁶³ MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, ano 2, p. 361-317, mar./abr., 2012, p. 361.

¹⁶⁴ MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 364.

¹⁶⁵ SILVEIRA; NUNES, 2015, p. 174.

¹⁶⁶ OMS, 2005, p. 1.

comemoração ao Dia Mundial da Saúde (7 de abril), “o lema da campanha mundial é ‘Depressão: vamos conversar’”¹⁶⁷.

Mas, afinal, por que a depressão vem crescendo aceleradamente num mundo em que o progresso com as tecnologias de ponta descortina para muitos não só o fascínio de tantas magias, mas, sobretudo um conforto inimaginável? Ocorre que “Nossas instituições, quadros de referência, estilos de vida, crenças e convicções mudam antes que tenham tempo de se solidificar em costumes, hábitos e verdades ‘autoevidentes’”¹⁶⁸. Tudo flui nada permanece, nada é para sempre, nem as amizades se solidificam. Daí a denominação metafórica *modernidade líquida* atribuída à pós-modernidade, isto é, à contemporaneidade, por Zygmunt Bauman, conhecido como *profeta da pós-modernidade*¹⁶⁹. Em meio a tamanha instabilidade ainda não se sabe a intensidade das consequências que tal conjuntura pode causar ao ser humano. Sabe-se, porém, que está difícil pensar qualquer aspecto da vida a longo prazo. Assim,

O chão onde piso pode, de repente, se abrir como num terremoto, sem que haja nada no que me segurar. A maioria das pessoas não pode planejar seu futuro por muito tempo adiante. Os acadêmicos são ainda umas das poucas pessoas que têm essa possibilidade. Na maioria dos empregos podemos ser demitidos sem uma palavra de alerta¹⁷⁰.

Sem usar o termo *depressão*, Bauman caracteriza circunstâncias propícias de sua formação e fixação. Não se quer dizer com isso que o que caracteriza o povo brasileiro é a falta de fé. Pelo contrário: “o Brasil vive um efervescente processo ligado à espiritualidade”¹⁷¹. E, num âmbito mais abrangente, ou melhor, no mundo ocidental, em meio à já referida modernidade líquida tem se vivenciado a chamada *crise da religiosidade*, contribuindo sobremaneira pela crise da saúde mental, ora pela baixa da religiosidade, ora pelos seus usos e abusos, encontrados hoje, no Brasil, em alguns segmentos sociais¹⁷².

¹⁶⁷ OPAS/OMS. *Tema do Dia Mundial da Saúde de 2017, depressão é debatida por especialistas em evento na OPAS/OMS*. Disponível em: <<https://bit.ly/2YwdxSL>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

¹⁶⁸ PALLARES-BURKE, Maria Lúcia Garcia. Entrevista com Zygmunt Bauman. **Tempo social**, v. 16, n. 1, p. 301-325, 2004, p. 302.

¹⁶⁹ A complexidade do problema ora pesquisado é tamanha que demanda do pesquisador voos para outros campos epistemológicos transcendentem à especificidade psicopatológica e religiosa, mas voltando sempre ao objeto da pesquisa.

¹⁷⁰ PALLARES-BURKE, 2004, p. 304.

¹⁷¹ FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 94.

¹⁷² FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 95.

Na verdade, não é a religiosidade a *ovelha má* desencadeadora de transtornos mentais, de psicopatologias, mas sim o mau proveito dela, o fanatismo, por exemplo, o desequilíbrio na intensidade de absorção dela e o modo literal de sua interpretação. Enfim, a relatividade é a medida do bom senso. Tudo o que sai, em exagero, do prumo, da regularidade, é anormal, ou seria loucura no entendimento de Foucault:

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra¹⁷³.

Posta essa discussão, avança-se para a segunda parte do desenvolvimento do trabalho que adentra mais no cerne do problema, discutindo com maiores detalhes a atuação dos profissionais da saúde nos domínios da psiquiatria e da psicologia acerca de cura e enfrentamento religioso.

¹⁷³ FOUCAULT, 1978, p. 35.

2 CURA E ENFRENTAMENTO RELIGIOSO

Muitas pessoas, inquietas com a salvação de sua alma costumam se apegar à religião com demasiado rigor que ultrapassa o bom senso e pode atingir um estado doentio. Os iluministas manifestaram essa condição humana na obra *Encyclopédie* exemplificando-a, no verbete *melancolia*, com a citação de alguns casos em pregadores extremados argumentando sobre castigos aos infratores da lei, pessoas de espírito fraco¹⁷⁴. Assim,

Observou-se, no Hospital de Montélimar, várias mulheres atacadas de mania e melancolia em seguida a uma missão que estivera na cidade; eram continuamente assombradas por pinturas horríveis que impensadamente lhes tinham sido mostradas, só falavam em desespero, vingança, punição, etc., e uma, entre outras, não queria tomar remédio algum, acreditando estar no Inferno, e que nada poderia apagar o fogo pelo qual dizia estar sendo devorada. Há muito tempo, os médicos já temiam os efeitos de uma devoção demasiado severa, ou de uma crença muito acentuada¹⁷⁵.

Embasada especialmente na Psiquiatria e na Psicologia, esta parte do trabalho analisa a questão da religião como promotora de internações psiquiátricas; ela compõe-se de duas subpartes: na primeira, o olhar se volta à cura e enfrentamento religioso de pacientes psiquiátricos e psicológicos; na segunda, o foco se volta para os profissionais da saúde mental, quais são suas características na prática cotidiana de suas funções e qual o perfil ideal deles.

2.1 Perspectiva psiquiátrica

Influenciada pela fenomenologia de Hurssel, a Psiquiatria Clínica surge, na França, com Phillipe Pinel (1745-1826), cujos princípios de tratamento tornam-se mais humanizados para os alienados mentais, passando-se a desacorrentar os loucos, em Paris, no século XVIII, mas a loucura continuava gerando perturbações aos outros levando o conhecimento sobre ela a avançar-se.

Assim, em 1900, surge a Psiquiatria Clássica com Morel, Falrete Bayle, discriminando as doenças mentais. Com o método bio-psíquico – dentre cujos mentores se encontra Freud –, a Psiquiatria vai se estruturando, centrando-se no

¹⁷⁴ *Encyclopédie* verbete “melancolia” apud FOUCAULT, 1978, p. 402.

¹⁷⁵ *Encyclopédie* verbete “melancolia” apud FOUCAULT, 1978, p. 402.

sujeito e em sua singularidade e dando à loucura explicações de distintas ordens, em razão de uma disfunção biológica. Freud, porém, vai além dessa abordagem; também não a concebe resultante de crença em possessão espiritual. Freud ultrapassou Pinel por renovar a neurologia inscrita na hereditariedade e reevocar o sexo. Hoje essa psicopatologia (loucura) recebe o nome de *psicose* – introduzido em 1845 por Ernst von Feuchtersleben (psiquiatra austríaco) – sendo tratada pela Psiquiatria. Já sob a alçada da neurologia e da psicoterapia (ramo da medicina) ficam as neuroses (doenças mentais)¹⁷⁶.

Para Foucault, reiteradamente pacientes psicóticos são seduzidos por crenças e experiências religiosas – fato que torna a religião um fator de tratamento psiquiátrico. Segundo Pinel (que segue a linha de médicos esclarecidos), pessoas em estado de melancolia por devoção devem ser proibidas de ler livros pios. Pinel critica os devotos prosélitos que, inspirados, buscam a reclusão e tentam a todo custo arrebanhar outros para esse fim. Há a suspeita de que a religião em excesso possa provocar delírio e/ou alucinação; ela é, por isso, um fator de transmissão de erro. Antes de Pinel, os erros eram cuidados com castigos pelos ensinamentos religiosos. “Submetiam-no [quem errou] a um castigo real, frequentemente material, que ocupava seu espírito e dava-lhe a certeza de que o erro havia sido reparado”¹⁷⁷.

Em face de tal circunstância de autoritarismo religioso cuja supressão do erro se dá pelo castigo, Moehsen infere ser a religião a mediação que se dá entre homem e erro, homem e castigo¹⁷⁸. Contrariamente, para Samuel Tuke, “Encorajar a influência dos princípios religiosos sobre o espírito do insensato é de grande importância como meio de cura”¹⁷⁹.

A religião e/ou experiência religiosa não é individual, homogênea, mas multidimensional, variável – o que torna difícil estudá-la. Dentre as várias experiências religiosas, uma delas é a do processo de certa cura, também denominada salvação. No âmbito da saúde mental, autores adeptos da perspectiva psicanalítica como Freud consideram a religiosidade como algo negativo, um transtorno neurótico. “Esta visão negativa de religião no campo da saúde mental

¹⁷⁶ GARCIA NETO, Antonio; TAURO, David Victot-Emmanuel. A psicose e saúde mental: impasses na contemporaneidade. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 7, n. 2, p. 152-160, 2015, p. 153-154.

¹⁷⁷ FOUCAULT, 1978, p. 403.

¹⁷⁸ FOUCAULT, 1978, p. 403.

¹⁷⁹ TUKE, Samuel *apud* FOUCAULT, 1978, p. 525.

permaneceu até os tempos modernos, em que eram enfatizadas a natureza irracional das crenças religiosas e o seu potencial malefício”¹⁸⁰.

Pesquisando pacientes com transtornos psicóticos, Koenig averiguou que um terço deles sofre a influência de envolvimento religioso, portanto muitas experiências religiosas não são psicóticas, mas quando o são os clínicos precisam “decidir se devem tratar as crenças religiosas e desencorajar as experiências religiosas ou se devem apoiá-las”¹⁸¹. Para tanto, compete-lhes a compreensão das funções – sejam positivas, sejam negativas – do desempenho da religião nesses pacientes.

Francisco Lotufo Neto apresenta alguns autores que fazem uma classificação dicotômica da religião, são eles:

- 1 Allen e Spilka: instável vs estável, convencional vs devocional, sistema de valor alto vs baixo, pessoal vs ritualizada.
- 2 Salzman *et al.*: saudável vs não saudável.
- 3 Pruyser: saudável vs neurótica.
- 4 Adorno *et al.*: neutralizada (com o fim de obter vantagem imediata ou manipular alguém) vs séria (crença fundamentada numa experiência pessoal).
- 5 Fromm: humanista (saudável, com foco na autorrealização) vs autoritária (submissão a um deus controlador).
- 6 Spilka: funcional (satisfaz as necessidades do crente; há autocontrole pessoal) vs disfuncional (dogmática, pensamento/liberdade/oportunidade restritos; isola as pessoas; provoca medo/ansiedade).
- 7 James: saudável (visão positiva da vida); doentia (carência de autoconfiança; promotora de desespero/desconfiança/ansiedade /medo).
- 8 Allport e Ross: experiência religiosa extrínseca (meio para alcançar um objetivo) vs intrínseca (base atribuidora de significado à vida do crente)¹⁸².

É comum a psiquiatria tomar as dimensões religiosa/espiritual como patologia, apesar de estas estarem entre os elementos mais relevantes na estrutura da experiência humana. Tendências positivistas na psiquiatria a tornam isenta de subjetivismo/ideias mentalistas, desvalorizando, portanto, a religião. “A literatura clínica descreve a experiência mística como sintoma de regressão do ego, psicose *borderline*¹⁸³, episódio psicótico, disfunção do lobo temporal”¹⁸⁴. Para Freud, como já

¹⁸⁰ ALVES, Daniel Gonçalves; ASSIS, Monique Ribeiro de. O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus significados. *Conexões PSI*. Rio de Janeiro v. 3, n. 1, p. 72-100, jan./jun. 2015, p. 91.

¹⁸¹ KOENIG, 2007, p. 95.

¹⁸² LOTUFO NETO, 1997, p. 16-17.

¹⁸³ As perturbações *borderline* constituem “uma angústia de perda de objeto. Os estados-limites situam-se não tanto numa fronteira, mas num território cujas fronteiras são fluidas. O psicótico age (o Ego mais próximo das pulsões) e a fantasia é a sua realidade, enquanto o neurótico reprime os instintos. Por seu lado, o funcionamento mental *borderline* é arcaico, projetando os seus sentimentos através de identificações projetivas” (POCINHO, Margarida. Neurose, psicose e funcionamento

se disse, a religião era causadora de sintomas neuróticos e até mesmo psicóticos. O psicanalista escreveu:

Religião seria assim a neurose obsessiva universal da humanidade... A ser correta essa conceituação, o afastamento da religião está fadado a ocorrer com a fatal inevitabilidade de um processo de crescimento [...] Se, por um lado, a religião traz consigo restrições obsessivas, exatamente como, em um indivíduo, faz a neurose obsessiva, por outro, ela abrange um sistema de ilusões plenas de desejo com um repúdio da realidade, tal como não encontramos, em forma isolada, em parte alguma senão na amênia, em um estado de confusão alucinatória beatífica [...] ¹⁸⁵.

Essa ótica de que a religião é uma interferência negativa, irracional e, portanto, maléfica, para a saúde mental prevaleceu entre psiquiatras e psicólogos até o século XX. Por essa visão que durou séculos – apesar de não ter fundamento em pesquisas sistemáticas tampouco em observações objetivas cuidadosas, porém em opiniões particulares –, pacientes religiosos eram tachados em manuais de diagnóstico como doentes psiquiátricos ¹⁸⁶.

Por sua vez, as comunidades religiosas desenvolveram também pontos de vista negativos acerca de psiquiatras e psicólogos – motivo que, nos Estados Unidos, vem gerando conflitos resultantes em processos legais, já que tais comunidades não orientam o encaminhamento de seus membros (quando portadores de doenças mentais) a tratamento psiquiátrico, ocasionando resultados desastrosos. Na verdade, as duas instâncias (psiquiatras vs comunidades religiosas) estão equivocadas, pois ambas contribuem negativamente para a cura do paciente ¹⁸⁷.

Hoje, contudo, pesquisas sistemáticas nesse sentido vêm mudando essa perspectiva. Em investigação da OMS, averiguou-se que os americanos considerados *normais*, em sua grande maioria, são muito religiosos. Outra evidência acerca dos americanos é a de que, em face de uma doença (física ou mental) e estresse psicológico, as pessoas se apegam à religião. Nem por isso os americanos

borderline: uma análise a partir da estrutura do aparelho psíquico. *Interações: sociedades e as novas modernidades*, n. 27, Instituto politécnico de Coimbra, p. 72-100, dez. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2YwdxSL>>. Acesso em: 24 jan. 2018, p. 40).

¹⁸⁴ LOTUFO NETO, 1997, p. 28.

¹⁸⁵ FREUD *apud* KOENIG, 2007, p. 95.

¹⁸⁶ KOENIG, 2007, p. 96.

¹⁸⁷ KOENIG, 2007, p. 96.

são, em sua maioria, psicóticos ou portadores de quaisquer outras doenças mentais graves, ainda que sejam muito religiosos¹⁸⁸.

No Brasil, consoante Koenig, são poucas as pesquisas sobre pacientes psiquiátricos acometidos de delírios religiosos. O autor faz menção à pesquisa de Mucci e Dalgarrondo da qual, estes inferiram que tais delírios foram relevantes nos pacientes pesquisados, os quais, muitas vezes, agiam “como nos diz Mateus (5:29): ‘Se o teu olho direito te escandalizar, arranca-o e atira-o para longe de ti, pois te é melhor que se perca um dos teus membros do que seja todo o teu corpo lançado no inferno’”¹⁸⁹. Para Koenig,

Delírios religiosos existem em um *continuum* entre as crenças normais de indivíduos saudáveis e as crenças fantásticas de pacientes psicóticos. Em pacientes psicóticos, delírios religiosos são habitualmente acompanhados por outros sintomas e/ou comportamentos de doença mental, e não parecem ter nenhuma função positiva¹⁹⁰.

Há tipos de problemas psicorreligiosos e psicoespirituais que não são patológicos, apenas estressantes ou perturbadores, como perda da fé, mudança de religião, experiência de luto e outros que uma conversa com um capelão ou um religioso, por exemplo, poderia amenizar a situação. Por sua vez, há problemas dessa natureza que desencadeiam transtornos mentais (obsessões ou delírios) passíveis de adequado diagnóstico e tratamento. Já se os problemas psicorreligiosos não resultarem em transtornos mentais, apenas em conflitos, podem ser tratados com psicoterapia¹⁹¹. Como se vê, é muito difícil para os investigadores discernirem delírios religiosos patológicos de atividade religiosa normal, como também “expressões psicóticas de envolvimento religioso de expressões não-psicóticas”¹⁹².

Há aqueles que, ajudados pela religião, a tomam como um norte de crescimento; há outros, porém, como mencionado acima, para quem ela desencadeia estresses que podem desembocar em transtornos mentais. Assim, em determinadas circunstâncias, a busca por religião pode ser desastrosa, não aliviar o

¹⁸⁸ KOENIG, 2007, p. 97.

¹⁸⁹ KOENIG, 2007, p. 97-98.

¹⁹⁰ SIDDLE *et al. apud* KOENIG, 2007, p. 98.

¹⁹¹ LOTUFO NETO, 1997, p. 29.

¹⁹² KOENIG, 2007, p. 98.

sofrimento, mas agravar o quadro clínico a partir de aspectos negativos tanto como fanatismo quanto o tradicionalismo opressivo¹⁹³.

Lotufo Neto, interpretando as leituras de Spilka, Hood e Gorsuch, resume suas lições advertindo o quão enganosa é a relação religião/saúde, já que não se consideram as variadas formas de se ser religioso nem os variados conceitos de saúde mental. Daí a necessidade de o psiquiatra ou psicoterapeuta intervirem na identificação de a religião estar sendo benéfica ou maléfica à saúde mental do religioso¹⁹⁴. O exagero na frequência a igrejas e a envolvimento religiosos costuma estar mais associado à prevalência de transtornos mentais do que os que são mais moderados nesse sentido ou ainda dos que sequer têm uma religião¹⁹⁵. A propósito,

Alguns estudos indicam que a maior frequência de diagnóstico de transtorno bipolar está significativamente associada a considerar-se uma pessoa 'muito religiosa' (em relação àquelas que se consideram religiosas), ou considerar-se uma pessoa 'pouco religiosa' ou 'sem religião' (em relação àquelas que se consideram religiosas). Por conseguinte, associam-se a uma maior frequência de diagnóstico de transtorno afetivo bipolar as duas condições extremas em relação à religiosidade pessoal¹⁹⁶.

Em caso de religião imatura, ela pode ser prejudicial à saúde mental; seus dogmas e cultos podem criar na mente que tudo se resume a um dualismo (céu/terra, deus/homem) com significados falhos e falsos de espiritualidade e da vida. Aderir-se inflexivelmente à palavra literal e tornar-se um devoto intransigente extrapolando o limiar da religião adentra-se no domínio patológico denominado Transtorno Obsessivo-Compulsivo¹⁹⁷.

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. Essa situação é indício da falta de diálogo dos serviços de saúde com os recursos comunitários. Trata-se de um dos desafios da assistência ouvir e dialogar com as instâncias comunitárias, desmistificando saberes próprios e de outrem que, porventura, inviabilizem o cuidado das pessoas em sofrimento¹⁹⁸.

Em caso de conversão religiosa de raízes patológicas, o religioso se torna um crente que beira o irracional em decorrência da intensidade com que crê, ainda que essa circunstância possa ser de curta duração. Para o religioso psicótico, seguir

¹⁹³ MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 365.

¹⁹⁴ LOTUFO NETO, 1997, p. 33.

¹⁹⁵ MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 364.

¹⁹⁶ MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 364-365.

¹⁹⁷ LOTUFO NETO, 1997, p. 42.

¹⁹⁸ MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 365.

a doutrina importa muito mais do que preceitos éticos e morais; pois só ela é a *certa*, e em prova da devoção emerge uma necessidade de martírio; não há tolerância com os que dela se desviam, e a religião anterior é rejeitada com tal intensidade que pode chegar ao ódio; pode emergir daí um proselitismo obstinado, que mais aliena do que atrai os outros¹⁹⁹.

Para Murakami e Campos é possível que a harmonização entre religião e psiquiatria auxilie os especialistas de saúde mental a aprimorarem habilidades que possam melhorar o entendimento dos agentes religiosos influenciadores da saúde dos pacientes²⁰⁰. Koenig, em pesquisa de revisão literária, coletou estudos que confirmam que o envolvimento em uma nova religião pode causar traços/sintomas psicótiformes, principalmente com os “convertidos ao bahaísmo e ao deus Krishna”²⁰¹, casos que requeriam hospitalização. Koenig ainda faz estes comentários:

Wootton e Allen (1983), mais recentemente, informaram que a velocidade com que a conversão religiosa ocorre influencia seu impacto na saúde mental. Uma conversão religiosa súbita pode ser bastante diferente da conversão que acontece mais gradualmente, ‘no curso de um amadurecimento real... depois de uma procura refletida, raciocinada’ (Salzman, 1953), e suas causas ou consequências podem ser bem diferentes²⁰².

Muitos são aqueles que recorrem à religião quando estão enfrentando alguma doença e o respectivo tratamento. Crer no milagre da cura pela religião costuma deixar certos pacientes envolvidos emocionalmente de tal modo que podem até abrir mão dos cuidados terapêuticos psiquiátricos, como também dos psicológicos – sobre os quais se passa a discutir no tópico subsequente (2.2).

2.2 Perspectiva psicológica

A Psicologia é uma disciplina relativamente jovem. Inicialmente fundamentava-se na percepção, pensamento, desenvolvimento e transtornos

¹⁹⁹ LOTUFO NETO, 1997, p. 42-43.

²⁰⁰ MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 362.

²⁰¹ KOENIG, 2007, p. 98.

²⁰² KOENIG, 2007, p. 99.

psíquicos, mas hoje abrange outros domínios (economia, política e esporte, por exemplo) que envolvam comunicação e relações humanas²⁰³.

Na esfera da religião, apesar de no passado esta não se cruzar com a psicologia, hoje se integram esses campos do saber, alargando linhas de pesquisa emersas de pacientes que trazem suas experiências religiosas ao contexto psicoterápico. Aliás, o ser humano é, em sua essência, religioso. A despeito disso, Belzen afirma: “A animosidade entre psicólogos e representantes de organizações religiosas tem sido às vezes amarga. Porém, após mais de um século de pesquisa e de formulação de teorias, um consenso parece ter sido obtido”²⁰⁴. Remetendo-se Spilka *et al.*, o mesmo Belsen esclarece:

A religião pode ser: 1. uma expressão de transtorno mental, 2. uma força socializante e opressiva, que ajuda as pessoas a lidarem com seus esforços da vida e aberrações mentais, 3. um agente protetor para pessoas perturbadas mentalmente, 4. uma terapia, 5. um perigo²⁰⁵.

Por tudo isso, a dimensão religiosa carece de reelaboração para evitar problemas psicopatológicos, já apontados pela psicologia. Por certo, religião e experiência religiosa não se dissociam nem andam de mãos dadas, mas dialogam quando convém. E essa conveniência, conforme Hillman tem sido mais amiúde desde que Nietzsche declarara a morte de Deus e Freud depreciara a religião tomando-a como uma neurose e dizendo que foi o homem quem fez Deus à sua imagem e semelhança, e não o contrário²⁰⁶.

Em oposição a Freud está Carl Gustav Jung, pois, para ele, não é patológica a experiência religiosa, mas sim um fator imanente do psiquismo humano, que ele a considera numa perspectiva positiva, propiciadora de saúde. Ele diz que a cura de seus pacientes se deveu ao resgate da experiência religiosa, “o que, evidentemente, nada tinha a ver com a questão de confissão (credo religioso) ou com a pertença a uma determinada igreja”²⁰⁷.

Burrhus Frederic Skinner analisa a religião a partir de uma instituição de controle social (manipulada por extraordinários líderes sociais), de modo que a

²⁰³ UTSCHE, Michael. Tarefas e limites da psicologia da religião: uma perspectiva dialogal. *Numen: revista de estudos e pesquisa da religião*, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 539-555, 2014, p. 540.

²⁰⁴ BELZEN, J. A. Psicopatologia e religião: uma análise psicobiográfica. *Multitextos*, ano 1, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2HeCV9G>>. Acesso em: 22 jan. 2017, p. 7.

²⁰⁵ BELZEN, 2013, p. 7.

²⁰⁶ HILLMAN, James. *Uma busca interior em psicologia e religião*. 3. ed. São Paulo: Paulus, 1984, p. 36.

²⁰⁷ JUNG, Carl G. *Psicologia da religião oriental e ocidental*. Petrópolis: Vozes, 1983, p. 136.

experiência religiosa, fundamentada em superstições, se dá mediante estímulo/resposta (psicologia comportamental). O céu é a recompensa para quem obedece e o inferno, o castigo para os desobedientes. A emoção em forma de arte (música, espetáculos religiosos) é um estímulo que gera respostas. “Essas respostas são transferidas para estímulos, verbais ou não verbais, que mais tarde são usados pela agência com propósitos de controle”²⁰⁸.

