



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)**

GRÉCIA REJANE NONATO DE LIMA

**ENTRE O DELÍRIO E O SILÊNCIO:
Práticas Discursivas e religiosidade na Atenção Psicossocial**

Petrolina

2019

GRÉCIA REJANE NONATO DE LIMA

**ENTRE O DELÍRIO E O SILÊNCIO:
Práticas Discursivas e religiosidade na Atenção Psicossocial**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Orientadora: Prof^a. Luciana Duccini

Petrolina

2019

L732e Lima, Grécia Rejane Nonato de.
Entre o Delírio e o Silêncio: práticas discursivas e religiosidade na atenção psicossocial / Grécia Rejane Nonato de Lima. - - Petrolina, 2019.
x, 139 f.: il.: 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina-PE, 2019.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Luciana Duccini.

1. Discurso religioso. 2. Práticas discursivas. 3. Saúde mental – atenção psicossocial. I. Título. II. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 261.515

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

FOLHA DE APROVAÇÃO

GRÉCIA REJANE NONATO DE LIMA

ENTRE O DELÍRIO E O SILÊNCIO:

Práticas Discursivas e religiosidade na Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

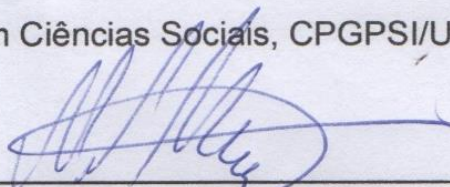
Aprovada em: 06 de fevereiro de 2019.

Banca examinadora



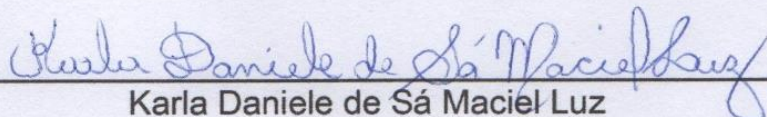
Luciana Duccini

Doutora em Ciências Sociais, CPGPSI/UNIVASF



Marcelo Silva de Souza Ribeiro

Doutor em Psicologia, Colegiado acadêmico de Psicologia/UNIVASF



Karla Daniele de Sá Maciel Luz

Doutora em Psicologia, Colegiado acadêmico de Psicologia/UNIVASF

Dedico este trabalho aos (às) que,
incansavelmente, creem e buscam viver
num mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre surpreende com as oportunidades do caminho.

Ao meu esposo e companheiro da vida, Júnior, por todo amor, cuidado e partilha. Obrigada por vibrar, incentivar, apoiar e acreditar sempre. E aos nossos filhos, nosso amor materializado, Nat e Tales, por toda curiosidade que os move e nos faz pensar de modo diferente.

Agradeço à minha mãe, exemplo de simplicidade e sabedoria, e aos meus irmãos/irmãs, por serem testemunhas de uma vida inteira e pela partilha de cada conquista.

À melhor orientadora que eu poderia ter encontrado nessa etapa da formação, Luciana Duccini, agradeço pelo ensinamento, por me trazer paz e tranquilidade a cada encontro. Obrigada pelos lenços, biscoitos, conversas sempre estimulantes e acolhimento. Você é especial e muito querida. A você, todo o meu carinho e gratidão!

À professora Barbara Cabral, minha amiga, sempre inspiração de postura ético-política, na defesa da garantia dos Direitos Humanos. Sou grata por me apresentar o campo da Saúde Mental e me encantar sempre.

Ao Núcleo de Mobilização Antimanicomial (NUMANS), espaço de muito aprendizado e entusiasmo. Aos companheiros que são sinônimos de persistência, na busca por construir relações mais respeitadas com a loucura, fazendo-a caber na cidade.

Aos que participaram da pesquisa, usuários (as) e profissionais, agradeço cada encontro e abertura, obrigada pela receptividade de cada um, ao seu modo.

Agradeço imensamente a algumas amigas, que, de forma especial, estiveram mais próximas nesse percurso da minha vida. Zaina, minha querida, pelo incentivo e companhia nas madrugadas de leitura e escrita. Tati, amiga desde o início da graduação e colega de Mestrado. E Thâmara Agnes, pela colaboração no início da

pesquisa em campo. Sou feliz por cada encontro, cada contato e o modo como estiveram comigo em algum instante.

RESUMO

Estudo qualitativo, etnográfico, que buscou compreender os sentidos acerca do religioso, emergentes das práticas discursivas de usuários(as) e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS), de uma cidade do sertão pernambucano. Sabe-se que o sofrimento psíquico, nas sociedades que convencionamos chamar de “modernas”, foi classificado no âmbito das patologias. Sob o prisma de “doença”, a loucura necessitaria ser “tratada” e “curada”, levando a um silenciamento dos sujeitos em condição de intenso sofrimento psíquico. Dentre os serviços de Saúde Mental, na perspectiva da Atenção Psicossocial, com a Reforma Psiquiátrica, o CAPS, cenário desta pesquisa, ocupa lugar estratégico. Entre profissionais e usuários(as), 16 interlocutores participaram de entrevistas e da realização de um grupo narrativo, além de conversas informais em campo, durante oito meses de observação participante. Como caminho interpretativo, foram utilizados Mapas Dialógicos, para melhor visualização dos discursos. O tema religiosidade não é visto de modo unânime pelos participantes e suscita inúmeras interpretações, frente à forma de reagir aos efeitos deste no cotidiano. Destacou-se que é comum, por parte dos profissionais, ligar a religião e espiritualidade ao delírio, associação que causa dúvida na hipótese diagnóstica e consequente dificuldade nas intervenções. Os(as) usuários(as), por sua vez, veem na religião um espaço para lidar, compreender ou mesmo tratar as questões ligadas ao sofrimento psíquico, tanto que, quando o sofrimento psíquico se dá, os espaços religiosos se apresentam como primeira opção de busca. Regras, confusão, preconceito, silenciamento e dificuldade diagnóstica foram temas que sobressaíram, embora nem sempre com a mesma interpretação. O tema também surge sempre sob o prisma avaliativo (positivo ou negativo) e este pode produzir limitada interpretação na vida de cada sujeito. Este trabalho evidencia que há certo silenciamento, chegando a serem ignorados alguns discursos, por não haver “espaço” para eles na escuta e acolhimento, no cotidiano do serviço. Embora se evidencie o esforço em atitudes éticas por parte dos(as) profissionais, há de se investir na formação permanente destes, como urgente ferramenta para o trabalho mais integral em saúde.

Palavras-chave: Discurso Religioso. Práticas Discursivas. Saúde Mental.

ABSTRACT

This ethnographic study aimed at understanding the meanings of religiosity which emerged from discursive practices of users and professionals at a Psychosocial Care Center II (CAPS II) in a city in the backlands of Pernambuco (Brazil). Psychic suffering, in the so-called "modern" societies, has been categorized as a kind of pathology. Under the label of "disease", madness requires to be "treated" and "healed", which may lead the suffering individual to silence his/her experiences. Sixteen people, both professional and patients, participated in interviews and in one narrative group, as well as in informal conversations during eight months of participant observation. Dialogic Maps were used for interpretation. Results show that professionals usually relate religion and spirituality to delirium. The users, in turn, understand religion as a tool to deal with psychic suffering and religious spaces are the first choice when it happens. Rules, confusion, prejudice, silencing and diagnostic difficulty were themes that emerged in the analysis, although not always with the same interpretation. Religiosity always appears in an evaluative form (either positive or negative), and this can produce a limited interpretation in the life of participants. This thesis shows that there is a sort silencing, some speeches being ignored because there is no "space" for them to be listened to in the daily life of the service. Despite the evident effort of the professionals to keep ethical attitudes, it is necessary to invest in their permanent education, as an urgent quest for a most integral service in mental health.

Keywords: Religious Discourse. Discursive Practices. Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CRE – Coping Religioso Espiritual

CFP – Conselho Federal de Psicologia

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RP – Reforma Psiquiátrica

SUS – Sistema Único de Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUMÁRIO

1. Proposições iniciais	11
2. Caminhos da loucura: Perspectivas de cuidado.....	20
2.1 Transformações das concepções da loucura.....	20
2.2 Saúde Mental e Atenção Psicossocial	255
2.3 Saúde e cuidado	334
3. Religião e saúde a partir da literatura acadêmica	377
3.1 Saúde e Religião	377
3.2 Religião e Saúde Mental: Revisão de literatura	422
3.2.1 <i>Religiosidade/Espiritualidade e os Centros de Atenção</i> <i>Psicossocial</i>	444
3.2.2 <i>Coping Religioso Espiritual (CRE)</i>	477
3.2.3 <i>Religiosidade/Espiritualidade e Saúde Mental: Positiva ou</i> <i>negativa / saudável ou patológica? Como intervir?</i>	50
3.3 Caracterização das religiões no tocante à cura	522
3.3.1 <i>Religiões Cristãs</i>	533
3.3.2 <i>Religiões de matriz africana</i>	555
4. Construcionismo Social, Práticas Discursivas e abordagem etnográfica: aspectos teóricos metodológicos	566
4.1 Construcionismo e Práticas Discursivas.....	577
4.2 Cenário da pesquisa e Interlocutores (sujeitos).....	655
4.3 Procedimento e instrumentos de pesquisa utilizados.....	677
4.4 Processamento e análise dos dados colhidos	699
5. “Nunca vão abordar esse assunto, porque aqui é só a medicina, coisa avançada”: Os sentidos emergentes do campo	711

5.1 Eixos temáticos	755
5.1.1 Regras: “limites”, permissão ou não para falar sobre o tema ..	766
5.1.2 Confusão – controle, evitação, agressividade, briga.....	799
5.1.3 Preconceito.....	833
5.1.4 Silenciamento: não falar e/ou não ser ouvido.....	877
5.1.5 Dificuldade diagnóstica – o delírio.....	899
5.2 A escuta e acolhimento dos temas religiosos.....	922
Considerações Finais.....	933
Referências	100100
Apêndice A – TCLE	111
Apêndice B – Exemplo de Mapa Dialógico.....	113
Apêndice C – Revisão de Literatura.....	124

1. Proposições iniciais

“O que mais penso, testo e explico: todo-o-mundo é louco. O senhor, eu, nós, as pessoas todas. Por isso é que se carece principalmente de religião: para se desendoidecer, desdoidar. Reza é que sara loucura” (Rosa, 2015, p. 25).

O fenômeno da loucura e as experiências com o intenso sofrimento psíquico sempre se constituíram como enigmas para a sociedade, suscitando diversas compreensões, sentimentos e formas diferentes de se relacionar. Ao longo de alguns séculos, as percepções passaram, desde uma visão religiosa, através de explicações místico-religiosas, até o surgimento do saber psiquiátrico, quando passa a ser interpretada como doença. Sob essa perspectiva, surgem várias classificações e tentativas de tratamentos que fossem capazes de dar conta deste, que se tornou um fenômeno social, constituindo-se, assim, grande campo de saber.

A Saúde Mental apresenta-se como uma área de conhecimento caracterizada como campo diverso, extenso, complexo, aberto e plural, sendo marcada por uma expressiva transversalidade de saberes. Assim, ela compõe-se de variadas dimensões, em constante processo de construção, onde se entrecruzam inúmeros modos de saber/fazer (Amarante, 2013).

Com o processo de Reforma Psiquiátrica, assume-se no Brasil a perspectiva da Atenção Psicossocial (RP), cujos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem-se de serviços estratégicos, sendo esses substitutivos à lógica manicomial. Devem cumprir, dessa forma, o papel não somente técnico assistencial, mas também sociocultural.

Nesse cenário, a formação profissional tem extrema importância para que o CAPS exerça o papel social esperado. No entanto, a literatura aponta justamente o contrário em relação a formação, ou seja, não se tem preparado adequadamente as

equipes para responder a tamanho desafio, em especial no que diz respeito à vivência da religiosidade (Araújo, 2016; Murakami & Campos, 2009; Vasconcelos, 2009; Sampaio, Guimarães, Carneiro & Garcia Filho, 2011; Freitas, 2014), tão marcada por pré-noções, sejam essas negativas ou positivas. Isso coloca a importância da compreensão, de maneira aprofundada, a respeito de quais sentidos emergem quando, no atendimento psicossocial, os(as) usuários(as) apresentam experiências e narrativas marcadas pelo religioso.

Este estudo aconteceu em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do sertão pernambucano. Dentre as tantas questões que atravessam este campo, o sentido do discurso religioso se destacou como central. Participaram, de modo direto, 16 interlocutores (as), entre profissionais e usuários(as) do serviço, que se disponibilizaram a colaborar com a pesquisa.

A escolha do cenário para a realização desta pesquisa e as questões que a impulsionaram brotaram de uma aproximação e do interesse ético-político com o campo da Saúde Mental, desde a minha graduação em Psicologia. Militante da Luta Antimanicomial e membro do Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão (Numans), desde abril/2012, realizei estágio profissionalizante do curso de Psicologia no contexto de CAPS, durante todo o ano de 2015 e lá também, no mesmo ano, realizei minha pesquisa para o Trabalho de conclusão de curso (TCC).

Durante tal período, pesquisei sobre a percepção de usuários(as) de CAPS acerca das suas relações sociais, por estarem passando por sofrimento psíquico e tendo que recorrer a um serviço de Saúde Mental.

Durante a condução do estudo, e também dos grupos terapêuticos, o tema da religião sempre foi muito presente, sendo comum, por parte dos(as) usuários(as), a partilha de experiências, questionamentos a respeito de aspectos religiosos, no que

se referia ao sofrimento psíquico, ou até mesmo a tentativa de estabelecimento de rituais das suas crenças em momentos coletivos, de modo que a religião e a espiritualidade, evidentemente, faziam-se presentes de modo recorrente.

Nessas ocasiões, era notável o impacto que alguns temas causavam nos(as) profissionais que compunham a equipe de referência do serviço, sobretudo, quando os(as) usuários(as) os traziam à tona de modo inesperado. Ignorar e seguir a programação parecia ser a saída mais viável para essas situações, uma vez que não se tinha unanimidade na concepção de como conduzi-las. O único consenso era a ideia de que discutir assuntos relacionados à religião, sexualidade, gênero, etc. “poderia gerar confusão”.

No entanto, de igual modo, se dava a insistência dos(as) usuários(as) em debatê-los, estando esses em situação de crise psíquica ou não. Frequentemente, ouvia-se: “vamos orar para começar”, “é melhor cantar um hino”, “Jesus te ama e manda dizer que...”, “é o diabo que fala para eu me matar, mas Jesus não quer”, “Eu preciso passar por isso, é minha provação”, ou ainda: “Qual sua religião? Porque, se você não aceitou Jesus, não posso me tratar com você”.

Não havendo, por parte da equipe de trabalho, entendimento a respeito de como intervir e responder às frequentes demandas a esse respeito – diga-se, pedidos para fazer oração, questionamentos sobre Deus, céu, inferno, etc. –, o assunto se fazia presente no cotidiano, porém sem muita discussão, nem mesmo nas reuniões de equipe, entre os(as) profissionais. Não se falava abertamente, pois a orientação era sabida por todos para que se evitassem assuntos polêmicos, que pudessem gerar discordância. Entretanto, entre eles, quase sempre estavam presentes as questões religiosas.

Alguns questionamentos foram surgindo e passei a observar tais situações e

as reações tanto de usuários (as) como de profissionais. Como seria se as posturas fossem mais refletidas? Qual o receio de tratar assuntos específicos? Por que não pensar uma condução coletiva das situações que pudessem gerar desconforto? Evidentemente, essas reflexões passam por questões ligadas às concepções de equipe, integralidade, saúde e cuidado que os profissionais têm.

Assim, o tema do discurso religioso na atenção à Saúde Mental se fez questão para mim, seguindo como proposta de estudo para o mestrado. A experiência das pessoas em intenso sofrimento psíquico e a potência dos processos de cuidados baseados na valorização das singularidades ganham amplitude, quando orientados pela escuta qualificada e construção de projetos de vida que valorizam os sujeitos envolvidos.

Como proposta metodológica, foi utilizada a etnografia com observação participante, sendo realizado um grupo narrativo só com usuários(as) e entrevistas semiestruturadas com usuários(as) e profissionais, selecionados ao longo do trabalho. Como caminho interpretativo, foram produzidos mapas dialógicos, para a visibilização dos discursos e produção de sentidos.

Para o presente trabalho, a inserção em campo se iniciou em dezembro/2017 e durou oito meses, até setembro/2018. Esse período coincidiu com a época em que assumi a Coordenação de Saúde Mental do município, o que possibilitou estar ligada ao serviço, de modo direto. Assim, a ida à instituição passou a ser mais recorrente e os encontros com os(as) profissionais, que, até então, eram muito rápidos, passaram a ser mais demorados e de diálogos mais complexos.

Embora tivesse o lado positivo de ter muito mais acesso e tempo para o serviço, a experiência foi vivida com certa dualidade, pois, por outro lado, as demandas cresciam e se desligavam das questões relacionadas à pesquisa. O

papel de pesquisadora e coordenadora se misturaram, precisando sempre ser retomada aos poucos.

Foi necessário um período, para que os(as) profissionais não confundissem a pesquisa com uma avaliação de suas práticas, receio que parecia se dar cada vez em que eram feitos questionamentos mais específicos, no cotidiano das ações. Após os primeiros meses, houve o processo de consentimento dialógico, devido à frequência dos encontros. Um dos pontos que demonstraram a abertura do campo foi a indicação de usuários(as) por profissionais, para participar da pesquisa cada vez que o tema surgia.

Inicialmente, questionei-me a respeito do posicionamento dos(as) profissionais, observei que quase toda a equipe era recém alocada no setor e que a maioria não dispunha de experiência anterior no campo da Saúde Mental. Durante as conversas, pude questionar sobre a formação e o desejo de estarem ali.

Outro fator, no que se refere à postura da equipe, talvez tenha sido pela precariedade dos vínculos trabalhistas, uma vez que todos são contratados através de contrato temporário. Vale ressaltar ainda a carência de capacitação ou momentos de educação permanente, embora exista um turno por semana, dedicado à reunião de equipe, os(as) profissionais relataram que não têm tempo suficiente ou hábito de discutir teoricamente as intervenções, ainda que façam planejamento mensal das atividades.

Desta inquietação, suscita a questão central deste estudo: Quais sentidos acerca do religioso emergem das práticas discursivas de usuários(as) e profissionais de um serviço CAPS¹ II no interior de Pernambuco? Cabe ainda questionar se haveria espaço no serviço, para a elaboração destes sentidos, ou ocorreriam

¹ A estrutura e a nomenclatura do serviço de saúde mental serão apresentadas no capítulo 3.

processos de invisibilização da experiência, quando esta vem carregada de um repertório interpretativo religioso.

O trabalho proposto enquadra-se na perspectiva do Construcionismo Social, considerando-se que os discursos não apenas descrevem a realidade em que se vive, mas participam de sua construção (Spink & Frezza, 2013). Os sentidos são compreendidos como elaborações discursivas conjuntas, em que sujeitos social e historicamente situados constroem processualmente e em copresença. Dessa forma, o encontro clínico e as demais interações no serviço de atenção psicossocial foram instâncias privilegiadas, para a observação das questões almejadas.

É relevante destacar que este estudo não se volta, exatamente, para a compreensão de discursos, na medida em que este conceito refere-se a regularidades encontradas em usos já institucionalizados da linguagem. Ao invés disso, procura-se investigar como práticas discursivas emergentes no cotidiano de um CAPS II expressam e configuram os sentidos das experiências vivenciadas pelos sujeitos (Spink & Medrado, 2013).

Neste prisma, os focos analíticos recaem sobre a dinâmica dos enunciados (as múltiplas “vozes” que perpassam um enunciado, como as de familiares, líderes religiosos, profissionais de saúde, mídia etc.), os gêneros de fala em que são expressos (as formas típicas, socialmente reconhecíveis) e, sobretudo, os repertórios interpretativos necessários à enunciação.

Assim, é possível afirmar que a questão central do projeto refere-se aos modos pelos quais as práticas discursivas ocorridas no serviço de Atenção Psicossocial constroem sentidos, diante da experiência de religiosidade dos(as) usuários(as). O que torna relevante este estudo é a possibilidade de viabilizar o debate de questões acerca da construção de processos de cuidado e produção de

saúde, embasados nos princípios da Política Nacional de Saúde Mental.

Esta clínica destaca-se pela centralidade do sujeito, favorecendo a ampliação das condições de vida e existência das pessoas que passam pela experiência de intenso sofrimento psíquico, já tão estigmatizadas. Com isso, além de localizar hiatos entre a formação profissional, a organização dos serviços e o posicionamento de usuários(as), a discussão apresentada busca apontar caminhos possíveis para minimizar os impasses que permeiam este campo de cuidado.

Importante observar, que, embora possam ser traçadas distinções conceituais entre religião e religiosidade/espiritualidade – estando o primeiro termo referindo-se às práticas mais institucionalizadas – para este estudo, os termos serão considerados como equivalentes.

Para situar a grande área deste estudo, no capítulo 2, será contextualizado o campo da Saúde Mental e a discussão sobre saúde/Saúde Mental. Serão abordados os passos de como se deu a construção sociocultural acerca do intenso sofrimento psíquico, a perspectiva histórica – que passa desde a percepção de loucura como visão do sagrado à ideia de “doença mental” – e as concepções que implicam nos modos de cuidado, em articulação com a Atenção Psicossocial e Reforma Psiquiátrica.

O capítulo 3 traz a caracterização das religiões no tocante à cura, uma breve apresentação das formas como algumas religiões a compreendem, não somente relacionadas ao sofrimento psíquico. Um dos pontos desse capítulo foi dedicado a uma revisão de literatura da produção acadêmica nos últimos dez anos (2008-2018), sendo analisados textos (teses, dissertações, artigos, monografias e capítulos de livros) que trazem a temática Religião e Saúde Mental.

Em seguida, no capítulo 4, são apontados os aspectos metodológicos (local

da pesquisa e participantes; instrumentos, construção e análise dos dados; aspectos éticos, etc.). A etnografia foi utilizada na imersão em campo, aliada à observação participante.

Os diversos momentos vivenciados no serviço e a aproximação com o campo indicaram sujeitos cujos discursos poderiam vir a colaborar com este estudo, de modo mais direto, somando um total de 16 pessoas. Dentre elas, seis são evangélicas, quatro católicas, duas espíritas, um candomblecista e três declararam não ter nenhuma religião no momento. Dentre essas, nove são profissionais de nível superior; três, de nível médio e quatro usuários(as).

O capítulo 5 traz a apresentação dos resultados e discussão, que sistematiza todas as observações das entrevistas, do grupo narrativo, da observação participante e dos diários de campo. Verificou-se que é um tema que causa impacto e não é tratado de modo tranquilo por todos. As compreensões alteram-se a cada mudança de profissionais no serviço, sendo, em algumas épocas, um assunto visto sem tantos receios, ou em outras de modo rígido, onde é proibido falar sobre, mas sempre muito frequente entre usuários(as). As várias posturas apontam a distinção entre os(as) profissionais, de acordo com os níveis de formação (médio ou superior), quanto ao modo de se relacionar com os discursos sobre religião e espiritualidade.

Alinhada às dimensões da Reforma Psiquiátrica, o cuidado é compreendido através do acolhimento, em todos os aspectos da vida dos sujeitos. Inclui-se aqui a religião e a espiritualidade, assim como os atravessamentos trazidos por essas marcas e as concepções de sofrimento, cura e vida, levadas por tais sujeitos aos serviços de saúde.

A escuta e a busca da responsabilização fazem parte da clínica da Atenção Psicossocial. As pessoas que buscam os CAPS não chegam isoladas do mundo,

mas com uma história única e cheia de significados. Estes significados são construídos e se refazem a cada acontecimento, de modo que, ao passar por um intenso sofrimento psíquico – embora se nutra a expectativa de se voltar a um estado anterior ou se reestabelecer –, os sentidos que serão possíveis para cada sujeito dependem muito do cuidado recebido. A partir daí, possibilita-se a construção de diversos sentidos para a vida, para o próprio adoecimento e perspectivas a respeito da cura.

2. Caminhos da loucura: Perspectivas de cuidado

2.1 Transformações das concepções da loucura

Nas sociedades convencionalmente chamadas de “modernas”, no Ocidente, o sofrimento psíquico foi classificado no âmbito das patologias. Na passagem através do Renascimento europeu à chamada Modernidade, lentamente, a “loucura” teve diversas compreensões, de manifestação sagrada (por vezes, “possessão demoníaca”) à desrazão (portanto, na contramão da emergência do “ser humano natural”) e à “doença mental” (Foucault, 1978).

Sob o prisma de “doença”, a loucura necessitaria ser “tratada” e “curada”, visão esta que veio a comprometer os modos de ser que se afastam do padrão imposto pela sociedade. Como argumenta Valderrúten (2008), aqueles que recusam “os favores” da Razão tornam-se verdadeiros antissujeitos da Modernidade. Nestes processos, é praticamente impossível separar visões religiosas de mundo dos ideais de sujeito, subjacentes ao discurso patologizante, uma vez que ambos carregam o poder normativo (Canguilhem, 2005) da sociedade em que ocorrem, o que conferiu autoridade aos modelos de exclusão e encarceramento dos “doentes mentais”.

Desse modo, a obra “História da Loucura”, de Foucault (1978), publicada em 1961, retrata que, desde o final da Idade Média, o lugar da loucura e daqueles que passam por intenso sofrimento psíquico foi representada por lugares da cidade onde antes funcionavam os leprosários. Após esvaziados, aqueles espaços de segregação passavam a ser usados para receber outros grupos marginalizados, dentre eles, os loucos, embora não houvesse nessa época, por volta do final do século XV, uma perspectiva médica assumida.

Importante ressaltar que não apenas o espaço físico, mas toda a exclusão e a desvalorização social que era atribuída à figura do leproso, vão lentamente sendo

atribuídas também aos loucos. Quanto aos leprosos, sua segregação se dava para que se obtivesse a salvação: “uma estranha inversão que se opõe à dos méritos e das orações, eles se salvam pela mão que não se estende” (Foucault, 1978, p. 10). Ali, onde o abandono era a única certeza, a loucura, juntamente com outros excluídos, adquire para si um lugar.

Lentamente, dois séculos depois (já no sec. XVII), a loucura - no imaginário social - vai se naturalizando em um papel que ainda hoje tem suas marcas de rechaço e, por que não dizer, de medo. O fato é que a loucura traz em si certo fascínio, um enigma, algo que despertou durante muito tempo uma visão obscura: ao mesmo tempo em que traz uma inquietude e incerteza, tem em si um saber que intriga os que estão à sua volta: “A loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens” (Foucault, 1978, p. 18).

Como algo que inquieta, que não passa despercebido, e, portanto, não há como ficar alheio, o fenômeno da loucura foi retratado em muitas obras de arte, demonstrando as construções a seu respeito, a exemplo de *A Nau dos Loucos*² (Bosch, 1450-1516), alegoria usada na cultura ocidental, em suas literaturas e pinturas. Ela retratava que os sujeitos eram lançados ao mar, a sua própria sorte, sendo essa nau a “barca prisioneira da grande loucura do mar se não souber lançar sólidas âncoras, a fé, ou esticar suas velas espirituais para que o sopro de Deus a leve ao porto” (Foucault, 1978, p.17). Obras literárias como “*O Elogio da Loucura*” (1509), de Erasmo de Rotterdam e “*Dom Quixote*”, de Miguel de Cervantes (1605), também retratam a figura do louco e sua expressão social.

² A “Nau dos loucos” era uma analogia à arca de salvação do Cristianismo, um tipo de símbolo da consciência acerca do pecado e do mal na mentalidade medieval e nas paisagens da Renascença.

Segundo Foucault (1978), os Hospitais Gerais na França, os Workhouses na Inglaterra e na Alemanha, o Zuchthäusern, se constituíram em função de ordem social, retirando das ruas aqueles que pudessem ameaçar “a paz”, ou seja, que apresentassem perigo, fossem eles: mendigos, blasfemadores, vagabundos, loucos, etc. Assim, a vigilância a essas pessoas era constante, acompanhada da ideia de trabalho a que deveriam estar submetidos, com clara sentença: “Os internos devem trabalhar, todos. Determina-se o valor exato de sua produção e dá-se-lhes a quarta parte. Pois o trabalho não é apenas ocupação: deve ser produtivo” (p. 77).

Destaca-se que, anteriormente a tal período, as pessoas tidas como loucas ocupavam as cidades como queriam, viviam com seus múltiplos significados – “demônios e endeusados, de comédia e de tragédia, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também os seus lugares e espaços: ruas, guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais” (Amarante, 2013, p. 23). Agora, capturados pela ideia de higienizar as cidades através do controle dos corpos, tem-se no internamento o meio legal que “se justifica pela vontade de evitar o escândalo” (Foucault, 1978, p.161).

