



Eixo: Política Social e Serviço Social.
Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

A RELEVÂNCIA DAS DIMENSÕES DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DE UM CAPS I

VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHÃES¹
SILVIA CRISTINA ARANTES DE SOUZA²

Resumo: O objetivo do presente estudo é compreender se as dimensões da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) de fato são relevantes para os usuários do Serviço de Saúde Mental. O estudo teve abordagem qualitativa e natureza exploratória. Utilizaram-se revisão de literatura e entrevistas semi-estruturadas com seis usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA, além da análise de conteúdo por categorização temática. Chegou-se a conclusão de que a R/E, na perspectiva dos usuários entrevistados, contribui para ressignificar o sofrimento e a origem do transtorno mental, além de favorecer bem-estar e progresso no contexto da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Religiosidade/Espiritualidade; Integralidade e Saúde; Centro de Atenção Psicossocial I.

Abstract: This study aims to check whether Religiousness/Spirituality (R/S) dimensions are indeed relevant to users of the Mental Health Service. The study had a qualitative and exploratory nature. Literature review and semi-structured interviews with six users of the Psychosocial Care Center (PsCC) I in Cruz das Almas - BA, as well as content analysis by thematic categorization were used. It was concluded that R/S, from the perspective of the users interviewed, contributes to a re-signification of the suffering and origin of the mental disorder, besides favoring well-being and progress in the context of mental health.

Keywords: Mental Health; Religiosity/Spirituality; Integrality and Health; Psychosocial Care Center I.

1 INTRODUÇÃO

A literatura mais recente que relaciona a Saúde Mental com a Religiosidade/Espiritualidade³ (R/E), mais especificamente àquela que emerge a

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal de Sergipe. E-mail: <viniciuspmaga@gmail.com>

² Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

³ A noção de Religiosidade é apresentada por Dalgalarondo (2008), referindo-se ao conceito de Larson, Swyers e McCullough (1998 apud DALGALARRONDO, 2008) como “[...] crenças pessoais, tais como crença em um Deus ou poder superior, assim como crenças e práticas institucionais, como a pertença a denominações religiosas, a frequência a cultos e o compromisso com um sistema doutrinário de uma igreja ou de uma religião organizada” (p. 24). Já a espiritualidade para Eymard Vasconcelos (2006) e Boff (2001), trata-se de uma experiência que extrapola o espaço institucional religioso e está relacionada à transcendência, isto é, uma dimensão que está para além da cotidianidade física da existência. Portanto, nesse trabalho se aderirá à noção de Religiosidade como um sistema de crença pessoal em uma entidade superior

partir dos anos 2000, vem mostrando convergências positivas (PORTO; REIS, 2013). Essa perspectiva recente identifica um impacto positivo da R/E em relação à Saúde Mental, na medida em que essas dimensões contribuem no processo de tratamento e acompanhamento da pessoa com sofrimento mental; superando a clássica ideia de que a Religião seria a neurose obsessiva da humanidade (DALGALARRONDO, 2008; KOENIG, 2007a, 2007b).

Apesar de essa ser uma convergência que vem sendo discutida com frequência, a avaliação que faço é a de que poucas pesquisas consideram a perspectiva dos usuários sobre essa relação. É nesse sentido que se pretende ouvir as impressões dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) específico sobre a relevância da R/E no contexto da Saúde Mental. A R/E é importante para os usuários do CAPS? Qual seu impacto no contexto da Saúde Mental?

O desenvolvimento deste trabalho não possui apenas uma justificativa teórica, mas também uma relevância social. A discussão da interface R/E e Saúde Mental é estratégica, na medida em que possibilita maior atenção no que se refere a humanização, bem como ao fortalecimento do princípio da integralidade do sistema de saúde brasileiro.

A projeção que se faz do impacto que este trabalho pode provocar está relacionada a uma possível atenção mais cuidadosa, por parte de profissionais da saúde mental, às realidades subjetivas e religiosas/espirituais que os usuários demandam. Contribuindo, em última instância, para uma efetiva humanização nos serviços de saúde e saúde mental.