Segundo Rollo May, o psicoterapeuta precisa estar apto para o entendimento da prática religiosa de seu paciente, entender, por exemplo, aquele que se esconde por trás de uma religião para não enfrentar a realidade. Para o autor, a religião é danosa quando o paciente religioso pela capacidade de confiar entra num estado neurótico ou ainda quando ela apela “mais para a fraqueza do que para a força da pessoa”²⁰⁹.

Mas May considera a necessidade de o ser humano crer em algo mais etéreo, e a religião – e não dogmas, mas experiência da graça, cujo correspondente em psicologia é a clarificação – é, então, crença numa plenitude da vida. May critica a concepção freudiana de religião como neurose compulsiva, pois para ele qualquer segmento pode gerar neurose, inclusive a ciência. O difícil mesmo para o psicólogo é adentrar no significado das atitudes religiosas do paciente, entendê-las em seu aspecto afetivo e as relações orgânicas do paciente com a vida. Como processo negativo, May aponta a questão da transferência – termo da psicoterapia que consiste na tendência de transferir a alguém, considerado *superior* (padres, rabinos), sua dependência e identificação²¹⁰.

Abrem-se parênteses aqui para comentar essa questão a partir da pesquisa de religião, saúde e cura entre os neopentecostais desenvolvida por Cerqueira-Santos, Koller e Pereira. Os autores dizem que:

Para essas pessoas, um composto químico elaborado e estudado por grandes laboratórios são gotinhas que ‘o doutor mandou tomar’, assim como o pastor que manda tomar água do rio Jordão, o padre que benze com água benta ou o médium que fluidifica água²¹¹.

²⁰⁸ SKINNER, Burrhus Frederi. *Ciência e comportamento humano*. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 488.

²⁰⁹ MAY, Rollo. *A arte do aconselhamento psicológico*. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 170.

²¹⁰ MAY, Rollo. *O homem à procura de si mesmo*. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 164-167.

²¹¹ CERQUEIRA-SANTOS, Elder; KOLLER, Sílvia Helena; PEREIRA, Maria Teresa Lisboa Nobre. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 24, ano 3, p. 82-91, 2004, p. 83.

E mais adiante explicam os mesmos autores:

Quando o tratamento medicamentoso não faz efeito, ou seja, quando os sintomas não desaparecem, o doente fica inseguro, o que é corroborado pela dificuldade de incorporar o significado dos atos médicos. O desengano médico atua como um estimulador para se recorrer ao sobrenatural. A noção de desengano transmite uma ideia de irreversibilidade, restando apenas a resignação que é oferecida pela religião. Na IURD, ao contrário de resignação, como em outras igrejas, o que é oferecido é uma nova possibilidade, pois lá ‘tudo é possível’²¹².

Para Eric Fromm o homem não pode viver sem fé (não necessariamente fé religiosa). Ele analisa a distinção entre fé racional e fé irracional. A fé racional é benéfica, por se fundamentar na produção intelectual e emocional, na autoconfiança de pensamento, observação e julgamento – o que a afasta de qualquer pré-concepção, já que é fruto da própria experiência da pessoa, “é o traço do caráter que impregna as suas experiências, que capacita o homem a enfrentar a realidade sem ilusões, e, no entanto, a viver por sua fé”²¹³; a segunda, contrariamente, a pessoa abdica de sua independência intrínseca, resultante de sua experiência particular, para crer na experiência de outra pessoa (chefe), ideia, máquina, sucesso ou símbolo, fundada na sujeição emocional a uma superioridade irracional²¹⁴. A fé racional, nos sistemas religiosos, pode se corromper e perder seu vigor quando se alia ao uso do poder.

Uma das maiores causadoras das neuroses é a falta de sentido para a vida, segundo Viktor Emil Frankl, criador da Logoterapia – método psicoterapêutico de cura do vácuo existencial pelo sentido da vida, uma espécie de libertação dos determinismos psicológicos e sociais, centrado nas profundezas humanas. Para Frankl, enquanto a religião salva a alma, a psicoterapia a cura por ser neutra e salvaguardar os limites da psicologia e da teologia²¹⁵.

Ódio, destrutividade, malícia, inveja e outros impulsos do *reino do diabo*, para Wilhelm Reich, são criações das religiões que frustram certos impulsos naturais (por exemplo: sexo, anseio por conhecimento e independência) por os considerarem nocivos. Ele diz que o temor religioso se traduz:

²¹² CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 89.

²¹³ FROMM, Eric. *Análise do homem*. 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1970, p. 171.

²¹⁴ FROMM, 1970, p. 171.

²¹⁵ FRANKL, Viktor Emil. *Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial*. São Paulo: Quadrante, 1973, p. 53-61.

[...] no sentimento de culpa sexual, fortemente arraigado nas emoções. É esta a origem do problema da relação entre a religião e a negação do desejo sexual. A fraqueza sexual tem como consequência uma diminuição da autoconfiança, que em alguns casos é compensada pela brutalização da sexualidade, e, em outros, por uma rigidez do caráter. A compulsão para controlar a própria sexualidade, para manter o recalçamento sexual, provoca o desenvolvimento de concepções patológicas e altamente emocionais de honra e dever, coragem e autodomínio. Mas a patologia e a emotividade destas atitudes psíquicas contrastam fortemente com a realidade do comportamento individual. O ser humano genitalmente satisfeito é honrado, responsável, corajoso e controlado, sem disso fazer muito alarde²¹⁶.

Alexander Lowen relaciona saúde à espiritualidade, já as perturbações mentais se devem ao afastamento das demais pessoas, animais e natureza. Para ele, a saúde está na comunhão dos aspectos físico e mental, na recuperação da natureza primária por meio da qual se é livre para pensar, sentir e agir com alegria. Lowen criou técnicas psicoterapêuticas para lidar com raízes biológicas da neurose conhecidas como Análise Bioenergética – desenvolvidas com o fim de tratar sistemas neuróticos como depressão/ansiedade por exemplo ²¹⁷.

Devido a precárias condições de saúde pública no Brasil, um contingente considerável de pessoas procura atingir formas de bem-estar pelo meio religioso, apegando-se a poderes sobrenaturais. Foi assim que Cerqueira-Santos, Koller e Pereira, já mencionados neste tópico, evidenciaram haver muitos fiéis que, mesmo tendo um poder aquisitivo para procurarem um médico, são atraídos pelo discurso da igreja que promete resolução de suas aflições físicas, psicológicas e sociais; promete expulsar o *diabo*, causador de todos os males e orienta o fiel a abandonar consultas/ prescrições médicas e entregar-se aos poderosos rituais de cura prometidos pela igreja²¹⁸.

Amiúde surgem novas igrejas de linhas esotéricas garantindo estabilidade e bem-estar a seus adeptos no mesmo compasso em que surgem inusitadas descobertas científicas e tecnológicas de princípios vanguardistas. Mas um número considerável da população se entrega ao divino, ao mágico curandeiro/benzedeiro na resolução de seus problemas de saúde e outros mais, uma vez que, além da cura, existe nesse vínculo a *garantia* de um futuro promissor²¹⁹.

²¹⁶ REICH, Wilhelm. *Psicologia de massas do fascismo*. 2. ed. Martins Fontes, 1988, p. 139-140.

²¹⁷ LOWEN, Alexander. *A espiritualidade do corpo: bioenergética para a beleza e a harmonia*. 3. ed. São Paulo: Cultrix, 2000, p. 32-41.

²¹⁸ CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 82.

²¹⁹ CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 82.

Apesar de admitir as causas concretas de algumas doenças, nem sempre se veem como positivas as práticas da medicina oficial. Em alguns casos, o pastor costuma dizer que não resolve ir ao médico ou fazer exames, ou seja, participar dos rituais de cura da IURD e consultar médicos passam a ser atos quase excludentes, pois, para a lógica iurdiana, se o fiel crê que Deus quer salvá-lo, Ele fará isso, mesmo sem a ajuda médica²²⁰.

Situações como essa têm dado trabalho aos psicólogos porque o abandono do tratamento médico por muitos pacientes neuróticos/psicóticos é promotor de internação ou mais uma internação destes em circunstâncias cada vez mais graves. Urge que se encontre uma distinção mais clara entre crenças e experiências religiosas não psicóticas das que o são. A questão se torna complicada em razão da ótica de quem analisa a crença particular. Por exemplo, um ateu tende a crer “que a pessoa religiosa sofra de uma crença fixa, falsa [...] Igualmente, pessoas não-psicóticas profundamente religiosas podem falar sobre ouvir a voz de Deus ou experimentar uma visão religiosa [...]”²²¹.

Embasando-se em Fish (1988), Cerqueira-Santos, Koller e Pereira comentam, sobre a potência da fé (e não em Deus) na cura do paciente envolvendo-se aí a atuação dos pastores/curadores/milagreiros, similares ao tratamento com placebo prescrito pelos médicos. A sugestão em todo o seu potencial pode levar à cura de enfermidades, ainda que, quimicamente, não seja passível de comprovação²²².

A percepção e a intervenção nessa seara por parte de psicólogos e psiquiatras requerem desses profissionais, que lidam com a saúde mental, o domínio de certas características ideais para a composição de seu perfil, como se discorre no tópico a seguir.

2.3 Profissionais da saúde mental: o psicólogo em foco

Os profissionais da Saúde Mental do mesmo modo que os profissionais da Saúde precisam necessariamente ter características especiais no tratamento de seus pacientes os quais, pelo simples fato de estarem doentes, se encontram em estado de fragilidade necessitando de atenção especial. É sobre a figura dos protagonistas intervenientes na saúde dos pacientes que esta seção do trabalho se

²²⁰ CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 88.

²²¹ KOENIG, 2007, p. 100.

²²² CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 83.

dedica, comentando sobre como eles normalmente atuam e sobre como deveria ser sua intervenção nessa esfera profissional diária, seu perfil ideal.

2.3.1 *Seu cotidiano*

Com o fim dos manicômios a partir de Phillips Pinel, surgiram práticas inovadoras no tratamento da saúde mental voltadas à atenção psicossocial (sociabilidade e subjetividade) dos pacientes psiquiátricos. Na década de 80 do século XX, surgiram “os Centros de Atenção Psicossocial, que foram contemplados em 2002, por uma linha específica de gerenciamento financiada pelo Ministério da Saúde, o que desencadeou uma grande expansão dos serviços em saúde mental pelo Caps”²²³ (Centro de Atendimento Psicológico).

A partir da criação dos Caps, o número de internações nas unidades hospitalares decresceu. Isto se deveu à qualidade do tratamento diferenciado, descentralizando as atividades e oferecendo cuidados intermediários entre os hospitalares e os ambulatoriais²²⁴.

Nesse sentido,

As Unidades Básicas de Saúde cumprem uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental. Nascidas com a redemocratização, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica são parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Não é por acaso que, tanto no campo da Atenção Básica quanto da saúde mental, saúde e cidadania são indissociáveis²²⁵.

A internação hospitalar foi sendo substituída por uma rede de corresponsabilização de cuidados, a partir de diversos dispositivos dentre os quais o acolhimento/acolhida que se dá mediante postura e prática nas condutas de saúde com o fito de motivar um vínculo de confiança e compromisso entre paciente/equipe profissional/serviços – o que é possível quando se ouve o paciente usuário dos

²²³ MENDES, Jailson dos Santos; NEVES, Tanarah Jessica de Souza; PARTAT, Anette Kelsei. Perfil dos trabalhadores em saúde mental do Caps II Araguaína. *Revista Científica do ITPAC*, Araguaína, v. 8, n. 1, p. 1-8, jan. 2015, p. 2.

²²⁴ MENDES; NEVES; PARTAT, 2015, p. 4.

²²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2013, p. 32.

serviços. Também aí se inclui o apoio matricial ao conjunto de profissionais da saúde mental²²⁶.

Já na pesquisa de Vecchia e Martins, o acolhimento como estratégia terapêutica, acrescido de vínculo e continuidade de atenção como oportunidade de “ruptura com a exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença têm sido destacados por alguns estudos enquanto uma potencialidade importante da estratégia de saúde da família”²²⁷.

Esclarecem Aosani e Nunes que,

Nos últimos anos, o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família marca um progresso da política do SUS. Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada na década de 1990, vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, investimento este de suma importância para a saúde coletiva. O campo de intervenção de cada equipe de atenção básica é sempre composto pelas pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente. Nessas relações a questão de saúde mental também se apresenta, trazendo para a equipe de saúde da família um novo contexto de atuação antes restrito à família, ao tratamento médico e à internação psiquiátrica²²⁸.

Os especialistas em saúde mental que atuam cotidianamente na área, por não contarem, quase sempre, com dispositivos técnicos sofisticados e onerosos, tornam-se a principal ferramenta de intervenção, ficando, portanto, à mercê de desgastes emocionais e estresse, os quais podem intervir de modo negativo na sua qualidade de vida²²⁹. Os problemas não se restringem ao local de trabalho, eles se agravam na realidade brasileira, inserida na hegemonia da globalização e do neoliberalismo, submetida por uma prática geradora de opressão e agruras para um grande contingente populacional. “Profissionais que se defrontam com esta realidade e suas consequências são marcados pelo medo e várias dificuldades”²³⁰.

²²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização. Série B, Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2006, p. 32.

²²⁷ VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, ano 1, p. 183-193, 2009, p. 192.

²²⁸ AOSANI; Tânia Regina; NUNES, Karla Gomes. A Saúde Mental na Atenção Básica: a percepção dos profissionais de Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 71-80, jul./dez. 2013, p. 73.

²²⁹ PAULA, Andreia; PIMENTA, Rui. A influência de características de trabalho na Qualidade de Vida dos profissionais de Saúde Mental. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, v. 11, n. 2, p. 70-79, dez. 2013, p. 72.

²³⁰ GUZZO, Raquel S. L.; LACERDA JÚNIOR, Fernando. Fortalecimento em tempo de sofrimento: reflexões sobre o trabalho do psicólogo e a realidade brasileira. *Interamerican Journal of Psychology*, v. 41, n. 2, p. 231-240, 2007, p. 231.

Assim, muitas vezes os profissionais da saúde mental se veem diante de casos que demandam:

[...] respostas assistenciais em saúde mental para as quais, por um lado, não existem ações programáticas correspondentes na atenção básica previstas nos instrumentos de gestão e planejamento e, por outro, podem consistir em demanda espontânea de caráter de urgência ou emergência, requerendo a utilização de estratégias adequadas, por exemplo, na ameaça/tentativa de suicídio ²³¹.

Em pesquisa de campo realizada em um município interiorano do estado do Ceará, sobre o cotidiano dos trabalhadores de saúde mental, os pesquisadores verificaram que o nível de estresse que perpassa o ambiente de trabalho pode comprometer a saúde do profissional, seu adoecimento, principalmente quando associado à sua desvalorização – o que o fragiliza profissionalmente, o desmotiva e interfere no cuidado para com seu paciente²³².

Os pesquisadores verificaram também que, embora existam vantagens na gestão em saúde mental referentes à estrutura física e laboração interdisciplinar²³³, identificaram certas dificuldades como: “desvalorização do trabalhador de saúde mental em detrimento de profissionais de outros tipos de serviços na rede de cuidados. Princípios como a gestão compartilhada e a cogestão ainda são considerados difíceis de implantar”²³⁴.

Não é tarefa simples cuidar de pacientes imersos em uma sociedade de opressão e violência como o trabalho do psicólogo (que também faz parte desse cenário real) que é o de “mediador do processo de libertação. Tal processo está presente na vida cotidiana, seja por influências políticas ou pessoais (já que ambos não são duas coisas separadas)”²³⁵.

Torna-se difícil ao profissional da Saúde decidir em que circunstância há necessidade de intervir na saúde mental do paciente e identificar qual a demanda em cada caso. Isso sem contar as muitas vezes que ele precisa improvisar, intuir e/ou usar o bom senso. São diárias as situações em que intervém mesmo sem o saber técnico específico, mas cujo resultado pode ser benéfico e, a partir de então,

²³¹ VECCHIA; MARTINS, 2009, p. 184.

²³² SOARES, Camila Alves; TABOSA, Lucileide da Silva; QUEIROZ, Viviane Vicente. *A gestão do trabalho no campo da saúde mental: desafios e possibilidades*. Especialização em Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB. Redenção, p. 1-15, 2014, p. 8.

²³³ SOARES; TABOSA; QUEIROZ, 2014, p. 1.

²³⁴ SOARES; TABOSA; QUEIROZ, 2014, p. 1.

²³⁵ GUZZO; LACERDA JÚNIOR, 2007, p. 238.

ele percebe não estar equivocado na sua intervenção. Assim, nas práticas vivenciadas, ele vai compondo o seu cabedal de conhecimentos específicos na área, pois “as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades”²³⁶.

Comentando sobre a relação do especialista com o paciente, Cerqueira-Santos, Koller e Pereira sublinham o problema da assimetria a envolvê-los gerando informações descontextualizadas, submissão angustiante do doente nessa relação que pode impedir a capacidade deste de contra-argumentação ou discutir sobre sua saúde, ou falta dela, e sobre a forma de tratamento²³⁷.

Assim, pela parte superior (médico) concentra-se o monopólio do saber, a autoridade reconhecida pela sociedade que lhe confere domínio sobre a doença e sobre o paciente (o qual nada tem de agente, nesse tipo de relação). Dessa relação insensível, abre-se um hiato para outros *médicos*, aqueles das “práticas religiosas, como é o caso das igrejas neopentecostais, enfatizando a correlação entre suas práticas e o discurso da medicina científica”²³⁸.

É verdade que, na contemporaneidade, “tudo é mutante, impreciso e em constante improvisação. São compreensíveis as dúvidas e incertezas do cotidiano”²³⁹. E, assim, também ocorre no tratamento da saúde mental – o que requer de toda a equipe uma rediscussão que ajude na resignificação de atitudes e de imaginários construídos ao longo da história de doenças mentais; uma redescoberta diária de como cuidar desse paciente em meio ao cenário contemporâneo de múltiplas experiências e envolto no compartilhamento destas.

Nesse sentido,

Rediscutir, problematizar, tensionar, provocar. Verbos que fazem parte de uma realidade mutável, em constante transformação, onde não há espaço para construções cristalizadas e que pouco valorizam os sentimentos, as fragilidades, as limitações, as potencialidades, os sucessos e os fracassos humanos. Desafios para as profissões que transitam na área da saúde mental e para o cuidado às pessoas que, durante séculos, ficaram apagadas por instituições e práticas excludentes, estanques e pouco preocupadas com os desejos humanos²⁴⁰.

²³⁶ BRASIL, 2013, p. 22.

²³⁷ CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 84.

²³⁸ CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 84.

²³⁹ PINHO *et al.*, Leandro Barbosa de. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, ano 1, p. 25-32, jan./mar., 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2HmzAUO>>. Acesso em: 27 jan. 2018, p. 31.

²⁴⁰ PINHO *et al.*, 2012, p. 32.

Hodiernamente, há todo um conjunto de determinações oficiais (políticas, planos e alterações na lei visando à deshospitalização e à reforma da assistência psiquiátrica)²⁴¹ e uma dinâmica social mais dilatada que abarca o conjunto de profissionais da saúde, pacientes, familiares, corporações da sociedade civil, todos em prol da transfiguração do estado de cidadania dos pacientes mentais.

É notório que,

Todas as profissões vêm sofrendo mudanças no seu processo de trabalho em saúde mental, algumas mais acentuadas e outras de maneira mais lenta. Vale lembrar que há uma necessidade candente de explorar a escuta como dimensão cuidadora nos serviços de saúde mental [...] ²⁴².

A escuta do desabafo, embora seja uma prática que faz parte do senso comum e usada em qualquer setor da vida humana, é um dispositivo imprescindível ao psiquiatra/psicólogo, que precisa ser um exímio interlocutor, disposto e atento à audiência da expressão de sofrimento do paciente. Sem essa característica não poderá ajudar o paciente no seu sofrimento cotidiano que não raro resulta em somatizações/complicações clínicas²⁴³.

Com efeito, o especialista da saúde mental, se atento na função dessa escuta, possibilita ao paciente pela própria narração autoanalisar-se, dar-se conta de suas atitudes/escolhas, melhor perceber e significar seus sofrimentos. Assim diligente perante a narrativa, o especialista assiste o paciente com certas proposições para o enfrentamento das situações causadoras de seu sofrimento. No dia a dia desse profissional, cria-se o vínculo com o seu paciente, garantidor da segurança deste na entrega sincera de suas aflições²⁴⁴.

Mas, se na sua prática o especialista mantém o papel de controlador, superior, autoritário, não consegue captar os valores de liberdade do paciente. Essa situação requer amiúde o repensar do conceito de autoridade dos profissionais de modo a ampliar como objetivo de todos o senso de autonomia do paciente. Do contrário, “permaneceremos dentro de um sistema de vasos comunicantes, onde

²⁴¹ PASSOS, I. C. F. Cartografia da Publicação Brasileira em Saúde Mental: 1980-1996. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 19, n. 3, p. 231-240, set./dez., 2003, p. 231.

²⁴² PINHO *et al.* 2018, p. 28.

²⁴³ BRASIL, 2013, p. 24.

²⁴⁴ BRASIL, 2013, p. 24.

nos limitaremos a transferir os mesmos mecanismos que condicionaram e que condicionam a situação que desejamos transformar”²⁴⁵.

Por mais que cause estranhamento a alguns profissionais e que para outros cause desconforto, esse ‘trânsito’ pelo conhecimento do outro vai ensinando-lhes a processar as mudanças, a respeitar os limites de sua atuação, a produzir contornos mais precisos em sua prática e a construir novos conceitos sobre o cuidado, sobre a loucura e sobre o louco, tendo por base o diálogo e o trabalho em equipe²⁴⁶.

A prática cotidiana do profissional de saúde mental tem exigido dele a incorporação de intercâmbio de conhecimentos científicos para a ampla compreensão da complexidade manifestada de cada sujeito, de modo a lhe possibilitar a liberdade e a autonomia de que necessita. Há uma luta diária por um aprendizado constante, ininterrupto e fundamental para preparar a atuação profissional, a qual nunca está concluída. “Com esse intuito, é forte a pretensão de manter-se estudando ou de voltar a estudar”²⁴⁷, razão pela qual muitos pensam na pós-graduação (mestrado ou doutorado), muitas vezes como mecanismo de reflexão acerca das vivências profissionais.

Como se percebe, é um cotidiano de dificuldades e desafios para os profissionais. Conforme Krawulski, embasada em sua investigação com psicólogos recém-formados, no exercício habitual de sua profissão,

[...] configuram-se como desafiadoras as necessidades de abandonar a onipotência típica de recém-formado e ir para a realidade ver como as coisas acontecem, respeitar o ritmo e a vontade das pessoas, abrir mão de procedimentos formais aprendidos (como a anamnese, por exemplo), podendo ampliar horizontes e não ter tanto preconceito em relação a determinadas tarefas que são demandadas²⁴⁸.

Krawulski verificou, ainda, em sua pesquisa, a necessidade premente de constante estabelecimento dos profissionais da saúde na promoção de espaços de troca com colegas profissionais de modo a possibilitar o engendrar de discussões envolventes, com o fim de “não ‘emburrecer’ e também para ter a referência externa,

²⁴⁵ PINHO *et al.*, 2012, p. 30-31.

²⁴⁶ PINHO *et al.*, 2012, p. 32.

²⁴⁷ KRAWULSKI, Edite. *Construção da identidade profissional do psicólogo: vivendo as “metamorfoses do caminho” no exercício cotidiano do trabalho*. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção, área de concentração Ergonomia). 207 f. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2004, p. 108.

²⁴⁸ KRAWULSKI, 2004, p. 113.

pelo olhar de um terceiro, principalmente no trabalho clínico, o que às vezes é buscado por meio da supervisão”²⁴⁹.

O investimento e a incorporação de conhecimentos no cotidiano dessa prática constituem-se uma tentativa para lidar com a pluralidade de motivos que fazem com que a pessoa padeça psiquicamente. “Sem diálogo, incorreremos o risco de fragmentar a prática dos serviços de saúde mental, reproduzindo modelos obsoletos, cuja reforma psiquiátrica vem querendo superar”²⁵⁰.

De fato, assevera Krawulski que:

As trocas com outros profissionais, psicólogos ou de outras áreas, bem como a supervisão, foram consideradas essenciais no trabalho clínico, como forma de aliviar a ‘solidão’ e o ‘peso’ que residem na própria natureza dessa atividade e também como espaço para dividir dúvidas, se reabastecer e se recuperar do desgaste cotidiano, para continuar atuando produtivamente. Já em outros espaços de atuação, as trocas, também importantes, fazem parte da própria atividade²⁵¹.