Os séculos XVIII e XIX colocam a loucura sob uma verdade, no âmbito da doença mental. O hospital, que já não tinha mais a função de pura assistência social, passa a ser instituição médica, sendo estudada e classificada, no seu interior, a “doença” do alienado, de modo que a pessoa em sofrimento torna-se objetificada. Nesse sentido, quanto à terapêutica, restava-lhe o internamento, passando o sujeito a ser interdito e confinado no espaço hospitalar (Foucault, 1978).

Inicialmente, presos em grades e amarrados em correntes, até o início do século XIX, os loucos eram tidos como monstros, “isto é, seres ou coisas que merecem ser mostrados” (Foucault, 1978, p. 165). Estavam sob os olhares dos outros, não falavam por si. Logo, tanto suas vidas, quanto o tratamento, eram ditos

por outros. Uma das formas de terapia era o “tratamento moral” e, nessa perspectiva, o trabalho tinha um papel fundamental, com tarefas em horários específicos com função disciplinadora (Amarante, 2013).

A verdade sobre a loucura se produziu socialmente, a partir da concepção dessa experiência como algo de ordem patológica, não se excluiu apenas os corpos, mas também desqualificou-se o discurso dos sujeitos. Somente a partir da sua desconstrução e desnaturalização possibilita-se a construção de outros caminhos de cuidado e compreensão (Providello & Yasui, 2013). A fala de descrédito, relacionada ao estereótipo da periculosidade social, cria argumento suficiente para justificar o enclausuramento, seja em hospitais ou em tantos casos de cárcere privado.

O modelo asilar trouxe grandes consequências sociais, conforme apontado por Carneiro (2008, p. 212): “[...] o alienado foi radicalmente calado: sua fala descrita como balbúcio, seu silêncio com mutismo, sua negativa como negativismo seus gestos vigiados sob suspeita”. Poucos elementos definem a política de saúde mental no século XIX: Teoria classificatória – alienismo, terapêutica marcada pelo tratamento moral e físico, de modo que a organização institucional se dava em manicômios, por médicos psiquiatras e seus auxiliares (Carneiro, 2000).

Com os manicômios, tanto continuidades, quanto diferenças se dão em relação às formas de exclusão apresentadas anteriormente. O que marca essas instituições é a vigilância constante, a segregação e a terapêutica punitiva. Caracterizam-se como “instituições totais”, definidas por Goffman (2001) como espaços que têm como aspecto central a ruptura das barreiras de três principais esferas da vida da sociedade moderna: o descanso, o lazer e o trabalho. Incluem-se também, nesse exemplo, os conventos e as prisões.

Por esta via, compreendem-se as condições que possibilitaram a constituição

do saber psiquiátrico. A Psiquiatria se engendrou como o saber que diz sobre o fenômeno da loucura, ditando, desse modo, as formas “legítimas” de tratamentos possíveis. Baseadas, na maioria das vezes, em métodos que infringiam os direitos humanos, esses tratamentos feriam a existência das pessoas, o que levou à morte e sofrimento de muitos sujeitos em manicômios, por anos (Amarante, 2013).

Neste sentido, tem-se a perspectiva teórica do Movimento do Construcionismo Social, a qual faz uma análise da realidade, com base na visão sócio-histórica e considera que os fenômenos humanos não têm uma essência imutável (Spink, 2010).

A construção da loucura e seus desdobramentos nas formas de cuidado ainda hoje têm marcas das raízes da marginalidade e exclusão. No entanto, torna-se cada vez mais legítimo questionar esse objeto, aparentemente dado, e assim, poder incorporar outras compreensões do fenômeno. Em função disso, o modo como as pessoas percebem, falam sobre e vivenciam sua realidade são foco de análise e intervenção. Ao sujeito “louco”, que esteve silenciado por tanto tempo, o processo da Reforma Psiquiátrica possibilita falar, trazer sua experiência de sofrimentos e de vida à cena.

A linguagem é ação e por meio dela se constrói a prática social (Spink, 2010). Ao longo da história, a subjetividade das pessoas em intenso sofrimento psíquico foi apagada e mortificada, produzindo marcas desse silenciamento. Porém, mesmo estigmatizadas, as pessoas que passam por intenso sofrimento psíquico produzem conhecimento acerca das suas condições de existência, visto que o conhecimento é algo que se faz coletivamente e resulta de práticas sociais, não de algo que se apreende do mundo.

Destarte, o trabalho com a linguagem em ação põe em foco o modo pelo qual

as pessoas produzem sentidos e como se posicionam no cotidiano das suas relações. Assim, ao conceber as práticas discursivas, que estão sempre atravessadas por vozes endereçadas a interlocutores (Spink, 2010), os(as) usuários(as) necessitam encontrar nos serviços de saúde espaços para a construção de sua subjetividade, com possibilidades de reconstruções constantes, via apropriação da realidade que se situam.

Várias transformações encontram-se em curso, desde a constituição da Psiquiatria, com a introdução do que se pode denominar de uma perspectiva Psicossocial. Diversas experiências no mundo surgiram em crítica ao modelo asilar, após a Segunda Guerra, como tentativa de superação do paradigma psiquiátrico clássico, quando novas questões foram colocadas no cenário histórico mundial (Amarante, 1995).

Em diálogo com a área de Direitos Humanos, na esfera das Políticas Públicas, em meados do século XX, emergiram questionamentos ao modelo de tratamento excludente, direcionado às pessoas em intenso sofrimento psíquico.

2.2 Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Entre as décadas de 70 e 80, iniciou-se um processo denominado Reforma Psiquiátrica, que, na verdade, propôs uma mudança em toda a lógica de cuidado e não apenas para “corrigir a loucura”. A experiência italiana, através do médico psiquiatra Basaglia (2005), apontou experiências significativas, que iniciaram os processos de transformação na assistência à Saúde Mental. No cenário brasileiro, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), formado por profissionais que lidavam diretamente com hospitais psiquiátricos e que questionavam a forma de cuidado que essas instituições lhes atribuía (Amarante, 2016).

Iniciam-se, então, mudanças, através de várias estratégias de desinstitucionalização, transformando os modos de cuidado. Nessa outra perspectiva, buscava-se “resgatar o sujeito perdido”, até então nomeado apenas por sua “doença”, e colocá-lo em evidência, deixando a doença entre parênteses, em virtude de o foco estar agora na pessoa (Basaglia, 2005).

De acordo com Amarante (2013), a Reforma Psiquiátrica tem caráter processual, não importando um fim específico a ser atingido, mas seu decurso, o que reverbera no abandono de um ideal curativo. Nesse prisma, o cuidado é central, postulando-se, assim, a busca gradual da autonomia possível para cada sujeito acompanhado, o que faz desse um desafio, por não haver manuais que ditem exatamente como proceder, exigindo dos profissionais esforços para construir um caminho nesse sentido, eticamente, em equipe.

Para que essas mudanças acontecessem e se efetivassem, profissionais e usuários(as) lutaram pela criação de uma legislação que estabelecesse e desse garantias às conquistas. As Conferências de Saúde criaram espaços fundamentais de construção democrática, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). A Saúde Mental realizou quatro (04) conferências, que têm dado suporte à Política Nacional de Saúde Mental.

A primeira delas, em 1987; a segunda, em 1992; a terceira, em 2001, ano em que a Lei Federal 10.216 foi sancionada, tramitando por 10 anos até sua aprovação. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, sendo conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. A quarta conferência aconteceu em 2010.

Sem sombra de dúvidas, muitas têm sido as conquistas decorridas dos espaços coletivos, sobretudo das conferências que têm o poder de produzir

importantes deliberações. A partir dessas definições, aos poucos, vê-se o incentivo à desmontagem do aparato manicomial e a implantação de uma rede territorial de atenção à saúde mental, substitutiva ao modelo puramente biomédico, psiquiátrico tradicional, além de fomentar outras experiências sociais e culturais que sejam produtoras de vida.

Além de mudanças estruturais, conforme sugere a palavra “reforma”, pensar em Reforma Psiquiátrica deve compreender “o processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (Amarante, 1995, p. 87).

Nesse sentido, o autor refere-se ainda a quatro dimensões envolvidas: teórico-conceitual, político-jurídico, técnico-assistencial e sociocultural. Essas articulam-se na tentativa de superar, gradativamente, a concepção do fenômeno da loucura como sinônimo de doença simplesmente, atribuindo-lhe condições de cuidado integral, o que ratifica a necessidade de se discutir o conceito de forma ampliada.

No que se refere às dimensões da Reforma Psiquiátrica, é importante ressaltar que estas são simultâneas e inter-relacionadas. A teórico-conceitual diz respeito ao campo da produção de conhecimento, tratando-se da dimensão epistemológica. Nela, discutem-se, portanto, conceitos essenciais, como a questão da saúde e doença, e problematiza termos, como “alienação mental” (tão usado para dizer da experiência de loucura), entre outros, no intuito de promover uma ruptura com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional.

A dimensão técnico-assistencial coloca em pauta o modelo assistencial prestado aos sujeitos, cujo tratamento tinha sua base na institucionalização das

peças submetidas a condições precárias e apagamento do sujeito. A político-jurídica busca dar conta de questões que envolvem a cidadania e autonomia, procurando produzir mudanças na legislação, tanto civil, quanto penal. Por fim, tem-se a sociocultural, que é estratégica, sendo o maior objetivo da Reforma Psiquiátrica, uma vez que se refere às transformações do lugar social da loucura e busca superar visões esterotipadas, bem como transformar as relações com a loucura (Amarante, 2012).

Ainda no final da década de 1980, surgiram serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm posição estratégica na rede de saúde. No ano de 2011, através da Portaria Ministerial 3.088, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, rede integrada e articulada em diferentes pontos de atenção, com o intuito de atender as pessoas em intenso sofrimento psíquico, com demandas decorrentes de transtornos mentais gerais e/ou decorrentes do uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas.

Existem quatro eixos fundamentais que devem estruturar a RAPS: Eixo 1 – Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental; Eixo 2 – Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; Eixo 3 – Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 – Ações de prevenção e redução de danos (Brasil, 2011).

A Saúde Mental compreende uma prática de saúde e, portanto, atenção, em todos os níveis: I – Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do Componente, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura); II – Atenção Psicossocial Especializada (Centros de Atenção Psicossocial); III – Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, ponto

de atenção à urgência/pronto socorro); IV – Atenção Residencial em caráter transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial); V – Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); VI – Estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa); e VII – Reabilitação Profissional (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais) (Brasil, 2011).

No que diz respeito aos serviços estratégicos, os CAPS encontram-se na Atenção Especializada e estão divididos de modo a atender necessidades e grupos específicos, como: atendimento infanto-juvenil, CAPSi; usuários adultos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, CAPSad; e os CAPSs I e II que recebem usuários adultos com transtornos mentais gerais, sendo I ou II equivalente ao tamanho da população do município (Brasil, 2011).

Os serviços de saúde mental Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial – NAPS/CAPS foram instituídos pelo Ministério da Saúde, em 1992, pela Portaria 224 (Brasil, 1992). Porém, só em 2002, com a Portaria nº 336/GM, ficaram claros os parâmetros que os regulamentavam; passaram a ser definidos por critérios populacionais, ampliaram a quantidade de serviços, bem como o acesso das pessoas. De modo a prestar atendimento diário aos sujeitos, na modalidade individual ou em grupos, através de acompanhamento clínico e de reabilitação psicossocial, os CAPS contam com equipe multiprofissional, que pode ser formada por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social e outros profissionais (Brasil, 2011).

O trabalho em saúde pautado nos princípios da integralidade é algo que se dá cotidianamente, a partir de interações democráticas entre os sujeitos, guiado por fundamentos que busquem garantir a autonomia, com articulação das ações dos profissionais, sob a ótica do ser humano em suas dimensões, com seus sentimentos, expectativas, desejos, aflições e racionalidades (Viegas & Penna, 2013).

O sujeito em acompanhamento não é apenas alvo das ações profissionais, visto que passa a falar por si, conhecer os métodos de tratamento, fazer escolhas, e portanto, ser corresponsável pelo processo. Para tanto, compreende-se que essa transformação acontece de modo gradual, uma vez que se trata de uma cultura de um paradigma perpetuado.

Esse é um dos princípios na estruturação dos serviços que interessa diretamente a este estudo, ou seja, a capacidade de escuta dos profissionais, bem como sua configuração em rede, com vistas a aproximar o cuidado do território existencial dos sujeitos atendidos, buscando reforçar – ao invés de romper, como no modelo asilar – seus vínculos comunitários (Brasil, 2011). Na perspectiva da mudança de lógica de cuidado, torna-se patente a exigência posta aos profissionais de uma capacidade para acolher especificidades dos universos sociais de onde vêm os(as) usuários(as) dos serviços. Estes universos perpassam por dimensões culturais, subjetivas, políticas e também religiosas.

No campo desta pesquisa, usuários(as) afirmaram perceber certo desinteresse de alguns profissionais com relação a assuntos da ordem religiosa e espiritual, reitmando que nem sempre as narrativas são levadas em conta, a exemplo deste fragmento: *“Alguns profissionais ouvem, acredito. Outros ficam calados e não dão crédito”* (Manoel, não tem religião).

Relatos como esse mostram uma lacuna no que se refere à escuta, uma vez que, para que se dê a escuta, precisa-se de alguém que dê legitimidade, não sendo esse apenas um dito solto. Além disso, a fala ainda é vista como infantilizada, desqualificada e descaracterizada do seu contexto, como destacada por este(a) interlocutor(a): *“Aqui a gente é que nem criança, fala o que quer”* (Raduan, evangélico). Com isso, é possível se remeter a práticas de silenciamento do início da psiquiatria. A experiência da pessoa, seja ela em qual dimensão da vida for, é única e diz muito sobre ele(a).

Um instrumento importante nessa perspectiva é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que diz respeito a uma forma de organizar os processos de trabalho nos serviços de saúde. Uma vez que a experiência do adoecer não é somente um processo biológico ou orgânico, mas algo que marca a experiência de cada sujeito, os meios de lidar também devem ser singulares.

Busca-se articular junto aos atores/atrizes e equipe multiprofissional, através de um processo de negociação e plasticidade, e promover ações na busca por cuidado. O PTS é uma das habilidades mais importantes requeridas de uma equipe que vai trabalhar no campo da Saúde Mental. Ressalta-se a importância do vínculo, da contratualidade e a necessidade de validação da palavra do usuário, bem como a necessidade de conhecimento do território para a sua transformação (Kinoshita, 2014).

Dessa forma, necessita-se que o sujeito esteja presente em todos os aspectos do desenvolvimento do seu PTS. Partindo da compreensão do trabalho singular, com base na história de cada pessoa, devem constar no PTS os espaços de trocas sociais do(a) usuário(a) em questão, especificidades do seu grupo familiar e planos voltados para o futuro. Assim, a partir do modo detalhado das estratégias

de cuidado delineadas, podem-se explorar os recursos de cada território.

Convém pensar o território para além do espaço geográfico relacionado ao endereço de residência do usuário(a), tratando-se aqui de um território vivo e dinâmico, onde a vida acontece. O território é concebido como um termo central para se discutir o cuidado em Saúde Mental, a partir da lógica da Atenção Psicossocial. Trata-se de um campo de inter-relações, que envolve aspectos culturais, políticos e afetivos, importantes a serem considerados para pensar projetos terapêuticos pautados na autonomia dos sujeitos em questão (Lima & Yasui, 2014).

Os espaços de construção social passam por diversos universos por onde circulam os sujeitos, sendo a religião um desses. Busca-se, desse modo, o tratamento, ou a compreensão acerca do seu sofrimento, ou até na tentativa de encontrar apoio no grupo e ter ali o amparo, o que nem sempre é possível se ter na família ou na vizinhança.

Freitas (2014) apresenta que é inegável a relação entre religiosidade e saúde mental, de modo que os resultados de estudos mostram tal relação, seja pelo reconhecimento na leitura religiosa, capaz de traduz melhor condição mental do idoso deprimido; seja pelas correlações entre os modos de ser religioso dos(as) usuários(as) e a ausência ou presença de determinados sintomas, ou mesmo localizando na religião o papel de socialização e ressocialização, sobretudo para sujeitos que passaram por intenso sofrimento psíquico.

As relações entre religião, saúde e bem estar já se tornaram parte do senso comum, uma vez que têm sido objeto de estudos das ciências humanas e sociais, em especial, na área da antropologia. Desde que Levi-Strauss (1975a; 1975b) chamou a atenção para o envolvimento comunitário na produção do poder mágico e

para os paralelos entre a cura xamânica e a psicanálise, incontáveis trabalhos foram realizados sobre temáticas afins.

Contudo, as possíveis influências mútuas entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental têm recebido conotações variadas em diferentes épocas, países, áreas de saberes e em diferentes grupos religiosos, ora destacando os seus aspectos positivos, ora os negativos.

É preciso ir além de uma avaliação valorativa do discurso religioso dos(as) usuários(as) e adentrar os sentidos trazidos por eles(as), em como estes fazem parte do mundo de significados, como se relacionam com essas manifestações religiosas e sua implicação com os modos de adoecer, sofrer e também investimento nos processos de cuidado. Isso é possível a partir de uma noção de saúde ampliada, como proposto por Gomes, Silva, Pinheiro e Barros (2007), ao discutir a Integralidade como princípio ético e formativo para o trabalho em saúde. Tal concepção se faz, ao compreender os múltiplos vetores – biológicos, sociais, históricos e econômicos – que exigem dos(as) profissionais reposicionamentos capazes de ampliar os olhares, as práticas e os métodos.

2.3 Saúde e cuidado

A busca por saúde envolve diversos equipamentos, instituições e práticas, não somente aquelas destinadas à saúde física ou mesmo os espaços comumente tidos como espaços de cuidado. Os sujeitos circulam por seus territórios e neles criam sentidos para a vida, constroem realidades e, portanto, encontram modos de lidar com as adversidades. Assim, é preciso compreender as concepções do que vem a ser saúde e doença, bem como as estratégias de cuidado utilizadas.

A saúde pode ter várias concepções e uma delas seria a noção naturalista:

“saúde como ausência de doença” (Boorse, 1977), ou como o clássico conceito contido na Constituição da Organização Mundial de Saúde, (OMS, 1946) que vai um pouco mais além, ao afirmar que saúde é: “Estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Esse conceito também é alvo de inúmeras críticas, por indicar algo inatingível, de modo que o ser sempre estaria doente.

Ainda outro conceito, também da OMS, traz uma definição mais ampla: “Medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente” (“Definições de saúde”, 2008, par. 5).

Já para Canguilhem (2015, p. 72), o estado patológico não seria a ausência de norma, uma vez que a “doença é ainda uma norma de vida, mas uma norma inferior”. Observa ainda que uma análise só pode ser feita a partir de cada pessoa em comparação a ela mesma, dada a relatividade da saúde e da doença, que apresenta-se bastante confusa para que se desconsidere o fim da saúde e início da doença.

Assim, no limite entre normal e patológico, haveria uma imprecisão, se considerados simultaneamente. Evidencia-se que “aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado” (Canguilhem, 2015, p. 71).

Como indicado por Foucault (1978), a loucura foi segregada antes mesmo de ser compreendida como doença, quando ainda era desrrazão. O manicômio, conforme citado anteriormente, marca a exclusão dos espaços sociais e isso diferiu das formas anteriores de exclusão. Por muito tempo, a segregação foi a primeira intervenção, diante de alguém em condição de intenso sofrimento psíquico.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, concebe-se o sujeito a partir de sua

condição existencial, não como doença. No entanto, não se desconsidera a condição de sofrimentos e empecilhos que tal condição pode apresentar para o sujeito. Visto desse modo, os sujeitos podem e devem circular nas cidades, onde a vida acontece, e aí encontrar o cuidado que necessita. Para Amarante (2016), é preciso compreender que a desinstitucionalização não é sinônimo de desassistência, uma vez que tal compreensão acerca da mudança de paradigma se opõe à ideia de desospitalização, ou seja, não se trata de simplesmente largar as pessoas a sua própria sorte, mas criar condições de cuidado inseridas no meio social.

Com o cuidado dos sujeitos considerados loucos nas comunidades, cria-se um movimento contra-hegemônico da inclusão social, que abre possibilidades de vislumbrar outras formas de convivência (Moreira, 2008). As Residências Terapêuticas, exemplos de políticas públicas contempladas pela Reforma Psiquiátrica, inseridas na Política Nacional de Saúde Mental, são casas no meio social, com o intuito de devolver a cidadania negada às pessoas que passaram por longos períodos de internamento (Brasil, 2000). Dessa forma, afastados os estereótipos, torna-se possível estabelecer vínculos entre essas pessoas e a comunidade, aumentando a autonomia e as interações sociais.

Como já discutido, para essa construção, a escuta é ferramenta essencial para engendrar processos de cuidado que alinhem as concepções de saúde e doença, trabalhem as expectativas de cura, bem como as estratégias de cuidado, articuladas para além dos espaços convencionais.

Com a possível invisibilidade dos discursos dos sujeitos, perde-se de vista importantes aspectos das particularidades de cada caso, mas que têm um poder imensurável no desenrolar do processo de cuidado. É o que se pode chamar de “tecnologia leve”, conceito desenvolvido por Merhy (2002), que diz respeito às

tecnologias relacionais que compõem o processo de trabalho, enfatizando-se a produção de vínculo e acolhimento, de forma humanizada. Trata-se, portanto, de uma tecnologia não-material, que só tem materialidade em ato.

Destarte, a ausência da escuta ameaça a repetição de padrões manicomiais, sinalizando, portanto, um retrocesso no que diz respeito à promoção de saúde, cuidado e produção de vida. Franco e Merhy (2012, p. 151) discutem acerca do uso das tecnologias do trabalho em saúde, que “se dá sempre em um encontro, mediado por certa ética do cuidado”. Para tanto, o acolhimento e a escuta são elementos fundamentais, dentro dessa dimensão tão central da vida que é a saúde.

Desse modo, o discurso religioso que, insistentemente, chega aos CAPS vem carregado de sentido, da forma como aquele sujeito vive, em que acredita, o que busca e como aquele sofrimento psíquico se deu. Nesse contexto, a abertura para a experiência e narrativas se configuram como recurso único de vias de acesso ao cuidado.

3. Religião e saúde a partir da literatura acadêmica

"Isso é que é a salvação-da-alma... Muita religião, seu moço! Eu cá, não perco ocasião de religião. Aproveito de todas. Bebo água de todo rio... Uma só, para mim é pouca, talvez não me chegue (...). Tudo me quieta, me suspende. Qualquer sombrinha me refresca" (Rosa, 2015, p. 26).

3.1 Saúde e Religião

A comunidade acadêmica e a população em geral têm apresentado cada vez maior interesse nas relações entre o campo da saúde e da religião e espiritualidade. Nas últimas décadas, sobretudo nas principais bases de dados internacionais da área de saúde, várias publicações têm indicado isso, assim como no Brasil tem crescido o número de estudos nessa temática (Moreira-Almeida, 2010, 2012). O autor evidencia a necessidade do reconhecimento da importância da espiritualidade, da vivência de práticas e crenças religiosas, como dimensões relevantes na vida das pessoas, no intuito de fazer o cuidado em saúde a partir de uma perspectiva mais integral.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013) lançou uma nota, a partir do Grupo de Trabalho (GT) Nacional – Psicologia, Religião e Espiritualidade, reafirmando o compromisso da Psicologia brasileira, como ciência e profissão, em trabalhar em prol da “laicidade do Estado e a liberdade religiosa”, conforme previsto no Artigo 5º da Constituição Federal. Defender e garantir um Estado laico não significa negar a dimensão religiosa das pessoas.

Contrariamente a essa ideia, de acordo com a origem do termo *laico* (do grego *laikós*), cujo significado é “povo”, a laicidade do Estado reconhece a diversidade de crenças que existe na sociedade, no povo. Isso não significa que as crenças religiosas venham a interferir nas definições do Estado, mas que, para

preservá-las, este deve prescindir de considerar em sua gestão tal dimensão (Berni, 2016).

Nesse sentido, cabe ao profissional de saúde atentar para o modo como os grupos e cada sujeito vivem suas crenças e como estas se envolvem em seus processos de saúde e doença, sem ignorar sua dimensão religiosa e espiritual, pautando, portanto, suas intervenções na garantia de direitos constitucionais.

No Brasil, a religiosidade das pessoas é expressa por meio de múltiplas formas de manifestações religiosas, devido às raízes indígenas, europeias e africanas e as suas características culturais e religiosas associadas a outras, advindas do continente asiático (CFP, 2013).

De acordo como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), o Censo Demográfico 2010 indicou uma grande diversidade dos grupos religiosos no Brasil: cerca de 85% da população se denomina cristã (63% católica e 22% protestante) e 15% da população pertence as outras denominações (espíritas, esotéricos, indígenas, hindus, budistas, etc.), incluindo os que se declaram sem religião. Logo, vê-se a relevância do aspecto da religiosidade e da espiritualidade para a constituição de subjetividade e conseqüentemente na produção de saúde ou nos processos de adoecimento.

Estudos têm versado sobre as relações da religiosas e/ou espirituais com a saúde. Gonçalves et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática de artigos sobre ensaios clínicos randomizados, quanto ao uso de intervenções espirituais/religiosas em pacientes hospitalizados e o desenvolvimento de seus quadros de saúde mental. De 23 artigos analisados, 22 reportaram que os pacientes abordados com tais intervenções apresentaram melhoras, ou não demonstraram variações nos quadros de ansiedade e depressão, quando comparados aos testes anteriores às práticas e

ao grupo controle.

A maioria das experiências encontradas parece indicar correlação positiva entre conforto psicoafetivo e práticas religiosas ou espirituais (Murakami & Campos, 2012; Rabelo, 1993). Pereira e Klüppel (2014) analisaram a influência da religiosidade sobre a saúde de 139 sujeitos com hipertensão, acompanhados em uma unidade do Programa Saúde da Família de uma cidade da Paraíba. Divididos em dois grupos, aqueles que tinham vínculo com algum tipo de culto religioso apresentaram melhoras significativas em relação aos sintomas clínicos. Isso permite inferir que a religiosidade é benéfica para a saúde geral das pessoas.

Contudo, no que diz respeito à visão acadêmico-científica sobre a religiosidade, Stroppa e Moreira-Almeida (2008) indicam que há uma espécie de “senso comum”, que, embebido de cientificismo, tende a sustentar uma visão negativa da religião, em especial no campo da Saúde Mental. Evidentemente, tais noções acabam por se envolver no desenrolar dos processos terapêuticos e na elaboração de projetos de cuidado em Saúde Mental, configurando um aspecto merecedor de maior atenção.

Por partir de noções pré-concebidas a tal respeito, profissionais de saúde, “impregnados por discurso patologizante” (p.20), podem vir a impossibilitar outras significações da experiência religiosa, inclusive positivas. A relação será saudável ou não a depender da organização psíquica de cada sujeito bem como do uso que faça de determinados conteúdos religiosos (Luz, 2014)

O estudo de Souza e Caldas (2009) buscou analisar a produção de sentidos e posicionamentos de profissionais (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) de Equipes de Saúde da Família, acerca da relação entre religiosidade e saúde mental e suas implicações sociais. Dentre os sentidos, destaca-se a

dimensão espiritual como fator desencadeante e explicativo, efeito de “macumba”, “bruxaria” e “maus espíritos” por familiares e usuários(as), mas também partilhado por alguns profissionais.

Dentre os espaços de tratamento religioso e suas implicações sociais, incluem-se os centros de umbanda, terreiros de candomblé, centros espíritas, igrejas evangélicas, igrejas católicas e casas de curandeiro, pela proximidade/facilidade de acesso aos recursos contidos nas religiões, em contraposição à distância/dificuldades de acesso ao recurso médico.

Por fim, a pesquisa de Souza e Caldas (2009) indicou a ambiguidade dos repertórios utilizados na construção dos sentidos a respeito do tema. Isso indica que é necessária e urgente a reflexão sobre o cuidado, não só por equipes especializadas em saúde mental, mas de todo e qualquer profissional de saúde, para que estes consigam valorizar os recursos locais e potencializá-los.

A fim de promover a reflexão sobre a atuação em Psicologia, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP/SP) lançou em 2016 uma coletânea de capítulos, com a temática: Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e Espiritualidade, em três volumes. Os volumes fazem parte de um trabalho que envolveu uma série de quatro Seminários, ao longo de 2015, em parceria com entidades da Psicologia, universidades e associações profissionais. Alguns dos textos estão sendo citados ao longo dessa dissertação.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, a concepção de integralidade dos seres humanos trazida por saberes populares é perfeitamente articulável à trazida por saberes científicos. Dessa compreensão, se destaca a importância de articular o diálogo entre os conhecimentos dos dois âmbitos, no sentido de orientar uma maior compreensão das subjetividades, bem como vincular

conhecimentos das interfaces estabelecidas pela Psicologia com outras ciências e também com o campo religioso (CFP, 2016).