Nesse sentido, com o objetivo de dar centralidade aos relatos de usuários do CAPS I sobre a relevância que eles dão às dimensões da R/E no contexto da Saúde Mental far-se-á uma breve caracterização do perfil dos usuários da instituição pesquisada para em seguida descrever a metodologia utilizada no desenvolvimento deste trabalho. Descrever-se-á também os cuidados éticos que foram observados no processo de coleta de dados para minimizar os riscos da interação com os sujeitos de pesquisa. Em seguida far-se-á a discussão dos

e práticas que se relacionam a uma instituição religiosa, e Espiritualidade enquanto uma crença pessoal a partir de uma síntese subjetiva, sem necessariamente existir relação com alguma instituição religiosa.

dados coletados sem perder de vista o objetivo geral deste trabalho: Compreender a relevância das dimensões da R/E no contexto da Saúde Mental na perspectiva de usuários de um CAPS I.

2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPS I

As informações coletadas para o desenvolvimento deste tópico surgem da minha experiência no campo de estágio curricular do curso de graduação em Serviço Social, que se materializou num relato de experiência publicado numa Revista de Extensão⁴, ano 2016. Portanto, os dados aqui expostos têm a limitação de serem dados coletados até o dia 05 de julho de 2016 (SANTOS; MAGALHÃES, 2016).

Em levantamento feito em 2016 o CAPS I de Cruz das Almas – BA contava com 842 usuários matriculados. Desses, 292 eram usuários ativos, isto é, que continuavam frequentando as atividades e serviços oferecidos pela instituição. A sistematização de dados foi feita com o universo dos 292 usuários ativos, não sendo viável a análise de 842 prontuários no período de coleta das informações. Dos 292 usuários 48,63% são homens, enquanto que 51,36% são mulheres. No que se refere à faixa etária dos usuários, a mais comum é a de 46-60 anos, com 37,32%. Em seguida vêm às faixas de 36-45 anos, com 23,63%; de 26-35 anos, com 18,83%; a de mais de 60 anos, com 11,98%; e a de 18-25 anos, com apenas 5,13%.

Além dessa composição de gênero e de faixa etária dos usuários ativos da instituição fez-se, também, um levantamento dos transtornos mentais (por categoria) mais recorrentes nos usuários e observou-se maior incidência de transtornos relacionados à categoria “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes”, que compreende 72,61% dos usuários ativos da instituição.

⁴ Ver: SANTOS, Tatielle Gomes dos; MAGALHÃES, Vinicius Pinheiro de. O Serviço Social no CAPS I de Cruz das Almas – BA: a necessária interdisciplinaridade para a promoção da cidadania dos usuários. *Revista Extensão*, Vol. XI, n.1, Jan/2017; Cruz das Almas – BA: UFRB/PROEXT, 2016. p. 153-160. Disponível em: <<https://www2.ufrb.edu.br/revistaextensao/index.php/component/content/article/27>> Acesso em: 20 mar. 2017.

Este é o pano de fundo que constitui o universo do perfil dos usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA. Baseando-se nessa realidade descreveremos a metodologia utilizada para a coleta de dados a partir da interação com os sujeitos da pesquisa.

3 PERCURSO METODOLÓGICO E ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa realizada junto aos usuários da instituição de saúde mental teve abordagem qualitativa, além de ter objetivo exploratório por se tratar de um estudo aproximativo, que não tem a pretensão de explicar os determinantes de um fenômeno, mas que pode contribuir para posteriores estudos mais aprofundados sobre a temática (GIL, 1999; LAVILLE; DIONNE, 1999).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 6 usuários ativos do CAPS I de Cruz das Almas – BA. Justificamos a utilização desse instrumento de coleta de dados por se tratar de um recurso que possibilita a captação de realidades subjetivas e não quantificáveis que requerem um cuidado qualitativo (LAVILLE; DIONNE, 1999). Além deste tipo de instrumento permitir, também, maior liberdade no processo de conversação que a entrevista relacionada a esta temática requer (BONI; QUARESMA, 2005). O objetivo das perguntas⁵ do roteiro de entrevista pretendeu identificar categorias genéricas oriundas das falas dos entrevistados que fizessem convergir à interface R/E e Saúde Mental. As indagações construídas com este objetivo pretenderam medir a relevância que os entrevistados dão a R/E no contexto da Saúde Mental.