A partir desse novo paradigma de atendimento focado na atenção ao sujeito como um ser integral, que precisa se ressocializar para o exercício de sua cidadania, tornou-se mais fácil reconhecer as questões que carecem de solução e desenvolver práticas que desentramavam os obstáculos intervenientes à saúde mental do sujeito. A formação de equipes multidisciplinares possibilita no dia a dia a troca de informações do paciente e a discussão de conhecimentos para a tomada de atitude de práticas específicas para cada caso de sofrimento psíquico²⁵². De modo geral, trata-se de um cotidiano de trabalho “cansativo, pesado e até mesmo ‘insano’, em função da sobrecarga e do nível de envolvimento exigido, mas ao mesmo tempo gratificante, rico em experiências e desafiador, pela constante aprendizagem demandada”²⁵³.

É o que constataram Soares, Tabosa e Queiroz de seus pesquisados ao informarem que o trabalho exercido multidisciplinarmente proporciona maior interação entre os profissionais e, além disso, eles se sentem mais valorizados entre si, sentem-se importantes e úteis no desempenho conjunto com o paciente ²⁵⁴. Inclusive, um de seus pesquisadores respondeu: “Você tem que saber trabalhar de

²⁴⁹ KRAWULSKI, 2004, p. 108.

²⁵⁰ PINHO *et al.*, 2012, p. 31.

²⁵¹ KRAWULSKI, 2004, p. 103.

²⁵² SAES, Débora Lacerda. *Desafios de trabalhadores em saúde mental: o cotidiano dos serviços substitutivos*. TCC (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia/ Núcleo de Saúde Mental). 79 f. Salvador-BA, 2010, p. 65.

²⁵³ KRAWULSKI, 2004, p. 106.

²⁵⁴ SOARES; TABOSA; QUEIROZ, 2014, p. 11.

forma interdisciplinar porque se você não trabalhar assim, a sua prática não é uma prática verdadeira e não vai auxiliar o paciente de forma eficaz”²⁵⁵.

Na contramão está a ótica unidimensional de conhecimento que manifesta a disjunção entre os saberes²⁵⁶. Conforme Krawulski, “Essas dificuldades geram desgaste e insatisfação profissional; quando o ambiente de trabalho não proporciona trocas, apresenta embates ou limita em demasia a autonomia”²⁵⁷.

Uma das mais recorrentes dificuldades encontradas na prática desses profissionais se refere a excessos como os de atividades de trabalho e os de usuários para acompanhamento; refere-se também à insuficiência de recursos materiais, contratempos com os implementos da rede de saúde mental e da rede de saúde integral, entre outras complexidades²⁵⁸. Em contrapartida, estão as facilidades referentes, em especial, a características comportamentais e pessoais como: “gostar do trabalho que faz, acostumar-se com a falta de uma rotina de trabalho ou conseguir manipular sua rotina para dar conta de todas as suas tarefas”²⁵⁹.

Não raro, o trabalho exercido no dia a dia demanda dos profissionais de uma instituição um questionamento sobre a própria formação e experiências precedentes²⁶⁰. Além disso, outras dificuldades são encontradas no cotidiano do psicólogo tornando um peso a acompanhá-lo, seja no relacionamento com superiores, seja no exercício da própria responsabilidade na intervenção do psicólogo na vida de alguém que sofre, sejam “entraves burocráticos que emperram o desenvolvimento das tarefas, fazendo com que algumas instituições ‘não sejam o melhor lugar de trabalhar’”²⁶¹.

Na pesquisa de Soares, Tabosa e Queiroz,

As dificuldades identificadas são decorrentes da desvalorização do trabalhador de saúde mental em detrimento de profissionais de outros tipos de serviços na rede de cuidados. Os aspectos subjetivos parecem ser vistos como secundário e desassociados da saúde física, o que vai de encontro ao princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde. Verificou-se também dificuldade de diálogo entre gestores e equipe de saúde, uma vez que

²⁵⁵ SOARES; TABOSA; QUEIROZ, 2014, p. 11.

²⁵⁶ PÁTARO, R. F; BOVO, M. C. A interdisciplinaridade como possibilidade de diálogo e trabalho coletivo no campo da pesquisa e da educação. *Revista NUPEN*, Campo Mourão, v. 4, n. 6, p. 45-63, jan./jul. 2012, p. 38.

²⁵⁷ KRAWULSKI, 2004, p. 115.

²⁵⁸ SAES, 2010, p. 66.

²⁵⁹ SAES, 2010, p. 66.

²⁶⁰ VECCHIA; MARTINS, 2009, p. 184.

²⁶¹ KRAWULSKI, 2004, p. 107.

princípios como a gestão compartilhada e a cogestão ainda são considerados difíceis de implantar²⁶².

A maioria das organizações exige dos seus psicólogos uma repentina adaptação de seus métodos de trabalho e dispositivos de ação de um modo tal que não lhes permite qualquer crítica ou reflexão dos princípios/teorias impostos, chamados de *Teorias de Qualidade*²⁶³. É o *pegar ou largar* que interfere na manutenção ou não do emprego. Para o psicólogo idealista, ter que habitualmente abrir mão do que deveria ser feito para obedecer a um sistema instaurado é ferir suas aspirações – o que, ao longo do tempo o torna uma pessoa insatisfeita profissionalmente. Muitas vezes, cresce-se “ao desgaste estritamente profissional o desgaste originado pela dupla jornada de trabalho e pela desvalorização, infelizmente ainda existente, do trabalho feminino”²⁶⁴.

Em relação ao mercado de trabalho do psicólogo, comenta Ana M. B. Bock, que ele ainda é restrito,

[...] para o contingente de psicólogos, e as oportunidades de empregos em instituições públicas ou privadas parecem ainda muito aquém de nossas possibilidades. [...] Não encontrando emprego, buscam trabalho de forma autônoma [e] [...] têm tido um vínculo com a sociedade e com seus problemas bastante tênue, pois trabalham nos consultórios e aí recebem apenas quem os procura e estão, de certa forma, distantes da maioria da população brasileira²⁶⁵.

Como se constata, o panorama desses profissionais, como o do psicólogo, por exemplo, é bastante complexo, dado que há o envolvimento também da questão da hegemonia do discurso médico sobre os demais profissionais de saúde e, por consequência, as relações intrincadas instauradas nas equipes interdisciplinares²⁶⁶. Nogueira-Martins ainda adverte que a imersão nessas profissões é propensa à instauração de um contexto de insalubridade ocupacional com possibilidades de “repercussões psicológicas significativas no profissional e em sua relação com os pacientes e que acaba resultando em uma situação insatisfatória tanto para quem assiste (o profissional) quanto para quem é assistido (o paciente)”²⁶⁷.

²⁶² SOARES; TABOSA; QUEIROZ, 2014, p. 13.

²⁶³ HELOANI, José Roberto; CAPITÃO, Cláudio Garcia. *Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. São Paulo em perspectiva*, v. 17, ano 2, p. 102-108, 2003, p. 107.

²⁶⁴ NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. *Saúde mental dos profissionais de Saúde. Revista Brasileira Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, jul./set., 2003, p. 56.

²⁶⁵ BOCK *apud* KRAWULSKI, 2004, p. 38.

²⁶⁶ NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 60.

²⁶⁷ NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 60.

Pelo exposto, portanto, verificou-se que a rotina do trabalho dos profissionais da saúde e, em especial, da saúde mental é deveras complexa em suas relações, desde o exercício da prática com pessoas que não estão gozando de um estado *normal* de saúde até o envolvimento com chefias em entidades a que estão submetidos. Manter o perfil ideal que muitos *sonharam acordados* enquanto se preparavam profissionalmente exige de cada um vencer cotidianamente uma batalha de empecilhos – o que não significa que seja inatingível chegar a esse ponto.

Em busca dessa causa, existem características indispensáveis a serem adquiridas e moldadas com o tempo. Sobre essa faceta, o tópico a seguir procura detalhar.

2.3.2 *Perfil ideal*

Trabalhar com o doente mental requer de toda a equipe de especialistas competência e dedicação profissional. No caso do psicólogo, o perfil ideal se caracteriza pelo envolvimento profissional cujo objeto é a pessoa humana do paciente considerando suas “crenças, valores, conflitos, emoções, sentimentos e toda uma gama de elementos próprios da subjetividade humana, constituintes do contexto da Psicologia por excelência”²⁶⁸. Há, pois, uma interação cotidiana nesse trabalho que torna complexas suas tarefas para que construa uma identidade profissional que lhe faculte ver-se como psicólogo, que age com ética e competência, com expectativas de fornecer ao paciente justificações e resultados definitivos às questões existenciais que arruinam o homem, quer seja na esfera do trabalho psicoterapêutico quer seja em outra orientação²⁶⁹.

Conforme Ana M. B. Bock,

[...] o psicólogo parece ter em suas mãos a possibilidade de fazer do outro um homem feliz, colocá-lo em movimento, estimulá-lo, acompanhar seu destino, converter percepção em consciência, estruturar, transformar, humanizar, enfim, acredita que muito pode ser feito e muitas mudanças podem ser operadas com a ajuda do psicólogo, como portador de um conhecimento e como ser humano dotado de intuição. No entanto, esse discurso vem acompanhado da fala: mas o psicólogo não muda o homem, apenas contribui para que ele próprio se modifique. E a onipotência se

²⁶⁸ KRAWULSKI, 2004, p. 35.

²⁶⁹ KRAWULSKI, 2004, p. 36.

transveste de humildade absoluta, e o psicólogo nega o seu próprio trabalho. Nega a sua intervenção como um trabalho [...]²⁷⁰.

Hoje o psicólogo precisa recodificar os espaços ocupacionais e sua função no contexto laboral contemporâneo, por serem fundamentos a lhe fornecerem orientações na edificação da sua própria identidade profissional. Há, pois, uma gama de funções e elementos a contribuírem para a categoria desse profissional, conferindo-lhe visibilidade social e áreas para exercitar seu trabalho, como arrola Krawulski:

[...] o corpo de conhecimentos, o conjunto de práticas e a normatização de conduta na profissão, e também elementos da sua vivência individual, como sua história de vida e sua formação acadêmica, aos quais articulam-se as experiências da 'mão na massa', ou seja, do trabalho profissional em Psicologia. Essa articulação é que confere caráter processual à identidade profissional, possibilitando entendê-la como construção²⁷¹.

Em uma pesquisa de revisão bibliográfica a 27 artigos publicados na *Revista de Estudos da Religião (REVER)*, Martha Henning e Carmen Moré destacaram o de Cambuy *et al.* que trata da religiosidade e sua influência na Psicologia Clínica, de onde concluíram que os profissionais dessa área “devem possibilitar a emergência da religiosidade/espiritualidade de seus clientes no *setting* terapêutico, considerando a temática como parte de sua realidade”²⁷².

Também Amanda Márcia dos Santos Reinaldo e Raquel Lana Fernandes dos Santos – autoras que focalizam a religião como expediente de apoio para a pessoa pelo sentimento de pertença a um grupo religioso – destacam haver necessidade de “pesquisar e discutir como e o que fazer para sensibilizar o profissional de saúde sobre o tema e de como lidar com as tensões entre os atores envolvidos quando há divergência entre a compreensão do mesmo”²⁷³.

Ademais, lançando mão do discurso religioso sem, contudo, cingir-se dele, esses profissionais podem ajudar os pacientes, aproximando mais deles. Aí sim, se estaria utilizando “a religiosidade a serviço da psicoterapia, partindo da ideia de que

²⁷⁰ BOCK *apud* KRAWULSKI, 2004, p. 37.

²⁷¹ KRAWULSKI, 2004, p. 39.

²⁷² HENNING, Martha Caroline; MORÉ, Carmen L. O. O. Religião e Psicologia: análise das interfaces temáticas, *Revista de Estudos da Religião*, PUC-SP, v. 9, p. 84-114, dez. 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2Q7m7nL>>. Acesso em: 15 maio 2019, p. 110.

²⁷³ REINALDO; SANTOS, 2016, p. 170.

ambas são potencialmente capazes de promover saúde e bem-estar, desde que sabiamente utilizadas, e sem sobreposição de saberes”²⁷⁴.

Contrariamente, fazer-se valer de costumes e discursos impostos por certos credos religiosos na incitação de comportamentos morais rechaçando aqueles que não se coadunam com os preceitos destes é fazer uso pernicioso da religiosidade. Inclui-se nesse cenário “o perfil proselitista do evangélico e o posicionamento de combate às religiões espiritualistas, especialmente as afro-brasileiras, bem como a compreensão da loucura enquanto possessão demoníaca”²⁷⁵. Certas facções evangélicas creem que esse tipo de mal precisa ser expulso por provocarem vários desassossegos que vão à contramão dos preceitos ético-estéticos e políticos, os quais concebem a loucura como estranheza/diferença que deve ser reconhecida pelo seu aspecto disruptivo ²⁷⁶.

Vê-se o quanto é relevante a função do terapeuta/psicólogo/psiquiatra na lida com seus pacientes. “O compartilhamento de saberes amplia a visão e a compreensão desses profissionais, aumentando sua autonomia e empoderamento para atuar dentro de uma proposta de abordagem integral dos problemas”²⁷⁷, em especial quando há o envolvimento de crenças religiosas nos transtornos mentais para que, envolvidos, possam ajudá-los em suas aflições – o que implica uma maior e respeitosa aproximação do paciente religioso patológico e um entendimento mais humano de suas carências e embates em face das fragilidades, vulnerabilidades e demais questões existenciais.

E, com respeito às crenças que orientam seus passos e esperanças, é possível ao profissional usar suas habilidades terapêuticas mais ativamente com o fim de torná-los capazes de manter uma vida religiosa serena, satisfatória e plena²⁷⁸.

A aproximação entre religião e psiquiatria pode auxiliar os profissionais de saúde mental a desenvolverem habilidades que possibilitem a melhor compreensão dos fatores religiosos que influenciam a saúde dos pacientes. Apesar de cada vez ser mais reconhecida a importância da religiosidade para a saúde, a maior parte dos profissionais da área da saúde não recebeu treinamento para lidar com essa questão, o que tem criado uma lacuna

²⁷⁴ HENNING; MORÉ, 2009, p. 110.

²⁷⁵ SILVEIRA; NUNES, 2015, p. 165.

²⁷⁶ SILVEIRA; NUNES, 2015, p. 165.

²⁷⁷ FORTES *et al.*, Sandra. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, ano 4, p. 1079-1102, 2014, p. 1083.

²⁷⁸ LOTUFO NETO, 1997, p. 46.

entre o cuidado desenvolvido e o conhecimento sobre a importância que a religião representa na vida dos pacientes²⁷⁹.

Segundo Ively G. Abdalla, o psicólogo se torna o profissional em seu sentido pleno desde o início de sua prática vivencial e cotidiana quando mudanças são operadas por meio de sua intervenção²⁸⁰, ou, melhor explicando, uma identidade que se constrói com a instauração de diferentes relações sociais, pois “é na relação do eu com o outro que tomo consciência de quem sou e, quando tomo consciência disso, não sou mais quem fui antes, pois serei outro a partir dessa consciência”²⁸¹.

Ser psicólogo significa, basicamente, ser um profissional que ajuda o ser humano: prestar essa ajuda [...] configura-se como o principal propósito do trabalho na profissão, independentemente de ele se desenvolver em contexto de consultório, escola, hospital, empresa ou outro²⁸².

O importante do trabalho dos especialistas da saúde mental de hoje é a construção de uma comunicação integradora para o estabelecimento de “um plano terapêutico conjunto, com a participação e autonomia do usuário”²⁸³, diferente de uma ótica puramente economicista, uma vez que o paciente não é um objeto, mas o sujeito de sua vida.

Alguns dos psicólogos participantes da pesquisa de campo realizada por Krawulski definiram que ser psicólogo é

[...] ter essa capacidade de compreender o que se passa com o ser humano e ajudá-lo a entender aquilo que ele não entende que se passa com ele, ajudá-lo a abrir caminhos para que ele consiga ver outras coisas que ele não está conseguindo ver, que talvez nem a gente saiba [...]

[...] cuidar dessa coisa da saúde mental, é estar disponibilizando esse espaço para que o outro ser se manifeste plenamente.

[...] conhecer o ser humano, apreender com o humano, e tentar minimizar de alguma maneira o sofrimento, tentando proporcionar saúde para as pessoas em todas as modalidades possíveis [de trabalho]²⁸⁴.

Ainda que essas definições não tenham vindo de teóricos renomados em Psicologia, elas ajudam a compreender que o psicólogo é um profissional voltado para o outro, para aquele que vai até ele em estado de sofrimento. Conforme Krawulski,

²⁷⁹ MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 361.

²⁸⁰ ABDALLA *apud* KRAWULSKI, 2004, p. 40.

²⁸¹ KRAWULSKI, 2004, p. 40.

²⁸² KRAWULSKI, 2004, p. 74.

²⁸³ FORTES *et al.*, 2014, p. 1084.

²⁸⁴ KRAWULSKI, 2004, p. 74-75.

Prestar essa ajuda implica desenvolver um trabalho de relação direta com as pessoas, instrumentalizando-as para saberem como atuar no mundo e para entenderem o que se passa consigo e o que não sabem de si, minimizarem seu sofrimento psíquico, enxergarem outras possibilidades, transformarem insatisfação em satisfação, obterem saúde mental, bem-estar e também melhor qualidade de vida, não restrita ao aspecto psicológico, ou, simplesmente, 'mostrando caminhos' e orientando-as em situações específicas²⁸⁵.

Hoje, comenta Sandra Fortes *et al.*, os profissionais da saúde mental trabalham interdisciplinarmente, realizam interconsultas, discutem casos, fazem visitas domiciliares e outras ações para, enfim, caracterizar cada problema e decidir qual(is) tipo(s) de intervenção terapêutica será(ão) utilizado(s). Tudo isso demanda cuidados estruturados em rede,

[...] parcerias intersetoriais com os recursos comunitários [...] a partir da análise do contexto territorial, incluindo os recursos comunitários e da rede de cuidados, e de educação permanente, no que se refere às trocas de conhecimento realizadas entre o especialista e o generalista sobre suas diversas ações²⁸⁶.

Compete-lhe uma interação que lhe faculte avançar junto com o paciente desobstruindo-lhe itinerários e descortinando novos horizontes, fazendo parte de sua confiança para melhor apoiá-lo e guiá-lo em seu adoecimento psicológico, nos momentos de crises e incertezas no tocante a ações e condutas convenientes a adotar. Isso sinaliza atuar como dispositivo de promoção humana por ajudar o outro a ter uma vida melhor na sua individualidade e nos seus ambientes laboral e social; sinaliza operar como integrador e orientador sem, contudo, decidir pelo outro, mas sim atuar técnica e politicamente ajudando-o a olhar mais longe, compreendendo-o em sua essência e seu comportamento²⁸⁷.

A Psicologia faculta essa visão no seu encargo de ciência e profissão. Sob esses vieses o psicólogo é o profissional do cotidiano, capaz de apreendê-lo em sua integridade mediante ao acatamento de trocas, à sensibilidade sempre à espreita, vigilante no conforto e no apoio para não só ouvir o que o outro precisa dizer, mas avançar nessa escuta sendo capaz de entender as entrelinhas do dito e até mesmo o não dito. Conseguir abarcar todas essas particularidades significa ser um orientador na vida desses necessitados, em razão da situação vulnerável e frágil em

²⁸⁵ KRAWULSKI, 2004, p. 75.

²⁸⁶ FORTES *et al.*, 2014, p. 1083.

²⁸⁷ KRAWULSKI, 2004, p. 76.

que se encontram, “bem como do grau de abertura para adentrar na sua intimidade, o que exige muita responsabilidade”²⁸⁸.

No caso do psiquiatra, por exemplo, não basta diagnosticar e tratar farmacologicamente o doente mental, mas ainda oferecer-lhe o devido suporte para “superação dos problemas individuais, familiares ou grupais, por meio do desenvolvimento de atividades coletivas e de integração aos espaços comunitários, buscando novas formas de enfrentamento e soluções para as dificuldades”²⁸⁹. Nesse sentido, “Todas estas alterações demandam um grau equivalente de modificações para formar os atores responsáveis pela Psiquiatria do século XXI”²⁹⁰.

Diante do aprendizado constante, o exercício desse profissional é tarefa inconclusa, daí ser ativo o intuito de continuar estudando/pesquisando ou ainda retornar à sala de aula, ingressar em cursos específicos ou não, mas sempre com vista a reflexões sobre seu desempenho profissional²⁹¹ e a incorporação de seu ofício. É assim que vai amadurecendo esse especialista até chegar ao “equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal, e também ter clareza com relação aos propósitos e resultados das atividades desenvolvidas no campo da Psicologia”²⁹².

“É uma identidade em ininterrupta construção que também ocorre e se confirma na relação estabelecida com a clientela, focalizada na especificidade do serviço prestado”²⁹³. E não é só isso,

[...] essa identidade é construída e confirmada também em outras relações que se vão estabelecendo em função das atividades de trabalho desenvolvidas, seja com outros psicólogos, seja com profissionais de outras áreas, seja com alunos, para além da especificidade do serviço que se presta, abrangendo diversos elementos e levando em conta a qualidade do serviço a ser prestado²⁹⁴.

As intervenções de todos os especialistas da saúde mental não se constituem em qualquer coisa de estranho, mas sim partem de vivências de um trabalho cotidiano com as idiosincrasias dos pacientes e de seu ambiente, que possibilitam modificações no modo de vida do paciente, orientações para uma vida saudável. Para isso, o atendimento desse profissional dispõe de momentos de

²⁸⁸ KRAWULSKI, 2004, p. 76.

²⁸⁹ FORTES *et al.*, 2014, p. 1088.

²⁹⁰ FORTES *et al.*, 2014, p. 1094.

²⁹¹ KRAWULSKI, 2004, p. 108.

²⁹² KRAWULSKI, 2004, p. 109.

²⁹³ KRAWULSKI, 2004, p. 117.

²⁹⁴ KRAWULSKI, 2004, p. 117.

pensamento e reflexão do paciente, do exercício de uma comunicação satisfatória entre ambos (paciente/especialista), uma escuta e um olhar sensíveis do profissional no exercício da habilidade de empatia, uma sincera acolhida do paciente no momento de suas queixas, suportando-o na medida certa²⁹⁵.

Há uma busca de uma conquista plena de confiança entre as duas partes (paciente/especialista) construída cotidianamente nas seções – momentos em que juntos descobrem instrumentos estratégicos para o melhor bem-estar do paciente. Sobressaem, neste caso, duas atitudes: o desabafo perante um profissional que se coloca como um interlocutor envolvido com o sofrimento do outro e a potência do acolhimento para garantir segurança e tranquilidade do paciente na expressão de suas aflições²⁹⁶.

Se as práticas em saúde atuais lidam com a identificação de necessidades humanas a partir de processos histórico-sociais, essas necessidades podem apresentar contornos diferenciados. É preciso duvidar de projetos que tornam óbvio o complexo, lembrando sempre que nossa apreensão da realidade é parcial, a partir de um ponto de vista. Devemos quebrar o olhar cristalizado que nos confina numa maior 'segurança' e nos permitir abrir aos horizontes, reconhecendo o processo saúde/doença como multifatorial e influenciado pelas relações sociais²⁹⁷.

Enfim, o perfil ideal dos especialistas do novo milênio requer destes um aprendizado constante para atuar numa sociedade mutante e, por isso mesmo imprevisível – situações que a universidade e demais programas educativos informativos não têm dado conta para encontrar paradigmas clínicos de qualidade de vida dos doentes mentais.

Novas metodologias/intervenções/práticas, num átimo, se tornam obsoletas requerendo do profissional um ritmo inimaginável no processo de sua formação. Sejam quais forem suas atitudes, ele há de ter em mente que seu paciente é uma pessoa humana.

²⁹⁵ BRASIL, 2013, p. 22-23.

²⁹⁶ BRASIL, 2013, p. 22-23.

²⁹⁷ PINHO *et al.*, 2012, p. 30.

3 PESQUISA *IN LOCO*: A REALIDADE SOB A INTERPRETAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Este capítulo é estruturado em duas partes: a primeira é referente à metodologia utilizada: esclarece sobre a sua natureza e os instrumentos de coleta de dados e, ainda, quem são os sujeitos da pesquisa; a segunda é a pesquisa empírica, com a análise interpretativa dos dados e resultados apurados.

Após o embasamento teórico cujo produto final “passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados”²⁹⁸, elegeu-se uma metodologia de investigação, coleta e tratamento dos dados de natureza qualitativa, uma vez que não se envolve aqui com estatísticas até porque o envolvimento quantitativo se foca em fenômenos mais visíveis e concretos e trabalha com um número de sujeitos mais significativo.

Na verdade, a intenção é aprofundar “no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”²⁹⁹ – o que também não quer dizer que não se vai mencionar números no decorrer da discussão, pois a recorrência dos fenômenos é de importância substancial nestas análises.

Para a coleta de dados, os instrumentos utilizados foram o questionário semiestruturado a médicos e enfermeiros que trabalham no hospital onde a pesquisa empírica ocorreu, a entrevista ao médico neuropsiquiatra³⁰⁰ do Capaac e a observação direta da pesquisadora com registro detalhado, de modo que “os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação”³⁰¹.