De fato, embora as relações entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental sejam largamente reconhecidas, envolvendo até mesmo a revisão dos manuais psiquiátricos para diagnóstico de transtornos mentais, as diversas formações profissionais para atuação na área não acompanharam estas transformações, manifestando uma “lacuna entre o cuidado desenvolvido” e o que a religião representa na vida dos sujeitos (Murakami & Campos, 2012, p. 362). Isto pode se configurar como um espaço de distanciamento entre aqueles que buscam cuidado e aqueles que o provêm, em particular, na atenção psicossocial, constituindo possibilidades de desencontros onde se procura alcançar, justamente, seu oposto.

Baltazar (2003) apresenta resultados de um estudo sobre religiosidade e projetos terapêuticos em saúde mental, apontando a recorrência de sujeitos em tratamento psiquiátrico a crenças religiosas e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais, o que mostrou diversos impasses e algumas possibilidades. Enquanto os(as) usuários(as) apontaram a religiosidade como estruturante, na maior parte das vezes, tal perspectiva foi desconsiderada na elaboração dos projetos terapêuticos. Ou seja, o valor das vivências e experiências religiosas levadas pelos(as) usuários(as) acabava sendo ignorado, por não se ponderar a respeito da colaboração dessas na construção de um sentido para a vida e na compreensão de mundo, além de seu papel significativo de suporte social.

Destarte, não apenas nas relações entre saúde e religião, mas, especificamente entre a saúde mental e a religiosidade e espiritualidade, observa-se que as diversas interpretações, atravessadas pelo sentido dado à crise e ao intenso

sofrimento psíquico, podem vir a comprometer os projetos terapêuticos.

Logo, foi possível observar nesta pesquisa que as visões acerca dos discursos religiosos levados pelos(as) usuários(as) nem sempre são unânimes entre os profissionais, o que vem a implicar na condução e direcionamento das atividades terapêuticas gerais, por serem baseadas nessas crenças. Enquanto há profissionais que iniciam os atendimentos perguntando a respeito desse aspecto, outros(as) preferem suprimi-lo. É importante notar também que na ficha de cadastro do(a) usuário(a) no serviço consta o tópico religião, embora os(as) profissionais tenham afirmado que é apenas uma informação a mais sobre a pessoa.

3.2 Religião e Saúde Mental: Revisão de literatura

De acordo com a literatura a respeito do âmbito Religioso e Espiritual na vida das pessoas, muitos estudos vêm sendo realizados, como dito anteriormente. No entanto, quando se restringe ao campo especificamente relacionado aos modos de atenção à Saúde Mental, este número decai. As publicações em Saúde Mental no Brasil são vastas, o que indica, sem dúvida, notável empenho dos pesquisadores da área em produzir conhecimentos sobre os caminhos da perspectiva antimanicomial. Todavia, não há muitos estudos que tratem sobre o discurso religioso nos serviços de Saúde Mental.

Quando em campo neste estudo, o diálogo com os(as) profissionais, notou-se, na maioria das vezes, que estes mostraram não saber como conduzir momentos em que o discurso religioso se mostra, o que vem a gerar certo desconforto. Apesar de ser algo que leva os sujeitos a construir sentidos para a vida, relacionar cuidado com crenças ou mesmo considerar a perspectiva do discurso religioso sem patologizá-lo, esse aspecto é algo que deixa os(as) profissionais em dúvida sobre como agir.

O recorte de tempo para esta revisão de literatura (publicação de artigos, dissertações, monografias, teses e capítulo de livros) é de 10 anos, entre os anos 2008 a 2018. Desse modo, foi realizada uma busca na Plataforma de Periódicos CAPES, relacionando os seguintes descritores: “Religião” e “CAPS”, “saúde mental” e “religiosidade”, “atenção psicossocial” e “espiritualidade”, “experiência religiosa” e “loucura”.

Entretanto, nessa primeira busca, não foram localizadas publicações que tratassem especificamente da temática do discurso religioso em articulação com a Atenção Psicossocial. Para ampliar a pesquisa, foi necessário, então, recorrer ao Google Acadêmico, por compreender que essa ferramenta expande as possibilidades de localização de trabalhos que pudessem, porventura, auxiliar nesta revisão.

Foram localizados 59 trabalhos que falam da relação entre religião e saúde mental de forma geral: 40 artigos, 11 dissertações, duas Teses, três Monografias, dois capítulos de livros e um livro completo. Destes, apenas 14 trabalhos discutem a relação entre religião e Atenção Psicossocial, mais especificamente nos CAPS's. Dos estudos publicados que falam diretamente da religiosidade e espiritualidade nos Centros de Atenção Psicossocial: sete são artigos, cinco são dissertações, um (01) é monografia e um (01) é tese, nos últimos dez anos.

Um dos critérios para a seleção foi a disponibilidade do trabalho completo via *online*. Buscaram-se estudos que trouxessem a perspectiva do intenso sofrimento psíquico, em relação com o campo religioso e/ou espiritual, sendo excluídos, de antemão, aqueles que não atendiam aos seguintes critérios: artigos em outros idiomas; não estar relacionado ao sofrimento psíquico; estudos que relacionassem religiosidade ao uso de álcool/drogas, por não fazerem parte do interesse central da

questão proposta e que pudessem expandir a outros aspectos por ora não pesquisados; aqueles que não abordassem religião e/ou espiritualidade; e as implicações em processos de saúde-doença.

As publicações foram organizadas em planilha (ver Apêndice C), na qual constam-se os(as) autores(as), o ano da publicação, o título do trabalho, o tipo (tese, dissertação, artigo, monografia ou capítulos de livro), os participantes, o cenário e as conclusões. Os trabalhos foram lidos de maneira geral e estão expostos a seguir, de acordo com as temáticas desenvolvidas e conclusões apresentadas, afim de fazer um apanhado do que a literatura atual diz a respeito desse tema.

3.2.1 Religiosidade/Espiritualidade e os Centros de Atenção Psicossocial

Acerca da religiosidade/espiritualidade abordada nos Centros de Atenção Psicossocial, foram encontrados 14 trabalhos (07 artigos, 05 dissertações, 01 monografia e 01 tese). Destes, 11 foram realizados com usuários(as), 02 com profissionais e 01 com os dois grupos, respectivamente.

No que se refere aos (as) usuários(as), a religião e a espiritualidade aparece como suporte terapêutico para a saúde mental, onde o templo religioso, além de espaço de vivência da espiritualidade é também produtor de laços sociais. Estes desempenham o papel de pertencimento e podem ofertar acolhimento ao sujeito que vivencia o intenso sofrimento psíquico (Salimena, Ferrugini, Melo & Amorim., 2016, Silveira & Nunes, 2013).

No estudo com usuários(as) evangélicos de CAPS, realizado por Henriques, Oliveira Filho e Figueiredo (2016), evidenciou-se que os relatos de cura baseiam-se tanto nos saberes biomédicos como no religioso. Já o adoecimento foi referido como uma espécie de provação ou castigo que se tem, ao transgredir as leis, tendo como responsável o diabo, que “atormenta” o sujeito. Nesses termos, o adoecer pode

estar relacionado a sintomas, tanto psicológicos, como “falta de paciência” e “agressividade”; quanto físicos, como “fraco” e “debilitado”.

Em estudo anterior (Henriques, Oliveira Filho e Figueiredo, 2015), os mesmos autores apontaram a necessidade da construção e inovação das práticas em saúde mental, as quais pudessem proporcionar o encontro entre os campos “psi” e os saberes religiosos. Visto que a busca por tratamento e cuidado nos espaços religiosos não se dá de modo pontual, caberia aos profissionais a tentativa de buscar compreender quais significados e anseios são produzidos nesses espaços e de quais formas os modos de cuidado poderiam se articular.

Oliveira (2013) buscou compreender como se estabelecem os discursos científicos e religiosos nas estratégias dos usuários de um CAPS e seus familiares, procurando saber quais significados os(as) usuários(as) atribuem às consultas nos terreiros de umbanda e/ou rezadores. Concluiu-se que estes contextos místico-religiosos acabam por levar efeitos positivos aos sujeitos em intenso sofrimento psíquico. Além disso, verificou-se que o discurso médico traz alguns efeitos satisfatórios, no entanto, nem sempre se consegue dialogar com a cultura, excluindo potencialidades que poderiam ser articuladas ao cuidado.

Em referência à postura das equipes, os estudos mostram que há necessidade urgente de potencializar a formação profissional, para que ofereçam novas práticas capazes de contemplar o cuidado espiritual/religioso, no conjunto de ações integrais que deve ser oferecido nos serviços de Saúde Mental. Uma vez que um recurso não exclui o outro, ambos são acessados de modo frequente pelos sujeitos em sofrimento e a sua articulação necessita de cautela e respeito, mas podem ser buscados como possibilidade (Salimena et al., 2016; Glass, 213).

Baltazar e Silva (2014) investigaram a forma como os profissionais lidam com a opção religiosa dos(as) usuários(as) e se a consideram como manifestação social capaz de possibilitar a reorganização individual e coletiva. Os resultados indicaram que os sentidos de mundo construídos via experiência religiosa, ainda que aparentemente incoerentes, têm consistência para quem dele se apropria.

Tais resultados dialogam e concordam com outras pesquisas sobre diferentes formas de interpretação para o discurso religioso, no contexto dos tratamentos em Saúde Mental (Dalgarrondo, 2008; Stroppa & Moreira-Almeida, 2009; Freitas, 2013; Mello & Oliveira 2013). Estes estudos destacam a relevância de considerar articulações entre os diversos espaços de busca de cuidado e a influência dos valores e das crenças religiosas nos modos de vida das pessoas que buscam os serviços de saúde mental.

Como já citado, um incômodo por parte dos profissionais e também dos(as) usuários(as) surge nessa articulação de campos, uma vez que os primeiros parecem não saber como lidar com o fenômeno e terminam por adotar formas distintas, em relação à recorrência dos discursos. Por um lado, consideram o discurso religioso como algo que devem “respeitar”, algo distante, que se separa de forma clara dos projetos terapêuticos; por outro, podem vê-lo como patológico, associado ao delírio religioso, de caráter psicótico (Baltazar & Silva, 2014).

Em sua tese de doutorado, Araújo (2015) discute como o discurso religioso convive com as práticas médicas. A pesquisa ocorreu na cidade de Belém/PA, território marcado pela multiplicidade cultural de crenças, onde existe a maior procissão católica do país, o Círio de Nazaré, e também o berço de onde nasceu a maior igreja evangélica pentecostal do mundo, Assembleia de Deus.

Araújo (2015) mostra as articulações existentes nesse aspecto religioso e saúde mental. No CAPS estudado, as orações, os cânticos, a leitura da Bíblia, os passes, mantras, mentalizações, entre outros, surgem com finalidades religiosas e terapêuticas. A pesquisa foi realizada com 11 profissionais do referido serviço e buscou investigar a relação singular entre religiosidade e saúde mental. Destacou-se que o manejo clínico reforça as próprias convicções dos profissionais, embora sejam “encortinadas sob a bandeira de uma ética que, alinhada a uma determinada compreensão de laicidade, reforça o discurso sobre uma possível neutralidade clínica” (p. 371). Apesar de, aparentemente, contraditórias, tais concepções convivem com as práticas no dia a dia do serviço.

Ainda a esse respeito, Silveira (2008) estudou as formas de subjetivação da loucura, através das experiências religiosas de usuários pentecostais de um CAPS, em um município da Bahia. Essa pesquisa identificou que os profissionais do serviço tecem críticas ao padrão rígido de comportamento moral de evangélicos, apontando a crença no determinismo que geraria certo conformismo.

No entanto, esse posicionamento parece se configurar como modo de “negativizar” e/ou ocultar a experiência religiosa dos(as) usuários(as), embora essas sejam gritantes no cotidiano. Tais posturas se encontram pautadas na lógica manicomial que circunda esses serviços e ainda se faz presente, ainda que de forma sutil. Destaca-se a importância de trabalhar com os discursos, seus sentidos e suas contradições, sempre fazendo um movimento de criar possibilidades de ações e mudança de paradigma.

3.2.2 Coping Religioso Espiritual (CRE)

A associação entre o intenso sofrimento psíquico e a busca por espaços religiosos aparece em algumas publicações, sob a égide do coping religioso. Tal

conceito refere-se à utilização da religiosidade ou da fé para o manejo do estresse e representa um importante aspecto na área da saúde, com possíveis implicações no tratamento de doenças.

Segundo Moreira-Almeida e Stropa (2009, p. 2), a expressão *Coping* não tem uma tradução exata para a língua portuguesa, podendo ser compreendido como “lidar, manejar, adaptar-se ou enfrentar”. Diz-se, então, a respeito do processo de interação entre o sujeito e o ambiente, com o papel de auxiliá-lo a reduzir ou dar conta de situações adversas.

Em revisão de literatura, Corrêa, Batista e Holanda (2016) pesquisaram o tema, entre os anos 2000 e 2013, através dos descritores: “*coping* religioso”, “*coping* espiritual”, “*coping* religioso espiritual”, “enfrentamento religioso”, “enfrentamento espiritual”, “espiritualidade e religião”, “espiritualidade e saúde” e “religiosidade e saúde”, 232 artigos foram localizados. Estes autores discutiram o conceito CRE e apontaram a utilização da religiosidade e/ou espiritualidade como recurso pessoal no enfrentamento de situações diárias, no contexto organizacional ou no tratamento de doenças.

Também trouxeram textos que apresentaram tal impacto na prática dos profissionais da saúde. Ao final, concluiu-se que a temática específica do CRE é pouco estudada no Brasil, visto que apenas 41 artigos apresentaram pesquisas que envolveram as correlações e implicações do CRE no contexto da saúde mental de modo geral, envolvendo artigos principalmente ligados à área da psiquiatria, a respeito dos transtornos mentais e na psicologia, com ênfase no contexto psicoterápico e no manejo das questões religiosas/espirituais (Corrêa et al., 2016).

De modo mais específico, no presente trabalho, foram identificados alguns estudos que indicam de forma mais direta às questões de saúde mental e religião,

interpretadas como *coping* (Moura, 2017; Corrêa et al., 2016; Zimpel, Mosqueiro & Rocha, 2015; Moreira-Almeida & Stroppa, 2009).

Conforme Zimpel et al. (2015), o papel protetor da espiritualidade é destacado em estudos empíricos na prevenção de depressão, em relação aos transtornos de ansiedade, em relação ao uso de substâncias psicoativas, na diminuição do risco de suicídio, para a promoção de bem-estar e qualidade de vida e também em situações traumáticas, estressantes, etc. No entanto, os autores advertem ainda que as estratégias de CRE podem ser tanto positivas como negativas, a depender da sua natureza, podendo vir a ampliar a capacidade de resiliência ou então se ligar a uma dificuldade maior no enfrentamento das adversidades.

Quanto à possibilidade de ser positiva ou negativa (Koenig et al., citado por Moreira-Almeida & Stropa, 2009), o CRE apresenta estratégias que proporcionam efeito benéfico às pessoas, como: Procurar o amor e a proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais; buscar ajuda e conforto na literatura religiosa; buscar perdoar e ser perdoado; orar pelo bem-estar de outros; resolver seus problemas em colaboração com Deus, etc.

Já o CRE negativo envolve estratégias que geram consequências danosas aos sujeitos, como: A crença em um Deus punitivo; questionar a existência, o amor ou os atos de Deus; delegar a Deus a resolução dos problemas; sentir insatisfação ou descontentamento em relação a Deus ou sua instituição religiosa etc.

A relação entre religiosidade e saúde mental não é predeterminada, podendo tanto ser benéfica quanto prejudicial. No entanto, necessita ser estudada empiricamente, para que outras afirmações possam ser dadas.

3.2.3 Religiosidade/Espiritualidade e Saúde Mental: Positiva ou negativa / saudável ou patológica? Como intervir?

Uma das dificuldades dos profissionais encontra-se nos posicionamentos acerca da dificuldade diagnóstica, referindo-se a saber o que vem a ser patológico ou não, surgindo esse aspecto tanto no campo de pesquisa deste estudo quanto na literatura. Isso talvez se dê em algumas situações, pela carência de pesquisas que apontem relações com o transe religioso a estados dissociativos não patológicos (Moreira-Almeida, 2009).

Desse modo, há a necessidade de esclarecer terminologias, bem como, aprofundar a compreensão de experiências religiosas e/ou espirituais e contextualizar critérios de psicopatologia (Alminhana & Menezes, 2016).

Em uma revisão de literatura, Menezes e Moreira-Almeida (2009) identificaram nove critérios principais para distinção entre experiências religiosas e transtornos mentais. São eles: Ausência de sofrimento; Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais; A experiência é curta e ocorre episodicamente; Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência; É compatível com uma tradição cultural e/ou religiosa; Ausência de comorbidades; A experiência é controlada; 8) A experiência gera crescimento pessoal e 9) É centrada nos outros.

Tais critérios não podem ser tomados de modo pontual ou puramente em termos quantitativos, para se definir ou não a presença e classificação de transtornos mentais, ressaltando-se ainda a importância da leitura do contexto. Torna-se necessário observar a existência de outras questões envolvidas, analisar caso a caso e também as características que, porventura, protegem os sujeitos de desenvolverem possíveis psicopatologias (Alminhana, Menezes & Moreira-Almeida,

2013; Menezes, Alminhana & Moreira-Almeida, 2012; Moreira-Almeida & Cardeña, 2010; Menezes & Moreira-Almeida, 2009).

Menezes (2012) publicou estudo longitudinal com um ano de seguimento, com 115 sujeitos que apresentavam experiências psicóticas e dissociativas e procuraram Centros Espíritas de Juiz de Fora/MG. Assim, avaliou os nove critérios propostos anteriormente, o que veio a comprovar cinco desses (2, 3, 5, 8 e 9): ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, a experiência era curta e ocorria episodicamente, havia compatibilidade com um contexto cultural, a experiência trouxe benefícios para si mesmo e era centrada nos outros. Já os outros quatro critérios, estavam presentes em uma minoria: ausência de sofrimento, ausência de co-morbidades, atitude crítica e controle sobre a experiência.

Delmonte e Farias (2017) indicam que apesar dos casos de possessão em contexto religioso serem comuns, a exemplo das religiões afro-brasileiras e espíritas, nas igrejas cristãs neopentecostais e carismáticas, ainda existem poucas pesquisas a esse respeito, que façam relação entre essas experiências e o campo da saúde mental. Uma vez que as características dessas manifestações podem ser confundidas com sintomas dissociativos ou psicóticos, estabelece-se aí um desafio para o diagnóstico clínico, embora seja classificado como Transtorno de Identidade, no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição – DSM-V (2013).

Um estudo de caso traçou a evolução da experiência de possessão e comparou o período antes e depois da inserção no contexto religioso da Umbanda em uma líder religiosa. As conclusões de tal estudo sugerem revisões periódicas do DSM-V em relação a vários diagnósticos, de acordo com novas evidências, de modo

a redefinir e refinar seus critérios alinhados com o contexto das experiências (Delmonte & Farias, 2017).

Nota-se um verdadeiro campo de forças ambíguas, em relação aos modos de produzir saberes e fazeres no campo da Saúde Mental, sobre a própria loucura e com o louco. Essa tensão é destacada, sobretudo, na relação com algumas religiões, a exemplo das pentecostais, que interpretam a loucura como possessão demoníaca, incitando rituais de exorcismo. Contudo, as instituições também promovem inclusão social e produção de outros sentidos acerca do fenômeno da loucura (Silveira & Nunes, 2013).

Dos estudos localizados, 19 são estudos de revisão de literatura. No que se refere a metodologia, 22 apresentam metodologia qualitativa, 01 quantitativa e 01 é estudos misto.

Conclui-se que a recorrência do tema da religiosidade e espiritualidade, sobretudo, no que diz respeito ao campo da saúde mental continua causando dificuldades de lidar, seja na perspectiva de conseguir incluí-lo no cuidado, como área que faz parte da vida do sujeito, ou seja, dificuldade frente à integralidade. Ou ainda na concepção de diagnóstico, patologizando ou desconsiderando como fazendo parte da experiência religiosa do sujeito. Observa-se ainda que os resultados encontrados nas pesquisas citadas fazem um diálogo com este estudo.

O tópico seguinte discutirá a respeito das diversas perspectivas de cura frente às religiões, no entanto, traz referências distintas às apresentadas nesta revisão.

3.3 Caracterização das religiões no tocante à cura

De acordo com o Dicionário Aurélio de Português (*On line*), cura significa “Restabelecer a saúde de”, “medicar”, “Corrigir de vício ou defeito”, “Exercer funções de cura (de almas)”, “Sara”, “Tratar”, “Ação ou efeito de curar” ou “Recobrimento da

saúde”. A palavra cura vem do latim, significando cuidado, tratamento.

Segundo Lopes (2014), talvez seja na capacidade cognitiva de refletir e hierarquizar sobre vida e morte que resida a essência da relação entre religião e cura, pois “a preservação da vida parece ser a aporia última e inextricável que assola ontologicamente a humanidade desde os tempos imemoriais” (p. 18).

Como campo organizado de práticas e representações, as terapias religiosas lidam com um conjunto dado de símbolos que visam produzir a cura. Símbolos religiosos que precisam ser compartilhados pelo curador, “o doente” e sua comunidade de referência para que se dê a cura (Rabelo, 1993)

Pereira e Klüppel (2014) apresentam relatos de cura pela fé em pesquisa realizada com 108 entrevistados, dos quais, 77,7% afirmaram já ter se curado ou melhorado de algo por meio da fé. Ressalta-se que até mesmo sujeitos que não tinham prática religiosa assídua referiram-se a alguma experiência anterior de cura ou alguma melhora subsidiada pelo divino ou sobrenatural. O médico, nestes casos, é visto como instrumento divino por meio do qual vem o “milagre”. Segundo cada religião, as concepções de cura e os rituais para alcançá-la variam. A seguir, apresenta-se uma breve discussão a esse respeito.

Rabelo (1993), de modo sucinto aponta a cura para as religiões: Pentecostalismo, envolve expulsão pública do mal e nos seus rituais recria dinâmica de luta, já no Espiritismo, envolve educação dos espíritos menos desenvolvidos com ritual que recria atividade pedagógica, no Candomblé, envolve o firmar de alianças para garantir proteção ao indivíduo com rituais que recriam dinâmica de negociação.

3.3.1 Religiões Cristãs

A igreja católica apresenta uma grande diversidade de estilos de catolicismo

atualmente. Embora tenha diminuído significativamente o número de fiéis nas últimas décadas nas missas e procissões, os grandes santuários e centros de peregrinação, como Aparecida, em São Paulo e Trindade e Muquém, em Goiás, parecem estar aumentando, fato potencializado pelo turismo religioso. Também se ganha espaço através das redes de TV e Internet (Sofiati & Moreira, 2018).

A compreensão de cura nessa igreja tão diversa se apresenta de modo variado, quando olhado sob a perspectiva de movimentos, como a Renovação Carismática Católica (RCC), pelas Comunidades Eclesiais de Base, ou mesmo do Movimento Franciscano.

Nas Religiões Pentecostais, a exemplo da “Congregação Cristã do Brasil”, “Assembleias de Deus”, “Deus é Amor” são baseadas na doutrina da Teologia da Prosperidade, segundo a qual, Deus concede riqueza e bens a quem lhe é fiel e paga o dízimo com generosidade (Araújo, 2007).

Para as neo-pentecostais, a cura possui centralidade, de forma que a oferta de serviços terapêuticos articulam-se às ideias de exorcismo. As igrejas dentro dessa classificação são Universal do Reino de Deus, Mundial da Graça de Deus e Internacional da Graça de Deus. "Neopentecostalismo" é um termo aplicado ao pentecostalismo de segunda e terceira onda, no entanto, não há distinção clara do que se pode caracterizar como sendo pentecostal ou neo-pentecostal exatamente (Oro, 1997).

Segundo Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004), nas religiões neopentecostais, o “diabo” é figura central, como causador dos males que assolam as pessoas. Desse modo, adoecer vem a ser uma ação demoníaca e, para tanto, a cura requer o exorcismo do fiel.

3.3.2 Religiões de matriz africana

A vinculação com religiões apresenta o apoio social, afetivo ou até mesmo material de que os sujeitos necessitam. No caso das religiões de matriz africana (candomblé, umbanda, xangô, batuque, etc.), é estabelecida uma dupla finalidade: tanto de resistência política e afirmação de identidade, como também espaço de compartilhamento de conquistas e curas. Estes são espaços acolhedores das suas aflições pessoais, os quais favorecem a possibilidade de enfrentamento de experiências discriminatórias e de adoecimento (Mota & Trad, 2011).

Alves e Rabelo (2009) estudaram as principais concepções e práticas de tratamento e cura de doença no *jarê*, candomblé rural da Chapada Diamantina/BA. As principais atividades terapêuticas realizadas revelam um processo dialógico, pelo qual o curador explica a situação aflitiva do paciente em uma narrativa e o ritual de cura representa a resolução pública da história construída no contexto.

4. Construcionismo Social, Práticas Discursivas e abordagem etnográfica: aspectos teóricos metodológicos

O presente estudo se configura como uma pesquisa de campo com natureza qualitativa. A perspectiva teórico-metodológica aqui assumida considera a linguagem como prática social constitutiva do mundo da vida dos sujeitos (Spink & Medrado, 2013), tendo como base analítica a “linguagem em uso” com seu potencial constitutivo de sentido. Dessa forma, o estudo se apoiou em uma perspectiva qualitativa de inspiração etnográfica, utilizando-se da observação participante, de entrevistas e da realização de grupos narrativos com usuários(as) e profissionais selecionados ao longo do trabalho de campo.

Como caminho interpretativo, foram utilizados mapas dialógicos de Spink, como estratégia de visibilização dos discursos (Spink, 2003, 2004; Spink & Medrado, 2013). Os Mapas Dialógicos foram elaborados separadamente por grupos: entrevistas com profissionais de nível superior, profissionais de nível médio, usuários(as) e grupo narrativo com usuários(as) (Ver Apêndice A³). No entanto, a discussão se dará de modo concomitante entre a observação em campo, os diários, a observação participante e os mapas, conforme já citado.

De modo a familiarizar os profissionais e usuários com a presença da pesquisadora, a imersão em campo ocorreu por oito meses, no intuito de garantir que todos os participantes tivessem conhecimento dos objetivos da pesquisa e pudessem construir um processo de consentimento dialógico. As sessões de observação foram registradas em diários de campo, da maneira mais minuciosa possível e mais aproximada dos modos como os próprios sujeitos se posicionam e se manifestam, evitando-se ao máximo o recurso a conceitos e procedimentos

³ Os Mapas Dialógicos são muito extensos, por isso constam apenas exemplos. Optou-se por suprimir dados para evitar exposição dos participantes.

analíticos estruturados.

Desse modo, como é próprio da pesquisa qualitativa, este estudo buscou considerar, prioritariamente, a complexidade histórica do campo, seu contexto, bem como a experiência vivida (Ferigato & Carvalho, 2011). Importou, dessa maneira, ponderar o modo como os sujeitos concebem o que lhes acontece, como vivenciam e o que pensam sobre tais experiências, dado que, ao falar, o sujeito produz realidade, sobretudo, quando se percebe implicado em seu discurso.

4.1 Construcionismo e Práticas Discursivas

Revisitando as bases históricas e epistemológicas do Construcionismo Social, Rasera e Japur (2005) indicam que não há apenas uma única definição do que venha a ser tal conceito. Estabelecer uma conceituação, bem como a definição das origens do Construcionismo seria uma tarefa extremamente complexa.

No entanto, concebe-se que este campo tenha raízes a partir da publicação do artigo “Social Psychology History” (A História da Psicologia Social), de Gergen (1973, citado por Rasera & Japur, 2005), a partir desse momento, o movimento ganha espaço na Psicologia Social. A história do Construcionismo Social está relacionada a críticas ao fazer científico, críticas essas que contribuíram para a construção de uma via alternativa acerca do conhecimento do sujeito, são elas: a crítica social, a ideológica e a retórico-literária.

Nobre e Rasera (2017) chamam a atenção para a importância do autor americano Gergen para a construção da ideia de ciência psicológica, assim como para a própria história da Psicologia Social. Destacam que, dentre as transformações ocorridas em relação ao modo de se compreender e fazer ciência, aquele autor tem contribuído de maneira significativa, no sentido de mostrar a importância de elementos fundamentais como a história, o social e a cultura. Tais

aspectos implicam diretamente no desenvolvimento de estudos onde a comunidade científica dialoga com a sociedade e instaura, assim, modos que reorientam a teoria e a prática do fazer pesquisa e produzir conhecimento.

As críticas apontadas anteriormente surgiram de diversos autores que construíram teorias capazes de dar sustentação a elas. Segundo Rasera & Japur (2005), a “crítica social” se constituiu a partir das ideias de Marx, Weber, Scheler e Karl Mannheim e se estabeleceram a partir da preocupação com concepção do conhecimento – cultural e historicamente situado – seja na construção do fato científico, nas práticas discursivas de autolegitimação ou na influência do grupo na forma como os dados são interpretados. Nesse aspecto, destacam-se os estudos dos processos microssociais.