Optou-se por entrevistar 6 usuários por uma questão de viabilidade, sendo inviável uma quantidade maior no tempo de pesquisa proposto pela instituição universitária à época do desenvolvimento deste trabalho. Os 6 usuários foram escolhidos por sorteio, sendo 2 do sexo masculino e 4 do sexo feminino;

⁵ As indagações do roteiro de entrevista serão baseadas nas seguintes perguntas: Você tem religião, fé ou algum tipo de crença? Em quê você acredita?; O que é religião para você?; Você participa ativamente de alguma instituição religiosa? Qual sua aproximação com instituições religiosas?; O que é saúde para você?; Você acha que a sua saúde ou sofrimento mental tem relação com sua religiosidade, crença ou fé em algo? Por quê?; A religião, crença ou fé em algo é importante para você? Por quê?

respeitando o dado de maior incidência de mulheres na referida instituição. O sorteio foi realizado após seleção, feita por um profissional da instituição, de usuários mais ativos do CAPS I, isto é, os que mais participam das atividades e que mais frequentam as oficinas terapêuticas – esse critério foi importante por conta da facilidade de encontro e disponibilidade dos pacientes.

Ainda como critério de escolha para os 6 entrevistados os usuários sorteados precisavam obedecer a quatro critérios de seleção: 1º Ser capaz de transferência verbal objetiva para realização das entrevistas (também foi avaliado por um profissional da equipe); 2º Morar próximo a instituição, caso fosse necessário entrevistas extra-institucionais – esse critério foi definido levando em consideração a viabilidade da pesquisa, não sendo possível para o pesquisador um deslocamento custoso; 3º Enquadrar-se na amostra dos dados de faixas etárias apresentados por Santos e Magalhães (2016), a saber: 3 usuários com faixa etária entre 46-60 anos, 2 usuários com faixa etária entre 36-45 anos, e 1 usuário com faixa etária de 26-35 anos; e 4º Se enquadrar na amostra dos dados de categorias de transtornos mentais mais recorrentes no CAPS I de Cruz das Almas – BA, também apresentada por Santos e Magalhães (2016), sendo 3 usuários com transtornos relacionados à categoria “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes”, 2 usuários com transtornos relacionados à categoria “Transtornos do humor [afetivos]”, e 1 usuário com transtorno relacionado à categoria “Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos” – Respeitando o dado dos transtornos de maior incidência entre os usuários da instituição. Aqui cabe uma informação referente à exclusão da categoria “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa”. Apesar de esta categoria estar em terceiro lugar na incidência de transtornos entre usuários do CAPS I, optou-se por não entrevistar os que foram diagnosticados com esse tipo de sofrimento mental. Tomei essa decisão em virtude de uma posição ético-política contrária às comunidades terapêuticas contemporâneas que se utilizam de um discurso da dimensão positiva da R/E na Saúde Mental para legitimar uma série de violências aos direitos humanos da pessoa com sofrimento mental (PERRONE, 2014).

Pretendeu-se, ainda, fazer uma análise de conteúdo por categorização temática a partir dos dados coletados nas entrevistas semi-estruturadas, a fim

de “[...] descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objectivo [sic.] analítico escolhido” (BARDIN, 1979, p. 105 apud GOMES, 2009, p. 86-87).

Os aspectos éticos foram resguardados por meio da providência dos seguintes documentos: emissão de carta de autorização de pesquisa (Termo de Anuência), que foi assinado pelo gestor do setor de educação permanente em saúde do município de Cruz das Almas – BA; utilização de Termos de Consentimento Livre – TCL, devidamente assinado pelos responsáveis dos usuários entrevistados, além dos Termos de Assentimento, assinado pelos pacientes. O projeto deste estudo passou pelo Comitê de Ética na Pesquisa da UFRB, que atestou, via relatório, consonância ética com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16.