Esclarece-se que “a coleta de dados por observação é seguida de um processo de análise e interpretação, o que lhe confere a sistematização e o controle requeridos dos procedimentos científicos”³⁰².

Quanto ao questionário, houve a preocupação de construí-lo de modo que traduzisse os objetivos da pesquisa, emergindo dados suficientes para a descrição mais fiel possível do problema, como se pode observá-lo no Apêndice A. A despeito

²⁹⁸ GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008, p. 46.

²⁹⁹ MINAYO, 2001, p. 22.

³⁰⁰ Esta entrevista seria realizada com a psicóloga que atende no Capaac, porém, na ocasião da pesquisa *in loco*, a profissional estava gozando férias – razão pela qual fora entrevistado o médico neuropsiquiatra.

³⁰¹ GIL, 2008, p. 100.

³⁰² GIL, 2008, p. 101.

de algumas questões fechadas, houve preocupação em coletar dados das questões abertas, as quais se aproximam muito com as da entrevista, diferenciando mais na modalidade de aplicação. Quanto ao número de questões, seguiu-se a lição de Gil, incluindo “apenas as questões rigorosamente necessárias para atender aos objetivos da pesquisa”³⁰³.

Enquanto técnica de investigação, a entrevista, diferente de uma “conversa despreziosa e neutra”³⁰⁴, buscou informes para comparar e complementar os dados resultantes do questionário e do procedimento da observação da pesquisadora. Enquanto simultaneamente sujeito e objeto da pesquisa, o entrevistado vivencia a realidade focalizada de outro prisma dos respondentes do questionário em função do próprio cargo que ocupa na instituição.

A entrevista é, pois, “uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano”³⁰⁵. Nesta investigação, utilizou-se a entrevista estruturada, com perguntas previamente estabelecidas, mas possibilitando ao pesquisado se expressar além do perguntado, caso quisesse. Foi realizada face a face entrevistador/entrevistado, com o auxílio do gravador do celular. A transcrição integral das falas (entrevistador/entrevistado) se encontra no Apêndice B³⁰⁶.

Acerca do procedimento da observação, para a pesquisadora – que também é psicóloga e já atuou na instituição pesquisada –, foi verdadeira fonte de conhecimento. Ao lidar com casos concretos da realidade, durante a observação, a pesquisadora evitou afirmar aprioristicamente generalizações sobre o problema da pesquisa, conforme recomenda Gil. Inclusive, a opção por esse mecanismo se deu a partir das palavras desse teórico-metodológico que considera “a observação como procedimento indispensável para atingir o conhecimento científico”³⁰⁷

Os sujeitos respondentes desta pesquisa foram enfermeiros e médicos que atenderam pacientes psiquiátricos que deram entrada no Capaac, entre 2015 e 2016. Foi também nessa instituição onde trabalham que os respondentes preencheram o questionário. Buscou-se interpretar a percepção desses respondentes sobre a clientela que atende em seu cotidiano, no que concerne à

³⁰³ GIL, 2008, p. 127.

³⁰⁴ MINAYO, 2001, p. 57.

³⁰⁵ GIL, 2008, p. 110.

³⁰⁶ Cf. ANEXO C. Estas falas podem ser ouvidas por um link disponibilizado na internet: <<https://bit.ly/2W7SpEH>> ou ainda por <<https://bit.ly/2W7SpEH>>.

³⁰⁷ GIL, 2008, p. 11.

influência da religião no tratamento médico. Conforme Gil, “quando se indaga acerca do comportamento passado, o que se obtém, na realidade, é a percepção do respondente a esse respeito”³⁰⁸.

Primeiramente, foram aplicados questionários aos plantonistas do pronto-socorro (três médicos e oito enfermeiros), que recebem os pacientes em momento de surto; num outro momento, também no Capaac, foi entrevistado o neuropsiquiatra do hospital, que faz as visitas e o tratamento dos pacientes que ficaram internados.

Deixa-se claro que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como se pode constatar no Apêndice A.

A técnica da análise do conteúdo, na perspectiva de Laurence Bardin, foi utilizada no tratamento dos dados coletados das questões abertas do questionário e da entrevista, procurando evidenciar “uma correspondência entre o nível empírico e o teórico, [...] pois é esta a finalidade de qualquer investigação”³⁰⁹. Ao analisar recorrências nas falas dos respondentes, ou até mesmo ausências de certos itens significativos, emergem as categorias. Bardin explica que as categorias se constituem uma espécie de “rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas da mensagem. É, portanto, um método taxionômico [...]”³¹⁰.

A despeito de simples, é tarefa fastidiosa quando feita manualmente como nesta pesquisa – razão pela qual o número de respondentes e de questões abertas não deve ser exaustivo, o que também se alinha com a metodologia de natureza qualitativa. “A técnica consiste em classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir numa certa ordem na confusão inicial”³¹¹.

A análise contou também, em muitos momentos, com a semiótica greimasiana, no nível narrativo, para a interpretação do sentido dos dados segundo a percepção dos respondentes sobre os já referidos pacientes. Procurou-se encontrar nesses dados qual(is) foi(ram) o(s) modo(s) diferenciado(s) da manipulação: tentação, intimidação, sedução, provocação³¹².

³⁰⁸ GIL, 2008, p. 153.

³⁰⁹ BARDIN, 1977, p. 69.

³¹⁰ BARDIN, 1977, p. 31.

³¹¹ BARDIN, 1977, p. 31.

³¹² BARROS, 2005, p. 37.

3.1 Percepção do profissional da saúde no tocante à religião

Optou-se, em algumas questões, pela elaboração de quadros para apresentar os dados representativos das respostas dos participantes do questionário por acreditar que sejam apreendidos pelo leitor deste texto com mais facilidade. Imediatamente após a exibição de cada quadro apresenta-se a discussão analítico-interpretativa sobre eles. Os respondentes são representados pela ordem em que foram entregando os questionários respondidos: R1, R2, R3 e assim por diante até o R11.

Os dados registrados no quadro 1 a seguir correspondem às características dos respondentes.

Quadro 1 – Características dos respondentes³¹³

Respon- dentes	Idade (anos)	Sexo: M / F	Médico (M) Enfermeiro (E)	Anos/meses de atuação na psiquiatria	Anos/meses de atuação no Capaac	Religião: Católica (C) Evangélica (E)
R1	41	M	E	10 anos	10 anos	E
R2	33	F	E	3 a e 7 meses	3 a e 7 meses	E
R3	29	F	E	3 a e 7 meses	2 a e 5 meses	Não declarou
R4	51	F	E	10 anos	10 anos	C
R5	31	F	E	5 anos	5 anos	C
R6	58	M	M	10 anos	3 anos	C
R7	30	F	E	7 anos	7 anos	C
R8	41	F	E	3 a e 7 meses	3 a e 7 meses	E
R9	46	F	E	2 a e 5 meses	2 a e 5 meses	E
R10	62	M	M	23 anos	20 anos	E
R11	50	M	M	12 anos	3 anos	C

O quadro 1 revela que os 11 respondentes são profissionais experientes, tanto pelo fator idade (entre 29 e 62 anos, considerando o ano da aplicação do questionário: 2017) quanto pela experiência na psiquiatria (entre 2 anos e 5 meses a 23 anos); no Capaac também a experiência é considerável, quase a mesma (entre 2 anos e 5 meses a 20 anos). O sexo predominante entre eles é o feminino: 7 feminino e 4 masculino. A maior parte dos entrevistados é enfermeiro/a (8), apenas 3 são médicos (estes, do sexo masculino)³¹⁴. Quanto ao elemento religião, há 5 católicos e

³¹³ Quadro elaborado pela pesquisadora.

³¹⁴ Embora não seja foco deste estudo, abrem-se parênteses para a observação de uma sociedade desigual, que definiu espaços de poder e liberdade para homens e de submissão e obediência para mulheres. “[...] na enfermagem, essa abordagem tem uma importância singular, pois nos dá explicações sobre os conflitos trazidos para o campo profissional entre atividades de enfermagem e atividades médicas, estas últimas construídas num campo de domínio masculino. As práticas de cuidado sempre estiveram associadas ao sexo feminino” (COELHO, Edméia de Almeida Cardoso.

5 evangélicos, e 1 nada assinalou. Ninguém assinalou outra religião que não fossem essas. Os demais quadros representam dados que incidem de modo pontual sobre a investigação do problema desta dissertação.

Primeiramente, foram-lhes perguntado: “Em sua opinião, o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por: () Influência do discurso religioso; () Falta de acompanhamento/cuidado familiar; () Outros. Qual(is)?”³¹⁵

As respostas foram de múltipla escolha. A *Influência do discurso religioso* no abandono do tratamento medicamentoso foi marcada 7 vezes – dado que se alinha com a posição de teóricos como Lotufo Neto, Lotufo e Martins, que criticam cabalmente a negligência do psiquiatra sobre problemas decorrentes do valor espiritual do paciente, em especial dos recém-convertidos a determinados credos³¹⁶.

A *Falta de acompanhamento/cuidado familiar* foi assinalada 8 vezes. Aqui fica evidenciada a negligência familiar para com seus doentes. Realmente não é tarefa simples acompanhar e zelar por alguém em permanente crise psicótica ou outro estado de descontrole psíquico. Entretanto, é a família o suporte para o sujeito inserir-se socialmente, segundo a ótica de Teixeira³¹⁷. No atendimento de saúde mental e responsabilização pelo cuidado, Aosani e Nunes reforçam a necessidade do vínculo terapêutico formando uma rede que abrange além da equipe técnica o contexto familiar e social³¹⁸.

Foi marcada 6 vezes a opção *Outros*, referente ao abandono do tratamento medicamentoso. Desses 6, só 1 não citou o que motivava tal atitude. Eis um resumo das respostas: fragilidade de rede, que resume outras 3 respostas (desassistência, falta de receituário e de acompanhamento da rede de saúde); a falta de consciência sobre a doença se reitera em 3 respostas (preconceito, falta de informação e inconsciência ou não aceitação da doença); falta de recurso financeiro e de oportunidades para se tratar são respostas próximas. Nesse sentido Aosani e Nunes lembram que, a partir da Constituição Federal de 1988, houve a reforma sanitária que, na primeira de suas proposições concretas, coloca a saúde como direito de

Gênero, saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 3, p. 345-348, maio/jun, 2005, p. 346).

³¹⁵ Na reprodução das perguntas dos questionários, procurou-se destacá-las de outras falas que envolvem o parágrafo onde elas se inserem. Optou-se pelo destaque com itálico em vez de aspas, para não confundir com as falas dos teóricos nas citações curtas.

³¹⁶ LOTUFO NETO; LOTUFO; MARTINS, 2009, p. 44.

³¹⁷ TEIXEIRA, 1992, p. 150.

³¹⁸ AOSANI; NUNES, 2013, p. 78.

todos; portanto, “não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde”³¹⁹.

As justificativas desses 6 respondentes que marcaram *Outros* se assemelham com dados que Aosani e Nunes coletaram em sua pesquisa. Assim eles se expressam:

Percebe-se aqui uma preocupação do profissional na questão do cuidado em saúde mental e da dificuldade que enfrentam para desenvolver o trabalho frente a uma realidade institucional de poucos recursos. Essa inferência decorre dos relatos dos profissionais sobre o modo como se sentem ao realizarem o atendimento em saúde mental³²⁰.

A pergunta 3 foi: “De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?”. As respostas se encontram na íntegra no quadro 2.

Quadro 2 – Respostas da pergunta 3³²¹

R1	<i>Sim, foi um caso isolado. Houve casos que familiares assinam o termo de responsabilidade mesmo com todas as orientações pela equipe, logo depois retornaram para internação.</i>
R2	<i>Há casos em que após a alta médica, o paciente não dá continuidade ao tratamento por motivos religiosos, dizem que não precisam de usar medicamento pois Deus já o curou.</i>
R3	<i>Durante minha atuação percebi que em alguns casos questões religiosas atuam como agente de forte influência sobre como os pacientes e também como a família conduz o tratamento. Entretanto, não vejo como único fator em nenhum dos casos.</i>
R4	<i>Sim.</i>
R5	<i>Já teve alguns casos.</i>
R6	<i>Sim.</i>
R7	<i>Sim, em alguns casos devido a influências dos próprios familiares que acreditam no tratamento das doenças por meio da fé, e em outros casos, o próprio paciente após melhorar com os medicamentos, acredita na manutenção com a fé (apenas).</i>
R8	<i>Alguns pacientes abandonam o tratamento por motivos religiosos, muitos com delírios de cunho religioso, dizendo que Deus pediu que ele parasse de tomar a medicação, pois já está curado.</i>
R9	<i>Sim. Diversos relatos de pacientes destacam que “Jesus o curou”, que o que eles tinham era “obra de macumba, feitiçaria” e que não precisam de tratamento.</i>
R10	<i>Sim. Tal fato pode ocorrer quando por desinformação e preconceito sofre influência religiosa com discurso de cura, não precisando de medicamento mais.</i>
R11	<i>Sim, principalmente nos evangélicos mais fervorosos.</i>

³¹⁹ AOSANI; NUNES, 2013, p. 72.

³²⁰ AOSANI; NUNES, 2013, p. 78.

³²¹ Quadro elaborado pela pesquisadora.

Observa-se a unanimidade das afirmativas. Ainda que cada um tenha se expressado de modo particular, os 11 respondentes já presenciaram em sua prática o paciente abandonar o tratamento médico motivado pelo discurso religioso. O R11 julga que entre os evangélicos a situação é mais frequente. Nesse sentido, Baltazar adverte que o trânsito na leitura do discurso religioso entre crença e delírio no cotidiano dos projetos terapêuticos demanda do profissional da saúde mental uma escuta diferenciada que o desafia³²². E essa ocorrência – abandonar o tratamento médico por considerar que a cura vem da religião – é constante, e não é específica do Capaac, como assevera a autora:

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 mental³²³.

Em relação à questão 4 – “Na sua experiência profissional qual o segmento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso? () Católica; () De origem africana; () Evangélica pentecostal; () Espírita Kardecista; () Evangélica neopentecostal; () Outras”, as respostas dos 11 respondentes variaram entre Evangélica pentecostal (4); Evangélica neopentecostal (7); Outras (1). Os demais segmentos não foram assinalados. Houve 12 respostas porque o R5 assinalou 2 parênteses.

Somadas as respostas *Evangélica pentecostal* (4), mais *Evangélica neopentecostal* (7), têm-se 11 respostas dessas igrejas evangélicas, um quantitativo, portanto, bastante significativo – o que está em sintonia com esta fala de Borba: “os doentes mentais são mais facilmente acolhidos por essas instituições religiosas [evangélicas] do que por outras”³²⁴.

Sobre as denominações neopentecostais, Baltazar chama a atenção “para algumas das características que sustentam as terapêuticas religiosas”³²⁵, reafirmando, portanto, o que 7 respondentes assinalaram. Silveira e Nunes explicam que a religião, como instituição, se insinua numa esfera de grandes tensões, inclusive as pentecostais concebem “a loucura como possessão demoníaca,

³²² BALTAZAR, 2003, p. 105.

³²³ BALTAZAR, 2003, p. 105.

³²⁴ BORBA, 2008, p. 393.

³²⁵ BALTAZAR, 2003, p. 41.

mobilizando rituais de exorcismo”³²⁶ – perspectiva que encontra eco em várias manifestações desses respondentes.

A respeito da questão 5 – “Qual o diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuído a alguma interferência religiosa? () Esquizofrenia; () Depressão severa; () Transtorno bipolar; () Outros. Cite”, as repostas ultrapassaram o número 11 de respondentes porque o R9 assinalou 2 parênteses e o R10, assinalou 3, totalizando 14 repostas. Destas, 8 assinalaram *Esquizofrenia*, o que é significativo e que encontra semelhança com uma entrevista realizada no processo de pesquisa de Borba “em que o paciente [esquizofrênico] se inscreve no discurso da igreja pentecostal e estabelece referências a referentes pré-construídos nesse discurso”³²⁷.

Apenas 2 assinalaram *Depressão severa*, 2 *Transtorno bipolar* e 2 *Outros*. Estes últimos apresentaram respectivamente os seguintes argumentos: “Não tem como definir. Paciente tem crise e fica vulnerável. E se a família não tem discernimento vai acontecer a interferência no tratamento”³²⁸ (R1); “O fanatismo religioso pode influenciar, em alguns casos de psicopatologia. Não sei o índice maior no diagnóstico específico” (R5). No caso do fanatismo, há uma adesão plena do paciente, isenta de questionamento, “consequentemente, não há interferências de outros saberes exteriores a essa formação”³²⁹. Nessa linha de pensamento, Murakami e Campos explicam:

Algumas vezes, determinadas religiões podem tornar-se rígidas e inflexíveis, estando associadas ao pensamento mágico e de resistência. Isso pode dificultar o tratamento do paciente, se é feita a proibição da psicoterapia ou do uso de medicação. No Brasil, onde a mudança religiosa está ocorrendo rapidamente, a pobreza e a falta de conhecimento, podem tornar as pessoas vulneráveis ao abuso espiritual³³⁰.

O R4, apesar de não ter assinalado *Outros*, e sim *Depressão severa*, também argumentou: *Depressão é a doença que a maioria dos evangélicos protestantes fala que é doença do Diabo*. Esta fala encontra eco em Borba quando diz que “as religiões pentecostais interpretam a doença mental como possessão

³²⁶ SILVEIRA; NUNES, 2015, p. 164.

³²⁷ BORBA, 2008, p. 393.

³²⁸ Na reprodução das falas dos respondentes, procurou-se destacá-las de outras falas que envolvem o parágrafo onde elas se inserem. Optou-se pelo destaque com itálico em vez de aspas, para não confundir com as falas dos teóricos nas citações curtas.

³²⁹ BORBA, 2008, p. 400.

³³⁰ MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 365.

demoníaca, exigindo, assim, a atuação da igreja para exorcizar o demônio”³³¹. A fala também pode ser entendida pelo viés da semiótica greimasiana como forma de manipulação pela intimidação³³². É preciso seguir a religião à risca para afastar o Diabo.

Ao serem questionados se “A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia? () Sim; () Não; () Não sei responder”, apenas R3 manifestou não saber responder e R6 e R9 responderam “Não”. O *Sim* foi resposta de 8 respondentes. Ou seja: quando a questão é saúde, mesmo a mental, o paciente, se bem assistido, pode se sentir mais aliviado, pois o engajamento religioso pode fomentar *life styles* ou estilos de vida promotores da saúde³³³. Entretanto,

[...] apesar de a maioria das evidências empíricas apontar para uma associação positiva entre saúde mental, religião e religiosidade, também há, embora em menor número, evidências empíricas de que, para alguns subgrupos, em determinadas situações e condições de vida, e em certos contextos religiosos, o maior envolvimento religioso pode, ao contrário, estar associado a aspectos negativos da saúde física e mental³³⁴.

O R5, além de assinalar sua resposta, escreveu mais abaixo que a assistência religiosa *pode complementar quando bem acompanhada*. A interpretação desse complemento a que se refere R5 seria a “sanção pragmática ou retribuição”³³⁵ na teoria de Greimas, isto é, o prêmio por ter seguido os propósitos religiosos, passando, portanto, primeiramente pela manipulação na sua forma de intimidação.

Foi solicitado aos respondentes, na pergunta 7, o seguinte: “Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?”. As respostas foram transcritas para o quadro 3.

Quadro 3 – Respostas da pergunta 7³³⁶

R1	<i>Um paciente do Rio de Janeiro compareceu ao PS no surto, mas os familiares relataram que não era problema psiquiátrico e sim culpa de satanás, ficaram discutindo com o médico e não autorizaram a medicação, com muita dificuldade o paciente foi medicado e logo assinaram o termo.</i>
----	--

³³¹ BORBA, 2008, p. 394.

³³² BARROS, 2005, p. 31.

³³³ DALGALARRONDO, 2008, p. 178.

³³⁴ DALGALARRONDO, 2008, p. 190.

³³⁵ BARROS, 2005, p. 35.

³³⁶ Quadro elaborado pela pesquisadora.

R2	<i>Existem aqueles que durante a internação ficam orando constantemente, “pregando” como se fosse um ministro da palavra, entregando profecias, não largam a Bíblia por nada.</i>
R3	<i>Recentemente tivemos uma pessoa internada que relatou ter pedido demissão do trabalho, parado de tomar medicação, se trancou em casa em fez votos de jejum por 40 dias. Sendo trazido para internação pouco tempo antes de completar o tempo determinado. Quando abordado, disse que o Senhor pediu que fizesse tudo isso.</i>
R4	<i>Sim, o “Diabo”, tem levado a culpa de muitas coisas desagregadas do mundo moderno. Na psiquiatria ele é o pior vilão. Culpá-lo é mais barato e fácil do que cuidar.</i>
R5	<i>Não me recordo de um caso em específico, mas já aconteceu.</i>
R6	<i>Vários casos.</i>
R7	<i>Uma paciente em primeiro surto, por frequentar regularmente a igreja, acreditava ter o dom de curar pessoas, que segundo a mesma ouviu Deus dizer. Durante vários dias perambulou por diversas igrejas “curando pessoas”, sem dormir e sem nenhum outro cuidado.</i>
R8	<i>Alguns pacientes internam por questões de automutilação, dizendo que são pecadores, que precisam pagar pelo que fizeram, dizem que fazem as mutilações em oferecimento a Deus.</i>
R9	<i>--- nada respondeu ---</i>
R10	<i>Ocorrência de pacientes que abandonam o tratamento depois de sofrerem influência religiosa de cura, e não precisam mais de medicamentos.</i>
R11	<i>Pacientes portadores de transtorno bipolar em fase maníaca poderão ter delírios de cunho místico e religioso com fanatismo, fato até bem comum nesses casos.</i>

R9 nada respondeu. R5 e R9 não relataram nenhum caso, mas concordaram que eles existem. Os relatos dos demais incluem expressões como “Satanás, Diabo, automutilação, cura pela fé, ouvir a voz de Deus, entrega à profecia, a Bíblia em punho sem largá-la, demissão do emprego, jejum por 40 dias”, que, por certo, configuram evidente fanatismo religioso, conforme relato de R3 e de R4, por exemplo. Nessa linha de inteligência diz Lotufo Neto que, quando o apego a aspectos religiosos se torna compulsivo, baseado em culpa “resulta em abandono da vida, narcisismo, o resultado é o fanatismo”³³⁷. R10 confirma isso: “Ocorrência de pacientes que abandonam o tratamento depois de sofrerem influência religiosa de cura, e não precisam mais de medicamentos”. Tais expressões, interpretadas à luz da semiótica de Greimas, são utilizadas para que o destinatário (no caso, o fanático), a fim de evitar castigos, aceita a manipulação da narrativa religiosa, já que crê na capacidade do destinador (Deus) cumprir as ameaças. Assim, persuadido, a escolha é: “ou se deixa manipular e faz o que o destinador deseja ou escapa da

³³⁷ LOTUFO NETO, 1997, p. 47.

manipulação e sofre as consequências previstas na intimidação³³⁸. Ameaçado aceita a manipulação e evitar os castigos – segundo relato de R4.

R1 relatou que

Um paciente do Rio de Janeiro, compareceu ao PS no surto, mas os familiares relataram que não era problema psiquiátrico e sim culpa de satanás, ficaram discutindo com o médico e não autorizaram a medicação; com muita dificuldade o paciente foi medicado e logo assinaram o termo.

Como se vê, há casos em que a família não colabora, pois, inclusive ela fora afetada pelo discurso religioso, manipulada, persuadida. Entretanto, em face do surto de seu ente querido cede à persuasão da equipe médica para aceitar o tratamento – caso em que o manipulador (equipe médica) “persuade pelo *saber*, provocando e seduzindo, ou pelo *poder*, tentando e intimidando”³³⁹.

O relato de R2 – “Existem aqueles que durante a internação ficam orando constantemente, pregando como se fosse um ministro da palavra, entregando profecias, não largam a Bíblia por nada”, por exemplo, configura o que diz Dalgalarondo: “A religiosidade exacerbada pode ser encontrada em pessoas especialmente tendentes à dependência, culpa excessiva, perfeccionismo, pensamentos obsessivos e ansiedade”³⁴⁰.

O relato de R7 foi este:

Uma paciente em primeiro surto, por frequentar regularmente a igreja, acreditava ter o dom de curar pessoas, que segundo a mesma ouviu Deus dizer. Durante vários dias perambulou por diversas igrejas curando pessoas, sem dormir e sem nenhum outro cuidado.

Para Dalgalarondo, em certas alucinações, “As inspirações e revelações divinas são muito frequentes”³⁴¹, os pacientes se creem dotados com um dom sobrenatural, como mediadores de Deus na terra.