Já a “crítica ideológica” funda-se na rejeição da noção de neutralidade na ciência e descrição objetiva do mundo, de modo que esta visão apresenta identificações com a “teoria crítica” da Escola de Frankfurt - Horkheimer, Adorno, Marcuse, Benjamim e outros. No que concernia a “crítica retórico literária”, buscava-se mostrar o modo pelo qual a escrita literária determina descrições e explicações científicas (Rasera & Japur, 2005).

A partir dos questionamentos contidos nestas críticas, ocorreram reorientações nas teorias científicas, movimento que veio a enfraquecer a visão de ciência estabelecida como descrição objetiva e precisa da realidade, destacando-se nesses processos uma perspectiva social e histórica. Nesse prisma, destacaram-se os avanços da História, Sociologia, Psicologia e Comunicação, na direção de se gerar uma percepção de que ações humanas e acontecimentos do mundo estão intimamente ligados a um tempo e lugar, a linguagem e à história, assim como ao contexto sócio cultural (Sanches-Justo, Ferreira, Vasconcelos & Justo, 2010).

Segundo Gergen (2009), apesar de as origens estarem correlacionadas aos debates entre as escolas de pensamento empirista e racionalista, o Construcionismo Social vai além do dualismo com o qual ambas as teorias estão ligadas e busca, desse modo, situar o conhecimento nas bases dos processos das relações, ou seja, nas trocas sociais. Assim, o autor situa o Construcionismo como Movimento e não como teoria, por não ter a pretensão de presumir verdades, caracterizando-o, para tanto, a partir de uma postura crítica diante do mundo.

Ao considerar relativo o conhecimento (Spink, 2010), uma postura crítica e reflexiva precisa ser assumida, de modo a considerar as múltiplas descrições das coisas, que suspeite do óbvio e que legitime outras tradições. Rasesa e Japur (2005) destacam alguns aspectos importantes nas bases epistemológicas do Construcionismo Social, a partir dos autores Burr e Gergen: *o anti-essencialismo*, que se posiciona contra qualquer postura que conceba as coisas como fruto de uma essência anterior, sejam elas biológicas ou culturais; *o anti-realismo*, que descarta a ideia de que o conhecimento possa ser gerado por uma apreensão direta da realidade, mas apenas por processos sociais via diferentes descrições; *a linguagem como forma de ação social*, portanto, não passiva; *o foco na interação e nas práticas sociais*, que privilegia as interações sociais entre as pessoas como cerne de investigação; *o foco no processo*, deixando de lado estruturas estáveis para se atentar ao processo ativo e continuamente construído.

Na perspectiva de produção de conhecimento, o Construcionismo é explicado a partir do conceito de Modernidade Tardia ou Reflexiva. Utilizam-se como referências Beck, Giddens, Vattimo e Boaventura Santos (citados por Spink, 2010), pontuando-se que houve uma ruptura, no que tange à produção de conhecimento, no período da passagem da sociedade feudal para a modernidade – outro tipo de

formação social, estando essa ainda em transformação, não sendo, portanto, interessante classificar como pós-modernidade.

Sendo assim, o conceito de “reflexividade” relaciona-se com “a abertura à revisão crônica das práticas instituídas à luz de novas informações” (Spink, 2010, p. 7), uma crítica que surge aos modos de fazer ciência, em relação aos métodos, na validação dos resultados, bem como no produto desta, buscando alinhar-se a uma ética.

A esse respeito, Spink (2010, p.11) pondera que o “Construcionismo traz para a pesquisa uma postura desreificante, desnaturalizante e desessencializadora que radicaliza ao máximo a natureza social do nosso mundo vivido e a historicidade de nossas práticas”. Assim como Gergen (2009), Spink (2010) apresenta o Construcionismo Social como movimento e não como teoria, devido à sua processualidade, situando-se, portanto, em contestação à ortodoxia em ciência, visão que traz uma crítica à tradição positivista.

Com foco na linguagem e nas relações e produções coletivas, estudos apoiados nas Práticas Discursivas indicam caminhos possíveis para compreensão dos modos como os sujeitos se relacionam, constroem suas verdades e, portanto, se posicionam diante da vida.

Spink (2010) ressalta que a linguagem pode ser trabalhada/vista de diversas formas, mas na Psicologia Social a relevância se dá em seu uso nos processos sociais. Pelo fato de a linguagem ser vista como prática social, torna-se importante trabalhar a interface entre os aspectos performáticos da linguagem e as condições de produção, ou seja, levar em consideração não apenas o “quando”, mas também em que circunstâncias se dão, bem como sua intenção, isto em conexão com o contexto social.

Esta concepção de construção histórica diz respeito ao sentido, em Foucault (1996). Em relação a esse aspecto, as formações discursivas possibilitam o exercício de saberes, os quais operam e instituem acontecimentos em campos estratégicos. Assim, para Foucault (1996, p. 50), não há produção de discursos que não seja regulada por relações de poder especificadas por procedimentos que se dão por “interdições, supressões, fronteiras e limites”.

Dessa forma, assumir a perspectiva construcionista é sustentar a perspectiva de que a compreensão da construção das realidades se dá por meio das interações nos espaços sociais, não sendo, portanto, possível conceber individualidades separadas da cultura, dos espaços que se produzem, assim como da forma que se vive o cotidiano. A produção de sentidos se dá no dia a dia e, a partir daí, é possível analisar as formas com que os sujeitos explicam, descrevem e vivenciam o que lhes acontece, dentro de determinado tempo e espaço (Gergen, 2009).

A produção de sentido está em diversos espaços, disciplinas e campos do saber, ou seja, é amplamente utilizada. Busca-se dar sentido a tudo que faz parte do mundo, a tudo o que se encontra em volta. No entanto, Spink (2010) destaca que, em se tratando de Construcionismo Social, o sentido é algo coletivo, interativo, por meio do qual as pessoas compreendem seu entorno, lidam com as situações e fenômenos. Em vista disso, entende-se que ninguém produz sentido sozinho, visto que é uma produção interativa, processual e contínua.

A compreensão construcionista se dá em relação a linguagem em uso, ou seja, do papel performático da linguagem⁴, o qual se enfatiza na relação entre significado e ação. Nesse caso, permite compreender a relação entre sentidos construídos e partilhados. Daí se apreende a linguagem em sua matriz de

⁴ Diz respeito à linguagem como construtora e não como simples ferramenta.

construção de sentidos (Spink, 2010).

Portanto, as práticas discursivas se contrapõem meramente ao termo *discurso* e, justamente por situar a importância da linguagem, o enfoque se dá nas maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos, como elas se colocam e se dispõem nas relações sociais cotidianas. Destarte, as práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, ou seja, os enunciados, orientados por múltiplas vozes; as formas (*speech genres*), formas mais ou menos fixas de enunciados; e os repertórios linguísticos (Spink, 2010).

Em termos de Repertórios Linguísticos, Spink (2010) os aponta como entidades teóricas muito mais fluídas, mais flexíveis que as Representações Sociais. Enquanto as representações são vistas como teorias, como formas compartilhadas de associar, no prisma construcionista das Práticas Discursivas, não se está procurando estruturas ou mesmo associar conteúdos. A autora se apropria de aspectos relevantes da teoria do linguista Bakhtin para expor essas ideias. Nesse sentido, somente através da interanimação dialógica, os repertórios entram em movimento, de modo que a sentença só adquire sentido mesmo no contexto. Sabe-se assim que os enunciados têm sempre endereçamentos, estão direcionados a alguém, este outro da relação.

Nessa compreensão, convém discutir alguns pontos da teoria bakhtiniana, para melhor apreensão dos elementos apontados por Spink (2010). Bakhtin (1895-1975), pensador, filósofo e linguista russo, indica que o enunciado deve ser o principal objeto nos estudos da linguagem, os quais são caracterizados pelo dialogismo que trazem em si, uma vez que toda a enunciação procede de um falante e um ouvinte e nessa reciprocidade se dá a suposição de respostas.

Spink (2010) define a linguagem como uma prática social, e, portanto, os

sentidos são construídos quando duas ou mais vozes se confrontam. Assim, o pensamento é dialógico, nele habitam falantes e ouvintes que se interanimam, orientando a produção de sentidos e outros enunciados (Spink & Menegon, 2013).

Dessa forma, o Construcionismo discorre uma abordagem de campo de saber vívida, prática, relacional, posto que se dá com a “interanimação dialógica” e na processualidade da vida. Estudos têm mostrado de que modo o Construcionismo Social pode colaborar para transformações, além de apenas analisar ou mesmo descrever realidades, no sentido de indicar caminhos para construções mais significativas para os sujeitos, suas relações e transformações das suas realidades.

Por exemplo, o estudo realizado por Ferreira e Cadoná (2017) sobre a lógica do cuidado realizou uma análise de publicações que se utilizam do referencial do Construcionismo Social como ferramenta para o trabalho social/comunitário. Nele, 11 artigos foram escolhidos e estes indicaram a importância dos espaços dialógicos como via de transformação social, um potente recurso também para gerar a reflexão profissional referente a suas práticas, buscando alinhar discurso e prática e realçando sempre o cuidado.

Souza e Santos (2010) apresentaram um estudo sobre a participação da família no tratamento dos transtornos alimentares (anorexia e bulimia), tomando como aporte teórico metodológico o Construcionismo Social. Além de compreender os sentidos da participação no tratamento produzidos por familiares, foi possível desconstruir e reconstruir significados alternativos para cada sujeito participante das intervenções grupais, a partir do enfoque nas trocas dialógicas, na multiplicidade de sentidos e vozes presentes no grupo e nos discursos sociais.

Portanto, no presente trabalho, afim de buscar produzir conhecimento onde se assumiu a perspectiva do Construcionismo Social, foi adotada a Etnografia e a

Observação Participante. Tais posturas e métodos de pesquisa dialogam com o que foi discutido até agora, a respeito do percurso teórico metodológico adotado.

Segundo Angrosino (2009), como método, a etnografia se diferencia dos modos usuais de fazer pesquisa em ciência social, baseando-se sobretudo em alguns aspectos particulares: consiste-se em pesquisa em campo, local onde as pessoas convivem; é personalizado, pois o pesquisador torna-se participante (subjetivo) e observador da dinâmica em questão; é multifatorial, podendo utilizar mais de uma técnica de coleta; é de longo prazo, apesar de não haver tempo determinado, as observações se estendem; é indutivo, não tem o objetivo de testar hipóteses; é dialógico e holístico.

A Etnografia lida com pessoas em seus grupos sociais, sua cultura e seus aspectos que envolvam crenças, costumes partilhados e aprendidos e tudo que diz respeito aquele grupo, ou seja, desenvolve estudos que indicam uma aproximação à experiência humana, bem como aos sentidos atribuídos acerca do que pensam e do que fazem (Angrosino, 2009).

Quanto à observação participante, esta não se trata propriamente de um método, mas um estilo que o pesquisador adota em campo (Angrosino, 2009). Essa postura permite ao pesquisador fazer parte do cenário, buscar formas de criar um consentimento dialógico e compreender a relatividade das coisas, como discutido por Spink (2010, 2014).

Na aproximação com o campo, as concepções de Narrativa e Experiência tiveram relevância. Nessa compreensão, a Experiência é concebida como tendo intrínseca relação com a Narrativa, uma vez que, ao narrar, o sujeito narrador tece aquilo que lhe faz sentido, ressignificando fatos vivenciados (Benjamim, 1994) e dizendo respeito àquilo que o toca.

Desse modo, em consonância com o pensamento de Larrosa (2015), experiência se desvincula de experimento, justamente pelo seu caráter singular, enquanto o experimento é genérico, uma vez que o experimento é repetível. Já a experiência não, pois sempre há algo como a primeira vez. Outro contraponto ao experimento é seu caráter preditível e previsível: enquanto a experiência traz a dimensão de incerteza, além de não se poder antecipar o resultado, assim, “a experiência não é o caminho até um objetivo previsto, até uma meta que se conhece de antemão, mas é uma abertura para o desconhecido, para o que não se pode antecipar nem ‘pré-ver’ nem ‘pré-dizer” (p. 34).

Vásquez e Arena (2017) discutem que, quando se trata de pesquisas através de narrativas, estas quase sempre geram dúvidas quanto à sua validade, pela tradição positivista que predomina desde o nascimento do método científico. No entanto, afirmam que uma reflexão sobre a investigação narrativa, como aporte metodológico qualitativo, possibilita uma rica geração de dados para o entendimento e a interpretação de níveis mais profundos da complexa subjetividade humana.

A investigação narrativa estuda como os seres humanos experimentam o mundo, trazendo à cena fenômenos da experiência humana e, por isso, permite que os sujeitos (incluindo os/as pesquisadores/as) experimentem o mundo por meio de um diálogo “entre a memória e a identidade, entre silêncios e histórias, entre essas realidades que estão mortas e que somente tomam vida quando são mediadas pelos pesquisadores, de maneira irrepitível” (Vásquez & Arena, p. 199).

4.2 Cenário da pesquisa e Interlocutores (sujeitos)

No que diz respeito à execução da pesquisa, esta foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no sertão pernambucano. Este serviço, cenário da pesquisa, é destinado a sujeitos adultos em situação de intenso sofrimento

psíquico/transtorno mental.

Neste tópico, serão discutidos aspectos relacionados às religiões dos interlocutores desta pesquisa. Participaram deste estudo 16 pessoas, dentre elas, 06 evangélicas, 04 católicas, 02 espíritas, 01 candomblecista e 03 declararam não ter nenhuma religião no momento. Dentre esses, dos 06 evangélicos, 03 são profissionais (nível médio) e 03 são usuários(as) do serviço. Quanto aos católicos(as), são 02 profissionais de nível superior e uma usuária⁵. A pessoa que declarou ser do candomblé é usuário(a), já as 02 espíritas são profissionais de nível superior. Por fim, para os 03 participantes que afirmaram não ter qualquer religião, 02 são profissionais de nível superior e 01 usuário(a) do serviço.

A observação participante ocorreu nas diversas atividades que compõem o calendário do serviço, de modo a contemplar o maior número de usuários(as), como também em momentos distintos entre usuários(as) e profissionais. O calendário do serviço compreende tanto as festas (natal, carnaval, páscoa, festa junina, etc.), como atividades extra como passeios a pontos da cidade, participação em eventos, etc.

No dia a dia do serviço, além dos atendimentos individuais, também acontecem grupos, oficinas de artes, oficinas terapêuticas, palestras, assembleias, reuniões. Alguns(as) usuários(as) só participam em determinados momentos, de modo que a oportunidade de encontrá-los(as) foi circular em dias e horários alternados. A partir das observações foram selecionados os interlocutores para o grupo narrativo e entrevistas.

O grupo selecionado constituiu uma amostra não probabilística e intencional,

⁵ Esta usuária procurou a pesquisadora ao final da pesquisa para contar que mudou de religião, e que atualmente frequenta um terreiro de Umbanda, diz que tal mudança se deu devido às ideias de cura propostas pela religião. Assim, afirma estar se sentindo melhor e já diminuiu, consideravelmente, a quantidade de psicotrópicos de que faz uso.

o que priorizou os(as) usuários(as) que mantiveram interações baseadas na questão deste estudo, ou seja, aqueles que apresentaram, de algum modo, interesse nas relações entre discurso religioso e saúde mental.

A seleção de participantes se encerrou por critério de saturação, de forma que usuários(as) em momento de crise foram suprimidos da amostra, justamente por se compreender que, em situação de crise aguda, caracterizada por ruptura com a realidade (com caráter delirante), os sujeitos não teriam como expressar sua construção de sentido para a pesquisa.

Participaram 16 interlocutores, e, dentre eles, nove profissionais (seis de nível superior e três de nível médio) e sete usuários(as). Foram realizadas entrevistas com nove profissionais e quatro usuários(as) e realizado um grupo narrativo só com usuários(as). Compreende-se que se tratou de um número razoável de participantes, considerada a intenção de se constituir uma amostra estatisticamente significativa, dado que este estudo não se caracteriza como quantitativo ou com proposta de generalização dos resultados produzidos.

4.3 Procedimento e instrumentos de pesquisa utilizados

No que diz respeito aos aspectos éticos⁶, ressalta-se que todos os cuidados foram observados em conformidade com a Resolução CNS 510/2016. A pesquisa foi realizada após carta de anuência, concedida pela Secretaria Municipal de Saúde e contato com a instituição que serviu de cenário. Os dados transcritos e armazenados em arquivos digitais que estão sob guarda da pesquisadora, de modo a garantir o sigilo e a privacidade dos participantes.

Foram utilizados como procedimentos para a pesquisa: diários de campo, entrevistas semiestruturadas e grupo narrativo. Nos diários de campo, o registro se

⁶ Estudo aprovado pelo CEP – CAAE: 78043817.7.0000.5196

deu de forma discreta a cada visita ao campo, quando o tema da pesquisa se dava no diálogo com as pessoas. Assim, foram registradas, além das impressões, a descrição do momento e o modo como os sujeitos se posicionavam frente aos pontos discutidos.

As entrevistas foram registradas em áudio e o grupo foi gravado com o recurso audiovisual, para melhor apreensão de cada fala dos(as) participantes. Pinheiro (2013) lembra que a entrevista pode ser utilizada nos mais diferentes contextos e fundamentada em inúmeras outras abordagens teórico metodológicas.

No entanto, a entrevista como prática discursiva busca assimilar o sentido das questões a partir do modo como emergem das falas dos(as) participantes e não apoderar-se dele, afim de enquadrá-lo em categorias. Desse modo, na condução de cada encontro, buscou-se adequar o roteiro ao linguajar dos participantes, bem como esmiuçar os significados de possíveis eventos registrados na observação.

Foi realizado um encontro para o grupo narrativo, com duração aproximada de uma hora e vinte minutos e se configurou, a fim de promover “espaços de elaboração e comunicação de experiência, via narração” (Cabral & Morato, 2013, p. 176), voltados à compreensão da perspectiva dos(as) participantes sobre o tema da religião na atenção à saúde mental.

A escolha desse tipo de grupo encontra-se em consonância com a valorização conferida ao conceito de experiência, aspecto muito importante no processo de pesquisa. O que é um grupo narrativo? Quais suas características principais? Como é conduzido?

Desse modo, como via de acesso aos sentidos construídos pelos interlocutores, através das suas experiências acerca da questão proposta neste estudo, foi utilizado o recurso da narrativa. Ou seja, não se trata de uma mera

lembrança de algo acabado, a narrativa permite reconduzir os fatos experienciados, de forma a reelaborá-los (Benjamim, 1994).

Ao longo da narração dos(as) participantes, tanto nas entrevistas como no grupo, foram feitas pontuações e questionamentos, na direção de potencializar as falas em torno da questão de pesquisa e assim, poder ter uma melhor compreensão acerca dos sentidos dos interlocutores. Ainda assim, as respostas dos(as) profissionais eram pontuais e breves, sempre evasivas. Por isso, foi feita a escolha de entrevistas individuais, ao invés do grupo narrativo, como programado inicialmente.

4.4 Processamento e análise dos dados colhidos

O material proveniente das entrevistas e do grupo narrativo foi transcrito integralmente para análise na forma textual e foram elaborados mapas dialógicos (Spink, 2010), em aspecto de tabelas – com colunas correspondendo aos temas tratados (tanto os solicitados pelos roteiros, quanto os emergentes) e subdivididas em participantes da interação (ver Apêndices A). Trechos das falas referentes a cada tema foram copiados nas colunas correspondentes, respeitando-se a sequência em que foram enunciados e por qual sujeito. Tal recurso permite visualizar sentidos conforme emergem, se alteram ou reiteram ao longo da entrevista bem como quem fala.

De acordo com Nascimento, Tavanti e Pereira (2014), o Mapa Dialógico ou mapa de associações de ideias, como era intitulado, constitui-se uma ferramenta para organização dos discursos, para posterior análise. É através dele que se pode ter melhor visualização de como se entrelaçam “[...] interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, a rupturas, ao processo de produção, a disputas e negociações de sentidos, a relações de saber-poder e a jogos de posicionamento”

(p. 247).

Nas leituras reiteradas, perceberam-se as múltiplas vozes e os repertórios utilizados pelos participantes. Em seguida, os entrecruzamentos entre os fragmentos narrativos, a literatura e as questões que norteiam este estudo sinalizaram resultados “produzidos”. Desse modo, foi possível observar articulações interpretativas, “transformando observações e frases captadas na experiência do campo em conhecimento e de conhecimento em experiência, em circularidade aberta ao tempo que passa” (Passos, Kastrup & Escóssia, p. 70).

Por fim, o material do diário de campo, novamente revisto, serviu de modo a aprofundar as interpretações dos mapas dialógicos. O texto dessa dissertação tem caráter interpretativo, tendo como horizonte a ampliação da compreensão da experiência do cuidado em serviços do tipo CAPS e da dimensão religiosa nas vivências de seus usuários.

5. “Nunca vão abordar esse assunto, porque aqui é só a medicina, coisa avançada”: Os sentidos emergentes do campo

Os diários de campo foram produzidos durante oito meses de imersão no cenário de pesquisa, através de observação participante, e somados aos mapas dialógicos, fruto das entrevistas individuais e do grupo narrativo. Assim, deu-se origem aos eixos temáticos que serão apresentados, em diálogo com a literatura.

Cinco eixos temáticos sintetizam a produção de sentido dos(as) interlocutores(as), acerca do discurso religioso na atenção à Saúde Mental no serviço de que fazem parte, são eles: 1) *Regras* – limites, permissão ou não para falar sobre o tema; 2) *Confusão* – controle, evitação, agressividade, briga; 3) *Preconceito*; 4) *Silenciamento* – não falar e/ou não ser ouvido; e 5) *Dificuldade diagnóstica* - Delírio.

Após leituras reiteradas do material, observou-se que os temas destacados, apesar de aparecerem tanto na fala de profissionais quanto de usuários(as), nem sempre surgiram com os mesmos significados, indicando outros sentidos. Isso diz respeito à *Interanimação Dialógica*, ou seja, o jogo que se dá entre a “palavra neutra, a palavra do outro e a minha palavra” (Spink, 2010, p. 28-29), pois os sujeitos trazem sentidos das inúmeras vozes que os atravessam e os colocam também.

Uma vez que os sentidos são fluídos, a sentença depende do contexto em que foi enunciado e importam os vários elos que fazem parte da cadeia de comunicação, considerando-se não apenas quem falou, mas também quem precede a fala (Spink, 2010).

Nessa perspectiva, a autora ainda aponta que as trocas também constituem o contexto de produção de sentidos. Um(a) dos(as) entrevistados(as) diz que gosta

muito de participar de pesquisas que são realizadas no CAPS, pois a partir daí começa a pensar em questões que até então não se dava conta, ou mesmo aprende a respeito de assuntos que não sabia. Enfatiza que é uma honra envolver-se em estudos dessa natureza por se sentir importante ao colaborar com uma melhor prática dos(as) profissionais.

A pessoa em questão cita inúmeras pesquisas de TCC's e de mestrados, dos quais já participou na condição de usuário(a) do serviço. Essa observação destaca mais uma vez o poder da escuta que os serviços de saúde mental proporcionam aos sujeitos, permitindo-os ser construtores do conhecimento que se dará ao seu respeito.

Torna-se relevante observar que, quando o discurso religioso surge, frequentemente é associado ao delírio pelos(as) profissionais, independente de uma avaliação, negativa ou mesmo positiva. Este foi o primeiro aspecto que ficou evidenciado nas entrevistas, ficando clara a religião e a espiritualidade comumente associadas a essa condição delirante e, dessa forma, quase nunca interpretada no contexto em que se dá.

De acordo com Dalgalarro (2008), o delírio ou ideias delirantes se referem a “juízos patologicamente falsos”, mas marcados por uma certeza. Nessa compreensão, o discurso religioso passaria sempre por este filtro, da patologia, da dúvida a respeito das certezas de cada pessoa que crê.

Há diferenças também no que se refere à perspectiva de profissionais, de acordo com o nível de formação (superior ou médio). Enquanto os primeiros apresentam de modo direto a opinião sobre o assunto, os demais demonstram esperar um posicionamento, ou seja, uma ordem advinda da coordenação indicando se podem ou não expressar-se com os(as) usuários(as) quando é tema religioso,

mesmo que sejam apenas comentários, ou ainda quanto a responder às demandas que surgem no dia a dia.

As conversas com os(as) profissionais de nível médio se dão nos intervalos de momentos de refeição, chegada ou saída dos(as) usuários(as), a sala de espera para os atendimentos, e, nesses espaços, acontece maior abertura para alguns, por poderem falar mais livremente do que importa para eles no cotidiano.

Todos(as) os(as) usuários(as) afirmaram que já buscaram na religião alguma forma de cura ou compreensão acerca do seu sofrimento psíquico, o que os levou a fazer mudanças de religião em algum momento da vida. A expectativa de que certo espaço religioso lhes traga a cura ou alívio é o que impulsiona sair ou permanecer em determinada instituição. A esse respeito segue a fala de um(a) participante:

Há quatro meses, tentei suicídio e depois que eu saí do hospital, como católica praticante, e entendendo os sacramentos da igreja, eu procurei o padre para me confessar e, ao procurar em confissão, o mesmo me negou o perdão. Ele disse que não, pela prática do que eu fiz, de tentar contra a própria vida, não tem o perdão de Deus e da igreja. Eu resolvi me afastar!
(Clarice, católica).

Outro(a) participante diz: “*Já me chamaram para o candomblé, disseram que lá cura essas coisas, mas não fui, porque sei que é mentira, essa doença não tem cura, então fico onde estou mesmo*” (Carolina, evangélica).

Um dado importante a observar diz respeito aos profissionais de nível médio que, ao participarem da pesquisa, se colocaram, quase sempre, em uma postura de dúvida, quanto ao modo de lidar com os(as) usuários(as), frente aos discursos religiosos. Comentaram nem sempre saber até que ponto poderiam ou não falar das suas formas de perceber o discurso religioso dentro do serviço. E ainda foram feitas

comparações em relação às equipes anteriores, referentes aos modos de lidar com o tema, algumas mais rígidas e outras nem tanto, mas sempre apontando posturas contraditórias de acordo com cada coordenação. Uma profissional que trabalha há mais tempo no serviço relata:

[...] Eu me constrangia quando alguém chamava: “vem orar por mim” e eu não podia. Porque assim, eu não sou das que faz oração na cabeça, mas você não poder nem ir lá, chegar perto, né? É tipo assim, na minha religião, isso é negar Deus. Mas eu era obrigada a negar Deus! Hoje elas mesmas da equipe vem me chamar e eu vou lá. Às vezes, elas dizem: fulana tá te chamando, venha conversar com ela. Aí eu vou (Adélia, profissional de nível médio, evangélica).

Destaca-se que posicionamentos como estes indicam que as concepções acerca do cuidado não se dão em equipe, ou seja, há imposições mais ou menos rígidas, que orientam o trabalho de parte da equipe que não tem nível superior. Isso se confirma na fala de um usuário, em sua participação no grupo narrativo: *“Uma pessoa que trabalha aqui me disse: ‘se pegar a gente falando a gente é mandado embora’”* (Raduan, evangélico).

Os profissionais de nível superior, em sua maioria, deixam claro que não fazem intervenções que contenham conteúdo religioso e se justificam pela formação acadêmica. Apenas um dos entrevistados indicou se interessar pelas histórias pessoais dos(as) usuários(as), sobretudo no que se refere à vida religiosa, ao sistema de crenças e às relações de cada sujeito com o sagrado.

Por outro lado, o receio com o tema foi frequente, para que não se “misture” a religião dos(as) usuários(as) com a dos profissionais. No entanto, foi comum a afirmação de que se deixam os usuários à vontade, para quaisquer manifestações

de cunho religioso. Aqui cabe pensar o que vem a ser “deixar à vontade”, pois, na fala dos usuários(as), é possível sim falar, mas nem sempre se sentem ouvidos, e para tanto há uma justificativa: “[...] *eu acho que seria bem mais fácil e acabariam os conflitos, se também os profissionais pudessem ter uma formação que desse condições a eles de entender porque cada um procura um trajeto diferente de crença e fé*” (Clarice, usuária, católica)

Um(a) profissional de nível superior, recém chegado(a) no serviço, faz a seguinte observação em relação a equipe:

[...]E uma outra coisa, é que tem um outro usuário que tem uma religião diferente aqui do serviço e aí eu ainda vejo incompreensão muito grande por parte dos profissionais em relação a ele. É de uma religião de matriz africana, do Candomblé. [...] A equipe traz isso de forma pejorativa, das roupas que ele veste diferente dos outros usuários. Muitas vezes, de caráter negativo, a forma como se comenta sobre, eu percebo o quanto a ligação dessa religião, como por exemplo, o usuário fala de experiência e vivência dele e não são bem vistos (Cecília, não tem religião).

Ou seja, não é que o discurso religioso seja simplesmente deixado à parte, mas ele parece mexer com alguns profissionais, a ponto de gerar desconfortos que vão além da inabilidade para agir e/ou escutar, levando a possível desconforto. No tópico seguinte, os eixos serão debatidos um a um separadamente.