Os nomes dos entrevistados serão fictícios, a fim de não identificar os sujeitos que colaboraram com informações pessoais para o desenvolvimento desta pesquisa. Serão utilizados os nomes de antigos internos⁶ do Hospital Psiquiátrico – Colônia – de Barbacena/MG, que tiveram suas histórias relatadas no livro investigativo de Daniela Arbex (2013) “Holocausto Brasileiro: Genocídio, 60 mil mortos no maior hospício do Brasil”, como forma de homenagear os loucos que resistiram ao manicômio e aos que morreram em seus porões.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de tratar-se especificamente da análise de conteúdo das entrevistas é necessário apresentar o perfil dos usuários consultados. O quadro abaixo

⁶ Serão utilizados os nomes a seguir para representar os entrevistados: Entrevistado 1 – Antônio da Silva: Interno considerado mudo, porque nunca lhe dirigiram a palavra; Entrevistada 2 – Sueli Resende: Teve a filha tirada de seus braços dentro do hospício; Entrevistada 3 – Conceição Machado: Interna do Colônia que se destacou por sua militância reivindicando tratamento humanizado no maior hospício do Brasil; Entrevistado 4 – José Machado: Condenado a pena de morte (internação no Colônia) ao ser acusado de colocar veneno na bebida de alguém; Entrevistada 5 – Sônia Costa: Interna do Colônia conhecida por sua agressividade em resposta aos maus tratos institucionais e por cobrir a barriga, num período gestacional, de fezes tentando evitar a retirada de seu filho; Entrevistada 6 – Elza Maria do Carmo: Uma das 33 crianças transferidas do Oliveira (Hospital de Neuropsiquiatria Infantil) para o Colônia, que tiveram a infância roubada pelo manicômio (ARBEX, 2013).

apresenta o perfil destes, seguindo uma lógica de amostra dos dados expostos por Santos e Magalhães (2016) referente ao CAPS I de Cruz das Almas - BA:

Quadro 1 – Perfil de usuários entrevistados

Nome	Idade	CID	Religião
Antônio da Silva	32 anos	F206 – Esquizofrenia simples	Evangélico - Igreja Batista
Sueli Resende	50 anos	F32 – Episódios depressivos	Católica sincrética também pertencente à religião Afro
Conceição Machado	54 anos	F29 – Psicose não-orgânica não especificada	Evangélica - Igreja Universal do Reino de Deus
José Machado	36 anos	F078 - Outros transtornos orgânicos da personalidade e do comportamento devidos a doença cerebral, lesão e disfunção	Evangélico - Igreja Assembleia de Deus
Sônia Costa	47 anos	F317 - Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	Evangélica - Igreja Batista
Elza Maria do Carmo	44 anos	F203 – Esquizofrenia indiferenciada	Sem religião

Fonte: Dados obtidos por meio de entrevistas realizadas com usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA.

Neste tópico será feita uma análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os usuários. Fez-se uma leitura vertical das transcrições das entrevistas, a fim de verificar categorias temáticas que homogeneizassem sentidos trazidos pelos usuários. Em seguida foi feita uma leitura horizontal para identificar os trechos específicos que se enquadravam em cada categoria temática, além de separar estes trechos em unidades de sentidos que faziam referência ao tema da categoria.

Em análise de conteúdo das entrevistas constatamos duas categorias temáticas capazes de medir a relevância da R/E no contexto da Saúde Mental na perspectiva dos usuários, a saber: R/E como ressignificadora do sofrimento mental e R/E como fator de progresso e bem-estar no contexto da saúde mental.

As unidades de sentido que compunham a categoria “R/E como ressignificadora do sofrimento mental” são: Origem do transtorno; Transtorno como doença da carne; e Transtorno como uma experiência necessária para evolução. Já as unidades de sentido referentes à categoria “R/E como fator de progresso e bem-estar para a saúde mental” são: Bem-estar relacionado à religião de uma forma geral; Bem-estar relacionado à frequência à igreja; Progresso e bem-estar associado a uma convicção; União da R/E com o

medicamento como fator de bem-estar; e Bem-estar relacionado à prática religiosa.