R8 narra que “Alguns pacientes internam por questões de automutilação, dizendo que são pecadores, que precisam pagar pelo que fizeram, dizem que fazem as mutilações em oferecimento a Deus”. Dalgalarondo explica que, “de forma particularmente recorrente, o diabo faz-se presente para o paciente atormentado por

³³⁸ BARROS, 2005, p. 42.

³³⁹ BARROS, 2005, p. 47.

³⁴⁰ DALGALARRONDO, 2008, p. 188.

³⁴¹ DALGALARRONDO, 2008, p. 151.

tais delírios, repletos de culpa e arrependimentos”³⁴². Delírio também configura o que comenta R11: “Pacientes portadores de transtorno bipolar em fase maníaca poderão ter delírios de cunho místico e religioso com fanatismo, fato até bem comum nesses casos”. Depreende-se dessas respostas, enfim, que o fanatismo é uma constante em casos de internação de pacientes em hospital psiquiátrico.

A pergunta 8 foi “A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental? Como?”. As respostas compõem o quadro 4.

Quadro 4 – Respostas da pergunta 8³⁴³

R1	No início da internação sim, mas no decorrer do tratamento a paciente vai entendendo por que ela está internada, com a ajuda de medicamentos e da equipe interdisciplinar.
R2	Algumas sim. Aquelas que julgam a doença mental apenas como opressão maligna, em alguns casos acabam prejudicando o tratamento.
R3	Não vejo a religião em si como uma instituição influenciadora, mas sim como as pessoas vivem a religião.
R4	Em alguns casos de forma positiva para a autoestima e terapêutica (ocupação de tempo). Porém para líderes fanáticos (religiosos) atrapalha o progresso do tratamento, levando até mesmo ao suicídio.
R5	Sim, só quando colocado como única ajuda ou de forma fanática.
R6	Próprio fanatismo, e falta de conhecimento da doença.
R7	Sim, quando existe o fanatismo religioso dos familiares, que deveriam ser os responsáveis pelo cuidado do tratamento do paciente, pode atrapalhar a evolução/estabilização da doença, por acreditarem na “cura” das doenças mentais e demais.
R8	Sim, pois muitos recusam as medicações alegando que Deus é o médico dos médicos e que, por isso, não precisam de internação e medicamento.
R9	Sim. Pode interferir, de forma positiva, através da fé e da força para superar a doença. Mas, pode interferir de forma negativa também, através dos delírios místicos e orientações erradas dadas pelos líderes religiosos.
R10	Pode interferir de forma positiva onde ocorre ajuda, fonte de apoio, assim como de forma negativa por preconceito, desinformação, mas a grande maioria que ocorre é a descompensação do quadro psiquiátrico devido a religião, já são portadores de distúrbios psíquicos.
R11	Sim, pode interferir tanto de forma positiva como maléfica; Ciência e fé que andam juntas e não separadas, é sabido o poder da oração no tratamento de qualquer patologia, principalmente em saúde mental.

Há os que concordam que a religião pode interferir positiva ou negativamente, no tratamento de transtorno mental, mas desde que não configure fanatismo. Ei-las: R4 afirmou que: “Em alguns casos de forma positiva para a autoestima e terapêutica (ocupação de tempo). Porém para líderes fanáticos

³⁴² DALGALARRONDO, 2008, p. 150.

³⁴³ Quadro elaborado pela pesquisadora.

(religiosos) atrapalha o progresso do tratamento, levando até mesmo ao suicídio”; R9 respondeu “Sim. Pode interferir, de forma positiva, através da fé e da força para superar a doença. Mas, pode interferir de forma negativa também, através dos delírios místicos e orientações erradas dadas pelos líderes religiosos”; R10 concluiu:

Pode interferir de forma positiva onde ocorre ajuda, fonte de apoio, assim como de forma negativa por preconceito, desinformação, mas a grande maioria que ocorre é a descompensação do quadro psiquiátrico devido a religião, já são portadores de distúrbios psíquicos;

E R11 também concluiu: “Sim, pode interferir tanto de forma positiva como maléfica; Ciência e fé que andam juntas e não separadas, é sabido o poder da oração no tratamento de qualquer patologia, principalmente em saúde mental”.

As estudiosas Baltazar e Silva também interpretam a religião sob esse viés relatado acima pelos respondentes, em especial quando o paciente se vincula a grupos religiosos e redes sociais de solidariedade que estimulam atitudes cooperativas que ajudam no enfrentamento do sofrimento mental. Nesses casos pode, inclusive, modificar o modo de compreender a própria doença³⁴⁴.

A propósito, o termo fanatismo/fanática foi utilizado por R5 “Sim, só quando colocado como única ajuda ou de forma fanática e R6 Próprio fanatismo, e falta de conhecimento da doença”. Essa é a percepção que esses respondentes têm ao observar o discurso religioso dos pacientes, cujo aspecto figurativo perpassa e recobre-o todo – interpretação coincidente do que se lê em Barros³⁴⁵.

A resposta de R1 – “No início da internação sim, mas no decorrer do tratamento a paciente vai entendendo por que ela está internada, com a ajuda de medicamentos e da equipe interdisciplinar” – demonstra que o discurso da equipe médica consegue sobrepor-se ao discurso religioso. O manipulador (discurso médico) “transforma a competência modal do destinatário ao colocá-lo, durante a comunicação, em posição de falta de liberdade ou de não poder não aceitar o contrato proposto”³⁴⁶.

Makurami e Campos³⁴⁷ apontam para pesquisas de pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar associado ao fanatismo religioso, o que, conforme os teóricos é muito frequente e traz nefastas consequências para o tratamento, caso

³⁴⁴ BALTAZAR; SILVA, 2014, p. 78.

³⁴⁵ BARROS, 2005, p. 81.

³⁴⁶ BARROS, 2005, p. 37.

³⁴⁷ MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 364-365.

este não seja eficaz o suficiente para enfrentar a doença. Nessa linha de interpretação, está a resposta de R2: “Algumas sim. Aquelas que julgam a doença mental apenas como opressão maligna, em alguns casos acabam prejudicando o tratamento”;

R3 não concebe a instituição religião como influenciadora, mas sim as pessoas que a vivem, portanto, ela também concorda que a religião é um fator interveniente em casos de transtornos mentais. Também para Dalgarrondo a religião empenha-se na constituição de uma “psicopatologia culturalmente informada e sensível”³⁴⁸.

São mais contundentes sobre o fanatismo as respostas de R7:

Sim, quando existe o fanatismo religioso dos familiares, que deveriam ser os responsáveis pelo cuidado do tratamento do paciente, pode atrapalhar a evolução/estabilização da doença, por acreditarem na “cura” das doenças mentais e demais; e de R8: Sim, pois muitos recusam as medicações alegando que Deus é o médico dos médicos e que, por isso, não precisam de internação e medicamento.

No sentido da cura em nome de Deus (pois só Ele pode curar), que resulta no abandono do tratamento, explica Borba que o dispositivo mais eficaz é o discurso do líder religioso, que garante o amparo em todos os sentidos: corpo e alma³⁴⁹.

Observa-se, finalmente, entre os respondentes, pela maioria de seus discursos, que a religião tende mais a atrapalhar no tratamento de transtorno mental do que contribui para o tratamento.

Foi feita a seguinte pergunta na questão 9: “Você observa alguma relação entre as expressões religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como? () Sim; () Não. Explique”. As respostas estão representadas no quadro a seguir.

Quadro 5 – Respostas da pergunta 9³⁵⁰

R1	<i>Sim. Principalmente nas religiões avivadas, onde o paciente entra para a internação com surto psicótico agitado e delirante, logo em seguida começa a orar com voz alta, relatando que foi Deus que a internou porque precisava evangelizar este local (hospital).</i>
R2	<i>Sim. A religiosidade obsessiva gera o fanatismo que acaba desencadeando um transtorno mental.</i>
R3	<i>Sim. Em meu ponto de vista isso pode acontecer de forma muito forte, devido a alguns sintomas presentes em algumas doenças como perda do juízo crítico, perda do contato com a realidade. Além disso, a não consciência da patologia.</i>

³⁴⁸ DALGALARRONDO, 2008, p. 16.

³⁴⁹ BORBA, 2008, p. 401.

³⁵⁰ Quadro elaborado pela pesquisadora.

R4	<i>Sim. Existe formadores de opinião em algumas igrejas que levam o paciente até a “matar sem culpa”, como forma de extermínio do mal.</i>
R5	<i>Sim. ---- não explicou ----</i>
R6	<i>Sim. Em algumas vezes.</i>
R7	<i>Sim. Em alguns pacientes delirantes, quando de cunho religioso, parece mais intensos os sintomas.</i>
R8	<i>Sim. A religiosidade obsessiva gera um fanatismo que acaba desencadeando um transtorno mental.</i>
R9	<i>Sim. ---- não explicou ----</i>
R10	<i>Sim. Não diretamente, onde também existem trabalhos que demonstram que pessoas que são equilibradas religiosamente sofrem menos distúrbios mentais.</i>
R11	<i>Sim. Muitos pacientes esquizofrênicos que se consideram espíritas e julgam ser mediúnicos, mas na verdade são alucinações auditivas. Percebo essa expressão principalmente no espiritismo.</i>

As respostas *Sim* foram unânimes, mas os argumentos logicamente se distinguiram. R5 e R9 não explicaram o seu *Sim* e R6 foi lacônica, respondendo apenas: *Em algumas vezes*. Pode-se deduzir que há relação entre as expressões religiosidade e psicopatologia dos pacientes. Os argumentos nesse sentido foram contundentes, voltando inclusive a tocar no fanatismo, ainda que a maioria não tenha utilizado esse termo. Mas houve uma voz dissonante entre os respondentes: R10, o qual menciona que a religiosidade presente nas pessoas religiosas contribui para amenizar seus distúrbios mentais. Consoante Lotufo, “O fanatismo pode variar de um extremo positivo, uma expressão da própria vitalidade, a um negativo, uma compensação por inadequações negadas a nível consciente”³⁵¹.

R4 remete aos “formadores de opinião em algumas igrejas que levam o paciente até a matar sem culpa, como forma de extermínio do mal”, e, assim, atenta para o nível das estruturas narrativas de certos líderes religiosos, que representam ou simulam “como em um espetáculo, o fazer do homem que transforma o mundo, suas relações com os outros homens, seus valores, aspirações e paixões”³⁵². Decorrente disso pode acontecer o que diz R1: “Principalmente nas religiões avivadas, onde o paciente entra para a internação com surto psicótico agitado e delirante, logo em seguida começa a orar com voz alta, relatando que foi Deus que a internou porque precisava evangelizar este local (hospital)”.

A reiterada frase, até mesmo do senso comum – *Freud explica* –, se aplica para casos de obsessão religiosa como as falas de R2: “A religiosidade obsessiva

³⁵¹ LOTUFO NETO, 1997, p. 48.

³⁵² BARROS, 2005, p. 82.

gera o fanatismo que acaba desencadeando um transtorno mental”; e R8: A religiosidade obsessiva gera um fanatismo que acaba desencadeando um transtorno mental”. Sim, a “Religião seria assim a neurose obsessiva universal da humanidade [...]”³⁵³.

O mesmo Freud diz também que a neurose objetiva (resultante da religião) abarca uma gama de ilusões, um estado de confusão alucinatória beatífica [...] ³⁵⁴ – como o que se verifica na percepção de R3: “Em meu ponto de vista isso pode acontecer de forma muito forte, devido a alguns sintomas presentes em algumas doenças como perda do juízo crítico, perda do contato com a realidade. Além disso, a não consciência da patologia”; de R7:

Em alguns pacientes delirantes, quando de cunho religioso, parece mais intensos os sintomas; e de R11 Muitos pacientes esquizofrênicos que se consideram espíritas e julgam ser mediúnicos, mas na verdade são alucinações auditivas. Percebo essa expressão principalmente no espiritismo.

A respeito da última questão – “Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum paciente dessa instituição?” as respostas foram as que estão no Quadro 6.

Quadro 6 – Respostas da pergunta 10³⁵⁵

R1	<i>No dia 11/12/17 deu entrada neste hospital um paciente, masculino, 46 anos, com histórico psiquiátrico com diversas internações na CRSI e CAPAAC. Agitado, sem crítica. Mais ou menos há quatro meses a mãe do paciente começou a não dar medicações pra ele, porque o pastor revelou que não precisa dar a medicação, porque ele estava curado. Mesmo depois da internação que já faz quatro dias, a mãe não se convenceu e ainda quer tirar o filho da internação mesmo contra o parecer da equipe médica e de outros familiares.</i>
R2	<i>---- não respondeu ----</i>
R3	<i>Atualmente, temos um senhor internado que por vezes se apresentava como Deus, ora como intérprete de Deus. Hoje com 69 anos, mora sozinho, não aceita alimentação da família com receio de estar envenenada, não aceita visita da filha, alegando que a mesma é uma bruxa e que não tem Deus no coração. A filha relata que o pai saiu do emprego e abandonou a família quando novo, pois essa era a ordem de Deus. Acrescenta que passou necessidade/provação de alimentos, sendo ajudado pela avó paterna.</i>

³⁵³ FREUD *apud* KOENIG, 2007, p. 95.

³⁵⁴ FREUD *apud* KOENIG, 2007, p. 95.

³⁵⁵ Quadro elaborado pela pesquisadora.

R4	<i>Nesta semana preparei o kit de internação de um paciente, que a mãe, induziu o filho a jejuar para o alcance de uma “benção”. Só que o jejum era do remédio controlado para esquizofrenia; Resultado: 4 profissionais para fazer a contenção, agressão, gritaria, cenas de horror. A mãe com cara de paisagem e até achando que era “demônio”. Só que não, era o filho dela.</i>
R5	<i>Não tenho esse dado específico a relatar.</i>
R6	<i>Comum delírio religioso, interferência da religião sobre a vida da pessoa e a interferência cultural.</i>
R7	<i>Durante o período de internação, alguns pacientes entram em atrito, com agressividade verbal por conta dos delírios de cunho religioso. Querem curar o outro e este não aceita, mas mesmo assim o paciente insiste; Diálogos de poder de fé com pensamentos diferentes.</i>
R8	<i>---- não respondeu ----</i>
R9	<i>---- não respondeu ----</i>
R10	<i>A grande maioria abandona o tratamento devido ao discurso de cura religiosa, não precisando mais de medicamentos.</i>
R11	<i>Não tenho tal dado, visto que não acompanho o paciente após internado.</i>

Não houve informação dessa questão por parte de R2, R5, R8, R9 e R11. Mas foram muito ricos os relatos dos demais. Há, mais uma vez, recorrência na afirmação de que os pacientes abandonam o tratamento psiquiátrico em razão do fanatismo religioso. Por exemplo: R1:

...a mãe do paciente começou a não dar medicações pra ele, porque o pastor revelou que não precisa dar a medicação, porque ele estava curado. Mesmo depois da internação que já faz quatro dias, a mãe não se convenceu e ainda quer tirar o filho da internação mesmo contra o parecer da equipe médica e de outros familiares;

E R10: “A grande maioria abandona o tratamento devido ao discurso de cura religiosa, não precisando mais de medicamentos”.

Há aqueles que ficam sem se alimentar, saem do emprego, isolam-se para atender à voz de Deus. Exemplo é o R3:

Atualmente, temos um senhor internado que por vezes se apresentava como Deus, ora como intérprete de Deus. Hoje com 69 anos, mora sozinho, não aceita alimentação da família com receio de estar envenenada, não aceita visita da filha, alegando que a mesma é uma bruxa e que não tem Deus no coração. A filha relata que o pai saiu do emprego e abandonou a família quando novo, pois essa era a ordem de Deus. Acrescenta que passou necessidade/provação de alimentos, sendo ajudado pela avó paterna.

Consoante Stroppa e Moreira-Almeida, as religiões podem não só intervir rígida e inflexivelmente desorientando o religioso, intervindo na busca de tratamento

médico de sua doença “[...] como podem ajudá-la a integrar-se a uma comunidade e motivá-la para o tratamento”³⁵⁶. No caso dos relatos supracitados de R1, R3 e R10, a religião se instaura como ponto negativo na saúde dos pacientes psiquiátricos.

R6 comentou ser “comum delírio religioso, interferência da religião sobre a vida da pessoa e a interferência cultural e R7 também assim se expressou: Durante o período de internação, alguns pacientes entram em atrito, com agressividade verbal por conta dos delírios de cunho religioso”. Com efeito, as manifestações delirantes, chamadas por Freud de paranoia, resultam de recalque que sucede a um processo de pensamento consciente, mas complexo em que há perda da realidade e desligamento de sua representação, instaurando-se o encontro com o intolerável³⁵⁷.

Atrito e agressividade verbal relatado acima por R7 foram reiterados por R4 quando diz que foram necessários “4 profissionais para fazer a contenção, agressão, gritaria, cenas de horror. A mãe com cara de paisagem e até achando que era demônio”. Gritos, agressões, presença demônio são comuns quando associados à religiosidade obsessiva. Nesse sentido, explicam Cerqueira-Santos, Koller e Pereira: “O ‘diabo’ torna-se a causa principal de todos os males. Assim, a doença passa a ser uma ação demoníaca e a cura requer o exorcismo do fiel. Destaca-se que os rituais de cura da igreja e a consulta médica são atos quase excludentes”³⁵⁸.

Na percepção dos respondentes, de um modo geral, há nos pacientes que apresentam aspecto fanático religioso uma determinação axiológica que, no tocante a seus transtornos mentais, concebe o tratamento médico como elemento disfórico (categoria negativa, orientada para a perdição); em contrapartida, concebe como eufórico (categoria positiva, orientada para a salvação) os preceitos religiosos seguidos ao pé da letra³⁵⁹.

Como se nota pela discussão analítica dos dados coletados do questionário, houve aqueles que reverberaram no empirismo as lições que muitos dos teóricos que embasaram esta dissertação preconizam.

³⁵⁶ STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 431.

³⁵⁷ GARCIA NETO, 2015, p. 24.

³⁵⁸ CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 82.

³⁵⁹ BARROS, 2005, p. 14.

3.2 Percepção do profissional na interferência do tratamento clínico

Antes de proceder à análise da entrevista (realizada também no Capaac), convém registrar algumas observações preliminares. O neuropsiquiatra entrevistado foi muito atencioso; no entanto, a sua timidez durante a entrevista dificultou explorar um pouco mais as experiências hospitalares vivenciadas por ele deixando a entrevistadora/pesquisadora um pouco desconcertada para se aprofundar um pouco mais sobre o assunto, considerando que qualquer insistência poderia parecer invasiva ou mesmo prejudicial ao tempo de trabalho do médico naquele momento. Ainda assim, todas as informações prestadas pelo profissional foram de grande valia para a elaboração e o acréscimo de referências da prática e observação médica neste trabalho, sem contar que possibilitou também a triangulação dos dados, isto é, aplicar mais de uma técnica de coleta de dados, obtê-los de diferentes informações e perspectivas e assim possibilitar uma análise rica, profunda e densa cujos resultados denotam maior credibilidade.

A entrevista se iniciou com a seguinte pergunta³⁶⁰:

- Boa tarde doutor, essa gravação será utilizada para acrescentar na pesquisa de mestrado, não precisa falar seu nome devido ao sigilo, mas, poderia me dizer, por favor, seu CRM e o seu tempo de formado?
- Boa tarde! É, o meu CRM é 7.412 e eu me formei no ano de 2002.

Estando atualmente no ano de 2019, depreende-se que o entrevistado tem dezessete anos de formado, portanto, uma caminhada de quase duas décadas de experiência profissional. Na saúde mental cada ano de experiência é muito rico em diversidade de casos e também de “tensões que repercutem nas experiências de vida e trabalho dos profissionais de saúde”³⁶¹.

Após os cumprimentos e apresentação, a pesquisadora disse “Ótimo!” e perguntou:

- Na sua prática diária, na sua experiência profissional, você percebe ou já percebeu alguma vez a interferência da religião nos tratamentos psiquiátricos? De que maneira isso ocorre?
- Sim, a gente vê na nossa profissão que a perspectiva da religiosidade no dia a dia do paciente pode ser um ponto positivo como pode ser um ponto negativo, as duas situações ocorrem.

³⁶⁰ Nas falas do entrevistado também foram utilizados o itálico, em vez de aspas, pelo mesmo motivo: não confundir com as falas dos teóricos nas citações curtas. Mais que isso: para não confundir com a fala da entrevistadora.

³⁶¹ AOSANI; NUNES, 2013, p. 78.

A resposta do neurologista coincide quando pergunta similar – “A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental?”, foi feita aos respondentes do questionário cujas respostas foram:

- R4 – Em alguns casos de forma positiva para a autoestima e terapêutica (ocupação de tempo). Porém para líderes fanáticos (religiosos) atrapalha o progresso do tratamento, levando até mesmo ao suicídio;
 R9 – Pode interferir, de forma positiva, através da fé e da força para superar a doença. Mas, pode interferir de forma negativa também, através dos delírios místicos e orientações erradas dadas pelos líderes religiosos.

Ou seja: “O que pressupõe a convivência de lógicas e cosmovisões diferenciadas produzindo práticas singulares, passíveis, contudo de diálogo entre si”³⁶².

Já as respostas dos demais respondentes incidiram mais no aspecto negativo da interferência da religião no tratamento do doente mental, portanto distintas do que respondeu o entrevistado. Visto pela perspectiva de tais respostas dissonantes, Baltazar assevera que “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”³⁶³.

Na sequência, foi-lhe questionado:

- De que maneira ocorre essa perspectiva negativa na vida do paciente?
- Situações em que por influência da crença da fé, às vezes espontânea ou às vezes induzida por determinadas linhas religiosas, já vi pacientes abandonarem tratamentos medicamentosos, com a crença de que poderiam melhorar sem essa ajuda, acreditando apenas na força da própria religiosidade.

O abandono do tratamento medicamentoso decorrente da religiosidade obsessiva, da crença de que um ser supremo poderá curar todas as enfermidades foi exaustivamente detalhado na análise dos respondentes dos questionários. Tal circunstância encontra eco em muitos teóricos das ciências das religiões, como é o caso de Baltazar cuja explicação da tensão que entra em jogo entre paciente psiquiátrico/profissional da saúde e discurso religioso sobrepõe o mundo natural sobre o sobrenatural. A autora chama a atenção do profissional da saúde para o diálogo da interpretação racionalista do adoecimento mental com as formas de socialização propostas pela saúde mental. Ela insiste na possibilidade do

³⁶² BALTAZAR; SILVA, 2014, p. 95.

³⁶³ BALTAZAR; SILVA, 2014, p. 95.

rompimento 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”³⁶⁴.

Continuando, a entrevistadora perguntou:

- Doutor, já tem comprovação pela ciência da importância da fé em diversos tratamentos na medicina, mas, o senhor acredita que essa informação induz alguns líderes religiosos a manipular a rotina de um paciente psiquiátrico?
- Eu acho que essa manipulação por alguns líderes religiosos, elas já ocorrem muito antes da comprovação de que a religiosidade pode ser realmente benéfica ou não na saúde mental da pessoa, mas é claro que aqueles que têm conhecimento deste fato e são propensos ao usar de forma indevida essa informação, com certeza, eles usam sim.

Os respondentes do questionário também consideram que há líderes religiosos manipuladores dos doentes psiquiátricos. Vale voltar a falas de R4 – “... para líderes fanáticos (religiosos) atrapalha o progresso do tratamento, levando até mesmo ao suicídio...” e R9: “pode interferir de forma negativa também, através dos delírios místicos e orientações erradas dadas pelos líderes religiosos”. É fato que “Nas igrejas e, particularmente, em seitas e cultos totalitários podem ocorrer disciplina excessiva, manipulação, intimidação, liderança autoritária [...]”³⁶⁵ prejudicando sobremaneira o tratamento do paciente psiquiátrico.

Dando continuidade à entrevista, disse a entrevistadora:

- Entendi!! Você pode nos contar alguma experiência clínica ou hospitalar onde já ocorreu a interferência da religião no tratamento de algum paciente?
- Sem poder, sem especificar a individualização do paciente já houve casos, mas vários de tratamentos fóbicos ansiosos que são suspensos, de tratamentos de transtornos obsessivos compulsivos, em que a crença às vezes imposta sobre o paciente que geralmente são pacientes emocionalmente fragilizados, altamente sugestionáveis, começam a acreditar que a suspensão do remédio pode ser feita de maneira segura baseado só na força da sua própria fé. Quando isso é feito, geralmente e na maioria das vezes o efeito é negativo. Os pacientes voltam com uma carga maior de ansiedade, uma carga maior de distúrbios de humor e com a frustração de não ter conseguido vencer a doença só com a fé.

As falas dos respondentes R1, R3, R4, R6, R7 e R10, correspondentes à questão 10 – “Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum paciente dessa instituição?”, reverberam na resposta acima do neuropsiquiatra. De fato, o cotidiano desses profissionais é permeado de situações de pacientes emocionalmente

³⁶⁴ BALTAZAR; SILVA, 2014, p. 95-96.