5.1 Eixos temáticos

“Ó meu Pai, dá-me o direito

De dizer coisas sem sentido

De não ter que ser perfeito

Pretérito, sujeito, artigo definido

[...] Deixa-me perder a hora

Pra ter tempo de encontrar a rima

Ver o mundo de dentro pra fora

E a beleza que aflora de baixo pra cima” (Alma Nua - Vander Lee).

5.1.1 Regras: “limites”, permissão ou não para falar sobre o tema

“[...] acho que não devia ter tantas regras pra gente falar sobre o bem”

(Clarice, usuária, católica).

No início das conversas informais em campo, quando o tema da pesquisa foi apresentado, percebeu-se certo estranhamento por parte dos(as) interlocutores(as). De imediato, um(a) dos(as) entrevistados(as) disse: “*No treinamento que eu recebi, no começo, disseram: aqui não se fala em religião!*” (Guimarães, profissional nível médio, evangélico)

Ao ser questionado(a), o mesmo entrevistado disse não saber o motivo e que este era o único assunto que lembra haver restrição. No decorrer da entrevista, quando perguntado(a) sobre sua religião, relatou só sentir-se à vontade para falar a respeito por se tratar de uma pesquisa, mas logo enfatizou que os(as) usuários(as) insistem no assunto, mas que nunca se comenta.

Outro(a) profissional relatou estar trabalhando no serviço há algum tempo e por isso conseguir falar bem sobre os diferentes posicionamentos que as coordenações tiveram a respeito, ao longo dos anos. Afirmou que este se configura como um tema polêmico, relatando como se sentia em momentos cuja regra da instituição contradizia sua opinião: “... eu passava o dia todo angustiada(a). [...] Se alguém chegar para mim querendo saber mais de Deus, que é uma coisa que a gente não deve negar, eu falo, aí já aqui eu ficava com o coração partido” (Adélia, evangélica – profissional de nível médio).

Essa postura dos (as) profissionais encontra-se justificada pelos(as) usuários(as), por reconhecerem neles o receio de comprometerem seus vínculos empregatícios, uma vez que havia orientação para evitar o assunto: *“O que eu sei que, desde a primeira vez que eu vim aqui, me disseram que não podia falar. Assim, aqui nunca teve grupo discutindo sobre espiritualidade e religião, também não sei por quê”* (Ana Cristina, evangélica).

Para um(a) dos(as) profissionais de nível superior, a graduação do profissional de saúde garante uma postura mais neutra. Apoiando-se nas ideias de laicidade, relatou acreditar que isso justifica o fato de evitar que os assuntos relacionados à religiosidade/espiritualidade, principalmente, nos momentos coletivos (grupos, oficinas, festas, passeios, etc.), devam ser evitados, para não gerar constrangimentos e/ou ferir o direito de outros que não comunguem com a mesma perspectiva.

No entanto, percebe-se que tal compreensão se dá de modo limitado, pois, respeitar o estado laico não é negar a condição religiosa das pessoas, uma vez que a laicidade tem relações direta com os direitos humanos e a garantia destes.

Faz-se necessária uma exposição rápida acerca do que vem a ser laicidade. Primeiramente, deve-se ter a compreensão de que não seja um conceito de fácil apreensão, pois, segundo Abumanssur (2016), não é unívoco, ao apresentar-se como polimórfico e polissêmico. Este autor destaca sua construção histórica, a qual se confunde com a emergência do Estado moderno.

Viana (2016) afirma que a laicidade é uma questão ética e política, cujas leis do Estado não baseiam-se em doutrinas ou orientações religiosas, mas em propostas do coletivo, a partir do reconhecimento da diversidade e pela garantia da não discriminação a quaisquer das liberdades garantidas pela Constituição.

Na mesma concepção, outro argumento encontrado em campo ancora a ideia de manter a ordem, a fim de evitar confusão:

Teve confusão com o usuário, e ele acabou se ofendendo por tá falando de religião. Ele disse que no serviço público não pode falar de religião, ele fez uma confusão em relação a isso e por isso a gente tem esse cuidado maior (Rachel, profissional de nível superior, católica).

No entanto, em seguida, o(a) participante disse achar positivo que profissionais de nível médio tenham maior aproximação e falem mais abertamente de religião com os(as) usuários(as):

Quando não é equipe técnica que eu digo que eles não têm muito a barreira de: 'não posso imprimir religião' e eu vejo que isso é benéfico, porque eu vejo que o usuário acaba sim se sentindo acolhido, é a forma como eu vejo (Rachel, profissional de nível superior, católica).

Essa diferença em relação à equipe, sinalizada por alguns profissionais de nível superior, indica uma distinção de postura, revelada e explicada pela parte denominada como “equipe técnica”, ou seja, os (as) profissionais de nível superior.

A esse exemplo, Araújo (2015) faz essa discussão, em relação ao termo “técnico(a)” no CAPS, cujo uso está relacionado a três funções: 1) nomear a identidade profissional dos principais responsáveis em acolher e prestar assistência às pessoas que buscam o serviço; 2) caracteriza o próprio fazer clínico da equipe multiprofissional, em resposta às demandas que lhes vêm ao encontro, relacionado a uma atitude técnica; e 3) Diz respeito à neutralidade, que, segundo alguns profissionais, há a necessidade de manter distanciamento, sobretudo, ao responder à questões sobre religiosidade em nome do profissionalismo.

5.1.2 Confusão – controle, evitação, agressividade, briga

Eu acho que aqui é proibido falar desse negócio de religião, pra não ter briga entre os pacientes. Por isso, não se pode falar aqui. [...] Eu acho muito ruim. Quem já viu não poder falar de uma coisa que pode levar à saúde? Falar de Deus é falar de saúde, a saúde espiritual e também a do corpo (Raduan, evangélico, usuário).

Quando eu vejo falar eu saio logo de perto. É, eu faço isso para não me envolver, para nem saber, para não dizerem: “[fulano/a] tá falando alguma coisa, eu mesmo saio de perto, aí eu saio mesmo” (Guimarães, profissional de nível médio, evangélico).

No senso comum, é corriqueiro escutar a expressão de que não se discute política, religião ou futebol. Inclusive, essa foi uma das frases repetidas pelos(as) usuários(as). Ao colocar a necessidade de evitar certos temas com receio de que haja “confusão”, como proposto em diversas entrevistas, é possível remeter aos fatos que levaram a loucura para longe das cidades. A fim de manter a ordem, expulsaram dos meios sociais o desenvolvimento e/ou a aceitação dos desviantes, como destacado por Foucault (1978), o que levou à segregação daqueles que, porventura, viessem a experienciar tal fenômeno.

Durante muito tempo, A ideia de periculosidade sustentou, irrefletidamente, posturas rígidas, a respeito do tratamento e cuidado em saúde mental, continuando presente no imaginário social. Ao discutir a respeito da humanização em saúde, Dimenstein (2004) alerta para o fato de que, para avançar nesse sentido, é urgente passar da concepção de caridade, onde há a negação de direitos, para a solidariedade, sendo o “louco” considerado sujeito de direitos.

Isso vem a combater o estatuto de periculosidade social, a tutela jurídica e a

internação. Ou seja, trabalha-se em função da construção da autonomia e emancipação dos sujeitos, estes vistos como responsáveis e que devem passar a adquirir cada vez mais capacidade de construir outras possibilidades de vida.

Desse modo, justificar que não se pode tratar de alguns assuntos parece diminuir a potência do CAPS, espaço que se vem construindo ao longo dos últimos 30 anos, como uma nova perspectiva de vida para os sujeitos em intenso sofrimento psíquico, bem como outro modo de pensar e promover saúde. A fala seguinte retrata um pouco do seu receio sobre alguns assuntos, frente a alguns(as) profissionais:

Quem já tá na ativa a muito tempo talvez me ouça tranquilo, mas quem tá chegando com certeza se assusta sim. É que só conversando com a pessoa assim não dá pra transparecer, não dá pra transparecer minha mente, né? [...] É, eu não falo por isso pra que as pessoas não se afastem de mim. Eu tento resolver dentro da minha casa, porque senão vou afastar muita gente (Carolina, usuária, evangélica).

Em estudo sobre as dimensões clínicas do CAPS, Grigolo (2010) discute sobre o poder de transformação que este serviço exerce na vida das pessoas, principalmente pela via da escuta. O CAPS é um lugar de referência, escuta, organização do cotidiano, produção de vínculo e cuidado para os(as) que dele necessitam. No entanto, se trata de um espaço onde há a coexistência do modelo clínico tradicional com as práticas da atenção psicossocial, o que gera tensão entre os trabalhadores, em relação ao que é preconizado e o que se pratica.

Dessa forma, o referido estudo mostrou lacunas, principalmente nas relações cotidianas com as equipes e as ofertas terapêuticas, também nas relações com as famílias e com os(as) usuários(as) sobre a participação nos Caps's. Destarte, aponta ainda a escuta como imperativo ético-clínico e político, para a construção de

outra forma de compreender o sofrimento psíquico e construir serviços de saúde mental que garantam direitos dos(as) cidadãos.

A partir da consideração das práticas em saúde mental nas esferas político-ideológica e teórico-técnica, Costa-Rosa (2012) indica que estas são indissociáveis em sua inter-relação, porém distintas em sua especificidade. Tal paradigma deveria envolver: a definição de seu objeto e meios de atuação, quer dizer, as concepções do processo saúde-doença-cura; a forma como as instituições estão organizadas e como funcionam; propiciar à sociedade outros modos de se relacionar com os(as) usuários(as) dos serviços; projetar intervenções que considerem efeitos práticos dessas dimensões ancoradas na ética que a Reforma Psiquiátrica se propõe, tudo isso a partir dos conceitos: jurídico, ético, teórico-técnicos e ideológicos.

Os CAPS's cada vez mais têm sido referência de lugar onde as pessoas podem ser o que são, ou seja, um espaço social aberto que permite a expressão dos sujeitos. No entanto, ao negligenciar algumas questões, acaba por reforçar preconceitos, podendo vir a afastar as pessoas, limitando suas capacidades. Após elogios ao serviço, um(a) interlocutor(a) diz: “[...] *aqui no CAPS seria bom que a gente pudesse falar disso*” (Carolina, usuária, evangélica). Aos que durante muito tempo foi negado o direito de reivindicar, indagar ou mesmo falar sobre si, se impor ou se colocar numa postura mais questionadora, parece ser difícil, se isto não for incentivado pela equipe.

Isso demonstra que o posicionamento da equipe, em não tratar sobre a temática da religiosidade, pode cercear o direito à fala, à opinião e à construção de conhecimento do(a) usuário(a), que, de acordo com as representações contidas no imaginário social, já é muito excluído. Por isso, a saída encontrada acaba sendo o

silenciamento: “[...] sempre vem debate polêmico. Então, prefiro ficar quieta” (Ana Cristina, usuária, evangélica).

Para além das justificativas apontadas, ancoradas no discurso de que “preciso evitar brigas” no momento em que o assunto surge, outra usuária aponta o modo como essa “proibição” se dava em momentos anteriores:

Na outra equipe a gente foi chamado pra conversar, nessa equipe nova eu ainda não ouvi de chegar pra mim e falar isso da proibição. Mas como a gente já vem de antes mantendo isso, na minha cabeça é pra evitar como ela já falou, evitar atritos (Carolina, usuária, evangélica).

Seria possível aos serviços de saúde mental furtar-se aos possíveis conflitos que as questões do humano em intenso sofrimento psíquico produzem? Diante desse questionamento, Costa-Rosa (2003, p. 29), destaca que:

O lugar da Saúde Mental é um lugar de conflito, confronto e contradição. Talvez esteja aí uma certa característica ontológico-social, pois isso é expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância.

De fato, não apenas questões relativas à religiosidade podem causar estranhamento e dificuldade para serem abordadas, conforme apontado por um(a) profissional recém-chegado(a) ao CAPS e com experiência em outros serviços de saúde. Esse(a) cita que, de certa forma, viu também acontecer posturas desrespeitosas frente aos temas como gênero e sexualidade nas unidades de saúde a que teve acesso. E afirma:

[...] religião e sexualidade, esses são temas de difícil compreensão. Assim se

pensa: ‘a gente deixa de lado isso e trata desse sujeito como eu vejo e não como ele me traz’. Eu vejo que em alguns momentos falar de sexualidade ou sobre gênero são assuntos que são de difícil compreensão para equipe (Cecília, enfermeira, não tem religião).

5.1.3 Preconceito

O que se respeita lá no CAPS são mais católicos e evangélicos mesmo, quanto mais parte para questão de espiritismo, de umbanda aí é que a pessoa é vista como louca lá dentro. Aí é que pensam: esse aí tá louco mesmo, não é dada a opção de ser algo religioso (Clarice, usuária, católica).

As pessoas que vivenciam o intenso sofrimento psíquico têm suas histórias de vida marcadas não só pelo próprio sofrimento em si, no nível individual, pela oscilação refletida na vida cotidiana, mas sobretudo, pelas alterações sociais que suas vidas sofrem, por estarem inseridas num contexto de discriminação e preconceito que construiu a história da loucura.

Desse modo, suas histórias são modificadas também pelo tipo de tratamento em saúde mental, pelo modo que as concepções de cuidado têm passado, visto que ainda coexistem o modo asilar e o modo psicossocial (Barros & Salles, 2013).

Logo, assumir o sofrimento psíquico é assumir o risco de carregar consigo o estigma. Nesse sentido, Goffman (2001) esta postura como uma marca, um atributo social, a partir do qual uma pessoa estigmatizada passa a ser considerada diminuída, “quando seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele [o estigma] também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre identidade social virtual e a identidade social real” (Goffman, 2001, p. 12). Talvez, por isso, nota-se a clara necessidade de usuários(as) indicarem estar vigilantes, para não parecerem “doidos”.

Embora o preconceito com o sujeito tido como louco seja parte da sua vida nos diversos espaços sociais, os espaços de religiosidade surgem como lugar de inclusão, não necessariamente que hajam garantias de que aí não sejam manifestados também preconceitos. Todavia, além de lugar para dar sentido à vida, estes são referenciados como espaços sociais, como apontado por um(a) profissional:

Outra questão também a questão do grupo, quando você procura a religião. Religiões, elas são em grupo. [...] Alguns transtornos como depressão tem essa questão que pode falar a favor da proteção de pessoas não só que acreditam, mas acho que frequentam, inclusive há uma diferença entre as que só frequentam e as que acreditam, as que praticam a religião, de fato, têm uma proteção maior. Talvez seja esse o mecanismo do ser humano que é feito para viver em grupo e isto mostra que diminui a chance da pessoa ter depressão, enfim, transtornos de humor de uma forma geral, transtorno de ansiedade... é praticamente isso (Graciliano, Profissional de nível superior, não tem religião).

Outra influência que a religião pode exercer diz respeito à proteção ao suicídio e isso é reconhecido por um(a) dos(as) profissionais: *“Aí eu pergunto muito da religião, porque têm estudos mostrando que a religião diminui a chance de suicídio e de outros transtornos mentais também, apesar de eu não ter religião, eu acredito nisso, pois é o que vejo”* (Graciliano, Profissional de nível superior, não tem religião).

É perceptível que, por mais que o profissional não imponha sua religião sobre os sujeitos que está cuidando, se evidenciam distinções, de acordo com o tipo de discurso religioso que chega. Os(As) próprios usuários conseguem ter essa

percepção e fazer reflexões, a exemplo do fragmento que se segue:

[...] Se eu falar que fui à umbanda e disser 'isso e isso' de lá, é capaz dela até passar remédio pra mim. Se escutar algumas coisas de rituais é capaz de pensar: pronto, piorou a situação! E passaria mais remédio, porque isso não é natural. Agora, se eu disser que tava na missa e fui comungar e tava rezando ou num culto, orando, aí tudo bem, tanto pra psiquiatria quanto pra psicologia, isso aí é o natural. Mas saindo aí desse meio o preconceito é imenso. [...] Eu já vi algumas risadas disfarçadas dos profissionais. Por exemplo, chegou a pessoa que é do Candomblé, chegou cheia de cordão, com aquela roupa branca e percebi, eu vi os profissionais com uma risada diferente (Clarice, usuária, católica).

No entanto, percebe-se que esta não se configura como uma prática relativa a todos os profissionais da equipe e que tem muita relação com a visão de clínica que cada profissional tem:

[...] Chega muito discurso religioso, inclusive é uma área da entrevista que eu gosto muito de perguntar, eu preservo isso sempre. Pergunto a religião do paciente, é das primeiras coisas que pergunto quando chegam... E os pacientes trazem demais, mesmo antes de perguntar eles trazem (Profissional de nível superior, médico).

Esta demonstra ser uma postura sensível e atenta em favor da escuta, quando o profissional consegue perceber para além do sintoma e demonstra interesse na história do sujeito, muito mais que na doença. É uma visão interessante, principalmente, por se tratar do médico, uma vez que, apesar de ser uma profissão muito mais rígida, este profissional se destacou por mostrar uma atenção para além da doença.

Como indicado por Basaglia (2005), colocar a doença entre parênteses e evidenciar o sujeito que sofre e fazer aparecer sua história é possibilitar que se ressignifiquem as marcas de sofrimento e consiga criar outros modos de viver, a partir dos recursos sociais dos quais dispõe.

No que se refere às religiões de matriz africana no CAPS, há indícios de serem as mais atingidas. Um(a) interlocutor(a), usuário(a), destaca que percebe o preconceito não só dos demais usuários(as), mas também por parte da equipe:

Mas é que às vezes eu chego com roupa diferente, com pano na cabeça e fica todo mundo perguntando que pano é esse? Por que é que você tá vestida igual macumbeiro? E eu digo: Ah, gente, me deixa, não é macumbeiro, é espírita (Cora, usuária, candomblecista)!

Em um contexto cujo discurso religioso é frequente, apesar de invisibilizado, na maior parte das vezes, aqueles que se definem como ateus também acabam sendo classificados de algum modo. Algumas ideias que existem a respeito dessas pessoas encontram-se nos seguintes fragmentos:

[...] Então, alguns deles têm esses discursos, porque inclusive ele, o que falou, é ateu, já é outro caso de ateu. Por isso, a gente tem muito cuidado com isso que alguns deles não querem que a gente fale de religião (Rachel, profissional de nível superior, católica).

Há a possibilidade de mais uma vez haver exclusão, conforme aponta a profissional:

Mas o ateu, o único que se declarou pra mim, ele disse que não discute por medo, medo da repercussão, de como os colegas aqui dentro vão ver ele. Medo de ser excluído, de ficar deslocado, do que o pessoal vai falar com ele mesmo nesse sentido, ele já disse para mim que prefere se abster de

discussões, por isso não discute (Ana Maria, profissional de nível superior, espírita).

Ou ainda, na discordância ser tamanha que não se conversa sobre: *“Os ateus vêm falando aquele monte de absurdo”* (Adélia, profissional de nível médio, evangélica).

Sabe-se que o fenômeno religioso sempre foi tema de interesse de diversas áreas, não se diferindo com relação aos profissionais das ciências da saúde. Todavia, observa-se que passou a ser marginalizado ou mesmo visto com certa suspeita por estes, principalmente pela medicina e pela psicologia.

A partir do radicalismo do Iluminismo, a fé passa a ser vista como algo alienante, ultrapassada e reacionária. Com cerca de 92% da população pertencente a alguma religião, segundo o IBGE (2012), o tema da religiosidade vai se configurando gradualmente como importante eixo de estudo no campo da saúde, havendo a necessidade de os profissionais reconhecerem o seu impacto na vida e no bem-estar das pessoas e conhecerem qual o lugar que essa ocupa (Freitas & Piasson, 2015).

5.1.4 Silenciamento: não falar e/ou não ser ouvido

O que eu vejo é que eles (profissionais) não acreditam na gente, e isso é desesperador. Porque se a gente vai para um lugar buscar apoio com profissionais que não acreditam na gente, quem vai acreditar? A gente vai lá para ser cuidado, para ser tratado e eles não acreditam. Quem vai acreditar (Clarcie, usuária, católica)?

Não atrapalham a mim, porque eu estou sempre ligada naquilo que eu vim para trabalhar com eles. Então, questão de falar não atrapalha, porque eu tenho minha atenção do que eu estou fazendo e dou um ouvidozinho, mas

depois eu sigo meu serviço (profissional⁷).

O CAPS é um espaço de acolhimento, no entanto, certas falas destacaram que as pessoas apresentam receio e selecionam os assuntos que irão partilhar com os demais usuários(as) ou mesmo com profissionais do serviço:

Não! Não, não, não, não! Eu não converso com medo de assustar as pessoas, porque você fala o que tá sentindo, o que você vê, e tem coisas que não dá, se disser, a pessoa vai sair correndo, vai pensar: “É louca, não vou ficar perto” (Carolina, usuária, evangélica).

O vínculo estabelecido com os profissionais de referência do serviço são instrumentos potentes de cuidado, mas, como já citado, a troca permanente de profissionais e os vínculos precários desfazem o caminho de confiança que vai sendo estabelecido no contínuo projeto de cuidado: *“Quem tá começando com certeza. [...] Mas se for conversando e eu for contando aos poucos, vão pensando: ‘Ah, essa aí é doida, não quero perto de mim, quero bem longe, porque ela é doida’”* (Carolina, usuária, evangélica).

A cada mudança de profissionais, os(as) usuários(as) se veem na difícil tarefa de recompor o que vinha sendo estabelecido e também se percebem fragilizados, até que contratos subjetivos de cuidado se deem. A formação profissional é apontada como fator importante tanto no grupo com usuários(as), como em conversas com profissionais: *“Mas, infelizmente, a gente sabe que os profissionais daqui têm um despreparo imenso. Muitas vezes, esses profissionais estão mais perdidos que a gente, principalmente na questão espiritual, sabe* (Clarice, usuária, católica)?

Ao ser questionado sobre o acolhimento no serviço, os(as) interlocutores(as)

⁷ Foi ocultada qualquer possibilidade de identificação, para não haver identificação e/contstrangimento do(a) participante.

dizem: *“Em relação à religião não, sinto não”* (Ana Cristina, usuária, evangélica), *“[...] Eu sinto falta disso, eu sinto falta de se importarem, de escutarem”* (Clarice, usuária, evangélica).

Semelhante resultado foi encontrado no estudo de Henriques (2012), no qual a mesma relata que, no cotidiano do CAPS estudado, temas referentes à sexualidade, violência, religião, política, dentre outros, são geralmente velados, negados e excluídos, dando lugar a discussões sobre internação, crises psíquicas, medicamentos, etc. Assim, experiências que fazem parte do cotidiano dos sujeitos, seus itinerários terapêuticos e experiências religiosas, bem como seus significados, acabam por ficarem de fora.

Sobre não falar das suas questões, uma usuária demonstra o quanto se perde, por não criar espaços mais abertos de valorização das experiências:

Eu sou evangélica, aliás, tem dias que sou, tem dias que não sou (risos), tem dias que eu creio que Deus existe, outros dias eu não creio... Aliás, eu vivo assim, oscilando o tempo todo, é difícil, é ruim porque o pessoal cobra.

Dizem: “Oxe, você está vestida short, não era crente”? Outro dia já estou de saia... Há um conflito dentro de mim muito grande, porque eu não consigo me estabilizar. É difícil pra mim, porque a sociedade cobra muito, até a família, porque tem dias que você tá indo pra igreja, tem dias que você não quer nada. Não é criticando a igreja, mas assim, tem dias que me sinto melhor em uma e outros em outra, mas sempre respeitando (Carolina, usuária, evangélica).

5.1.5 Dificuldade diagnóstica – o delírio

[...] Você tem que entender até onde vai cultura e até onde aquilo ali é patológico, porque tem pacientes que acaba lhe deixando um pouco em cima

do muro, ou seja, até onde foge à cultura dele (Graciliano, Profissional de nível superior).

Muitos que estão aqui não é problema da cabeça, é problema espiritual, consigo ver sim. Meu pai mesmo foi internado no Sanatório, mas depois que ele foi para um terreiro, que raspou a cabeça tudo melhorou (Cora, usuária, candomblecista).

Como a ciência médica construiu a noção do diagnóstico como forma de classificação, muitas vezes, os(as) profissionais têm dificuldade de encaixar as histórias complexas nas classificações disponíveis. No entanto, eles precisam legitimar sua posição e, para tanto, apressam-se em fechar um diagnóstico sem muitos critérios. Já os(as) usuários(as) trabalham com classificação binária mais simples, ou se trata de problema médico ou espiritual.

[...] esse menino que eu te falei, não sei se o nome dele... A mãe dele traz ele aqui e eu tenho certeza que aquele não tem problema de saúde, tem problema espiritual. Quando eu venho para cá, ele vem logo atrás de mim, vem me perguntar de coisas que ele já passou, de Oxossi, das entidades e eu sinto que ele quer conversar... (Cora, usuária, candomblecista).

Rosa e Vilhena (2012) levantam a importante necessidade de interrogar o caráter circunstancial, convencional e político dos critérios diagnósticos em saúde mental e suas consequências no campo da clínica. Desse modo, alertam para as questões contidas nos manuais que acabam por desconsiderar a linguagem, o contexto e o modo como se apresentam os sofrimentos dos sujeitos, a partir de uma outra postura de caráter político e situacional das insígnias diagnósticas, reconhecendo o caráter processual e dialético.

O diagnóstico psiquiátrico acarreta efeitos importantes no curso da vida dos

sujeitos, podendo ocasionar a perda do trabalho, a tutela e aumento da dependência familiar, bem como mudanças nas relações sociais apoiadas pelos saberes médico e jurídico. (Severo & Dimenstein, 2009)

Muitas vezes, os diagnósticos estabelecidos nos serviços de Saúde Mental estão em dissonância com a visão preconizada pelo SUS, na perspectiva da integralidade, de se levar em consideração todas as esferas em que o sujeito transita. Assim, de acordo com a Portaria 1.820/ 2009, sobre os direitos e deveres dos(as) usuários(as) da saúde:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência [...].

Nas igrejas que compreendem a loucura como possessão demoníaca, a exemplo das pentecostais, rituais de exorcismo mobilizam tensões entre os campos da saúde mental e da religião. Assim, o “demônio”, “diabo”, “inimigo”, representante de todos os males pessoais e sociais, mostra-se através do louco, do drogado e de algumas categorias de excluídos (Silveira & Nunes, 2015).

O modo de se libertar desses males e encontrar a cura seria através da “expulsão do mal” (Andrade, 2002; Rabelo, 1993; Antoniazzi et al., 1994). Uma interlocutora expressa isso, em sua colocação a respeito das suas vivências religiosas: *“Perante a religião que eu frequentava, que era Assembleia de Deus, eles diziam que depressão era coisa do Satanás, eu me afastei da igreja mais por causa disso”* (Ana Cristina, usuária, evangélica).

Como já citado, os espaços ou as instituições religiosas são vistas pelos(as)

usuários(as) como espaço de acolhimento e parceiras no cuidado, no entanto, percebe-se que essas são ainda desconsideradas pelas equipes como pertencentes à rota de cuidado, assim como as unidades básicas de saúde ou os serviços da assistência social (Silveira, 2008).

5.2 A escuta e acolhimento dos temas religiosos

Quando eu cheguei no CAPS, aqui eu vi que não era coisa do Satanás, escutava vozes que “tavam” no delírio. E quando eu escutava, eu perguntava à minha sogra: a senhora tá escutando isso? E ela dizia: não pode ouvir não, é coisa do demônio, e eu descobri que não era. Foi a época que eu comecei a fazer o tratamento e querer aceitar (Ana Cristina, usuária, evangélica).

Henriques et al. (2016) destacam o desafio constante dos profissionais de saúde, de lidar com os vários saberes no cotidiano dos serviços substitutivos de Saúde Mental. Destacam que o entrecruzamento desses saberes perpassam as práticas dos serviços, no entanto, não devem restringir a possibilidade de diálogo entre esses sujeitos e outras produções de sentido.

Reconhecer as nuances de apropriação da religiosidade no contexto da saúde mental configura-se como mais um dos muitos desafios aos profissionais, pois exige que estes considerem e incorporem o discurso religioso enquanto uma outra lógica de compreensão do sofrimento psíquico, diferente da lógica acadêmica, na qual as ações terapêuticas em saúde mental baseiam-se (Baltazar & Silva, 2014).

Sendo assim, a chave para o acolhimento mais sério e respeitoso da condição humana se encontra no cuidado singular, no caso a caso, no um a um, valorizando-se aspectos que são centrais na história de cada sujeito e do seu grupo familiar, na sua cultura.

Considerações Finais

O seu olhar lá fora

O seu olhar no céu

O seu olhar demora

O seu olhar no meu

O seu olhar

Seu olhar melhora

Melhora o meu... (O seu olhar – Arnaldo Antunes).