4.1 R/E como ressignificadora do sofrimento mental

Nessa categoria estão presentes os relatos dos entrevistados que, de alguma forma, dão um novo significado e interpretação ao sofrimento mental utilizando o imaginário religioso para legitimar tal compreensão.

Essa categoria temática apareceu de uma forma bem intensa. A hegemonia da unidade de sentido referente a este tema está associada à origem do transtorno. De 4 entrevistados que apresentaram relatos sobre esta categoria temática 3 deles associaram este tema à origem do transtorno.

Uma característica importante desta unidade de sentido é que todos os relatos associados a ela tinham sentido negativo, isto é, a interpretação que os usuários davam para ressignificar seu transtorno vinha de uma compreensão religiosa negativa:

“Eu só acho que foi coisa de magia negra, de feitiçaria. Depois que eu terminei com ela, ela mandou um rapaz lá... Um rapaz que mora perto da minha casa fazer macumba pra mim... Aí eu comecei ficar assim” – **Antônio da Silva**

“Eu tenho pra mim que foi espiritual, espiritual. Porque quando eu estava em crise eu ouvia muitas vozes, eu ouvia muitas vozes me chamando: ‘Conceição!’ – Quando eu chegava na porta, ninguém, não aparecia ninguém. Às vezes eu estava dormindo, mas eu sentia uma voz forte me chamar que eu levantava, tirava a porta, abria... la ver... Ninguém” – **Conceição Machado**

“Quando é no outro dia a [patroa] insistiu ‘Tu tem de ir pra Lapa comigo’ e eu não queria de jeito nenhum. Ela ‘Você tem que ir, você tem que ir’, fui a pulso. Quando chegou lá disse que eu me bati logo com o santo, com o Jesus da Lapa, daí eu não... Quando eu vim, já não vim mais boa, já vim pelos braços dos outros com as depressões. Porque eu não queria ir, entendeu? Ela me levou a pulso [...] Depois eu comecei a sentir tantos sintomas, depois que eu vim desse Bom Jesus da Lapa” – **Sônia Costa**

A partir dos relatos de Antônio, Conceição e Sônia pode-se chegar à conclusão de que eles creditam responsabilidade a alguma dimensão espiritual que favoreceu o desenvolvimento do sofrimento mental. Portanto, têm uma

compreensão negativa dessa dimensão espiritual. Nesse sentido é necessário que se compreenda quais elementos relacionados à determinada religiosidade e religião têm sido citado mais comumente nos relatos dos entrevistados para que eles legitimem essa dimensão negativa da R/E:

“[...] ela mandou um rapaz lá... Um rapaz que mora perto da minha casa fazer *macumba* pra mim... [...] Meu erro todo foi porque eu andei um tempo na casa de *candomblé*. Aí depois disso... Depois que eu saí de lá... Aí passou um tempo... Eu namorava com essa menina... A gente ficou 7 anos namorando. Depois que eu terminei com ela que eu comecei a ficar assim” – **Antônio da Silva**

“Uns falavam que era *macumba*, coisa e tal [...] Porque eu trabalhei numa casa que a mulher... Assim, participava desses... Parte de *terreiro* esses negócio e aí eu trabalhei com ela um bom tempo [...] Quando é no outro dia a [patroa] insistiu ‘Tu tem de ir pra Lapa comigo’ [...] Quando eu vim, já não vim mais boa, já vim pelos braços dos outros com as depressões” – **Sônia Costa**

É explícita a associação que Antônio e Sônia, ao resignificarem seu sofrimento mental, fazem com as religiões de matriz africana; na medida em que se utilizam de termos próprios a esta espiritualidade, como: macumba, terreiro e candomblé. Conceição Machado não cita diretamente elementos da religiosidade de matriz africana:

“Eu acho que alguma coisa... Tenho certeza, porque tem hora que eu analiso que isso não foi à toa, de repente eu ter essa queda não foi à toa [...] Tenho certeza que foi isso. *Fizeram algo*, eu acho que *fizeram algo*. Porque não só eu já em vários lugares, como outros sempre falaram essas coisas. Os ciganos na rua me dizem a mesma coisa, que nem conhecem, nunca me viram, não conhecem. Me dizem pra mim que foi isso [...] Eu não posso explicar que religião, porque eu não tenho, assim, como... Mas que *algo foi feito, foi* [...] Eu tenho pra mim que foi *espiritual, espiritual*” – **Conceição Machado**