³⁶⁵ LOTUFO NETO; LOTUFO; MARTINS, 2009, p. 113.

fragilizados sendo manipulados pela intimidação do discurso religioso resultando em complicações maiores para a doença.

“O destinatário, assim persuadido, não tem escolha: ou se deixa manipular e faz que o destinador deseje ou escapa da manipulação e sofre as consequências previstas na intimidação”³⁶⁶. Na conjuntura ora em discussão, o paciente obedece a seu líder religioso ou à voz de alguém do além e, apegado obsessivamente à sua crença, dispensa o tratamento medicamentoso.

A entrevistadora prosseguiu dizendo:

– É comum paciente em tratamento psiquiátrico ter surtos por parar tratamento, igual, como nós estávamos conversando antes, no caso de pacientes esquizofrênicos, com depressão maior, pacientes com risco de suicídio. Eles que fazem um tratamento medicamentoso durante um tempo. Aí determinada religião, ou determinada crença que ele tem, o faz parar de tomar medicação porque acha que está curado. Isso vai ajudar esse paciente ou promover um surto psicótico nele?

– A interrupção do tratamento seja ela por qualquer motivo, aumenta o risco de recaída e surtos, é, psicóticos. E quando essa retirada é induzida pela sugestibilidade, pela sugestão dos líderes religiosos, com certeza o surto ocorre. A gente conhece casos desses que já foram até retratados na mídia e são frequentes, casos de pacientes esquizofrênicos, pacientes com depressão maior com tendência suicida, situações graves em que a imposição de uma crença manipulada por líderes religiosos bem informados, acabam trazendo muito prejuízo ao paciente e a família.

Nesse sentido, a fala do neuropsiquiatra está em sintonia com a de Gomes, Farina e Dal Forno ao dizerem que a prática religiosa se torna “Negativa, quando explora, manipula e atrapalha o processo de autonomia e o cultivo da própria espiritualidade, centrado mais em dogmas e cumprimentos de normas institucionais que culpabilizam”³⁶⁷. Também alguns respondentes do questionário fizeram relatos similares: R10 respondendo à questão 7 “Ocorrência de pacientes que abandonam o tratamento depois de sofrerem influência religiosa de cura, e não precisam mais de medicamentos” e à questão 10 “A grande maioria abandona o tratamento devido ao discurso de cura religiosa, não precisando mais de medicamentos”. E R1 em resposta à questão 10 “...o pastor revelou que não precisa dar a medicação, porque ele estava curado”.

A entrevistadora perguntou:

³⁶⁶ BARROS, 2005, p. 42.

³⁶⁷ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 110.

- O senhor sabe dizer, nessas triagens que acontecem no hospital ou na anamnese que o senhor faz, qual que é a religião mais comum, que induzem essas pessoas?
- Dentre as várias linhas religiosas, sem dúvida nenhuma a linha evangélica, protestante neopentecostal é aquela em que ocorre o maior número de induções a suspensão de tratamento com o discurso de que só a fé e às vezes o poder dos líderes religiosos é capaz de curar o doente.

Resposta coincidente com a dos respondentes do questionário quando assim questionados. Foi unânime a resposta *Evangélica*, mas assim especificada: 4 pentecostal e 7 neopentecostal. Tais respostas estão em consonância com o que dizem Cerqueira-Santos, Koller e Pereira sobre a atuação dessas igrejas no domínio da saúde: “Prometem curas e amparo emocional, assim como interferem na maneira como os fiéis encaram, elaboram e aceitam esse fato”³⁶⁸.

Vulnerável emocional e mentalmente, o fiel confia na igreja (com destaque para a neopentecostal, conforme dados desta pesquisa) para resolver suas complicações de saúde, “cuja situação é agravada por um sistema de saúde ineficiente e desacolhedor”³⁶⁹.

Depois, a entrevistadora ainda perguntou:

- Mas, o senhor acredita que a religiosidade realmente pode ajudar nos tratamentos psiquiátricos? E como isso pode ocorrer?
- Com certeza, a presença da fé na vida da pessoa eleva a resiliência diante das situações negativas, eleva a perspectiva de melhora, a fé ela é capaz de fazer com que a pessoa mesmo passando por momentos difíceis, embasados na fé e na crença que ela tem religiosa, ela ainda vai ter esperança de melhora. Então, acredito que sim, que a fé como um ponto de ajuda positiva não interferindo no uso das medicações é uma arma importante pra vencer essas moléstias mentais.

Como se vê o neuropsiquiatra concebe a religião sob as duas perspectivas: negativa e positiva. R4 e R8, respondendo à questão 8, também se colocam sob essa ótica, a de que a religião pode ser benéfica à saúde mental e ao tratamento de qualquer patologia, pelo poder da oração; ou, em contrapartida, maléfica quando se segue à risca líderes fanáticos – o que pode interferir até mesmo no abandono do tratamento, agravando a doença mental e levando o indivíduo ao ato extremo: suicídio. “Dessa maneira, fica patente que a religião tanto pode favorecer o bem-estar e a saúde mental de um indivíduo ao garantir-lhe inserção em um grupo com o

³⁶⁸ CERQUEIRA-SANTOS, KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 83.

³⁶⁹ CERQUEIRA-SANTOS, KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 83.

qual possa compartilhar valores e esperanças, como pode prejudicá-lo [...]”³⁷⁰ em sua saúde mental.

A última pergunta foi a seguinte: “Muito bom! Doutor, pra finalizar qual a sua religião?”, “Sou espírita kardecista”.

Diferentemente da religião de todos os que preencheram o questionário (católicos ou evangélicos), o neuropsiquiatra é kardecista.

Agradecendo e despedindo-se, a entrevistadora assim se expressou; “– Muito obrigada por sua participação, tenha uma ótima tarde”.

3.3 Percepção da pesquisadora na condição de observadora participante

Durante as visitas realizadas no hospital psiquiátrico, foi possível acompanhar algumas abordagens de pacientes que chegavam para atendimentos no Pronto Socorro do hospital, onde se pôde observar, conversar com alguns familiares que aguardavam para entender histórias de vidas que continham uma ruptura de vínculos e até mesmo da estabilidade devido aos surtos psiquiátricos que um membro familiar desencadeava. Alguns estavam ali assustados, com medo, confusos, pois era a primeira vez que vivenciavam aquela experiência; outros já ficavam na recepção vendo tv, mexendo no celular, conformados e talvez menos ansiosos, pois já era comum comparecer naquele ambiente para conter os delírios de algum familiar e ou amigo.

O Capaac é um hospital psiquiátrico onde aparecem pessoas de diversas regiões do Estado do Espírito Santo e até mesmo de outros estados do País. Embora a procura dos atendimentos seja de demandas regionais, todo paciente, independente de onde resida, caso se encontre em uma emergência psiquiátrica, nesse *locus* é muito bem acolhido pela equipe de triagem. Antes de passar pelo atendimento médico, a assistente social exerce um atendimento humanizado. Ao olhar de um profissional, é possível averiguar o quão é fundamental logo no primeiro contato com o familiar haver uma escuta atenciosa e compreensiva para que a empatia seja estabelecida e que os demais procedimentos e abordagens hospitalares não sejam tão assustadoras para os familiares e para o próprio paciente que não está em sua plena lucidez.

³⁷⁰ GOMES; FARINA, DAL FORNO, 2014, p. 110-111.

Interessante observar que muitos pacientes chegam em surto psicótico, gritam, querem agredir, querem quebrar o que veem à sua volta, falam coisas e narram fatos que não estão acontecendo, mas o paciente está vivenciando um momento em que supõe que todos ali são inimigos e querem acabar com a vida dele. Mesmo em face de tantas posturas agressivas do paciente, a postura dos profissionais é admirável. Não lhes falta atenção, carinho com os familiares que chegam estarecidos com o momento. Nesse acolhimento, ética e protocolo configuram sua prática cotidiana, sendo, portanto, referência para muitos hospitais clínicos.

Todos os funcionários se colocam disponíveis para conversar, contar suas experiências com os pacientes e também com os familiares que voltam diariamente para visitar os entes que se internaram para o devido tratamento. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicóloga, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, diretores da instituição, todos que prestam serviço ao hospital contribuem com a explanação de casos clínicos específicos que envolvem a religião e até mesmo o fanatismo ou fixação que alguns pacientes apresentam. São experiências de vivências que alargam o cabedal de mestria, não somente provendo a excelência de sua formação profissional, mas trazendo harmonia a um contexto vulnerável à conturbação. Afinal, já afirmara Koenig: “A religião é frequentemente incluída nas crenças e experiências de pacientes psicóticos, tornando-se, assim, alvo de intervenções psiquiátricas”³⁷¹.

Pôde-se acompanhar a abordagem e classificação de risco de uma paciente que estava com delírio e agitação psicomotora, com os sintomas acentuados há mais de seis meses, acompanhada por um membro familiar. A paciente manifestou ter ido a diversas igrejas na cidade de Vitória - ES. O que viu e ouviu nesses templos, levaram-na a inferir que suas queixas e/ou sintomas decorrem de causas espirituais. Durante a avaliação, a paciente relatou que recebera um chamado de Deus para curar outras pessoas, por isso estava passando por tudo aquilo.

Após passar pela consulta com psiquiatra, fora diagnosticada com Transtorno Bipolar. Medicada, ficou em observação no Pronto Socorro. Como não apresentou melhora em seu surto, foi encaminhada para internação hospitalar. Ao acompanhar a paciente até o hospital, percebeu-se a sua inquietação: começou a

³⁷¹ KOENIG, 2007, p. 95.

orar alto, fazer movimentos com as mãos, e foi em direção a alguns pacientes; em questão de minutos, o enfermeiro chegou e orientou a paciente a não orar alto nem tocar nos outros pacientes que ali estavam. Calmamente a paciente disse que estava ali por permissão de Deus e que fora internada para que orasse e curasse todos ali.

Perguntou-se ao enfermeiro o porquê de não permitir à paciente a sua manifestação fervorosa em orar daquela forma espetacular. Ele justificou que a atitude de orar em voz alta, impor as mãos sobre os pacientes, exaltar-se e dizer que está expulsando demônios podem desencadear surtos em pacientes que estavam mais comprometidos e estavam ali naquele momento. Não há qualquer restrição de a paciente fazer orações, mas em voz baixa e sem atrapalhar os outros, o que é visivelmente difícil de ser controlado ao longo do dia. Até o final desta pesquisa não havia melhora na intensidade do delírio da paciente.

MuraKami e Campos alertam ser

[...] necessário que os profissionais sejam capacitados em sua formação acadêmica a integrar a espiritualidade na prática clínica. O profissional de saúde deve ser capaz de determinar qual a importância da religião na vida de seu paciente, qual é o nível de envolvimento religioso e se este é útil (ao promover a boa autoimagem, por exemplo) ou prejudicial (religião contra o uso de medicações) para a sua saúde³⁷².

Outro evento é de uma jovem de 27 anos – encaminhada ao hospital por uma determinação judicial. Ali internada por cinco dias –, passando pelo corredor próximo ao jardim onde todos ficam, abordou a pesquisadora pedindo-lhe ajuda, pois queria ir embora, precisava sair dali porque já estava curada. Havia em sua manifestação uma mistura de choro, com segundos de seriedade, pensamento confuso, história repetitiva e desconexa. Ao ser perguntado por que estava internada, relatou que havia alguém que não gosta dela. Essa “pessoa” levou a foto dela para macumba, porque muitas pessoas não gostam dela, mas ela já havia orado e a macumba acabado. Ela atribui a sua internação a causas espirituais. O pensamento da paciente apresentava estar acelerado e desconexo com a realidade; procurava encontrar coerência com termos de doutrinas religiosas como tábua de salvação para obter respostas em algo que não se vê e nem se pode comprovar,

³⁷² MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 366.

como o apego à teoria da macumba para justificar sua instabilidade mental; manifestava personalidade e subjetividade fragilizadas.

Como presa fácil de ser manipulado, o fanático religioso cumpre o que impõe o destinatário tanto pela sanção (recompensa: recuperação da saúde, bem-estar) quanto pela intimidação, recebendo o merecido castigo divino; torna-se, pois, presa fácil de manipulação³⁷³.

Ao acompanhar o caso clínico, verificou-se que ela estava ali por dependência química, uso e abuso de crack e cocaína. Seus três filhos estavam no abrigo. A paciente tem histórico de ter sofrido abusos sexuais e passado boa parte da vida em abrigo, onde hoje os filhos estão. O uso contínuo de drogas e outros estressores levaram-na a desencadear um quadro psicótico e a consequente internação. Até o fim das visitas hospitalares não havia previsão de alta e o discurso da paciente continuava o mesmo, mas já era possível observar nas intervenções clínicas os aspectos comportamentais e pensamentos com certa coerência com a realidade.

Observou-se também um homem de 30 anos, de família humilde e pais evangélicos; já fora usuário de drogas e se libertou após converter ao protestantismo. Diagnosticado com esquizofrenia já fazia tratamento medicamentoso há um tempo, e surtou após ser orientado pela mãe que deveria fazer um jejum espiritual, cuja orientação era não comer nem fazer uso de seus medicamentos, pois ele estava se preparando para ser pastor. Por não fazer uso da medicação durante dias, desencadeou nele um surto psicótico sendo necessário internar. Chegou delirante, agressivo, precisando ser contido e amparado pelos seguranças do local por não aceitar a abordagem clínica.

Cerqueira-Santos, Koller e Pereira denunciam certos discursos religiosos (em especial os dos rituais iurdianos) que intimidam o crente a não ir a médico nem fazer exames, mas simplesmente a crer no Deus que o salvará³⁷⁴. O resultado do abandono ao tratamento é sempre nefasto e, não raro, permeado de surtos.

De todos os casos que envolvem a relação entre casos de psiquiatria e doutrinação religiosa, o quadro clínico e mais conhecido no âmbito hospitalar é o de esquizofrenia. Encontrou-se no hospital, uma paciente diagnosticada como esquizofrênica. Há pouco tempo, tornara-se evangélica e, após ter recebido oração

³⁷³ BARROS, 2005, p. 42.

³⁷⁴ CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 88.

e orientação de que havia sido curada, parou com o tratamento medicamentoso. A mudança de religião – explicam Lotufo Neto, Lotufo e Martins – pode gerar estresses perturbadores, muitas vezes negligenciados pela psiquiatria. Inclusive (reiterando) há atualmente a Classificação Norte-Americana de Transtornos Mentais, que inclui a categoria “Problemas psicorreligiosos ou psicoespirituais”³⁷⁵.

Soube-se, dos profissionais do hospital, de outra paciente esquizofrênica que fora afetada por uma crise permeada de delírios tão fortes que a levou a atear fogo na própria casa com seus três filhos dentro. Foi presa pelo crime que cometeu, mas encaminhada para a internação a fim de tratar seus sintomas e surtos que, então, estavam acentuados. Passou meses entre presídio e hospital, com recaídas frequentes. Todas as vezes que tomava consciência do crime cometido, entrava em processo de culpa e remorso, não aceitava o que havia acontecido ou o que havia provocado sua atitude, entrando em um processo fantasioso. Foram anos de tratamento com piora em seu quadro clínico. Em 2017, ao ter uma melhora, suicidou-se no presídio onde estava cumprindo a pena determinada pela justiça.

Sobre suicídio, o neuropsiquiatra entrevistado relatou ser uma tendência de *pacientes esquizofrênicos, pacientes com depressão de sorte que a imposição de uma crença manipulada por líderes religiosos bem informados, acaba trazendo muito prejuízo ao paciente e a família*³⁷⁶.

Importante observar que o âmbito hospitalar e/ou o familiar podem comunicar à Polícia Civil quando um paciente é induzido a parar um tratamento que pode lhe trazer risco de morte. Muitos líderes religiosos são responsáveis por consequências desastrosas na vida de fiéis que confiam e acreditam em suas filosofias de salvação, cura e libertação, nos momentos em que os doentes se sentem mais vulneráveis. É considerado crime esse tipo de abordagem e orientação por colocar a vida do paciente em risco ou em uma condição pior sem o devido tratamento.

Para o participante entrevistado, o neopentecostalismo é a linha evangélica de maior ocorrência *de induções a suspensão de tratamento, com o discurso de que só a fé e às vezes o poder dos líderes religiosos é capaz de curar o doente*. Borba

³⁷⁵ LOTUFO NETO; LOTUFO; MARTINS, 2009, p. 44.

³⁷⁶ Na reprodução das falas do entrevistado, procurou-se destacá-las de outras falas que envolvem o parágrafo onde elas se inserem. Optou-se pelo destaque com itálico em vez de aspas, para não confundir com as falas dos teóricos nas citações curtas.

também acusa o discurso do líder religioso como ferramenta que intervém no tratamento medicamentoso com a garantia de cura³⁷⁷.

O que impressiona na história de vida daquela mulher suicida é o fato de que uma orientação não somente a levou a cometer o assassinato de seus filhos, como também a tirar a própria vida com o intuito de dar um fim a seu ciclo de sofrimento, período que vivenciou entre a realidade e a fantasia e que sua doença a manteve como prisioneira. Como se nota, “Clínicos devem compreender os papéis positivos e negativos que a religião desempenha nos pacientes com transtornos psicóticos”³⁷⁸. Devem dialogar sobre esse aspecto com o paciente e deste ganhar um interlocutor cujas informações poderão melhor direcionar devidas intervenções médicas.

A observação proporcionou dias de aprendizagem. Prontuários repletos de histórias diferentes com um denominador comum – a batalha da doença mental com a cura espiritual – é muito mais recorrente do que o bom senso possa imaginar. Percebeu-se, enfim, que o discurso religioso tem sim seus impactos sobre a maioria dos pacientes psiquiátricos atendidos no contexto pesquisado, mas podem ser tanto positivos quanto negativos – aspecto já identificado por Gomes, Farina e Dal Forno: “a religião pode ter efeito tanto benéfico quanto maléfico à saúde”³⁷⁹. Porém os efeitos nocivos são os que ganharam maior protagonismo nesta pesquisa.

Reitera-se que, para enriquecimento dos dados, procurou-se triangulá-los – o que demanda a manutenção do encadeamento deles para daí proceder às inferências nas análises, conforme iam emergindo das análises semelhanças e discrepâncias. O adentrar no *locus* onde os fenômenos acontecem, questionando e entrevistando envolvidos no problema e observando eventos facultou à pesquisadora entrar em contato com o contexto investigado e em tempo real de muitos acontecimentos, participando das intervenções juntamente com os médicos e enfermeiros no pronto socorro e no hospital, além de conversar individualmente com os pacientes em momentos de lazer. Cabe ressaltar que isso era possível porque os pacientes circulam livremente nas áreas do hospital onde não oferecem risco de fuga ou prejuízos ao paciente.

³⁷⁷ BORBA, 2008, p. 401.

³⁷⁸ KOENIG, 2007, p. 95.

³⁷⁹ GOMES; FARINA, DAL FORNO, 2014, p. 110.

Afloraram oito categorias da análise dessa teia de dados, isto é, elas foram depreendidas da percepção dos participantes sobre os pacientes psiquiátricos e da observação da pesquisadora, propiciada pelo rigor da técnica da observação. As recomendações metodológicas seguidas foram estas as de Gil – “é necessário que o pesquisador esteja dotado de conhecimentos prévios acerca da cultura do grupo que pretende observar”³⁸⁰; de Bardin³⁸¹ – cujas lições se referem à análise de conteúdo; e de Barros³⁸² e Fiorin³⁸³ – no respeitante à construção dos sentidos do discurso dos respondentes acerca da percepção dos pacientes psiquiátricos, consoante a semiótica greimasiana.

Eis, por fim, as oito categorias:

- 1 Influência do discurso religioso de líderes neopentecostais no abandono do tratamento medicamentoso de paciente psiquiátrico, resultando em posterior piora da saúde mental.
- 2 Desconsideração da equipe médica relacionada à religião e/ou religiosidade/espiritualidade do paciente psiquiátrico.
- 3 Negligência da família de muitos pacientes no tocante ao tratamento.
- 4 Fragilidade da rede pública de assistência ao doente mental.
- 5 Concepção de doença mental pelos próprios pacientes como possessão demoníaca.
- 6 Consequências antagônicas da religião do paciente psiquiátrico: ora negativa, manipuladora; ora positiva, se bem conduzida como fomentadora de *life styles* ou estilos de vida promotores da saúde.
- 7 Fanatismo religioso: um mal frequente que acomete doentes mentais, principalmente quando manipulados pela sanção e intimidação das denominações neopentecostais.
- 8 Nítida relação entre religiosidade e psicopatologia dos pacientes.

Entre as categorias citadas, podemos salientar a importância da equipe médica se sensibilizar, compreender e respeitar a religiosidade de cada paciente para que ocorra uma empatia de ambas as partes e, assim, sendo possível a realização de um atendimento e tratamento com menos tensão e até mesmo sem agressividade.

Por seu turno, a negligência familiar chama a atenção no âmbito psiquiátrico, pois muitos não se responsabilizam em administrar a medicação ao paciente quando necessário, não compreendem que o paciente é incapaz naquela circunstância, comprometimento e até mesmo sanidade para tomar seus próprios fármacos,

³⁸⁰ GIL, 2008, p. 102.

³⁸¹ BARDIN, 1977, p. 50.

³⁸² BARROS, 2005, p. 43.

³⁸³ FIORIN, 1999, p. 179.

permitindo, assim, um tratamento irregular que intensifica a probabilidade de novas crises.

Somente quando o paciente já está em processo de melhora deve ser orientado de maneira clara e objetiva sobre sua doença, desfigurando-se a idealização de estar possuído por uma entidade ou demônio. A essa altura, é importante que a educação de promoção e prevenção comece e que não aconteça apenas com os familiares, mas que inclua o paciente, isto é, aquele que já se encontra apto ao entendimento. Essas medidas devem ser tomadas antes de o paciente receber alta hospitalar, quando de fato se percebe com nitidez que a consciência deste o permitirá fazer uso das medicações corretamente além de resistir as influências externas de cunho doutrinário religioso, evitando, portanto, o retorno ao fanatismo religioso.

Na esfera pública, salienta-se a fragilidade da assistência ao doente mental, que não consegue as medicações necessárias disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e, na maioria dos casos, não há vagas para o acompanhamento psicossocial como é necessário e direito do cidadão.

Infere-se, enfim, na percepção desta pesquisadora, ser possível afirmar que a nítida relação entre a religiosidade e as psicopatologias mantém estreita coerência com a justificativa e os objetivos deste trabalho. Da mesma forma o desenvolvimento desta dissertação teve seu desfecho com as supracitadas categorias; por sua vez, a conclusão, que vem a seguir, teve seu desenho harmonizado na mesma direção.

CONCLUSÃO

Chega-se ao término de uma pesquisa, que nada mais é que estar diante de uma casta de problemas que vão se tornando visíveis num cotidiano que até então os tornava opacos aos olhos embaciados daquele que olha e não vê. Assim estava esta pesquisadora, mas que foi ampliando sua visão desde a revisão de literatura, já com o primeiro capítulo, que a colocou em contato mais aprofundado das noções de religião, religiosidade e fé articuladas a aspectos como saúde mental e transtornos mentais e comportamentais. No estudo desta parte foi possível entender à luz das Ciências das Religiões a interferência desses aspectos tanto sob o prisma positivo (revigorando nossa possibilidade de trânsito autônomo pela vida pessoal e social) quanto negativo da saúde mental da pessoa, quando a alienação rompe o laço entre sujeito e objeto, e as ações desse sujeito ficam mediadas pelo outro. Foi possível melhor entender com os teóricos a gravidade do fanatismo religioso, da má-fé religiosa de uns sobre doentes mentalmente debilitados, podendo-os levar a uma psicopatologia.

O segundo capítulo veio para aprofundar esse entendimento sob as perspectivas psiquiátrica e psicológica na tentativa de recuperar a saúde mental da pessoa transtornada pela religiosidade levada ao extremismo. Pôde-se constatar o quanto valoroso é o trabalho do psicólogo e de demais profissionais da saúde no tratamento e cura do doente internado com tais transtornos. Não se quis combater aqui a religiosidade e a fé que podem colaborar positivamente no tratamento de muitas doenças, mas o que se combateu foi no caso daqueles que abandonam o tratamento medicamentoso na crença de que o milagre acontecerá quando apegados a um ser superior e, a partir de então, nada mais veem como possibilidade de cura. Nesse sentido, traçou-se o perfil ideal dos profissionais da saúde com foco no psicólogo, daquele que atua inserido numa proposição de harmonização integral dos problemas, daquele que, em vez de transformar o doente em alguém saudável, vai contribuir sobremaneira para que ele mesmo se leia, se entenda e se cure.