A partir das Práticas Discursivas, este trabalho buscou compreender como profissionais e usuários(as) de um CAPS II do sertão pernambucano concebem os discursos religiosos de usuários(as) no serviço de Saúde Mental. Parte-se da concepção de que práticas que se norteiem pelos princípios dos Direitos Humanos são potencializadoras de vida. Desse modo, tomando a escuta como um instrumento essencial, neste estudo foram considerados os pontos de vista dos(as) atores/atrizes (usuários/as e profissionais) que fazem o CAPS acontecer em seu cotidiano.

Destaca-se que, pelo próprio método utilizado, não havia interesse e/ou necessidade de testar hipóteses. No entanto, espera-se que os resultados produzidos e as discussões que suscitaram propiciem a utilização prática no campo da Saúde Mental, para que os(as) profissionais articulem suas intervenções no dia a dia, sobretudo, no que se refere à elaboração dos PTS's, projetos de cuidado que possam considerar o que de fato faz sentido para os sujeitos.

Verificou-se que coexistem no cotidiano do serviço as duas lógicas de cuidado, ou seja, apesar de serem encontradas práticas pautadas na proposta antimanicomial por um lado, outras práticas indicam que, algumas vezes, os(as) profissionais colocam os sujeitos em condição de tutela, o que, apesar de aparecer

de modo sutil, dá indícios de uma perspectiva manicomial. Isso se evidencia, principalmente, quando não levam em consideração a voz dos(as) usuários, reeditando comportamentos de silenciamento nos atos cotidianos e deixando de fora dimensões significativas da vida dos sujeitos. Uma dessas dimensões é a da religião e espiritualidade.

A forma como o discurso religioso é acolhido se configura de modo contraditório, por trazer consigo o sentido de autorização – há “permissão” ou não para tais discursos no serviço. Ou seja, parte-se de uma concepção disciplinadora, que guarda resquícios dos manicômios, ainda que de forma velada. Além de disciplinadora, é uma concepção própria do campo do saber médico, que necessita subdividir e classificar e na qual o religioso não se encaixa.

Foram identificadas dimensões que, muitas vezes, são colocadas como oposição ao que é preconizado no CAPS. As dimensões religiosa e espiritual podem ser facilmente interpretadas como algo prejudicial. Por outro lado, elas poderiam ser pensadas como algo que faz parte da vida dos sujeitos e ganhariam outra possibilidade de leitura, bem como de diálogo.

Assim, talvez, muitos(as) usuários(as) não precisassem deixar de frequentar as oficinas terapêuticas, ou mesmo se posicionassem mais nesses espaços, ou ainda não deixassem de fazer o uso adequado dos medicamentos por acharem que estão fazendo algo que “não combina”: tratamento de saúde e religião. O contrário também foi percebido, quando se distanciam da sua comunidade religiosa, impelidos pelas intervenções de algum profissional do serviço, mesmo que não seja uma postura de toda a equipe.

Ainda nessa mesma compreensão, chama a atenção a grande diferença que se dá entre os(as) profissionais, quando são distinguidos por serem ou não de nível

superior. A parcela da equipe com o título define as posturas dos demais, inclusive são limitados os espaços de discussão para os de nível médio. Dessa forma, os intervalos de momentos de refeição, chegada ou saída dos(as) usuários(as), a sala de espera para os atendimentos parecem se configurar como privilegiados espaços de abertura para alguns, por poderem falar mais livremente, do que importa para eles no dia a dia com aqueles profissionais, os de nível médio.

A formação profissional é, sem dúvida, um dos pilares norteadores para práticas mais sérias e comprometidas. Trabalhos futuros podem avançar nesta questão, embora já existam muitos estudos tratando da formação. Frente aos discursos apresentados pelos(as) usuários(as), o que se espera de profissionais de saúde é um posicionamento respeitoso, que, para além da escuta, ofereça direcionamentos possíveis, estabelecidos a partir do vínculo terapêutico.

Cabe destacar que, somente agora, com a ideia das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), a dimensão religiosa e espiritual começa a ser discutida nos cursos de formação profissional, mas ainda com muita resistência.

Nessa direção, aspectos importantes da vida dos sujeitos não podem ser diminuídos em sua importância, a exemplo do discurso religioso, tema central nesta pesquisa. Importante destacar que uma reflexão é necessária aos(às) profissionais, para um funcionamento mais efetivo das equipes, o que diz respeito ao questionamento da visão de saúde que se tem. A partir de reflexões deste teor, seria possível ter direcionamentos mais claros, pautados num compromisso ético que se exige a cada tensão que o campo apresenta.

Alguns conceitos teóricos precisam ser retomados paralelos às discussões e elaborações de casos clínicos, a exemplo de: laicidade, clínica, cuidado e o próprio “PTS” e, assim, serem colocados em cheque e se estabelecerem processos

formativos, caminho pelo qual se constrói o saber-fazer da equipe, em relação ao que se propõe como serviço substitutivo.

A construção do caso clínico é, e deve ser, norteadora para a concepção de cuidado e identificação das inúmeras possibilidades existentes ou mesmo daquelas que precisam ser inventadas e reinventadas para cada sujeito. Assim como, contribuirá para as definições de hipóteses diagnósticas, ou seja, evitar que enquadramentos sejam realizados de modo grosseiro, rápido e até mesmo violento.

Mesmo sendo um assunto que causa certo desconforto, a religiosidade e a espiritualidade chegam de modo intenso, todos os dias, igualmente como as questões ligadas à sexualidade e gênero. Estas vêm como aporte explicativo do próprio sofrimento e envolvidos em histórias individuais, mas com marcas sociais profundas.

Portanto, o CAPS, lugar de acolhida, precisa estar atento para estas dimensões e de modo a não impulsionar a ideia de que não se discute assuntos que possam gerar tensão. O intenso sofrimento psíquico em si já brota de muitas tensões, não havendo como escapar delas, por simplesmente ignorá-las ou mesmo negá-las.

A forma como a loucura foi concebida e os impactos para as pessoas que a vivenciam se presentificam no cotidiano, nas manifestações na vida das pessoas que chegam no CAPS. Os(as) profissionais precisam reconhecer em si que há limitações que são próprias, individuais, mas também aquelas partilhadas, carregadas de preconceitos e estereótipos. Entretanto, é necessário não se furtar a se questionar, buscar formação, trabalhar as questões da própria equipe, em cada situação que se dá.

Dessa forma, a visão da religiosidade e espiritualidade, no cuidado em saúde

mental, precisa estar para além de avaliação valorativa, positiva ou negativa, fazendo-se necessário investigá-la junto aos sujeitos que insistentemente a trazem ao serviço, enquanto dimensões que envolvem a vida e saúde das pessoas. Afinal de contas, não é disso que deveria se tratar em um CAPS? De fazer existir vida para além da loucura, de fazer existir o sujeito, para além de doença e cuidado e além de tratamento medicamentoso ou simplesmente prescrito?

Várias indagações permanecem, mas, sem dúvida, uma delas se destaca com especial atenção. Refere-se à formação permanente dos(as) profissionais que entram no serviço. A rotatividade e o número reduzido de profissionais, os contratos precários, as trocas de equipe a cada mudança política parecem inevitável e não se trata apenas de uma realidade local. Desse modo, observa-se que essas questões são importantes, sobretudo, por muitas vezes, limitar a capacidade de trabalho da equipe que se mostra empenhada em proporcionar um cuidado qualidade, mas, atravessada pelas inúmeras demandas vêem sua capacidade diminuída.

Criar meios e parâmetros clínicos para se organizar a Rede de Atenção Psicossocial do município parece, então, ser um aspecto interessante, para que a população atendida não fique à mercê de posições pessoais de cada profissional que atua no serviço. Torna-se imperativo, cada vez mais, o diálogo entre as diversas esferas que compõe a vida dos sujeitos. As muitas vozes que chegam aos(as) usuários(as) precisam se afinar e articular o discurso, no que diz respeito a qual tipo de atenção à saúde mental que se quer ter, não correndo o risco de, simplesmente, repetir padrões excludentes de modo involuntário.

Destaca-se ainda, como algo incontestável, a postura ética e esforço de cada profissional que compõe a equipe CAPS, em fazer com que a atenção à saúde mental ocorra. O esforço deve seguir na orientação de que o CAPS não seja o único

lugar que acolhe aqueles que passam pelo intenso sofrimento psíquico, ou ainda se configurar como “lugar de doido” na sociedade.

Antes, pelas suas portas abertas à comunidade, deveria ser um lugar de aporte social, de passagem, enquanto o sofrimento psíquico se dá de modo intenso, de modo que, após o período de cuidado, as pessoas consigam seguir contratualizando e criando, com os outros atores/atrizes sociais, meios de existir.

Quando o CAPS faz isso, ele cumpre sua função clínica, função esta que precisa estar para além da remissão de sintomas. Para algumas pessoas, o CAPS e os espaços religiosos parecem ser os únicos lugares em que seu discurso poderia ser legitimado, permitindo-lhes construir uma identidade. Quando esses serviços aparentam oposição total a tais questões, a possibilidade de articulação e construção de sentido sobre a vida, sobre o próprio sofrimento e sobre as questões cotidianas, se tornam inviáveis.

Destarte, pensar em como lidar com diversos saberes que os(as) profissionais apresentam, bem como as vivências dos(as) usuários(as) que chegam sem fechar as possibilidades na dualidade – patológica ou normal, religiosa ou psíquica – se coloca como um desafio constante. É um desafio também para que a interpretação dada não aumente o sofrimento dos sujeitos, por se pautar num paradigma individualizante e culpabilizante, produtor de maior sofrimento, silenciamento e isolamento.

Cabe considerar, sobretudo, que os(as) usuários(as) têm suas explicações para suas questões, constituídas ao longo da vida e em cada cultura. Curiosamente, o CAPS quase nunca é o primeiro lugar procurado pela família, quando uma pessoa entra em intenso sofrimento psíquico. Os espaços religiosos vêm antes no imaginário das famílias, o que marca trajetórias terapêuticas que consideram o

discurso religioso como modelo explicativo, terapêutico e também curativo.

Quando a religiosidade e a espiritualidade passam a ser vistas como processos alientantes e adoecedores, distintas do cuidado em saúde mental, fecham-se as possibilidades de outras interpretações ou mesmo possibilidades de reposicionamento diante dos infortúnios.

Acredita-se que estudos como este colaborem com os princípios da Reforma Psiquiátrica, principalmente em suas dimensões sociocultural e técnico-assistencial, as quais, sem dúvidas, refletem nas demais, propiciando uma visão mais ampla do que vem a ser Saúde Mental e cuidado. Ficou claro na busca para revisão bibliográfica que este tema, em particular, ainda precisa ser mais estudado na relação com a Saúde Mental.

Referências

- Abumanssur, E. S. (2016). Religião e democracia, questões à laicidade do Estado. In: *Conselho Regional de Psicologia de São Paulo*. Laicidade, Religião, Direitos Humanos e Políticas Públicas, (1). São Paulo: CRP - SP.
- Alminhana, L. O., & Menezes Jr, A. (2016). Experiências Religiosas/Espirituais: dissociação saudável ou patológica?. *HORIZONTE-Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, 14(41), 122-143.
- Amarante, P. (1995). *Loucos Pela Vida*. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2013). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P., & Costa, A. M. (2012). *Diversidade cultural e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders: DSM 5*. Washington D.C. & London: American Psychiatric Publishing, 947.
- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, L. S. (2015). *Religiosidade e saúde mental em um CAPS de Belém do Pará: cenas de um enredo cultural* (Tese de Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Retirado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15452>
- Araújo, M. M. (2007). A salvação é aqui e agora: o papel da cura entre os neopentecostais da Igreja Universal do Reino de Deus. *Univ. FACE*, 4(1/2), 151-174.
- Aurélio. Dicionário de Português (*On line*), Retirado de <https://dicionariodoaurelio.com/cura>

- BASAGLIA, F. (2005). As instituições da violência. In: Amarante, P. (org.). Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, p. 91-149.
- Baltazar e Silva. (2014). O que a Saúde Mental tem a ver com religiosidade? Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.75-97, 2014. Retirado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2281/3938>
- Benjamin, W. (1994). O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: Benjamin, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 197-221.
- Berni, L. E. V. (2016). Questão da Espiritualidade em Políticas Públicas de Saúde: Um Problema de interpretação para o Estado Laico. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Laicidade, religião, direitos humanos e políticas públicas: Psicologia, Laicidade E Políticas Públicas*. São Paulo: CRP – SP.
- Brasil (2010). *Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1992). *Portaria nº 224/MS*, de 29 de janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Portaria nº 1.820*, de 13 de Agosto de 2009. Retirado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820>

_13_08_2009.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088/GM*, de 30 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/qm/111276-3088.html>

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Saúde Mental*. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, 34.

Brasil. Presidência da República. (2001). *Lei nº 10.216*, de 06 de abril de 2001.

Brasília: Presidência. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

CABRAL, B. E C; MORATO, H. T. P. (2013) A questão de pesquisa como bússola: notas sobre o processo de produção de conhecimento em uma perspectiva fenomenológica existencial. In: BARRETO, C.L.B.T; MORATO, H.T.P.; CALDAS, M.T. (org) *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica*. Curitiba: Juruá, , p. 159-181.

Canguilhem, G. (2005). *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Canguilhem, G. (2009). *O Normal e o Patológico*.

Carneiro, N. G. O. (2008). Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 208-220, junho.

Cerqueira-Santos, E., Koller, S. H., & Pereira, M. T. L. N. (2004). Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(3), 82-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300011>.

CFP – Conselho Federal de Psicologia (2013). GT Nacional – Psicologia, Religião e Espiritualidade Retirado de <https://site.cfp.org.br/wp->

content/uploads/2014/02/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-para-a-quest%C3%A3o-da-Psicologia-Religi%C3%A3o-e-Espiritualidade.pdf

Comissão de Direitos Humanos da USP. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946*. São Paulo: USP. Retirado de <http://www.direitos-humanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

Costa-Rosa, A. O. (2012). Modo Psicossocial: um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: Amarante, P. D. C. (org.). *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Costa-Rosa, A., Luzio C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante, P. (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 13-43.

Corrêa, C. V. Batista, J. S Holanda, A. F. (2016). Coping religioso/espiritual em processos de saúde e doença: revisão da produção em periódicos brasileiros (2000-2013). *PsicoFAE*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-78

Definições de saúde. (2008). Retirado de <http://redehumanizasus.net/3589-definicoes-de-saude/>

Dimenstein, M. (2004). A Reorientação da Atenção em Saúde Mental: Sobre a Qualidade e Humanização da Assistência. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (4), 112-117. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n4/v24n4a13>

Farris, R., & Rosa, R. S. (2011). Religião salugênica e religião patogênica: uma aproximação à luz da psicologia. *Revista Pistis & Praxis, Teologia e Pastoral*,

3(2), 361-382.

Ferigato, S. H., & Carvalho, S. R. (2011). Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 15(38), 663-75. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop3411.pdf>

Ferreira, I., & Cadoná, E. (2017). Construcionismo Social e a Lógica de cuidado na Contemporaneidade. *Revista Psicologia em Foco*, 9(13), 55-78. Retirado de <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/2942/0>

Freitas, M. H. (2014) Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor.*, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 89-105, jan./abr.

Foucault, M. (1978). *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva.

Foucault, M. (1996). *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola.

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163. Retirado de <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034>

Freitas, M. H. (2014). Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Revista Pistis Praxis*, 6(1), 89-105.

Gergen, K. J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 6(1), 299-325.

Glass, G. V. (2013) Um estudo sobre sofrimento psíquico e religiosidade através das narrativas de usuários de caps (Pelotas, RS). Retirado de <https://wp.ufpel.edu.br/ppgs/files/2014/09/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Garivaiga-Glass.pdf>.

Goffman, E. (2001). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.

- Henriques, H. I. B., Oliveira Filho, P., & Figueirêdo, A. A. F. (2015). Discursos de usuários de caps sobre práticas terapêuticas e Religiosas. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 302-311.
- Kinoshita, R. T. (2014). Projeto terapêutico Singular. In: Büchele, F. & Dimenstein, M. D. B. *Álcool e outras drogas: Da coerção à coesão: Recursos e estratégias do cuidado*. Florianópolis: UFSC. Retirado de <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/M%C3%B3dulo-6.pdf>
- Larrosa, J. (2015). *Tremores: escritos sobre experiência*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Lima, E. M. A., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na Atenção Psicossocial. *Saúde debate [online]*, 38(102), pp.593-606, 0103-1104. doi:10.5935/0103-1104.20140055.
- LEVI-STRAUSS, C. 1975a. O feiticeiro e sua magia. in: _____ *Antropologia Estrutural*, p. 198-213, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro
- _____ 1975b. A eficácia simbólica. in: _____ *Antropologia Estrutural*, p. 215-236, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro
- Lopes, M. (2015). Saúde e salvação: Questões de fundo e três cosmovisões religiosas acerca da cura. *Sæculum—Revista de História*, (31), 29.
- Lopes, M., & Alves, R. M. (2016). A cura nas religiões: uma visão histórica panorâmica. *Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB*, 11(2), 296-316.
- Luz, K. D. M. (2014) *Freud a favor da religião, Como assim? 1. Ed.* Curitiba: Ed Prismas.
- Melo, M. L & Oliveira, S. S. (2013). Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saude soc.[online]*. vol.22, n.4, pp.1024-1035.
- Moreira, M. I. B. (2008). *Loucura & Cidade: Potencializando novos territórios*

- existenciais. Experiências em residências terapêuticas. Vitória: Gm.
- Mota, C. S., & Trad, L. A. B. (2011). A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. *Saúde e Sociedade*, 20, 325-337.
- Murakami, R., Campos, C.J.G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, v. 65, n. 2, p. 361-367.
- Nascimento, V. L. V., Tavanti, R.M., & Pereira, C. C. Q. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: Spink, MJ, Brigagão, J., Nascimento, V. & Prioli, M. *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Nobre, E., & Rasesa, E. (2017, Novembro). O projeto construcionista social na obra de Kenneth Gergen: Da crítica à construção de alternativas para o fazer científico. In: *XIX Encontro Nacional Abrapso*. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. Retirado de http://www.encontro2017.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=422
- Oro, A. P. (Novembro de 1997). Neopentecostais e afro-brasileiros: Quem vencerá esta guerra? *Debates do NER*, Porto Alegre, ano 1, n. 1, p. 10-36. Retirado de: <https://seer.ufrgs.br/debatesdoner/article/view/2686>
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (orgs.). (2009). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Pereira & Klüppel (2014). A Cura pela fé: Um diálogo entre Ciência e Religião. *Goiânia*, v. 12, n. 1, p. 93-104, jan./jun.

- Pinheiro, O. (2013). Entrevista: uma prática discursiva. In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 183-214.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. D. (2007). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In Pinheiro, R., Barros, E. B., & Mattos, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrapso, 208.
- Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia para a questão da Psicologia, Religião e Espiritualidade. (2013). Retirado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/06/Texto-aprovado-na-APAF-maio-de-2013-Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-para-a-quest%C3%A3o-da-Psicologia-Religi%C3%A3o-e-Espiritualidade-8-2.pdf>
- Providello, G. G. D., & Yasui, S. (2013). A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 20(4), 1515-1529.
- Rabelo, M. C. (1993). Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Caderno Saúde Pública*, 9(3), 316-325.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia* [online], 15(30), p.21-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100005>
- Rosa, J. G. (2015). Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 21 ed.
- Salimena, A. M. D. O., Ferrugini, R. R. B., Melo, M. C. S. C. D., & Amorim, T. V. (2016). Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.51934>

- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 37, 324-335.
- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C. & Garcia Filho, C. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 4685-4694.
- Sanches-Justo, J., Ferreira, S. L., Vasconcelos, S. L. M. S., & Justo, J. S. (2010). O construcionismo social na pesquisa em Psicologia. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 24-36. Retirado de <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/424/402>
- Severo, A. K. S., Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), Janeiro-Abril/2009, 59-67
- Silveira, L., & de Oliveira Nunes, M. (2013). Para além e aquém de anjos, loucos ou demônios: CAPS e Pentecostalismo em análise. *Revista Polis e Psique*, 3(1), 119.
- Souza, L. V., & Santo, M. A. (2010). A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 285-294. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a07v15n2>
- Souza, R. C., & Caldas, N. M. (2009). Os sentidos da relação entre saúde mental e religiosidade para profissionais de saúde da família em Ilhéus–Bahia. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(3), 460-468.
- SPINK, M. J. (2004). *Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Spink, M. J. (2010). A produção de sentidos na perspectiva da linguagem em ação.

In: Spink, M. J. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [online]*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 26-37. doi: <https://doi.org/10.7476/9788579820465>

Spink, M. J., & Frezza, R. M. (2013). Práticas discursivas e a produção de sentido: a

perspectiva da psicologia social. In: Spink, M. J. (Org). *Práticas discursivas e a produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*.

Rio de Janeiro: Cortez.

Spink, M. J., & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: uma

abordagem teórico-metodológica para a análise das práticas discursivas. In:

Spink, M. J. (Org). *Práticas discursivas e a produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro: Cortez, 2, 41-61.

Teixeira, F. (2009). Faces do catolicismo brasileiro contemporâneo. In: Teixeira F. &

Menezes, R. (Orgs.). *Catolicismo plural: dinâmicas contemporâneas*.

Petrópolis-RJ: Vozes, 17-30.

Valderrutén, M. C. C. (2008). Entre “teoterapias” y “laicoterapias”. Comunidades

terapêuticas em Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicologia &*

Sociedade, 20(1), 80-90.

Vasconcelos, E. M. (2009). Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad*

Cedes, 29(79), 323-34.

Viana, J. H. L. (2016). Religiosidade, espiritualidade e laicidade em a insustentável

leveza do ser... Psicólogo(a). In: Conselho Regional de Psicologia de São

Paulo. *Laicidade, religião, direitos humanos e políticas públicas: Psicologia,*

Laicidade E Políticas Públicas. São Paulo: CRP – SP.

Viegas, S. M. F., & Penna, C. M. M. (2013). A construção da integralidade no

trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(1), 133-141. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019

Zangari, W., & Machado, F. R. (2016). Os 10 mandamentos da exclusão metodológica do transcendente: direitos humanos nas relações entre psicologia, laicidade e religião. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Laicidade, religião, direitos humanos e políticas públicas: Psicologia, Laicidade E Políticas Públicas*. São Paulo: CRP – SP.

Zimpel, R. R., Mosqueiro, B. P., & Rocha, N. S. (2015). Espiritualidade como mecanismo de coping em transtornos mentais. *Debates em Psiquiatria*. Retirado de https://www.researchgate.net/profile/Rogério_Zimpel/publication/281745811_Spirituality_as_a_coping_mechanism_in_mental_disorders/links/5f6e18308ae07629dbafe7c/Spirituality-as-a-coping-mechanism-in-mental-disorders.pdf

Apêndice A – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – UNIVASF COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CPGPSI

Av. José de Sá Maniçoba, s/n – Centro – Petrolina - PE
CEP 56.304-205 - Petrolina – PE Bloco de Laboratórios – 1º andar – Campus Petrolina Centro Tel/Fax: (87)
2101-6793 site: www.cpgpsi.univasf.edu.br e-mail: cpgpsi@univasf.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Sentidos do religioso na atenção à Saúde Mental: Perspectiva de profissionais e usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II)”. **CAEE Nº:** 78043817.7.0000.5196

Nome da Pesquisadora responsável: Grécia Rejane Nonato de Lima

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, cujo objetivo é compreender como usuários e profissionais dos serviços de CAPS II compreendem o sentido do discurso religioso. Sabe-se da importância do âmbito religioso/espiritual na vida das pessoas, destacando-se como capazes de dar conta de aspectos relevantes. Busca-se verificar a existência de abertura para acolhimento de experiências de religiosidade, por ventura, trazidas pelos usuários em suas falas, ou a ocorrência de processos de invisibilização, bem como identificar os sentidos atribuídos acerca dos modos como a equipe acolhe os discursos religiosos e crenças. E assim, identificar a interpretação dada pelos usuários e equipe.

Desenvolvida por Grécia Rejane Nonato de Lima, psicóloga (CRP – 02/19161) mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF, sob orientação da Prof.^a. Dr^a. Luciana Duccini.

Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento.

Envolvimento na pesquisa: A pesquisa será realizada no CAPS II. As informações serão colhidas através de participação em grupo narrativo. Os diálogos serão gravados e o grupo durará aproximadamente uma hora e trinta minutos. Os dados serão transcritos e armazenados em arquivos digitais, mas somente terão acesso a eles a pesquisadora e a orientadora. Dessa maneira, serão resguardados o sigilo e a privacidade das informações.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Riscos, desconfortos e benefícios: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Considera-se que há riscos mínimos aos interlocutores que se disponibilizarem a colaborar, tais como: aborrecimentos, uso do tempo gasto com a pesquisa, bem como possíveis constrangimentos. Contudo, a pesquisadora já possui alguma experiência de pesquisa do período da graduação e realizará revisão dos tópicos de discussão e modo de conduzi-la em conjunto com a orientadora, buscando adequar sua linguagem e aplicação para evitar quaisquer constrangimentos aos

participantes.

Para minimizar o risco de atraso ou tempo gasto com a participação nos grupos narrativos (com previsão de uma hora e trinta minutos cada), serão realizados após o horário normal de trabalho, sempre em horário definido com a coordenação de cada serviço.

Espera-se que a pesquisa possa contribuir com a formação dos profissionais baseadas em princípios da humanização e Reforma Psiquiátrica, colaborando com a elaboração de projetos terapêuticos mais potentes, que engajem essa importante discussão e que se tornem capazes de ampliar as possibilidades das intervenções.

Garantias éticas: Todas as despesas que venham a ocorrer com a pesquisa serão ressarcidas. É garantido ainda o seu direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, bem como assistência gratuita, imediata, integral e pelo tempo que for necessário.

Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Confidencialidade: é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após o término da pesquisa. Somente o(s) pesquisador(es) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados.

É garantido ainda que você poderá ter acesso aos resultados com as pesquisadoras. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com o(s) pesquisador(es) do projeto e, para quaisquer dúvida ética, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Eu, _____ DECLARO, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente a participação nesta pesquisa, declarando ainda que o termo foi assinado em duas vias, uma ficando comigo e outra com o pesquisador.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Grécia Rejane Nonato de Lima

Grécia Rejane Nonato de Lima – Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Responsável: Grécia Rejane Nonato de Lima
Endereço: Av. Joaquim Nabuco, 637 – Centro – Petrolina/PE
E-mail: grecianonato@yahoo.com.br / Telefone: (87) 98822-0042

Orientadora: Luciana Duccini (Professora) / E-mail: luciana.duccini@univasf.edu.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIVASF - UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF - Av. José de Sá Maniçoba, S/N – Centro - Petrolina/PE – Prédio da Reitoria – 2º andar
Telefone do Comitê: 87 2101-6896 - E-mail: cep@univasf.edu.br - Luciana Duccini – Coordenadora
Rodolfo Araújo da Silva – Vice coordenador

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIVASF) é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.