Entretanto, Conceição utiliza frases que inferem algum sentido relacionado àquela espiritualidade: Fizeram algo; algo foi feito; foi espiritual. É muito provável, levando em consideração a vinculação religiosa de Conceição, que estes termos se refiram à “macumba” e aos “trabalhos” realizados pelas religiões de matriz africana⁷.

⁷ Não estou sendo preconceituoso com essa inferência, apenas levo em consideração o vínculo com a instituição religiosa a qual a entrevistada pertence, bem como as características da teologia da IURD que também será discutida neste trabalho.

Analisando o vínculo religioso dos três entrevistados que trataram da unidade de sentido “origem do transtorno” numa perspectiva negativa verificou-se que todos tinham uma religiosidade evangélica. Antônio da Silva passou pela Igreja Universal do Reino de Deus – IURD, mas hoje é Batista; Sônia Costa também é Batista e Conceição Machado faz parte da IURD. Será que a vinculação religiosa desses três usuários determina o imaginário que eles têm de seu sofrimento mental e da religiosidade de matriz africana? Essa pergunta surge pelo fato de que, com exceção de José Machado, as outras duas entrevistadas, Sueli Resende e Elza Maria, a primeira vinculada a uma religiosidade de matriz africana e a segunda sem religião, não tocam no assunto desta unidade de sentido. Será que relacionar a origem do sofrimento mental como algo associado a uma religiosidade de matriz africana é atitude comum na espiritualidade evangélica?

No que se refere ao protagonismo da igreja evangélica na empreitada de associar elementos da religiosidade de matriz africana a algum tipo de mal, Silva (2015), Oro (2015) e Mariano (2015), afirmam ser a espiritualidade evangélica neopentecostal⁸ uma das forças que mais violenta os segmentos das religiões afro-brasileiras. Silva (2015) afirma existir uma “guerra” dos religiosos neopentecostais contra a espiritualidade de matriz africana, além de destacar os fatores que a determinam: “[...] disputa por adeptos de uma mesma origem socioeconômica, o tipo de cruzada proselitista adotada pelas igrejas neopentecostais [...] e [...] o papel que as entidades afro-brasileiras e suas práticas desempenham na estrutura ritual dessas igrejas como afirmação de uma cosmologia maniqueísta⁹” (p.10). Ari Oro (2015) afirma que um dos

⁸ “[Os protestantes pentecostais caracterizam-se] pelo anticatolicismo, por radical sectarismo e ascetismo de rejeição do mundo. No plano teológico, enfatizaram o dom de línguas (glossolalia), seguindo a ênfase doutrinária primitiva dessa religião. [...] [além de] conferirem ênfase teológica à cura divina, seguindo o bem-sucedido movimento de cura propagado nos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial. [Já os neopentecostais] caracterizam-se por enfatizar a guerra espiritual contra o Diabo e seus representantes na terra, por pregar a Teologia da Prosperidade, difusora da crença de que o cristão deve ser próspero, saudável, feliz e vitorioso em seus empreendimentos terrenos, e por rejeitar usos e costumes de santidade pentecostais, tradicionais símbolos de conversão e pertencimento ao pentecostalismo” (MARIANO, 2004, p. 123-124).

⁹ Silva (2015) quando utiliza o termo cosmologia maniqueísta está se referindo à dicotomização realizada pelo movimento neopentecostal quando este assume elementos da religiosidade afro-brasileira classificando-os como “maus”, não levando em consideração a dimensão dialética presente na religiosidade afro.

elementos que alimentam esta “guerra” protagonizada pelos neopentecostais é o caráter “religiofágico” deste movimento, isto é, uma característica do neopentecostalismo de incorporar elementos da religiosidade afro-brasileira mudando sua essencialidade – um exemplo: A demonização dos Orixás nos cultos neopentecostais (Exu, Pomba-Gira e Tranca-Rua). Mariano (2015), por sua vez, afirma existir no movimento pentecostal uma estratégia de evangelização por meio da “guerra” ou “combate” aos demônios; estes associados às religiões de matriz africana. Tanto Silva (2015) como Oro (2015) concordam com o fato de que essa perspectiva de “guerra espiritual” é produzida pela IURD; uma instituição religiosa precursora do movimento neopentecostal com grande poder midiático-televisivo.