Para averiguar essa teoria na realidade prática, o terceiro capítulo, munido de uma metodologia adequada, deslindou na análise e interpretação dos dados da pesquisa empírica um mundo de significados do paciente psiquiátrico, de suas ações e relações, muitas vezes não perceptíveis apenas na exterioridade visível aos

olhos humanos. Nessa conjuntura o contato direto com os profissionais (enfermeiros, médicos e o médico neuropsiquiatria) foram fundamentais para uma apreensão mais detalhada do problema investigado sem quaisquer intermediações, para abordá-lo na perspectiva de quem vivencia-o na sua prática cotidiana

É uma realidade brasileira o grande contingente de doentes mentais envolvidos em tratamentos intensivos, nas redes públicas de saúde, em decorrência de desequilíbrio mental associado à religião ou mesmo religiosidade/espiritualidade em nível de fanatismo. O que muito chamou a atenção na pesquisa foi o recorrente abandono ao tratamento medicamentoso em razão da crença de que a religião é o caminho para a cura de todos os males, os quais nada mais são que a possessão do diabo cuja saída é a exorcismo mediado pela oração. Para esses pacientes psicopatológicos, tem-se, pois, a sua manifestação de religião/religiosidade como uma euforia, enquanto que o tratamento médico é concebido como disforia – interpretação no que concerne à análise semiótica greimasiana.

Observou-se o quão o discurso de líderes religiosos (em especial os neopentecostais) manipula o paciente psiquiátrico a ponto de conceber tão somente um caminho para a sua cura: a oração, seguida de jejum, isolamento, automutilação. Enfim, um comportamento doentio que se agrava podendo levar o paciente a surtos de dimensões e comportamentos extremistas como a execução de homicídio e de suicídio. O impacto do discurso religioso e o poder de manipulação de líderes religiosos nos demonstra o risco de morte em que a sociedade está envolvida, pautando sua existência nas emoções e não razão na real falta de conhecimento das doenças e do acesso aos atendimentos e periodicidade de um tratamento adequado.

Tais observações sumarizam as respostas da questão-problema de que a má-fé religiosa que se impregna no discurso religioso, apelativo e envolvente, de certos líderes de religiões avivadas produzem efeitos nefastos sobre o tratamento medicamentoso do paciente que o abandona para seguir seu grupo de pertença, que o acolhe em sua fragilidade, mas que, paradoxalmente, o destrói ao induzi-lo a abandonar o tratamento, abster-se da ciência médica para aderir à fé salvadora. Verificou-se assim que trilhar por essa vereda é mergulhar no fanatismo, cujos efeitos são reiteradamente negativos para a saúde do corpo e mental, tendo como caminho certo o desenvolvimento/agravamento de doenças psicopatológicas, surtos

patológicos que levam, na melhor das hipóteses, à internação psiquiátrica, e, na pior delas, à prática de homicídio(s) e suicídio.

Para se atingir o objetivo geral desta pesquisa, foi preciso buscar nos teóricos e averiguar empiricamente as intrincadas relações que se podem estabelecer entre a religiosidade e o perfil psicopatológico dos pacientes. Com esse entendimento, pôde-se deduzir dos dados que, quando se trata de fanático religioso, o seu apego à crença é incondicional ao que absorveu do discurso religioso e, por conseguinte, nocivo à sua saúde mental.

Depreendeu-se que os discursos dos líderes religiosos têm o potencial de alterar o modo de ser e de fazer do destinatário psicologicamente vulnerável, seja pela sanção, seja pela intimidação. Assim alterado em sua essência, o destinatário passa a crer que a salvação de suas doenças físicas e mentais seja curada pela fé. Emerge dessa aceitação o questionamento: para que então continuar o tratamento medicamentoso? O resultado, portanto, é abandoná-lo, desencadeando novos surtos psicóticos e novas internações.

Ao procurar entendimento sobre causas/efeitos das psicopatologias engendradas, ou simplesmente agravadas, pelo discurso religioso de modo, verificou-se que a fé passa a ser negociada para a conquista de adesão a determinada ideologia. Tudo isso veiculado por um discurso permeado de estratégias discursivo-argumentativas convincentes, em especial porque se trata de destinatário discriminado por comportamentos estranhos e, portanto, já fragilizado em sua saúde mental.

Exposto a essa arena onde o discurso da autoridade não se discute, apenas o aceita (como é o discurso religioso); e depois exposto à internação num hospital psiquiátrico onde as autoridades mantêm um discurso dissonante daquele, está a vítima, o incompreendido, o sem voz e sem vez, sofrendo as agruras dos males mentais. Muitas vezes a equipe terapêutica carece de conhecimentos específicos sobre religião/religiosidade e sua interferência no comportamento de pacientes esquizofrênicos, bipolares, depressivos. Gritos, clamores, escândalos em torno dessa circunstância de surtos precisam ser interfaceados com os aspectos transcendentais comprometedores da saúde mental, intensificando o adoecimento do paciente.

Verificou-se a urgência de que a equipe que trata o paciente sujeitado, já refém de uma relação embaraçosa, passe a desenvolver uma escuta mais sensível

àquele que se encontra ética e assimetricamente numa dimensão aquém; passando a acolhê-lo com mais discernimento de seu mal. Nesse sentido, pode-se afirmar que há muito que avançar no tocante ao tratamento do paciente psiquiátrico surtado em decorrência do fanatismo religioso.

Em resumo, além das categorias emersas da análise dos dados, depreendeu-se que a equipe médico-hospitalar que cuida do paciente surtado em decorrência de fanatismo religioso deve:

- 1 Desenvolver um olhar e uma escuta mais sensíveis para o discurso do paciente psicopatológico e à religião/religiosidade para melhor lidar com variáveis religiosas.
- 2 Centrar-se na possibilidade de abandono ao tratamento medicamentoso em razão de sua crença incondicional de cura pela fé e desenvolver um discurso convincente de que sem os remédios não há cura.
- 3 Aproximar-se do paciente, procurando algum entendimento sobre a religião deste e, com essa fagulha de saber que seja, fazê-lo aceitar a doença e tratar-se, proporcionar-lhe alento, conforto e segurança, evitando, portanto, outras crises psicóticas.
- 4 Atentar-se, com muito tato, para a vulnerabilidade do paciente a discursos religiosos elaborados com má-fé, apontando-lhe novos nortes.
- 5 Ampliar o seu escopo teórico específico acerca da vivência religiosa/ espiritualidade, do fortalecimento do indivíduo no enfrentamento da doença, para o desenvolvimento de uma prática mais eficaz.

Tudo o que ora se conclui da pesquisa teve grande influência da opção metodológica, de natureza qualitativa. Não fosse o contato ao vivo com os envolvidos, a observação direta dos eventos em processo, muito do que se inferiu passaria despercebido por ser impossível detectar pela quantificação. As análises elaboradas a partir do universo de significados, valores, crenças não poderiam se reduzir à quantificação. A operacionalização de categorias foi emersa de fenômenos de uma realidade permeada de significados imprecisos. Por sua vez, a análise de conteúdo dos dados coletados dos discursos dos participantes possibilitou perceber a recorrência de certos dados.

Assim, encerra-se esta dissertação que, na verdade, não se constitui um encerramento de pesquisa, apenas parte relacionada a seu recorte, uma vez que se abre um fluxo de questionamentos que clama por melhor conhecer o outro e poder ajudá-lo com devidos e eficazes conhecimentos científicos.

REFERÊNCIAS

ADORNO *et al.*, Theodor W. Freudian theory and the pattern of fascist propaganda. *Gesammelte Schriften Bd*, v. 8, p. 407-432, 1972.

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Souza; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*, n. 24, p. 1-15, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2LDDbTO>>. Acesso em: 4 set. 2017.

ALVES, Daniel Gonçalves; ASSIS, Monique Ribeiro de. O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus significados. *Conexões PSI*. Rio de Janeiro v. 3, n. 1, p. 72-100, jan./jun. 2015.

AOSANI; Tânia Regina; NUNES, Karla Gomes. A Saúde Mental na Atenção Básica: a percepção dos profissionais de Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 71-80, jul./dez. 2013.

AMARAL, Ana Paula. *A importância da vulnerabilidade ao stress vulnerabilidade ao stress no desencadear de doença física e mental doença física e mental perante circunstâncias de vida adversas*. 244p. Tese (Doutorado em Ciências Biomédicas). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2008.

BABA, Sri Prem. *Propósito: a coragem de ser quem somos*. Rio de Janeiro: Sextante, 2018.

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. *Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade?* (Mestrado em Saúde Pública), 138 f. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

BALTAZAR, Danielle Vargas; SILVA, Claudia Osorio da. O que a saúde mental tem a ver com religiosidade?, p. 75-97. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.6, n. 14, 2014.

BARBOSA *et al.* Silvânia da Cruz. Saúde Mental em enfermeiros plantonistas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. In: ALVES *et al.*, Railda Fernandes. (Orgs.). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*, p. 217-241. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Diana Luz Pessoa de. *Teoria semiótica do texto*. 4. ed. São Paulo: Ática, 2005.

BELZEN, J. A. Psicopatologia e religião: uma análise psicobiográfica. *Multitextos*, ano 1, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2HeCV9G>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

BORBA, Patrícia Laubino. A inscrição do discurso do esquizofrênico no discurso religioso. *Linguagem & Ensino*, v. 11, n. 2, p. 393-417, jul./dez. Pelotas, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização. Série B, Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2006.

CARVALHO, Denis Barros de. Psicologia da Saúde Crítica no Contexto Hospitalar. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 33, ano 2, p. 350-365, 2013.

CASTORIADIS, Cornelius. *Figuras do pensável: as encruzilhadas do labirinto*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CATALAN, Jean-François. *O homem e sua religião: enfoque psicológico*. São Paulo: Paulinas, 1999.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; KOLLER, Sílvia Helena; PEREIRA, Maria Teresa Lisboa Nobre. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 24, ano 3, p. 82-91, 2004.

CITELLI, Adilson. *Linguagem e persuasão*. 15. ed. São Paulo: Atica, 2002.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 3, p. 345-348, maio/jun., 2005.

CUNHA, Andréa Lino e Silva. *Análise de trabalhos em Psicologia da Saúde produzidos pela Universidade de Brasília de 2011 a 2015*. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). 119 f. Universidade de Brasília (UnB). Brasília-DF, 2016.

DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, Psicopatologia & Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FAGUNDES, Renata Borba. Uma breve análise do percurso gerativo de sentido em uma tira de Magali. In: SILEL, v. 2, n. 2, p. 1-8 p. Anais... do Uberlândia: EDUFU, 2011.

FANATISME. *Oeuvres complètes de Voltaire: dictionnaire philosophique*. Section I. Available. Disponível em: <<http://twixar.me/Jy2K>>. Acesso em: 06 maio 2019.

FIORIN, José Luiz. *Revista Delta*, v. 15, n. 1, p. 177-207, 1999.

FORTES *et al.*, Sandra. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, ano 4, p. 1079-1102, 2014.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANKL, Viktor Emmil. *Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial*. São Paulo: Quadrante, 1973.

FREIRE, José Célio; MOREIRA, Virginia. Psicopatologia e religiosidade no lugar do outro: uma escuta levinasiana. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 93-98, 2003.

FROMM, Eric. *Análise do homem*. 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1970.

GAARDER, Jostein; HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

GARCIA NETO, Antonio; TAURO, David Victot-Emmanuel. A psicose e saúde mental: impasses na contemporaneidade. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 7, n. 2, p. 152-160, 2015.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Nilvete Soares; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 6, n. 2, p. 107-112, 2014.

GUZZO, Raquel S. L.; LACERDA Jr., Fernando. Fortalecimento em tempo de sofrimento: reflexões sobre o trabalho do psicólogo e a realidade brasileira. *Interamerican Journal of Psychology*, v. 41, n. 2, p. 231-240, 2007.

HELOANI, José Roberto; CAPITÃO, Cláudio Garcia. Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. *São Paulo em perspectiva*, v. 17, ano 2, p. 102-108, 2003.

HENNING, Martha Caroline; MORÉ, Carmen L. O. O. Religião e Psicologia: análise das interfaces temáticas, *Revista de Estudos da Religião*. PUC-SP, v. 9, p. 84-114, dez. 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2Q7m7nL>>. Acesso em 15 maio 2019.

HILLMAN, James. *Uma busca interior em psicologia e religião*. 3. ed. São Paulo: Paulus, 1984.

JUNG, Carl G. *Psicologia da religião oriental e ocidental*. Petrópolis: Vozes, 1983.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos, p. 95-104. *Revista de Psiquiatria Clínica*, Suplemento 1, v. 34, São Paulo, 2007.

KRAWULSKI, Edite. *Construção da identidade profissional do psicólogo: vivendo as "metamorfoses do caminho" no exercício cotidiano do trabalho*. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção, área de concentração Ergonomia), 207 f. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2004.

LOTUFO NETO, Francisco. *Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. Tese (Livre Docência em Psiquiatria) 354 f. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria. São Paulo, 1997.

LOTUFO NETO, Francisco; LOTUFO, Zenon; MARTINS, José Cássio. *Influências da Religião sobre a Saúde Mental*. São Paulo: Esetec, 2009.

LOWEN, Alexander. *A espiritualidade do corpo: bioenergética para a beleza e a harmonia*. 3. ed. São Paulo: Cultrix, 2000.

MARCONI, Marina de Andrade; PRESOTTO, Zélia Maria Neves. *Antropologia: uma introdução*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MATOS, Margarida Gaspar de. Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, v. 3, ano XXII, p. 449-462, 2004.

MAY, Rollo. *A arte do aconselhamento psicológico*. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MAY, Rollo. *O homem à procura de si mesmo*. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MEC. Secretaria de Educação Fundamental. *Saúde*. Disponível em: <<https://bit.ly/2Q28vKF>>. Acesso em: 2 set. 2017.

MENDES, Jailson dos Santos; NEVES, Tanarah Jessica de Souza; PARTAT, Anette Kelsei. Perfil dos trabalhadores em saúde mental do Caps II Araguaína. *Revista Científica do ITPAC*, Araguaína, v. 8, n. 1, p. 1-8, jan. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente, p. 361-317. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, ano 2, p. 361-317, mar./abr., 2012.

NOGUEIRA, Fernanda Ferreira Marcondes. Isotopia temática e figuratividade em “Eis os amantes” e “Introdução” de Augusto de Campos. *Estudos Semióticos*, n. 3, p. 1-12, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2HlnQlv>>. Acesso em: 12 set. 2017.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Saúde mental dos profissionais de Saúde. *Revista Brasileira Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, jul./set., 2003.

OLIVEIRA, Márcia Regina; JUNGES, José Roque. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, ano 17, n. 3, p. 469-476, set./dez. 2012.

OMS. *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2HlnQlv>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

OPAS/OMS. *Tema do Dia Mundial da Saúde de 2017, depressão é debatida por especialistas em evento na OPAS/OMS*. Disponível em: <<https://bit.ly/2YwdxSL>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

OTTO, Rudolf. *O Sagrado: um estudo do elemento não-racional na ideia do divino e a sua relação com o racional*. São Bernardo do Campo: Imprensa Metodista, 1985.

PAIS-RIBEIRO, J.; LEAL, I. Psicologia da saúde: emergência e actualidade. In: LOPES *et al.*, M. (Coord.). *Psicologia aplicada*, p.119-136. Lisboa, PT: RH, 2011.

PALLARES-BURKE, Maria Lúcia Garcia. Entrevista com Zigmunt Bauman. *Tempo social*, v. 16, n. 1, p. 301-325, 2004.

PASSOS, I. C. F. Cartografia da Publicação Brasileira em Saúde Mental: 1980-1996. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 19, n. 3, set./dez., 2003.

PÁTARO, R. F; BOVO, M. C. A interdisciplinaridade como possibilidade de diálogo e trabalho coletivo no campo da pesquisa e da educação. *Revista NUPEN*, Campo Mourão, v. 4, n. 6, p. 45-63, jan./jul. 2012.

PAULA, Andreia; PIMENTA, Rui. A influência de características de trabalho na Qualidade de Vida dos profissionais de Saúde Mental. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, v. 11, n. 2, p. 70-79, dez. 2013.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. *Saúde mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*, n. 34, supl 1, p. 136-145, 2007.

PINHO *et al.*, Leandro Barbosa de. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, ano 1, p. 25-32, jan./mar., 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2HmzAUO>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

POCINHO, Margarida. Neurose, psicose e funcionamento borderline: uma análise a partir da estrutura do aparelho psíquico. *Interações: sociedades e as novas modernidades*, n. 27, Instituto politécnico de Coimbra, p. 72-100, dez. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2HmzAUO>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

RABELO, Maria Cristina M. Religião, ritual e cura. In: *Saúde e doença: um olhar antropológico*. ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.), p. 47-56. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SANTOS, Raquel Lana Fernandes dos. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. In: *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 162-171, jul./set. 2016.

REICH, Wilhelm. *Psicologia de massas do fascismo*. 2. ed. Martins Fontes, 1988.

RIBEIRO, José Luís Pais. A Psicologia da Saúde. In: *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. ALVES *et al.*, Railda Fernandes. (Orgs.), p. 23-64. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

ROSÁRIO, Nísia Martins do. Mostrar e esconder: eterno jogo da sedução um estudo do discurso da sedução no corpo fotografado, p. 1-9. Disponível em: <<https://bit.ly/2YsNgVo>>. Acesso em: 12 set. 2017.

SAES, Débora Lacerda. *Desafios de trabalhadores em saúde mental: o cotidiano dos serviços substitutivos*. TCC. (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia/ Núcleo de Saúde Mental). 79 f. Salvador-BA, 2010.

SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, p. 15-16, jul./ago./set. 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2HhWXAj>>. Acesso em: 2 set. 2017.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis: revista Saúde Coletiva*, v. 17, ano 1, p. 29-41, Rio de Janeiro, 2007.

SEGUNDO, Juan Luis. *O homem de hoje diante de Jesus de Nazaré*. São Paulo: Paulinas, 1985.

SILVA, Eliane Moura da. Entre religião, cultura e história: a escola italiana das religiões. *Revista de Ciências Humanas*, Viçosa, v. 11, n. 2, p. 225-234, jul./dez. 2011.

SILVA, Sueli Maria Ramos da. *Discurso de divulgação religiosa: semiótica e retórica*. Tese (Doutorado em Linguística), 337 f. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SILVA, Irisomar Fernandes. *Introdução às práticas psicanalíticas*. Vila Velha-ES: Cetapes, 2014.

SILVEIRA, Luana Silveira da; NUNES, Mônica de Oliveira. Para Além e Aquém de Anjos, Loucos ou Demônios: Caps e Pentecostalismo em Análise/ In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos Humaniza SUS*, v. 5, Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SKINNER, Burrhus Frederi. *Ciência e comportamento humano*. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SOARES, Camila Alves; TABOSA, Lucileide da Silva; QUEIROZ, Viviane Vicente. *A gestão do trabalho no campo da saúde mental: desafios e possibilidades*. Especialização em Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB. Redenção, p. 1-15, 2014.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. (Orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*, p. 427-443. Belo Horizonte: Inede, 2008.

TATIT, Luiz. A abordagem do texto. In: FIORIN, José Luiz (Org.). *Introdução à Linguística*. São Paulo: Contexto, 2002.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Psicologia da Saúde: Estado Actual e Perspectivas Futuras. *Análise Psicológica*, v. 2, ano X, p. 149-157, 1992.

TEIXEIRA, José A. Carvalho; LEAL, Isabel. Psicologia da Saúde: contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, v. 4, ano VIII, p. 453-458, 1990.

UTSCH, Michael. Tarefas e limites da psicologia da religião: uma perspectiva dialogal. *Numen: revista de estudos e pesquisa da religião*, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 539-555, 2014.

VALE, Rosângela Martins do. A dimensão da fé na perspectiva de Paul Tillich. V Congresso da ANPTECRE Religião, Direitos Humanos e Laicidade, 8p., v. 5 *Anais...*, 2015.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, ano 1, p. 183-193, 2009.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre *et al.* Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*, v. 37, ano 4, p. 440-445, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIOES

Prezado/a Profissional do Capaac

Sou aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, da Faculdade Unida de Vitória-ES e estou desenvolvendo a pesquisa “A religião como elemento promotor de internação psiquiátrica”, sob orientação do Professor Doutor Francisco de Assis Souza Santos. Convido/a para participar da pesquisa pelo fato de ser profissional da Saúde vinculado ao Capaac, o campo de investigação desta pesquisa.

Esta pesquisa objetiva refletir e discutir razões pelas quais a religião contribui para certas condutas de efeitos negativos podendo levar o ser humano a desenvolver fanatismos a ponto de chegar à internação psiquiátrica e, até mesmo, no caso de predisposição genética, desenvolver doenças psicopatológicas, ou surtos psicóticos, ou ainda atentar contra a própria vida.

Sua participação consiste, ao aceitar em colaborar com a pesquisa, em responder, uma única vez, ao questionário/entrevista por mim apresentado. Os conhecimentos resultantes deste estudo serão constituídos para dados de uma análise qualitativa. Os sujeitos participantes **não** serão mencionados ou identificados. Dessa forma, podemos garantir que em nenhum momento durante os processos de análise e divulgação dos resultados sua identidade será exposta.

A pesquisa poderá eventualmente ser divulgada em revistas especializadas, eventos na área de atuação, livros, bem como na dissertação de mestrado. Os dados coletados constituirão um banco de dados que ficará sob a guarda da pesquisadora do projeto, podendo, eventualmente, fazer parte de pesquisas futuras.

Sua contribuição para com esta pesquisa é voluntária e possui plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem penalização alguma. Saliento, contudo, a importância de sua participação para este estudo, uma vez que enriquecerá este estudo no que diz respeito ao problema em questão.

A qualquer momento, o participante poderá fazer perguntas à pesquisadora, que tem a obrigação de prestar os devidos esclarecimentos.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Declaro que li os detalhes descritos neste documento e que concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos acima descritos.

Cachoeiro do Itapemirim, ____ de _____ de 2019.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO A ENFERMEIROS E MÉDICOS QUESTIONÁRIO



Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões
(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: ___/___/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

- 1 Data de Nascimento: ___/___/___
- 2 Sexo: Feminino () Masculino ()
- 3 Formação Profissional: () médico(a) () enfermeiro(a)
- 4 Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: _____
- 5 Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: _____
- 6 Religião: _____

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião, o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:
 - () Influência do discurso religioso
 - () Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 - () Outros. Qual(is)?

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:
 - () Influência do discurso religioso
 - () Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 - () Outros. Qual(is)?

3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

4) Na sua experiência profissional qual o segmento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso:

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 () Evangélica pentecostal² () Evangélica neopentecostal³
 () Outras

5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- () Esquizofrenia () Depressão severa () Transtorno Bipolar
 () Outros. Cite _____

6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- () Sim () Não () Não sei reponder

7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

¹ Kardecistas, Ubanda...

² Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...

8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental? Como?

9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como?

Sim () Não ()

Explique.

10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum pacientes desta instituição?

APÊNDICE C – ENTREVISTA APLICADA AO NEUROPSIQUIATRA DO CAPAAC

Entrevista no CAPAAC

– Boa tarde doutor, essa gravação será usada para acrescentar na pesquisa de mestrado, não precisa falar seu nome devido ao sigilo, mas, poderia me dizer, por favor, seu CRM e o seu tempo de formado?

– Boa tarde! É, o meu CRM é 7.412 e eu me formei no ano de 2002.

– Ótimo! Na sua prática diária, na sua experiência profissional, você percebe ou já percebeu alguma vez a interferência da religião nos tratamentos psiquiátricos? De que maneira isso ocorre?

– Sim, a gente vê na nossa profissão que a perspectiva da religiosidade no dia a dia do paciente pode ser um ponto positivo como pode ser um ponto negativo, as duas situações ocorrem.

– De que maneira que ocorre essa perspectiva negativa na vida do paciente?

– Situações em que por influência da crença da fé, as vezes espontânea ou as vezes induzida por determinadas linhas religiosas, já vi pacientes abandonarem tratamentos medicamentosos, com a crença de que poderiam melhorar sem essa ajuda, acreditando apenas na força da própria religiosidade.

– Doutor, já tem comprovação pela ciência da importância da fé em diversos tratamentos na medicina, mas, o senhor acredita que essa informação induz alguns líderes religiosos a manipular a rotina de um paciente psiquiátrico?

– Eu acho que essa manipulação por alguns líderes religiosos, elas já ocorrem muito antes da comprovação de que a religiosidade pode ser realmente benéfica ou não na saúde mental da pessoa, mas é claro que aqueles que tem conhecimento deste fato e são propensos ao usar de forma indevida essa informação, com certeza, eles usam sim.

– Entendi!! Você pode nos contar alguma experiência clínica ou hospitalar onde já ocorreu a interferência da religião no tratamento de algum paciente?

– Sem poder, sem especificar a individualização do paciente já houve casos, mais vários de tratamentos fóbicos ansiosos que são suspensos, de tratamentos de transtornos obsessivos compulsivos, em que a crença as vezes imposta sobre o paciente que geralmente são pacientes emocionalmente fragilizados, altamente sugestionáveis, começam a acreditar que a suspensão do remédio pode ser feita de maneira segura baseado só na força da sua própria fé. Quando isso é feito, geralmente e na maioria das vezes o efeito é negativo. Os pacientes voltam com

uma carga maior de ansiedade, uma carga maior de distúrbios de humor e com a frustração de não ter conseguido vencer a doença só com a fé.