Apêndice B – Exemplo de Mapa Dialógico

Obs: Foram suprimidas informações dos mapas no intuito de manter a privacidade e sigilo dos sujeitos que seriam facilmente identificados pelas narrativas

Recorte - Grupo Narrativo com usuários(as)

Temas/ participante s	Clarice	Carolina	Raduan	Mário
Regras: limites, poder, não poder	<p>(L261-266) Com a diversidade de crenças eu aprendi bastante, até porque às vezes a pessoa acha que só os evangélicos são radicais, mas não, não só os evangélicos, eu como católica, já segui a vida religiosa, eu vivi uma vida na minha espiritualidade, como posso dizer, bem severa mesmo.</p> <p>(L 287-288) [...] acho que não devia ter tantas regras pra gente falar sobre o bem.</p>	<p>(L119-123) Na verdade eu não entendo muito essa palavra “opressão”. Mas agora falando aqui, eu acho que é assim, que na igreja evangélica a gente não pode cortar cabelo, tem a questão das vestes.</p> <p>(L440-441)[...]Aí agora eu tô mais em paz comigo mesma e aqui no CAPS seria bom que a gente pudesse falar disso.</p>	<p>Eu acho chato, porque eles não podem falar, né? PODEM NÃO? Não, podem não. Porque dizem que se pegar eles falando disso eles são colocados pra fora. Uma pessoa que trabalha aqui me disse: se pegar a gente falando a gente é mandado embora”</p>	
Confusão: controle, evitação / agressividade, briga	<p>(L299-301) Olha, eu creio que deve ser por conta de nós, devido aos nossos transtornos, a gente sai um pouco da razão, sai do contexto do que é pra ser falado, às vezes a gente acha que o outro está nos ofendendo.</p>	<p>(L70-73) [...] Aqui cada um tem uma crença e o outro sempre tem dificuldade quando um fala: eu sou evangélico ou eu sou da igreja católica, aí há um conflito. E os profissionais daqui pra evitar discussão, futebol e religião eles evitam falar pra não haver confusão entre os pacientes.</p>	<p>Eu acho que aqui é proibido falar desse negócio de religião pra não ter briga entre os pacientes por isso não se pode falar aqui.</p>	
Preconceito	<p>(L399-402) [...] Mas o que eu percebo, inclusive aqui, quando chegam alguns usuários que sei que são umbanda ou candomblé, não se dá crédito nenhum a eles, já se diz: lá vem aquele louco, ficam rindo por conta das vestes, por conta de um cordão. Gente, então quanto a gente tá sendo preconceituoso nesse termo de achar que só tem católico e evangélico.</p>	<p>É, sim. Alguns sim! Quem tá começando com certeza. Quem já tá na ativa a muito tempo talvez me ouça tranquilo, mas quem tá chegando com certeza se assusta sim. É que só conversando com a pessoa assim não dá pra transparecer, não dá pra transparecer minha mente, né? Mas se for conversando e eu for contanto, aos poucos vão pensando: ãh, essa aí é doida, não quero perto de mim, quero bem longe porque ela é doida.</p>		

Delírio	(L412-416) [...] Se eu falar que fui a umbanda e disser isso e isso de lá, é capaz dela até passar remédio pra mim. Se escutar algumas coisas de rituais é capaz de pensar, pronto, piorou a situação e passaria mais remédio porque isso não é natural. Agora seu eu disser que tava na missa e fui comungar e tava rezando ou num culto, orando, aí tudo bem.			
Silenciament o (não falar e/ou não ser ouvido)	(L485-490) Eu acho que não devia ter esse preconceito, mas eu acredito também como tem nas escolas hoje em dia esse negócio de religião tá bem complicado então assim, seria bem importante que cada um pudesse também falar das suas experiências de fé, porque seria importante para os profissionais buscarem saber o que a gente tá buscando, o que a gente tá fazendo. Mas, infelizmente, a gente sabe que os profissionais daqui tem um despreparo imenso, muitas vezes esses profissionais estão mais perdidos que a gente, principalmente na questão espiritual, sabe?	“ Aqui no CAPS, falar de religião é complicado” Não! Não, não, não, não! Eu não converso com medo de assustar as pessoas, porque você fala o que tá sentindo, o que você vê, e tem coisas que não dá, se disser a pessoa vai sair correndo, vai pensar: é louca, não vou ficar perto” Não, na outra equipe a gente foi chamado pra conversar, nessa equipe nova eu ainda não ouvi de chegar pra mim e falar isso da proibição.	Eu acho muito ruim. Quem já viu não poder falar de uma coisa que pode levar a saúde, fala de Deus é falar de saúde, a saúde espiritual e também a do corpo” “ o usuário fala o que quiser. O usuário aqui é igual a criança, fala o que quiser. (risos). Não tem ninguém pra tapar a boca do usuário”	“ Não, eu não falo disso aqui não, eu fico calado”

Recorte Mapa – entrevista usuários (as)

Temas participante s	Cora	Ana Cristina	Manoel	Clarice
Regras		[...] elas falaram aqui que não podia falar de religião e não explicaram porquê.		
Confusão		[...] Eu acho que não, porque sempre vem debate polêmico. Então, prefiro ficar quieta. (L169-170) Às vezes tem que entender dessa forma mesmo porque tem pessoas que entendem que é polêmica que a gente quer trazer.	(L246-251) Bom, geralmente os amigos daqui, os pacientes, que fazem tratamento que eu conheço, alguns falam de religião uns para os outros e para mim também. Particularmente eu acho assim que a religião, a igreja é uma terapia, ela ajuda, mas não	

			adianta encucar só com a religião e não procurar ajuda profissional.	
Preconceito	(L 38-42) Mas é que às vezes eu chego com roupa diferente com pano na cabeça e fica todo mundo perguntando que pano é esse. Por que é que você tá vestida igual macumbeiro? E eu digo: Ah gente, me deixa, não é macumbeiro, é espírita! Macumbeiro é uma coisa, espírita é outra.	(L131-132) Perante a religião que eu frequentava, que era Assembleia de Deus, eles diziam que depressão era coisa do Satanás, eu me afastei da igreja mais por causa disso.	(L270-272) VOCÊ ACHA QUE FALAR SOBRE ISSO EM CERTO MOMENTO ATRAPALHA? Não, não atrapalha, mas quando se fala de religião as pessoas tem aquele pavor. Quando começam a falar alguns já dizem: Já vem com religião, aí já vem com piadinha.	(L380-383) Imagine isso para quem frequenta o espiritismo ou um terreiro de macumba? Tem pessoas que tem até medo de chegar perto e se aproximar achando que vai ser contaminado. Então assim, infelizmente está no mundo todo e no CAPS as pessoas acham que assim, lá no CAPS a intensidade disso tudo é maior.
Delírio		(L132-136) Quando eu cheguei no CAPS, aqui eu vi que não era coisa do Satanás, escutava vozes que “tavam” no delírio. [...] Minha ex-sogra, e ela dizia: não pode ouvir não, é coisa do demônio, e eu descobri que não era. Foi a época que eu comecei a fazer o tratamento e querer aceitar.		(L526-529) não dão atenção, não acreditam, e não é só a questão de religião. Mas na vida que ele tem, no que ele crer, no que ele faz, nos objetivos que cada um dos usuários tem, ninguém acredita, é como se fosse ilusão ou fantasia ou a tá vendo o neguinho, tá delirando, tá em surto... E sempre tem uma desculpa, e nunca acreditam mesmo que a gente esteja falando, o que é real para gente.
Silenciamento (não falar e/ou não ser ouvido)	(L45-60) [...] Sim, esse menino que eu te falei, não sei se o nome dele [...] A mãe dele traz ele aqui e eu tenho certeza que aquele não tem problema de saúde, tem problema espiritual. Quando eu venho para cá, ele vem logo atrás de mim, vem me perguntar de coisas que ele já passou, de Oxossi, das entidades e eu sinto que ele quer conversar... Vejo que ele quer ir para uma casa, mas tem que ser uma casa boa e não charlatão qualquer.	(L211-213) E QUANDO VOCÊ FALA DISSO (RELIGIÃO), O QUE OS PROFISSIONAIS DIZEM? Rapaz eles ficam meio complexos, eu vejo que uns ligam, outros não, uns prestam atenção. Não sei se eles anotam no prontuário, eu falo o que eu aprendi.	[...] Na verdade, a coordenadora deixa à vontade. Alguns profissionais dizem sim, outros dizem não, outros ficam calados e assim por diante. [...] Alguns ouvem, acredito. Outros ficam calados e não dão crédito.	(L528-523) O que eu vejo é que eles (profissionais) não acreditam na gente, e isso é desesperador. Porque se a gente vai para um lugar buscar apoio com profissionais que não acreditam na gente, quem vai acreditar? A gente vai lá para ser cuidado, para ser tratado e eles não acreditam. Quem vai acreditar? A gente vai para a igreja e não acreditam lá, vai para o CAPS e não acreditam.

Dificuldade diagnóstica	(L 09-17) Tem um rapazinho que veio perguntar de que religião era eu, ele gosta tanto (de religião) que a mãe dele internou ele. Ele tava sumido daqui... Mas ele saiu do sanatório, mas eu já disse, o problema dele não é CAPS, o problema dele é religião. Se ela levar a sério e levar ele na religião do Candomblé, que é a que ele gosta (e ela não gosta), ele já teria melhorado.			(L417-420) Eu só vejo a expressão, como se tivesse dizendo: Esse aí é doido mesmo! Mais por conta disso, porque chegam lá vestido de branco, com aqueles cordões, cheio de anel, entendeu? Ai, sei não, na verdade espanta um pouquinho, acho que não entender que a pessoa é louca, mas é uma opção de fé, que ela teve...
Escuta / Acolhimento		(L219-220) MAS QUANDO VOCÊ FALA DO QUE VOCÊ ACREDITA, VOCÊ SENTE ACOLHIDA? Em relação à religião não, sinto não.		[...] Olha, não é legal, é como se não levassem a sério o trabalho, é sério! Quando você está para atender, você atende seja quem for, não importa se é macumbeiro, sei lá, de Candomblé, se é padre ou freira, se é bispo ou pastor, tem que atender o cliente e receber do jeito como ele for.

Recorte Mapa – entrevista com profissionais (nível superior)

Temas/ participantes	Graciliano	Rachel	Lygia	Ana Maria	Cecília	Jorge
Regras			[...] eu imagino, não sei, que tem muita coisa para estar sendo seguido do que é certo e eu fico pensando também em relação ao pecado, é muito		(L877-878) E então, já houve momentos assim, eu vi que tinham usuários incomodados dizendo: Aqui não é lugar para isso,	

			presente, aí eu fico me perguntando assim...		vamos começar a reunião! Acho que foi o momento que foi mais claro.	
Confusão		(L353-355) Teve confusão com o usuário, e ele acabou se ofendendo por tá falando de religião, ele disse que no serviço público não pode falar de religião, ele fez uma confusão em relação a isso e por isso a gente tem esse cuidado maior.		[...] Porque tem diversas crenças aqui dentro e é difícil você trabalhar, às vezes, essa dualidade de uns aceitarem e outros não. Tem usuário aqui que ele é candomblecista, e já tivemos alguns probleminhas.		[...] entre eles também têm essa questão de achar que uma religião vai salvar um e outras não, e também essa questão de discussão quando entra em algum tema que possa tocar algum ponto de alguma religião alguns usuários não gostam e a gente tenta fazer de tudo para não chegar nessa parte religiosa.
Delírio	(L 1027-1023) E existem alguns pacientes que tem algum transtorno psíquico que acabam trazendo a religião de uma forma distorcida ou mais delirante com alucinações e delírios religiosos. E aí vai depender muito, e tem paciente que chega com discurso bem fisiológico, vamos dizer assim, falando de Deus, mas não	(L378-383) como eu te falei, quando a alucinação vem né, de um modo muito real, muito semelhante à realidade, aí fui pesquisar como eu disse. Estudei sobre isso e percebi que elas não acontecem de forma aleatória, ela tem que ter um sentido para aquele sujeito.	(L517-572) tem muito delírio com as questões religiosas. Alucinação nem tanto, tem muita coisa do pecado, de fé, do mal, mas delírio eu vejo muita questão de Deus, do que tá fazendo, essas questões religiosas.	(L982-983) , no que se vê, no que se ouve, nas próprias alucinações ou ideias de crise que se tenham, nas ideias suicidas, que aqui isso é muito frequente,	Os delírios têm sempre um viés religioso.	

	de forma patológica, e tem outros que chegam de forma delirante... E você tem que entender até onde vai cultura e até onde aquilo ali é patológico.					
Silenciamento (não falar)	(L 1186-1189) [...] Mas, o que muitas vezes acontece é que o paciente ele não diz que não vai tomar o remédio, mas ele vai para casa e ele decide que não vai tomar e pronto, muitas vezes, já para não constranger, às vezes ele diz para um outro da equipe assim: eu parei de tomar... simplesmente.				(955-960) Religião e sexualidade. Esses são temas de difícil compreensão, assim se pensa: a gente deixa de lado isso e trata desse sujeito como eu vejo e não como ele me traz.	Às vezes a gente está em atividade em grupo e alguns usuários são mais fanáticos e acabam aflorando mais colocando isso para fora, querem cantar as músicas de onde eles participam e tentam influenciar da sua religião no grupo ali. A gente tenta fazer de tudo para que isso não aconteça.
Escuta	(L 1115-1127) [...] Apesar de não ter religião, sou católico não praticante, eu não critico de forma nenhuma, pelo contrário, seja qual for a religião: Candomblé, espiritismo, católico, evangélico outras religiões que são mais raras na cultura da gente... Eu, inclusive, quando me	(L357-363) O meu supervisor clínico me mostrou que é possível sim, ele é de uma religião bem diferente da minha, ele é espírita e eu sou católica. Ele me mostrou que é possível fazer um trabalho terapêutico usando a religião do usuário, ou do paciente, ou do cliente. Vou falar um caso, mas não é daqui, ela	(L473-479) Acho que a gente é bem aberto para isso, a gente não corta quando eles começam a falar. Tipo, dessa moça que pediu para ler a gente deixou para o final ela ler, e ver e as pessoas querem escutar	(L647-649) Eu acho interessante quando eles expressam a fé, o sentimento deles, porque uma questão pessoal e eu gosto quando eles falam sim, porque querendo ou não, para uns é a motivação que eles têm com uma condição de melhora	(L910-913) Eu sempre pergunto se ele participa de alguma igreja e como é que ele se sente em relação a isso se tem sentido melhor ou não, né? Aí eles trazem muito isso que vem buscar ajuda,	

	<p>chega uma religião diferente tenho curiosidade, eu pergunto sobre como é, o que é que fazem lá, eu acho interessante sim saber, e o paciente se sente bem quando ele fala sobre isso, quando tem tempo, é? Aí eu explico e digo: Faça o seguinte: mesmo que você não queira tomar o remédio, vamos fazer o seguinte, você fica vindo para o CAPS, não perca o contato com a gente! Eu tento aquela coisa da escadinha, se você não pode fazer o máximo você faz o médio, eu sempre uso essa flexibilidade e acho que todo mundo tem que decidir sobre o tratamento, a gente é autônomo de nós mesmos, a gente tem que respeitar a autonomia do paciente.</p>	<p>tem uma religião e ela trazia fundamento da Bíblia e a gente trabalhou uma sessão com versículo que ela trouxe, entendeu? Buscando sentido para ela trazer naquele versículo e o que é que acreditava nela eu acho isso muito interessante e já aconteceu em situações fora daqui. Mas é sempre isso, quando o usuário trás e não eu.</p>	<p>escutam e ficam e tal. Como por exemplo uma pessoa que quer cantar no meio do grupo, a gente sempre pede para cantar no final deixa o microfone e sempre tem esse diálogo, nunca vi nenhum profissional se opondo a uma vontade deles de tá falando. E a gente não traz, (eu, por exemplo, nunca trouxe discussão religiosa), não sei se alguém trouxe discussão diretamente religiosa de tá falando ou coisa assim, acho que surge vindo deles...</p> <p>(L559-561) eu não me sinto bem, não acolho essa demanda, mas outra pessoa vai lá e acolhe.</p>	<p>e se agarram o tratamento.</p> <p>(L676-680) Às vezes quando eles trazem no discurso positivo eu gosto sempre de escutar e de saber como é que a opinião deles. Essa questão da religião quando é presente, marcante, eu conduzo da melhor forma possível e tento ser o mais neutra possível. Tento não intervir e deixar eles falarem, deixar eles expressarem sua fé nos momentos, principalmente individual, e eu não interfiro deixo livre porque é uma coisa deles.</p>	<p>principalmente a medicação, é o que eles trazem muito, e vão a igreja buscar ajuda espiritual, aí é o que é muito frequente nesse discurso. Todas as minhas terças-feiras, todas as pessoas trazem esse discurso.</p>	
<p>Dificuldade diagnóstica</p>	<p>(L 1058-1068) Exato, é aquela coisa, chega um paciente para você e muitas vezes ele começa a falar da religião dele, e às vezes a gente não conhece as religiões a</p>	<p>(L147-157) No começo, antes de eu parar para me aprofundar mais a respeito dos sintomas psicóticos, de me aprofundar naquilo, tinha casos que eu chegava a</p>	<p>(L425-427) Mas eu fico me perguntando a relação da Saúde Mental em relação ao número muito grande de pessoas evangélicas. Será</p>			

	fundo. Eu mesmo não conheço, preciso ler um pouco mais sobre...	dizer: Ah meu Deus, será que isso é uma doença mesmo ou tem algo a ver com a religião?	que é por causa da repressão? Algumas pessoas já chegaram a falar assim que depois que foram para Igreja Evangélica surtaram...				
Avaliação (negativa)	(L1150-1151) [...]A gente vê muito isso do paciente, ele, às vezes, já passou por várias instituições religiosas, inclusive alguns líderes dessas instituições conseguem perceber aquele traço e nos encaminhou para um tratamento de saúde, mas outros dizem: Não, venha, deixe o tratamento médico e venha se tratar aqui com a gente. E acontece também o contrário, às vezes, eles deixam o tratamento aqui e depois de alguns meses eles voltam, vem para a equipe acolher, para ser escutado.	(L205-209) [...] tem alguns casos em que líderes religiosos aconselharam abandonar o tratamento no Caps e ficar só na igreja, e aí alguns já surtaram e ficaram surtados aqui no CAPS por causa disso, porque o pastor geralmente, quando acontece isso é evangélico, que o pastor mandou jogar fora medicação e o paciente jogou, aí acabou entrando em crise novamente, então isso acontece sim. (L227-228) A resistência, ela não se dá só com medicamento, mas também em outros tipos de tratamento oferecidos aqui dentro quando uma pessoa está fortemente influenciada pelo discurso religioso.	[...] Eu acho um discurso bem assim, forte, no sentido de trazer algumas limitações para eles, de atribuir tudo ao Divino, ao espiritual, é, tem muito disso...	(L603-606) Muitos já falaram que deixaram tratamento porque achavam que Deus ia curar, e isso não aconteceu, A questão religiosa, não é que ela induz, mas já cheguei a observar que muitos usuários chegam, que são evangélicos, que eles voltam do final de semana, que vem da igreja, eles entram em crise e eles relatam assim: eu dei uma crise na minha igreja.	(L806-812) Muito no sentido de que tem várias conotações de raiva, por exemplo, que Deus falhou nesse momento quando você tá passando por um momento difícil, que Deus tem me faltado em relação a doença mental, que eles trazem como algo que foi dado por Deus, como a punição, como provação divina. Aí eu sinto como algo muito negative.		

Recorte – Mapa com profissionais (nível médio)

Temas /participantes	Cora	Ana Cristina	Manoel	Clarice
Regras		<p>(L160-165) [...] Os profissionais falavam que não podia porque se fosse para falar de uma religião, tinha que falar de budismo, espiritismo, candomblé, católico ou crente...Teria que falar de todas as religiões, e é por isso que não pode falar de nenhuma aqui, tem gente que não é crente e não vai gostar, e aí pode ter outro querendo rezar o terço e ninguém não vai gostar.</p> <p>[...] elas falaram aqui que não podia falar de religião e não explicaram porquê.</p>		
Confusão		<p>[...] Eu acho que não, porque sempre vem debate polêmico. Então, prefiro ficar quieta.</p> <p>(L169-170) Às vezes tem que entender dessa forma mesmo porque tem pessoas que entendem que é polêmica que a gente quer trazer, e eu acredito que Poderoso é Deus e pronto.</p>	<p>(L246-251) Bom, geralmente os amigos daqui, os pacientes, que fazem tratamento que eu conheço, alguns falam de religião uns para os outros e para mim também. Particularmente eu acho assim que a religião, a igreja é uma terapia, ela ajuda, mas não adianta encucar só com a religião e não procurar ajuda profissional.</p>	
Preconceito	<p>(L 38-42) Mas é que às vezes eu chego com roupa diferente com pano na cabeça e fica todo mundo perguntando que pano é esse. Por que é que você tá vestida igual macumbeiro? E eu digo: Ah gente, me deixa, não é</p>	<p>(L131-132) Perante a religião que eu frequentava, que era Assembleia de Deus, eles diziam que depressão era coisa do Satanás, eu me afastei da igreja mais por causa disso.</p>	<p>(L270-272) VOCÊ ACHA QUE FALAR SOBRE ISSO EM CERTO MOMENTO ATRAPALHA?</p> <p>Não, não atrapalha, mas quando se fala de religião as pessoas tem aquele pavor. Quando começam a falar alguns já</p>	<p>(L380-383) Imagine isso para quem frequenta o espiritismo ou um terreiro de macumba? Tem pessoas que tem até medo de chegar perto e se aproximar achando que vai ser contaminado. Então assim, infelizmente está no mundo todo e no</p>

	macumbeiro, é espírita! Macumbeiro é uma coisa, espírita é outra.		dizem: Já vem com religião, aí já vem com piadinha.	CAPS as pessoas acham que assim, lá no CAPS a intensidade disso tudo é maior.
Delírio		(L132-136) Quando eu cheguei no CAPS, aqui eu vi que não era coisa do Satanás, escutava vozes que “tavam” no delírio. [...] Minha ex-sogra, e ela dizia: não pode ouvir não, é coisa do demônio, e eu descobri que não era. Foi a época que eu comecei a fazer o tratamento e querer aceitar.		(L526-529) não dão atenção, não acreditam, e não é só a questão de religião. Mas na vida que ele tem, no que ele crer, no que ele faz, nos objetivos que cada um dos usuários tem, ninguém acredita, é como se fosse ilusão ou fantasia ou a tá vendo o neguinho, tá delirando, tá em surto... E sempre tem uma desculpa, e nunca acreditam mesmo que a gente esteja falando, o que é real para gente.
Silenciamento (não falar)		(L211-213) E QUANDO VOCÊ FALA DISSO (RELIGIÃO), O QUE OS PROFISSIONAIS DIZEM? Rapaz eles ficam meio complexos, eu vejo que uns ligam, outros não, uns prestam atenção. Não sei se eles anotam no prontuário, eu falo o que eu aprendi.		(L600-606) Na verdade estou com medo, eu tô com medo do que pode acontecer, sei lá, porque essas pessoas, às vezes, eu acho que esses profissionais são mais loucos que a gente. Acham que a gente é louco, mas não, eu fico muito triste porque se acontece comigo, acontece com outras pessoas, com certeza acontece. E assim, eu estou apreensiva por algumas situações que ao mesmo tempo que eu penso em dizer um monte de coisa pra pessoa, eu não posso dizer porque eu vou ser prejudicada no meu tratamento, entendeu?
Silenciamento (não ser ouvido)	(L 36-37) [...] Eu mesmo falo, falo muito. Muita gente prefere não falar. (L45-60) [...] Sim, esse menino que eu te falei, não sei se o nome dele [...] A mãe dele traz ele aqui		[...] Na verdade, a coordenadora deixa à vontade. Alguns profissionais dizem sim, outros dizem não, outros ficam calados e assim por diante.	(L528-523) O que eu vejo é que eles (profissionais) não acreditam na gente, e isso é desesperador. Porque se a gente vai para um lugar buscar apoio com profissionais que não acreditam na gente, quem vai acreditar? A gente vai lá para ser cuidado, para ser tratado e

	e eu tenho certeza que aquele não tem problema de saúde, tem problema espiritual. Quando eu venho para cá, ele vem logo atrás de mim, vem me perguntar de coisas que ele já passou, de Oxossi, das entidades e eu sinto que ele quer conversar...		[...] Alguns ouvem, acredito. Outros ficam calados e não dão crédito.	eles não acreditam. Quem vai acreditar? A gente vai para a igreja e não acreditam lá, vai para o CAPS e não acreditam.
Dificuldade diagnóstica	(L 09-17) Tem um rapazinho que veio perguntar de que religião era eu, ele gosta tanto (de religião) que a mãe dele internou ele. Ele tava sumido daqui... Mas ele saiu do sanatório, mas eu já disse, o problema dele não é CAPS, o problema dele é religião.			(L417-420) Eu só vejo a expressão, como se tivesse dizendo: Esse aí é doido mesmo! Mais por conta disso, porque chegam lá vestido de branco, com aqueles cordões, cheio de anel, entendeu? Ai, sei não, na verdade espanta um pouquinho, acho que não entender que a pessoa é louca, mas é uma opção de fé, que ela teve...
Escuta / Acolhimento		(L219-220) MAS QUANDO VOCÊ FALA DO QUE VOCÊ ACREDITA, VOCÊ SENTE ACOLHIDA? Em relação à religião não, sinto não.		[...] Olha, não é legal, é como se não levassem a sério o trabalho, é sério! Quando você está para atender, você atende seja quem for, não importa se é macumbeiro, sei lá, de Candomblé, se é padre ou freira, se é bispo ou pastor, tem que atender o cliente e receber do jeito como ele for.

Apêndice C – Revisão de Literatura

Nº	Ano	Título	Autores	Tipo	Metodologia	Cenário/ campo	Participantes	Conclusões
1	2017	A mente brasileira em estado de possessão: contribuição de um estudo de caso para a Psicologia da religião e Saúde Mental no Brasil	DELMONTE, R FARIAS, M	Artigo	Estudo de caso / entrevistas semiestruturadas ao longo de cinco / análise de conteúdo		Uma líder religiosa de Umbanda de 55 anos	O estudo traçou a evolução da experiência de possessão e comparou o período antes e depois da inserção no contexto religioso da Umbanda, o que sugere revisões periódicas do DSM em relação a vários diagnósticos, de acordo com novas evidências de modo a redefinir e refinar seus critérios.
2	2017	Religiosidade, Atendimento Psicológico e suas Relações com a Saúde Mental	MORAES, I. L	Monografia	Entrevista Narrativa / a análise utilizada foi a hermenêutica de profundidade	Instituição religiosa (evangélica) que a participante congrega	01 sujeito que se utilizou de atendimento psicológico e é membro de uma instituição religiosa	As conclusões desse estudo apontam que a participante vivenciou uma experiência de acolhimento e aceitação no atendimento psicológico, em todos os aspectos, inclusive o religioso, bem como na sua relação com o divino, descrevendo ainda como fator de saúde mental tanto os atendimentos psicológicos recebidos quanto a sua experiência religiosa.
3	2016	A influência da espiritualidade/Religiosidade na saúde mental de pacientes oncológicos: Uma revisão bibliográfica	CANASSA, I FERRET, J. I. F.	Artigo	Pesquisa bibliográfica			A maioria dos pacientes oncológicos se volta para alguma espiritualidade/religiosidade, e esta, quando bem incorporada em suas vidas o ajudará com as consequências que essa doença trará para seu dia a dia.
4	2016	Coping religioso/espiritual em processos de saúde e doença: revisão da produção em periódicos brasileiros (2000-2013)	CORRÊA, C. V. BATISTA, J. S HOLANDA, A. F.	Artigo	A pesquisa foi desenvolvida em bases de dados abertas, nos últimos 13 anos	Foram selecionados 232 artigos		A literatura aponta que a utilização do CRE e a vivência religiosa/espiritual podem ser compreendidas como um recurso pessoal capaz de favorecer o enfrentamento do indivíduo frente à sua doença, com benefícios para a sua qualidade de vida.
5	2016	Experiências Religiosas/Espirituais: dissociação	ALMINHANA, L. O.	Artigo	Revisão bibliográfica: Pesquisa nas			Experiências religiosas/espirituais de caráter dissociativo (como a possessão) podem ser consideradas saudáveis se apresentarem ausência

		saudável ou patológica?	MENEZES JR, A		Bases de dados: Pubmed e PsychINFO.			de sofrimento, controle, forem contextualizadas e trouxeram benefício para o indivíduo. Indivíduos sem autodirecionamento e com experiências autocentradas mostram maior probabilidade de desenvolver patologia.
6	2016	Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares	REINALDO, A. S SANTOS, R. L. F.	Artigo	Estudo etnográfico / técnica de bola de neve / Análise de conteúdo	Local de trabalho dos profissionais de saúde, líderes religiosos, pacientes e seus familiares		Concluiu-se que a vivência religiosa/espiritualidade como fator que fortalece o indivíduo no enfrentamento da doença, mas pode tornar-se um fator que dificulta o tratamento. Foram apontadas também dificuldades do profissional de lidar com a vivência religiosa/espiritualidade de pacientes e familiares.
7	2016	Desconstrução de paradigma na saúde mental no viés da psicologia: intercurso com a espiritualidade	CHAVES, F. S	Artigo	Revisão de literatura			Ao analisar a questão saúde/doença psíquica no horizonte histórico existencial, há a possibilidade do diálogo interdisciplinar entre os diversos campos do saber na busca do equilíbrio psíquico do indivíduo, o que inclui a espiritualidade.
8	2016	Cura e adoecimento em relatos de evangélicos usuários de CAPS	HENRIQUES, H. I. B OLIVEIRA FILHO, P. FIGUEIREDO, A. A. F	Artigo	. Psicologia Social Discursiva / entrevistas narrativas e uma roda de conversa	CAPS II e CAPS III da cidade de Campina Grande-PB	Usuários de CAPS (5 homens e mulheres)	A cura é descrita como saúde, merecimento e intensidade da fé em Deus, como também ganha uma conotação sobrenatural, embasada em um milagre divino. Quanto às explicações para a cura, ora se assentam no saber biomédico, ora se fundamentam no aspecto sobrenatural/religioso, ora se sustentam na tentativa de diálogo entre ambos os sabers..
9	2016	O Potencial Terapêutico da Ayahuasca na Doença Mental	TELES, T. B. S	Artigo	Revisão bibliográfica			A ayahuasca tem eficácia antidepressiva, ansiolítica, serotoninérgica e dopaminérgica. Diante das evidências observadas, sobre a melhora da saúde mental em indivíduos que usam a ayahuasca em contexto religioso, tais como o Santo Daime e a União do Vegetal, há que se considerar uma nova possibilidade que incentive a pesquisa científica do uso da ayahuasca para a busca da melhora de saúde mental, como alternativa aos tratamentos convencionais vigentes. Quando se trata de assistência à saúde mental, terapias que diminuem o estigma social.

10	2016	Saúde Mental, personalidade e adequação social de médiuns espíritas	FERNANDES, R. S	Dissertação	Estudo transversal	Centros espíritas de Uberlândia-Brasil	81 médiuns espíritas	A população de médiuns estudada é bem adaptada socialmente, possui baixa prevalência de transtornos mentais e apresenta personalidade associada a boa saúde mental futura.
11	2016	Religiosidade e saúde mental de imigrantes usuários dos CAPS - DF: percepção de psiquiatras e psicólogos	ARAÚJO, M. R. D.	Monografia	Entrevistas semiestruturadas / análises inspiradas na postura fenomenológica	CAPS do Distrito Federal	04 psicólogas e 04 psiquiatras	Constatou-se que a questão da religiosidade está presente nas manifestações dos discursos e expressões religiosas dos usuários imigrantes do CAPS – DF e que a dimensão religiosa possui aspectos positivos e negativos para a saúde mental. Já a forma como os profissionais lidam em relação às questões religiosas, observou-se que as psicólogas são mais abertas e acolhedoras do que os psiquiatras.
12	2016	Espiritualidade na promoção de saúde mental – um enfoque na Formação do psicólogo	MARQUES, S. M. S	Artigo	Revisão bibliográfica			O bem-estar espiritual pode ser considerado um fator de proteção para transtornos psiquiátricos menores, uma vez que a religião é considerada como elemento constitutivo da subjetividade e doadora de significado ao sofrimento, além de dialogar com a saúde e os transtornos mentais.
13	2015	O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus significados	ALVES, D. G ASSIS, M. R	Artigo	Método da história oral / roteiro de entrevistas / Análise do conteúdo		28 pessoas, de diferentes segmentos religiosos	Verificou-se que a religiosidade e a espiritualidade são dimensões da vida humana que não podem ser desconsideradas, pois independente de trazerem aspectos positivos ou negativos, desempenham uma importante função no desenvolvimento da personalidade e podem constituir um fator relevante no equilíbrio de suas funções psíquicas.
14	2015	Discursos de usuários de CAPS sobre práticas terapêuticas e religiosas	HENRIQUES, H. I. B OLIVEIRA FILHO, P. FIGUEIRÊDO, A. A. F	Artigo	respaldo teórico-metodológico a abordagem da Psicologia Social Discursiva. entrevistas narrativas e uma roda de conversa	CAPS II e CAPS III da cidade de Campina Grande-PB	usuários de CAPS I e CAPS II da cidade de Campina Grande-PB.	Analisou-se que não somente os CAPS fundamentam o cuidado com o sofrimento psíquico, mas também os espaços religiosos. Considera-se que há necessidade da construção e invenção de novas práticas em saúde mental, sendo preciso a promoção de encontros entre os campos psi e os saberes religiosos, assim como a reflexão sobre as articulações possíveis entre eles, na tentativa de se atender aos anseios e significados, engendrados pelos usuários dos serviços de saúde mental.

15	2015	Avaliação da prática de terapia Complementar espiritual/religiosa em Saúde mental	GONÇALVES, J. P. B LEÃO, G. L. F VALLADA, P. M. H	Artigo	revisão sistemática e metanálise			Os ensaios clínicos elaborados para avaliar os efeitos das IERs na saúde mental apontaram para benefícios clínicos, independentemente dos modelos adotados, incluindo redução dos sintomas de ansiedade e estresse e maior satisfação com as abordagens. A falta de padronização nos protocolos e nos desfechos direcionam para a necessidade de uma investigação mais profunda sobre o tema e sobre seu impacto no tratamento complementar na saúde mental.
16	2015	Espiritualidade como mecanismo de Coping em transtornos mentais	ZIMPEL, R. R. MOSQUEIRO, B. ROCHA, N. S.	Artigo	Estudo teórico			As estratégias de coping religioso-espiritual podem ser tanto positivas como negativas. Dependendo de sua natureza, elas podem estar a serviço de um reforço da resiliência ou de uma dificuldade maior no enfrentamento das adversidades.
17	2015	A experiência religiosa de Yokaanam no contexto da saúde mental	VILELA, P. R.	Dissertação	Historiografia e história de vida		Mestre Yokaanam, Chefe Espiritual da Instituição religiosa Fraternidade Espiritualista Universal	Se o destino dado a Yokaanam tivesse sido o da psiquiatrização, ou enquadramento em uma patologia ou quadro clínico clássico da psicopatologia, todo o desdobramento em termos de criação de uma verdadeira comunidade, como a conhecida Cidade Eclética, nos arredores de Brasília, onde muitas pessoas têm encontrado sentido para suas vidas, não teria existido.
18	2015	Religiosidade e Saúde Mental em um CAPS de Belém do Pará: cenas de um enredo cultural	ARAÚJO, L. S.	Tese	Observação participante/entrevistas	CAPS em Belem/PA	11 profissionais	No CAPS, orações, cânticos, leitura da Bíblia, passes, mantras, mentalizações etc., surgem com finalidades religiosas e terapêuticas, ou seja, desenvolvem-se visando melhorar o quadro clínico dos clientes. Trata-se de uma clínica culturalmente instituída por pessoas cujo ethos aquático permite-lhes assumir múltiplas formas. Uma prática líquida, indefinida e sem bordas, que se desenvolve em um lugar no qual os "homens e deuses caminham juntos". Esse modo particular e transgressor de atenção em saúde mental evidencia os limites da própria clínica.

19	2014	Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais	FREITAS		Revisão de literatura			
20	2014	Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem	SALIMENA, A. M. O FERRUGINIA, R. R. B. MELO, M. C. S. C AMORIMA, T. V.	Artigo	Pesquisa qualitativa, fenomenológica	CAPS em Minas Gerais	09 usuários do Centro de Atenção Psicossocial em um município do interior de Minas Gerais	Há a necessidade de capacitar os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, para que ofereçam novas práticas assistenciais que contemplem o cuidado espiritual/religioso no conjunto de ações integrais que deve ser oferecido nos serviços de Saúde Mental.
21	2014	O que a saúde mental tem a ver com religiosidade?	BALTAZAR, D. V SILVA, C. O.	Artigo	abordagem descritiva / utilização de entrevistas individuais	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba	05 profissionais e 05 usuários	Nas práticas assistenciais em saúde mental mantêm-se um distanciamento entre o projeto terapêuticos proposto pelos técnicos e o discurso religioso dos pacientes. O que em alguma medida pode traduzir a impossibilidade dos profissionais reconhecerem que a interpretação e o tratamento que propõem podem não ser os únicos ou os mais indicados para alguns pacientes e que por isso este também podem recorrer a “terapias religiosas”.
22	2014	Atenção psicológica e umbanda: Experiência de cuidado e acolhimento em saúde mental	SCORSOLINI-COMIN, F.	Artigo	estudo de caso	uma comunidade de terreiro de umbanda no interior do Estado de São Paulo.	jovem do sexo feminino, 20 anos	Conclui-se que o acolhimento oferecido pela comunidade e no espaço do plantão psicológico alinha-se ao movimento que apregoa a necessidade de diversificar os espaços de atenção psicossocial e de oferta de cuidados em saúde mental
23	2014	A religião cura?	BARTH, W. L.	Cap livro				As religiões (e particularmente a espiritualidade), são importantes aliados neste processo, conforme se noticia e pesquisa. No entanto, observa-se, por conta disso, uma oferta e exploração do religioso e da espiritualidade em favor das chamadas “curas mágicas”. As religiões, a medicina e a psicologia devem ter atenção a isso. Existem práticas religiosas que colaboram para a saúde humana.

24	2014	A influência da religiosidade na saúde mental: uma revisão Bibliográfica	FERREIRA, F. L. S.	Monografia	levantamento bibliográfico nas bases de dados SCIELO e LILACS, tendo como base artigos publicados no período de 2007 a 2013		10 artigos no período de 2007 a 2013	Os dados encontrados demonstram tanto aspectos positivos quanto negativos desta associação, indicam que os profissionais de saúde precisam considerar o paciente como um ser biopsicossocial, que a religiosidade pode contribuir nas práticas clínicas e que o número de estudos envolvendo a religiosidade e a saúde mental vem aumentando consideravelmente, nos últimos anos.
25	2013	Um estudo sobre sofrimento psíquico e religiosidade através das narrativas de usuários de CAPS (Pelotas/RS)	GLASS, G. V.	Dissertação	história oral temática e abordagens relacionadas às trajetórias de vida dessas pessoas	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Pelotas	quatro pessoas (dois homens e duas mulheres) que obtêm tratamento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Pelotas	O trabalho finaliza procurando abordar que é possível haver a busca do tratamento em serviços de saúde, associada à utilização da religiosidade. As narrativas desses homens e dessas mulheres estudados corroboram que ciência e religiosidade, em muitos momentos se distanciam, mas também podem se aproximar.
26	2013	Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática psi	FREITAS, M. H.	Artigo	estudo teórico			Conclui-se pela necessidade de mais pesquisas sobre o assunto, cuja discussão é praticamente inexistente ao longo da formação destes profissionais. o encontro entre dois mundos tão diferentes – o da ciência e o da religião – será mediado pelo modo como o profissional responde, para si mesmo, a cada uma delas.
27	2013	A Influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática	LEITE, I. S. SEMINOTTI, E. P	Artigo	Revisão sistemática integrativa			Os artigos evidenciam a importância do fator espiritualidade na saúde psíquica e os resultados positivos da integração da espiritualidade à prática clínica como estratégia em saúde mental, confirmando a necessidade do preparo profissional, da elaboração de novas estratégias no cuidar e da realização de mais pesquisas envolvidas com a temática.

28	2013	Religiosidade /espiritualidade na prática clínica: O que o psiquiatra pode fazer?	TOSTES, J. S. R. M.PINTO, A. R MOREIRA-ALMEIDA, A.	Artigo	Artigo teórico de orientação para psiquiatras de como agir em relação ao tema com os pacientes			Conclui-se que aspectos da R/E têm importantes implicações para a saúde mental das pessoas, devendo perpassar as questões de ensino na área e ser incorporada nas práticas de saúde. O desenvolvimento e a implementação das implicações clínicas da R/E nos cuidados em saúde mental estão entre os principais desafios na área.
29	2013	Para Além e Aquém de Anjos, Loucos ou Demônios: Caps e Pentecostalismo em Análise	SILVEIRA, L NUNES, M. O	Artigo	Análise Institucional e da Etnografia	CAPS - BA	usuários filiados às igrejas pentecostais, seus familiares e equipe técnica do CAPS.	Constatou-se a existência de uma lógica manicomial que perpassa as instituições, que produz subjetividades manicomiais, assim como se constatou que essas instituições também promovem inclusão social e produção de novos sentidos para a experiência da loucura.
30	2013	Religiosidade e saúde mental: um estudo de revisão integrativa	PORTO, P. N REIS, H. F. T	Artigo	Revisão integrativa		Em um total de 44 publicações encontradas, foram selecionadas para análise 19 publicações entre teses, dissertações e artigos de revisão que contemplam a temática do estudo. Os dados foram analisados por categorização temática	As pesquisas evidenciaram que o número de estudos envolvendo saúde mental e religiosidade aumentou consideravelmente nos últimos anos, no entanto, ainda não se pode descrever efetivamente a relação existente entre esse binômio. Identificou-se que a religiosidade assume papel fundamental na qualidade de vida das pessoas, bem como contribui para a melhoria da saúde mental e, de maneira geral, auxilia no enfrentamento das adversidades do existir, possibilitando a construção de sentido e ação no mundo. Entretanto, a despeito desse reconhecimento, ressalta-se que a religiosidade raramente é considerada como possibilidade terapêutica pelos pesquisadores.
31	2013	Dilemas e conflitos entre lógicas curativas diversas: Discursos e práticas dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Esperança – PB	OLIVEIRA, W.	Dissertação	estudo de caso / História Oral	CAPS - Esperança/ PB	amostra de 5. Sendo 2 usuários e 2 ex-usuários e 1 familiar.	As narrativas revelam que apesar de alguns efeitos satisfatórios das práticas médicas há lacunas no tratamento, bem como, choques culturais em diferentes níveis.

32	2012	Implicações dos estudos brasileiros em psiquiatria e espiritualidade	MOREIRA-ALMEIDA, A.	Artigo				Os achados refletem o crescimento de interesse e publicações na área no Brasil e em outros países emergentes. Torna-se necessário avançar os estudos e discussões sobre as relações da espiritualidade com a saúde mental em nosso meio.
33		Relações entre experiências anômalas tipicamente contemporâneas, transtornos mentais e experiências espirituais	MARTINS, L. B. ZANGARI, W.	Artigo	Comparando grupos experimentais e controle, foram utilizados o instrumento diagnóstico	grandes centros urbanos da região sudeste do país,	O grupo experimental E1 reuniu 35 voluntários, o grupo controle C1 reuniu 35. O grupo E2 reuniu 11	Conclusão: Apesar de não terem sido encontradas evidências de transtornos mentais nas amostras investigadas, foram discutidos alguns temas que tocam nas complexas relações entre as experiências investidas e a cultura em que emergem.
34	2012	Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos	OLIVEIRA, M. R JUNGES, J. R	Artigo	método da “bola de neve”, entrevista semiestrutura da e interpretados segundo a análise de conteúdo		2 grupos de profissionais graduados em Psicologia. 5 do CAPS de São Leopoldo, 5 psicólogos de clínicas particulares,	A R/E, quando bem integrada na vida do sujeito, contribui de forma positiva para a sua saúde mental. Com base nos resultados obtidos, é importante salientar que a definição de espiritualidade/religiosidade como “experiência” deve levar em consideração a forma como o sujeito se deixa afetar e como interpreta essas experiências, e o que ela produz enquanto sentido para a sua vida.
35	2012	Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente	MURAKAMI, R. CAMPOS, C. J. G	Artigo	Levantamento bibliográfico no período de 2000-2010			A religião é uma dimensão que pode contribuir positivamente no tratamento do paciente com doença mental, por proporcionar continência emocional e social e ensinamentos de costumes que incentivam a qualidade de vida.

36	2012	Os construtos religiosidade, espiritualidade e saúde mental sob a luz das terapias cognitivo-comportamentais	SILVA, J. A	Dissertação	revisão da literatura nacional e internacional, sob a luz das abordagens teóricas das Terapias Cognitivo-Comportamentais			Os temas tratados por esses artigos abordam associações entre religiosidade, espiritualidade e saúde mental, destacando relações específicas entre quadros de transtornos mentais (transtorno de humor e uso e abuso de álcool), sendo que essas relações em sua grande maioria são apontadas como positivas enquanto preditoras de saúde. Além disso, as publicações levantam pontos sobre o enfrentamento religioso e sua relação com os quadros clínicos e eventos estressantes, sendo que na maioria dos casos foram percebidas associações benéficas dos constructos sobre o manejo do estresse.
37	2012	Mediunidade e experiência religiosa: Trânsito entre religião e saúde mental	ASEVEDO, A. S.	Dissertação	revisão bibliográfica			Este estudo contribui para o entendimento da mediunidade como experiência religiosa que pode caminhar para um bom exercício da saúde mental, visto que sujeitos conseguem elaborar as suas experiências mediúnicas tornam-se elementos de importância vital para o bem estar da coletividade.
38	2012	Igreja e serviço de saúde mental: um estudo das narrativas de Evangélicos, usuários de CAPS	HENRIQUES, H, I, B	Dissertação	tendo como respaldo teórico-metodológico a abordagem da Psicologia Social Discursiva / entrevistas narrativas e uma roda de conversa com	CAPS na cidade de Campina Grande-PB	usuários de CAPS em Campina Grande-PB	A sobrevalorização do caráter terapêutico promovido pela religiosidade quando estes fiéis descrevem, explicam e se remetem as experiências vivenciadas neste campo. Relatos de tais experiências frequentemente são reprimidos pelo discurso psiquiátrico dominante nesses serviços de atenção psicossocial. O discurso religioso é excluído nesses serviços, contrariando o caráter democrático do discurso disseminado pela reforma psiquiátrica. Esta contradição nos leva a proporcionar discussões em torno da relação entre as práticas terapêuticas e as práticas religiosas, à medida que os usuários acabam transitando entre os diferentes serviços, tanto médicos quanto religiosos.
39	2012	Estudo prospectivo sobre o diagnóstico diferencial entre experiências mediúnicas e	MENEZES JÚNIOR, A	Tese	Pesquisa longitudinal com um ano de seguimento	Centros Espíritas de Juiz de Fora/MG	115 sujeitos que apresentavam experiências psicóticas e dissociativas e procuraram	Indivíduos que apresentam experiências psicóticas e dissociativas e buscam auxílio em grupos religiosos são um grupo que necessitam atenção devido ao risco para problemas na saúde mental e qualidade de vida. O potencial efeito protetor do

		transtornos mentais de conteúdo religioso					Centros Espíritas de Juiz de Fora/MG	envolvimento religioso e dos critérios qualitativos precisa ser melhor investigado.
40	2011	Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva	GOMES, A. M. A	Artigo	Revisão de literatura / depressão analisada na moderna psiquiatria, na Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung			As vivências espirituais não podem ser confundidas com os quadros psicopatológicos e nem tratados simplesmente como doenças mentais. Por outro lado, as afecções psicopatológicas não podem ser consideradas vivências espirituais. É isso que discutimos nesta pesquisa em relação à depressão.
41	2011	Religião salugênica e religião patogênica: uma aproximação à luz da psicologia	FARRIS, J. R. SATHLER-ROSA, R.	Artigo	Estudo teórico			A religiosidade pode ser fator de saúde ou não, mas não necessariamente é expressão de insanidade mental. A fé religiosa tem o potencial de trazer serenidade e felicidade autêntica aos humanos e, ademais, pode ser força inspiradora de transformação cultural.
42	2011	Práticas discursivas sobre sexualidade e religião	ANDREA G	Dissertação	Práticas Discursivas / entrevistas em grupo	um CAPS em Recife/PE	sete usuários/as, cinco mulheres e dois homens	O estudo permite concluir que as práticas discursivas das/os entrevistadas/os são potencialmente emancipatórias, pois produzem contra-discursos capazes de desconstruir e negociar com instâncias hegemônicas, como a religião e o modelo biomédico, propondo a ressignificação das suas posições identitárias na sociedade.
43	2010	Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11	MOREIRA-ALMEIDA, A. CARDEÑA, E.	Artigo	Revisão de literatura			Foram propostas algumas características que sugerem a natureza não patológica de uma dada experiência espiritual: ausência de sofrimento, de prejuízo funcional ou ocupacional, compatibilidade com o contexto cultural do paciente, aceitação da experiência por outros, ausência de comorbidades psiquiátricas, controle sobre a experiência e crescimento pessoal ao longo do tempo.

44	2010	Análise da relação entre religiosidade e saúde mental em Usuários do centro de atenção psicossocial I (CAPS I) de Mirinzal-MA no período 2006 – 2010	SOUZA, R. I PEREIRA, J. D. M	Artigo	análise nas fichas de acolhimento, anamneses e prontuários da Instituição	CAPS I de Mirinzal	usuários CAPS I (as) de Mirinzal	Percebeu-se que religiões que estimulam o êxtase religioso e o imaginário foram as que mais apresentaram usuários comprometidos com esta psicose. Já quanto ao estudo de usuários que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, não foi encontrado neste quadro nenhum usuário pertencente às igrejas evangélicas. Fato este como já foi posto acima, possivelmente relacionado com a forte instrução da rejeição aos vícios promovida por estas igrejas.
45	2010	O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica	MOREIRA-ALMEIDA, A.	Artigo	Revisão de literatura			O volume e a qualidade das evidências atualmente disponíveis têm levado a um crescente reconhecimento que espiritualidade se constitui em uma dimensão importante da vida das pessoas em todo o mundo, bem como a constatação de que as práticas e crenças religiosas dos pacientes influenciam o cuidado e a evolução dos problemas de saúde. Essa constatação tem gerado um esforço internacional de integrar a espiritualidade na prática médica.
46	2010	De onde vem minha força: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais	GALIZA, C. J. R. B	Dissertação	Estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa e quantitativa	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil	36 pessoas (familiares de usuários/as), sendo 86,1% composto por mulheres e 13,9% do sexo masculino, com idade variante entre 22 a 65 anos de idade	
47	2010	O sofrimento psíquico grave no contexto da religião protestante pentecostal e neopentecostal: repercussões	MANO, R. P.	Dissertação			estudo de casos com pessoas em crise psíquica grave que estiveram em acompanhamento terapêutico pelo período mínimo de seis meses	Observou-se, que os aspectos do início da relação mãe-bebê e os aspectos ambientais e relacionais junto com o fator religioso contribuíram de forma significativa para o processo de eclosão de crises psíquicas graves. Foi observada também a dimensão da relação familiar no processo de busca de um pai idealizado

48	2009	Espiritualidade & Saúde Mental Importância e impacto da espiritualidade na saúde mental	MOREIRA DE ALMEIDA, A. STROPPA, S.	Artigo	estudo teórico		Estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas apontam, de modo consistente, uma relação positiva entre religiosidade e melhores indicadores de saúde, com ênfase em uma religiosidade intrínseca. Esses benefícios parecem estar relacionados a hábitos de vida, suporte social e capacidade de coping. Investigações adicionais em outras culturas e manifestações religiosas são necessárias, principalmente além do eixo América do Norte – Europa Ocidental.	
49	2009	Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor	MOREIRA DE ALMEIDA, M STROPPA, A	Artigo	Revisão - Foram encontrados 122 artigos publicados entre os anos de 1957 e 2008		O TBH e a R/E possuem intensa e complexa inter-relação. Estudos sobre práticas religiosas saudáveis, espiritualidade e recursos de coping merecem ser ampliados, bem como sua relação com o cumprimento do tratamento e as recorrências da doença, as intervenções psicoterápicas e a psicoeducação de base espiritual.	
50	2009	Saúde mental, cotidiano e religião	SALLES, M. M BARROS, S.	Artigo	Utilizou-se a metodologia de pesquisa qualitativa, apoiada no conceito de Cotidiano da autora Agnes Heller/ Como categoria analítica utilizou-se o conceito de Reabilitação Psicossocial / Análise do discurso	um hospital especializado em psiquiatria no Estado de São Paulo	13 sujeitos com transtorno mental e 09 familiares	Observou-se que a religião é uma atividade realizada frequentemente pelos pacientes e que organiza a vida. Trata-se de um guia em vários aspectos, que estabelece valores e comportamentos e não apenas oferece um espaço de sociabilidade, mas também uma explicação acerca do processo de adoecimento mental. sobre a possibilidade de a religião produzir alienação e passividade, já que a vida é regida pelas leis de Deus.

51	2009	A Influência da Religiosidade do cliente na Saúde Mental e na Prática Clínica da Psicologia	HENNING, M. C. GERONASSO, T. D.	Artigo	revisão de literatura		Dados encontrados apontam tanto para aspectos positivos, quanto para questões negativas da associação da religiosidade com a saúde mental. Positivamente, a mesma é vista quando está associada à promoção de estilos de vida ligados a cuidados maiores com a saúde, no apoio e enfrentamento de situações estressantes. Já negativamente, é vista quando associada a discursos sobre o pecado contribuindo para patologias e culpas. Quanto a prática clínica da Psicologia, a revisão bibliográfica das pesquisas publicadas a respeito deste tema permite observar que existem não apenas estratégias para lidar com o surgimento da religiosidade do cliente no espaço terapêutico, mas também a possibilidade de utilizar a própria religiosidade dos mesmos como recursos que visam atingir objetivos ligados à promoção de saúde
52	2009	Os sentidos da relação entre saúde mental e religiosidade para profissionais de saúde da família em Ilhéus – Bahia	SOUZA, R. C. CALDAS, N. M.	Artigo	pesquisa construcionista-social / grupos focais / análise dos conteúdos emergentes foi feita uma síntese de cada conversa grupal, com identificação dos repertórios interpretativos	quatro áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, em bairros periféricos do município de Ilhéus/BA dois médicos, três enfermeiros e vinte agentes comunitários de saúde (ACS)	Foi notória a complexidade e a ambiguidade dos repertórios utilizados na construção dos sentidos, mas os diálogos produzidos abriram espaços, nas vozes dos participantes, para refletir sobre o cuidado e o compartilhamento, na comunidade, de responsabilidades da pessoa que adocece mentalmente, através das religiões, valorizando assim a descoberta de recursos locais na produção do cuidado. Dos temas abordados, a fluidez dos discursos favoreceu a compreensão do valor de múltiplos saberes com implicações no cotidiano da atenção em saúde mental, favoráveis à inserção social das pessoas e das famílias que convivem com o adoecimento mental. Ao contrário, a tendência de valorizar um discurso em detrimento do outro implicou em reducionismos que comprometem a produção de cuidado e da vida desses sujeitos.

53	2009	Influências da Religião sobre a Saúde Mental	LOTUFO NETO, F. LOTUFO JR., Z. MARTINS, J. C.	Livro			São 06 capítulos tratando de pressupostos teóricos das relações das Influências da Religião sobre a saúde
54	2008	Práticas de cura místico-religiosas, psicoterapia e Subjetividade contemporânea	COSTA-ROSA, A.	Artigo	Foram analisados resultados de uma pesquisa sobre as práticas de cura místico-religiosas	Umbanda, representam do os cultos afro-brasileiros, com claras características as xamânicas; e as Igrejas Pentecostais e Católica Renovadas, representam do os cultos de origem judaico-cristão	A análise estatística revelou que as práticas de cura místico-religiosas são eficazes na solução dos problemas que as procuraram, superando, a curto prazo, a eficácia obtida pelas práticas ambulatoriais. Um dos principais meios da eficácia das práticas de cura místico-religiosas consiste na adição de sentido de vários matizes, com destaque para o sentido radical de teor imaginário, que implica em adesões institucionais do tipo fanático ou ritualístico, em boa parte dos casos. As práticas de cura místico-religiosas parecem funcionar como ortopedias das “doenças” do individualismo contemporâneo, repondo com meios sintônicos aos sintomas alguma funcionalidade da categoria indivíduo.
55	2008	O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso	MENEZES JÚNIOR, A. MOREIRA-ALMEIDA, A.	Artigo	revisão na literatura / examinados 135 artigos identificados em pesquisa no PubMed		Nove critérios de maior concordância entre os pesquisadores que poderiam indicar uma adequada diferenciação entre experiências espirituais e transtornos psicóticos e dissociativos. Critérios propostos na literatura, embora alcançando um consenso expressivo entre diferentes pesquisadores, ainda precisam ser testados empiricamente e direções metodológicas para as futuras pesquisas sobre esse tema são sugeridas.

56	2008	Religião, Psicopatologia e Saúde Mental: Do Coletivo Ao Individual, Fenômeno Sociocultural À Experiência Psicopatológica	DALGALARRO NDO, P.	Cap livro				
57	2008	A Inscrição Do Discurso Do Esquizofrênico No Discurso Religioso	BORBA, P. L.	Artigo	Entrevista em que o paciente se inscreve no discurso da igreja pentecostal / Análise do Discurso de Michel Pêcheux	igreja pentecostal	sujeito psicótico (esquizofrênico) participante da igreja pentecostal	Apesar de haver estabelecimento de referência no discurso do esquizofrênico e essa ser submetida ao interdiscurso, há nesse discurso um efeito de imposição, ao invés de adesão, como ocorre nos discursos dos não-esquizofrênicos.
58	2008	Para além de anjos, loucos ou demônios: Um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais, em um município no interior da Bahia/ Brasil	SILVEIRA, L	Dissertação	Análise Institucional e inspiração na Etnografia	um CAPS no interior da Bahia	quatro usuários com diagnóstico de psicose e filiação religiosa às igrejas pentecostais, seus familiares e equipe técnica do CAPS	Apesar da disputa entre modos de entender e lidar com a loucura, se constatou a existência de uma mesma lógica manicomial que perpassa a instituição religiosa e o CAPS, que produzem subjetividades manicomiais. Assim como se constatou que essas instituições, em alguns casos, se configuram como modos importantes de inclusão social e produção de novos sentidos para a experiência da loucura.
59	2008	Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um	SOEIRO, R. E. COLOMBO, E. S FERREIRA, M.H. F. GUIMARÃES,	Artigo	Estudo transversal que foi realizado nas enfermarias	Hospital das Clínicas da Universidad e Estadual de Campinas	253 pacientes	O presente estudo corrobora a noção de que a religiosidade seja uma dimensão significativa associada à prevalência de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Maior religiosidade pessoal, maior frequência a cultos e a pertença a uma igreja evangélica

		hospital geral universitário	P. S. A. BOTEGA, N. J. DALGALARRO NDO, P					parecem exercer, no contexto sócio-cultural brasileiro, um efeito inibidor sobre o abuso ou a dependência de álcool. A intensidade do envolvimento religioso e diferentes dimensões da religiosidade devem ser investigadas cuidadosamente em estudos futuros sobre a prevalência de transtornos mentais.
--	--	---------------------------------	---	--	--	--	--	---