– É comum paciente em tratamento psiquiátrico ter surtos por parar tratamento, igual, como nós estávamos conversando antes, no caso de pacientes esquizofrênicos, com depressão maior, pacientes com risco de suicídio. Eles que fazem um tratamento medicamentoso durante um tempo, ai determinada religião, ou determinada crença que ele tem, ele parar de tomar medicação porque acha que está curado, isso vai, é, ajudar esse paciente ou promover um surto psicótico nesse paciente?

– A interrupção do tratamento seja ela por qualquer motivo, aumenta o risco de recaída e surtos, é, psicóticos. E quando essa retirada é induzida pela sugestibilidade, pela sugestão dos líderes religiosos, com certeza o surto ocorre. A gente conhece casos desses que já foram até retratados na mídia e são frequentes, casos de pacientes esquizofrênicos, pacientes com depressão maior com tendência suicida, situações graves em que a imposição de uma crença manipulada por líderes religiosos bem informados, acabam trazendo muito prejuízo ao paciente e a família.

– O senhor sabe dizer, nessas triagens que acontecem no hospital ou na anamnese que o senhor faz, qual que é a religião mais comum, que induzem essas pessoas?

– Dentre as várias linhas religiosas, sem dúvida nenhuma a linha evangélica, protestante neopentecostal é aquela em que ocorre o maior número de induções a suspensão de tratamento com a, com o discurso de que só a fé e às vezes o poder dos líderes religiosos é capaz de curar o doente.

– Mas, o senhor acredita que a religiosidade, ela realmente pode ajudar nos tratamentos psiquiátricos? E como isso pode ocorrer?

– Com certeza, a presença da fé na vida da pessoa eleva a resiliência diante das situações negativas, eleva a perspectiva de melhora, a fé ela é capaz de fazer com que a pessoa mesmo passando por momentos difíceis, embasados na fé e na crença que ela tem religiosa, ela ainda vai ter esperança de melhora. Então, acredito que sim, que a fé como um ponto de ajuda positiva não interferindo no uso das medicações é uma arma importante pra vencer essas moléstias mentais.

– Muito bom!! Doutor, pra finalizar qual a sua religião?

– Sou espírita kardecista.

– Muito obrigada por sua participação, tenha uma ótima tarde.

ANEXOS**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA ACADÊMICA**

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 27/06/2019.



ANEXO B – RESPOSTAS DOS RESPONDENTES AO QUESTIONÁRIO

R1



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões

(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 23/12/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 27/04/1966
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Formação Profissional: () médico(a) () enfermeiro(a)
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: 10 ANOS
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: 30 ANOS
6. Religião: Evangélica

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- () Influência do discurso religioso
 () Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 () Outros. Qual(is)?

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- () Influência do discurso religioso
 () Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 () Outros. Qual(is)?



- 3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

SIM, FOI UM CASO ISOLADO. MAS HÁ CASOS EM QUE OS FAMILIARES ASSINAM O TERMO DE RESPONSABILIDADE MESMO COM AS ORIENTAÇÕES PELA EQUIPE, APÓS UM TEMPO RETORNAM P/ INTERNAÇÃO.

- 4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 (x) Evangélica pentecostal² () Evangélica neopentecostal³
 () Outras

- 5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- () Esquizofrenia () Depressão severa () Transtorno Bipolar
 (x) Outros. Cite NÃO TEM COMO DEFINIR, PACIENTE TEM CRISE É MUITO VULNERÁVEL E SE A FAMILIA NÃO TEM DISCERNIMENTO VAI ACONTECER A INTERFERÊNCIA NO TRATAMENTO.

- 6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- (x) Sim () Não () Não sei responder

- 7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

UM PACIENTE DO RT, COMPARECEU AO PS EM SURTO, MAS OS FAMILIARES RELATARAM QUE NÃO ERA PROBLEMA PSIQUIÁTRICO E SIM CULPA DE SATANÁ, FICARAM DISCUTINDO COM O MÉDICO E NÃO AUTORIZARAM A MEDICAÇÃO, COM MUITA DIFICULDADE O PACIENTE FOI MEDICADO E LOGO ASSINARAM O TERMO.

¹Kardecistas, Ubanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...



- 8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental? Como?

NO INÍCIO DA INTERNAÇÃO SIM, MAS NO DECORRER DO TRATAMENTO O PACIENTE VAI ENTENDENDO PORQUE QUE É A ESTA INTERNAÇÃO E COM AJUDA DOS MEDICAMENTOS E DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR.

- 9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como?

Sim (x) Não ()

Explique.

PRINCIPALMENTE NAS RELIGIÕES AVIVADAS, ONDE O PACIENTE ENTRA P/ INTERNAÇÃO COM SURTO PSICÓTICO AGITADO E DELIRANTE, LOGO EM SEGUIDA COMEÇA A ORAR COM VOZ ALTA, RELATANDO QUE FOI DEUS QUE A INTERNOU PORQUE PRECISAVA EVANGELIZAR ESTE LOM.

- 10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição?

NO DIA 11/12/2019 EM TRAZIDA NESTE HOSPITAL, UM PACIENTE, MASCULINO, 46 ANOS, COM HISTÓRICO PSQUIÁTRICO COM DIVERSAS INTERNAÇÕES NA CRSE LAPAC: AGITADO SEM CRÍTICA. MAIS OU MENOS HÁ 4 MESES A MÃE DO PACIENTE COMEÇOU A VÃO DAR MEDICAÇÕES PRA ELE, PORQUE O PASTOR REVELOU QUE NÃO PRECISA DAR A MEDICAÇÃO, PORQUE ELE ESTAVA CURADO. MESMA DEPOIS DA INTERNAÇÃO QUE JÁ FAZEM 12 DIAS, A MÃE NÃO SE CONVENÇEU E AINDA QUER TIRAR O FILHO DA INTERNAÇÃO MESMO CONTRA O PARECER DA EQUIPE MÉDICA E DE OUTROS FAMILIARES.

R2



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões
(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 20/12/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 29/05/1984
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Formação Profissional: médico(a) enfermeiro(a)
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: 3 anos e 7 meses
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: 3 anos e 7 meses
6. Religião: _____

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- Influência do discurso religioso
 Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 Outros. Qual(is)?

fragilidade de rede

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- Influência do discurso religioso
 Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 Outros. Qual(is)? Condição da doença, envolvimento comunitário, fragilidade das redes.



- 3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

Quanto minhas situações pessoais que alguns casos, as questões religiosas atuam como agente de forte influência sobre os pacientes e também como a família conduz o tratamento. Entretanto, não vejo como único fator em nenhum dos casos.

- 4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 () Evangélica pentecostal² (X) Evangélica neopentecostal³
 () Outras

- 5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- (X) Esquizofrenia () Depressão severa () Transtorno Bipolar
 () Outros. Cite _____

- 6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- (X) Sim () Não () Não sei responder

- 7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

*Recentemente tivemos uma pessoa internada que relatou ter pedido a demissão do trabalho, parou de tomar medicação, se trançou em casa e fez votos de jejum por 40 dias. Sendo trazido para internação pouco tempo antes de terminar o tempo determinado. Quando pergun-
 tudo disse que o Senhor pediu que
 Renascer em Cristo...*

¹Kardecistas, Ubanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Sociedades.



8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental? Como?

Não vejo a religião em si como uma
instituição influenciadora, mas sim
como as pessoas vivem a religião.

9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como?

Sim (x) Não ()

Explique.

Com meu ponto de vista, isso pode acontecer
de forma muito forte, devido a alguns sintomas
presente em algumas doenças como, perda do juízo
crítico, perda do contato com a realidade. Além disso, a não
relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição? consciência
patológica.

Atualmente, temos um senhor inter-nado que por vezes
se apresentava como Deus, ou como interperete de
Deus. Hoje com 69 anos, mora sozinho, não aceita alimentação
da família com receio de estar envenenada, não
aceita visita da filha, alegando que a mesma é
uma luxura e que não tem Deus no coração. A filha
relata que o pai saiu do emprego e abandonou a
família quando novo, pois era a ordem de Deus.
Ausência que passou necessidade / privação de
valimentos, sendo ajudados pela avó paterna.

R3



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões
(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 19/12/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 30/09/1988
2. Sexo: Feminino Masculino ()
3. Formação Profissional: () médico(a) enfermeiro(a)''
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: 03 anos 7 meses
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: 03 anos 7 meses
6. Religião: evangélica

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- Influência do discurso religioso
 Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 Outros. Qual(is)?

Falta de recurso financeiro.

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- Influência do discurso religioso
 Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 Outros. Qual(is)?



- 3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

SIM, FOI UM CASO ISOLADO. MAS HÁ CASOS EM QUE OS FAMILIARES ASSINAM O TERMO DE RESPONSABILIDADE MESMO COM AS ORIENTAÇÕES PELA EQUIPE, APÓS UM TEMPO RETORNAM P/ INTERNAÇÃO.

- 4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

() Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 (x) Evangélica pentecostal² () Evangélica neopentecostal³
 () Outras

- 5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

() Esquizofrenia () Depressão severa () Transtorno Bipolar
 (x) Outros. Cite NÃO TEM COMO DEFINIR, PACIENTE TEM CRISE É FIA
VULNERÁVEL E SE A FAMÍLIA NÃO TEM DISCERNIMENTO VAI ACONTECER
A INTERFERÊNCIA NO TRATAMENTO.

- 6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

(x) Sim () Não () Não sei responder

- 7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

UM PACIENTE DO RT, COMPARECEU AO PS EM SURTO, MAS OS FAMILIARES
RELATARAM QUE NÃO ERA PROBLEMA PSIQUIÁTRICO E SIM CULPA DE SATANÁ, FICARAM
DISCUTINDO COM O MÉDICO E NÃO AUTORIZARAM A MEDICAÇÃO, COM MUITA DIFICULDADE O PACIENTE FOI MEDICADO
E LOGO ASSINARAM O TERMO.

¹Kardecistas, Ubanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...



8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental?
Como?

Sim, pois muitos recusam a medicação alegando que Deus é o médico dos médicos e que por isso, não precisam de intervenção e medicamento.

9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como?

Sim () Não ()

Explique.

Muitas vezes o fanatismo religioso acaba levando muitos pacientes a internarem no surto.

10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição?

R4



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões
(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 23/12/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 04/01/1966
2. Sexo: Feminino Masculino ()
3. Formação Profissional: () médico(a) (x) enfermeiro(a)
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: Dez anos.
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: Dez anos.
6. Religião: Católica

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- () Influência do discurso religioso
() Falta de acompanhamento/cuidado familiar
(x) Outros. Qual(is)?

Falta de recursos; falta de acompanhamento da rede de saúde; Recurso financeiro

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- () Influência do discurso religioso
() Falta de acompanhamento/cuidado familiar
(x) Outros. Qual(is)? Retorno às consultas.



3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

Sim.

4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 () Evangélica pentecostal² (X) Evangélica neopentecostal³
 () Outras

5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- () Esquizofrenia (X) Depressão severa () Transtorno Bipolar
 () Outros. Cite Depressão é a doença que a maioria dos evangélicos protestantes falam que é doença do Diabo.

6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- (X) Sim () Não () Não sei responder

7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

Sim, o "Quero", tem levado a culpa de muitas coisas desajustadas do mundo moderno. Na psiquiatria ele é o pior vilão. Culpa-lo é mais barato e fácil de cuidar.

¹Kardecistas, Ubanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...



- 8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental?
Como?

Tem alguns casos de forma positiva para a autoestima e terapêutica (ocupação de tempo). Porém para muitos fanáticos (religiosos) atrapalha o progresso do tratamento, levando até mesmo ao suicídio.

- 9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como?

Sim (x) Não ()

Explique.

Existem formadores de opinião em algumas igrejas que levam o paciente até a "matéria sem culpa", como forma de extermínio do mal.

- 10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição?

Nessa semana preparei um kit de internação de um paciente, que a mãe, mandou o filho a jejuar para o alcance de uma "benção". Só que o jejum era de remédios contidos para esqui-zofrenia; Resultados: 4 profissionais para fazer a contenção, agressão, queixas, cenas de horror. A mãe com cara de paisagem e até achando que era "demonio". Só que não era, era o filho dela.

R5



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões
(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 16/12/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 27/03/1986
2. Sexo: Feminino Masculino ()
3. Formação Profissional: () médico(a) enfermeiro(a)''
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: 5 anos
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: 5 anos
6. Religião: Católica

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- Influência do discurso religioso
- Falta de acompanhamento/cuidado familiar
- Outros. Qual(is)?

Pode acontecer em dois itens, mas a dificuldade em agendar consultas nas unidades de saúde.

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- Influência do discurso religioso
- Falta de acompanhamento/cuidado familiar
- Outros. Qual(is)? *Todas podem motivar.*



3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

Já teve alguns casos.

4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 (x) Evangélica pentecostal² (x) Evangélica neopentecostal³
 () Outras

5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- () Esquizofrenia () Depressão severa () Transtorno Bipolar
 (x) Outros. Cite o fanatismo religioso pode influenciar, em alguns casos de psicopatologia. Não se o indica maior nos diagnósticos específicos.

6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- (x) Sim () Não () Não sei responder

Pode complementar quando bem acompanhada.

7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

Não me recordo de um caso específico, mas já aconteceu.

¹Kardecistas, Ubanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...



8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental?
Como?

*Sim, só quando colocado como única ajuda
ou de forma forçada.*

9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos
pacientes? Como?

Sim () Não ()

Explique.

10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja
relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição?

Não tenho esse dado específico a reportar.

R6



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões
(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 16/12/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 02/11/1959
2. Sexo: Feminino () Masculino (X)
3. Formação Profissional: (X) médico(a) () enfermeiro(a)
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: 20 Anos
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: 103 Anos
6. Religião: Catolico

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- () Influência do discurso religioso
(X) Falta de acompanhamento/cuidado familiar
(X) Outros. Qual(is)?

Falta de consciência sobre a doença, e falta de oportunidades para se tratar.

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- (X) Influência do discurso religioso
(X) Falta de acompanhamento/cuidado familiar
(X) Outros. Qual(is)?

Mulher acompanhamento do paciente.



3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

Sim!

4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 () Evangélica pentecostal² () Evangélica neopentecostal³
 (X) Outras

5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- (X) Esquizofrenia () Depressão severa () Transtorno Bipolar
 () Outros. Cite _____

6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- () Sim (X) Não () Não sei responder

7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

Variações Casos.

¹Kardecistas, Ubanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...



8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental?
Como?

Proprie fanatismo, e falta de conhecimento da doença

9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como?

Sim (X) Não ()

Explique.

Em algumas vezes.

10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição?

Como um delírio religioso, interpretação da religião sobre a vida da pessoa, e a interferência cultural.

R7



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões

(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 16/12/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 01/05/1982
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Formação Profissional: () médico(a) () enfermeiro(a)''
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: 07 anos
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: 07 anos
6. Religião: católica

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- () Influência do discurso religioso
 Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 Outros. Qual(is)?

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- () Influência do discurso religioso
 Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 Outros. Qual(is)?



- 3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

Sim, em alguns casos, devido influências de pessoas familiares que acreditam na notoriedade de doenças por meio de feitiçaria em certos casos, o próprio paciente após lidar com os medicamentos, acredita na manutenção com a fé (cephas).

- 4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 () Evangélica pentecostal² (X) Evangélica neopentecostal³
 () Outras

- 5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- (X) Esquizofrenia () Depressão severa () Transtorno Bipolar
 () Outros. Cite _____

- 6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- (X) Sim () Não () Não sei responder

- 7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

Um paciente em primeiro contato, por frequentar regularmente a igreja acredita ter o demônio dentro de si, que segundo o mesmo acredita Deus diz: "quanto mais dias permanecerem por dentro iguais "como pessoas", sem demônios e sem nenhum outro cuidado.

¹Kardecistas, Umbanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...



- 8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental?
Como?

Sim, quando existe o fanatismo religioso dos familiares, que devem ser os responsáveis pela qualidade do tratamento do paciente, pode atrapalhar a avaliação/estabilização do delirio, por acreditar no "uso" das doenças mentais e delírios.

- 9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como?

Sim (x) Não ()

Explique.

Em alguns pacientes delirantes, quando de uma religião, parece mais intenso o sintoma.

- 10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição?

Durante o período de internação, alguns pacientes entram em contato com a religiosidade verbal por conta do delírio de crença religiosa. Querem ver o céu e este não existe, mas mesmo assim o paciente insiste. Diálogos de poder de fé com pensamentos diferentes.

R8



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões
(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 20/12/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 12/06/1976
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Formação Profissional: médico(a) enfermeiro(a)
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: 3 Anos e 7 meses
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: 3 Anos e 7 meses
6. Religião: católica

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- Influência do discurso religioso
 Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 Outros. Qual(is)?

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- Influência do discurso religioso
 Falta de acompanhamento/cuidado familiar
 Outros. Qual(is)?



- 3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

Há casos em que após a alta médica, o paciente não dá continuidade ao tratamento por motivos religiosos, dizem que não precisam de usar medicamentos pois Deus já o curou.

- 4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 Evangélica pentecostal² () Evangélica neopentecostal³
 () Outras

- 5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- Esquizofrenia () Depressão severa () Transtorno Bipolar
 () Outros. Cite _____

- 6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- Sim () Não () Não sei responder

- 7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

Existem aqueles que durante a internação ficam de acordos constantemente, "pregando" como se fossem ministros da palavra, entregando profecias, não largam a bíblia por nada.

¹Kardecistas, Ubanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...



8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental?
Como?

Algumas sim. Aquelas que julgam a doença mental apenas como "punição" maligna, em alguns casos acabam prejudicando o tratamento.

9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como?

Sim (x) Não ()

Explique.

A religiosidade ou obsessiva gera um fanatismo que acaba desencadeando um transtorno mental.

10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição?

- -

R9



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões
(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 19/12/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 31/01/1971
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Formação Profissional: () médico(a) () enfermeiro(a)
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: 02 meses e 05 meses
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: 02 meses e 05 meses
6. Religião: Evangelica

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- () Influência do discurso religioso
(X) Falta de acompanhamento/cuidado familiar
(X) Outros. Qual(is)?

Inconsciência ou não aceitação do diagn.

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- () Influência do discurso religioso
(X) Falta de acompanhamento/cuidado familiar
(X) Outros. Qual(is)? Descontinuidade do tratamento, por opção própria ou falta de acesso à consulta psiquiátrica na rede.



- 3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

Sim. Diversos relatos de pacientes destacam que "fuzus o curou" que os que eles tinham era "cura de macumba, feitiçaria" e que não precisam de tratamento.

- 4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 () Evangélica pentecostal² (X) Evangélica neopentecostal³
 () Outras

- 5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- (X) Esquizofrenia () Depressão severa (X) Transtorno Bipolar
 () Outros. Cite _____

- 6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- () Sim (X) Não () Não sei responder

- 7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

¹Kardecistas, Ubanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...



- 8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental?
Como?

Sim. Pode interferir, de forma positiva, através da fé e do amor para superar o doente, mas, pode interferir de forma negativa também, através de delírios místicos e orientações erradas dadas pelos líderes religiosos.

- 9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como?

Sim (X) Não ()

Explique.

- 10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição?

R10



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões
(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 29/11/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 27/10/1955
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Formação Profissional: () médico(a) () enfermeiro(a)"
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: 23 ANOS
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: 20 ANOS
6. Religião: CATÓLICO

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

- 1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- () Influência do discurso religioso
() Falta de acompanhamento/cuidado familiar
() Outros. Qual(is)?

FALTA DE INFORMACÃO, PRECONCEITO, DESASSISTÊNCIA

- 2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- () Influência do discurso religioso
() Falta de acompanhamento/cuidado familiar
() Outros. Qual(is)? DESASSISTÊNCIA, DESINFORMACÃO



3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

Sim. Já foi por causas como por desintoxicação e tratamento sobre influência religiosa com discurso de cura, não precisando de medicamento mais.

4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 () Evangélica pentecostal² (X) Evangélica neopentecostal³
 () Outras

5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- (X) Esquizofrenia (X) Depressão severa (X) Transtorno Bipolar
 () Outros. Cite _____

6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- (X) Sim () Não () Não sei responder

7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

Relato de pacientes que abandonam o tratamento devido ao sofrimento influenciado religiosa de cura, e não precisam mais de medicamento.

¹Kardecistas, Ubanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...



8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental?
Como?

Faz interferência de forma positiva que ocorre através
de apoio, assim como de forma negativa por
preconceito, discriminação, mas a grande maioria que
ocorre a desestabilização do quadro psicológico devido a
religião, já são portadores de distúrbios prévios.

9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos
pacientes? Como?

Sim () Não (X)

Explique.

Não observo, que também existem pacientes
que duvidam que coisas que são consideradas
religiosas sejam mais benéficas mental.

10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja
relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição?

A grande maioria abandona o tratamento devido ao
desuso de sua religião, não precisam mais
de medicamentos.

R11



QUESTIONÁRIO

Caro(a) profissional,

Realizo uma pesquisa para conclusão do mestrado relacionada ao internamento de pacientes no Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (Capaac), com o intuito de mensurar a Religião como promotora de Internações Psiquiátricas, em Cachoeiro do Itapemirim-ES, e gostaria de indagá-lo acerca das perguntas deste questionário. Sua participação é muito importante para uma melhor compreensão da temática pesquisada: religião como elemento promotor para a internação psiquiátrica.

Antecipadamente agradeço por sua participação. Cordiais saudações.

Lidiane da Silva Lima Simões
(Psicóloga e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

DATA DE PREENCHIMENTO: 29/11/2017.

1ª parte: caracterização do respondente

1. Data de Nascimento: 26/03/1967
2. Sexo: Feminino () Masculino (X)
3. Formação Profissional: (X) médico(a) () enfermeiro(a)"
4. Tempo de atuação em psiquiatria, em geral: 12 anos
5. Tempo de atuação em psiquiatria no Capaac: 03 anos
6. Religião: Espírita

2ª parte: questões específicas sobre o problema investigado

1) Em sua opinião o abandono do tratamento medicamentoso pode ser motivado por:

- () Influência do discurso religioso
(X) Falta de acompanhamento/cuidado familiar
() Outros. Qual(is)?

2) Em sua opinião o surto de um paciente que se encontrava em tratamento teve como motivação:

- () Influência do discurso religioso
(X) Falta de acompanhamento/cuidado familiar
() Outros. Qual(is)?



- 3) De acordo com sua experiência profissional algum paciente abandonou o tratamento por motivos religiosos, motivando nova internação?

Sim, principalmente nos evangélicos mais fervorosos.

- 4) Na sua experiência profissional qual o seguimento religioso que mais influencia o paciente a abandonar o tratamento medicamentoso?

- () Católica () Espírita kardecista
 () De origem africana¹
 Evangélica pentecostal² () Evangélica neopentecostal³
 () Outras

- 5) Qual diagnóstico ou psicopatologia pode ser atribuída a alguma interferência religiosa?

- Esquizofrenia () Depressão severa () Transtorno Bipolar
 () Outros. Cite _____

- 6) A assistência religiosa pode ser agente terapêutico em alguma psicopatologia?

- Sim () Não () Não sei responder

- 7) Poderia fazer um pequeno relato de algum caso de internação cujo paciente apresentava sinais de fanatismo religioso, como fonte principal do socorro prestado?

Pacientes portadores de transtornos bipolares em fase maníaca podem ter atitudes de lunho místico e religioso com fanatismo, fato que tem como nesses casos.

¹Kardecistas, Umbanda...

²Assembleia de Deus, Deus é amor...

³ Universal do Reino de Deus, Mundial do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo...



- 8) A religião interfere no tratamento de pacientes acometidos de transtorno mental? Como?

Sim, pode interferir tanto de forma positiva como maléfica, ciência e fé que andam juntas e não separadas, e sabido o poder da oração no tratamento de qualquer patologia, principalmente em saúde mental.

- 9) Você observa alguma relação entre a expressão religiosidade e psicopatologia dos pacientes? Como?

Sim (X) Não ()

Explique.

Muitos pacientes esquizofrênicos que se consideram espíritas e julgam ser médium, mas na verdade são alucinações auditivas; Percebo essa expressão principalmente no espiritismo.

- 10) Poderia acrescentar alguma outra informação ou experiência vivida que esteja relacionada ao comportamento religioso de algum paciente desta instituição?

Não tenho tal dado, visto que não acompanho o paciente após internado.

ANEXO C – CD: ÁUDIO DA ENTREVISTA

Além do CD ora anexado, pode-se ouvir a entrevista pelo link disponibilizado na internet: <<https://bit.ly/2W7SpEH>> ou ainda por <<https://bit.ly/2W7SpEH>>.