Nesse sentido, tendo em vista a religiosidade de Antônio, Sônia e Conceição, vinculados a uma espiritualidade pentecostal e neopentecostal, é possível inferir uma relação estreita da R/E dos mesmos com a unidade de sentido referente à origem do transtorno; na medida em que existe uma possível influência da R/E na compreensão de que o transtorno está associado a uma prática das religiões de matriz africana; o que em última instância pode gerar sérios problemas de violência e racismo religioso protagonizados por usuários com as mesmas concepções.

Outras duas unidades de sentido apareceram no relato de uma usuária entrevistada, a saber: Transtorno como doença da carne e Transtorno como uma experiência necessária para evolução. Sueli Resende, usuária que manifesta ter uma espiritualidade afro-brasileira, apresenta em seus relatos duas unidades de sentido que ressignificam o sofrimento mental vivenciado por ela. Quando afirma

“Influencia, porque me ajudou [...] a botar dentro de mim que eu não estou doente, quem está doente é a carne, o espírito é saudável. Ele botou assim... Porque eu tenho problema de coração, médico disse... Mas botou na minha mente que eu não sou doente, eu sou uma pessoa saudável, Deus me fez saudável, doente é a carne” – **Sueli Resende**

Sueli reforça um ideal da luta antimanicomial de que a pessoa com sofrimento mental é mais do que um organismo biológico enfermo. O emblemático dessa concepção de Sueli é que este tipo de autoaceitação foi influenciado pelo Deus de sua fé: “[...] porque me ajudou [...] a botar dentro de

mim que eu não estou doente [...] botou na minha mente que eu não sou doente [...] Deus me fez saudável”. A espiritualidade de Sueli contribui para a sua autoaceitação na perspectiva antimanicomial de se conceber enquanto uma pessoa maior que a doença, a enfermidade e o sofrimento mental.

A outra unidade de sentido relatada por Sueli é a compreensão do Transtorno mental como uma experiência necessária para evolução: “Eu tenho que passar por esse processo para evoluir espiritualmente, quer dizer, eu penso assim” – Sueli Resende. A entrevistada ressignifica seu sofrimento mental a partir de seu imaginário religioso que a faz ser resiliente na vivência da experiência do transtorno. O sofrimento mental para Sueli é um caminho necessário para alcançar um objetivo espiritual: A evolução.

Nos demais entrevistados que manifestaram relatos associados a esta categoria temática o sofrimento mental é um “mal” promovido por algo ou alguém. Entretanto, na perspectiva de Sueli Resende o sofrimento mental é um caminho para a evolução espiritual, portanto não necessariamente é um “mal”.

Tendo em vista os relatos referentes à ressignificação do transtorno mental chega-se a conclusão de que o sentido da ressignificação do transtorno muda de acordo com a R/E específica de cada usuário entrevistado. Tendo essas entrevistas como exemplo podemos inferir que: Pessoas com sofrimento mental vinculadas a uma religiosidade evangélica (neo)pentecostal afirmam ser o sofrimento mental fruto de uma retaliação espiritual feita por alguém associado a uma espiritualidade de matriz africana; já as pessoas com sofrimento mental vinculadas a uma religiosidade afro tendem a aceitar o transtorno mental como parte de um caminho para a evolução espiritual. Essas unidades de sentidos positivas e negativas, referentes à categoria “Ressignificação do Transtorno”, portanto, devem ser levadas em consideração pelos profissionais da saúde mental.

4.2 R/E como fator de progresso e bem-estar no contexto da saúde mental

Nesta categoria temática serão expostos os relatos dos entrevistados que associam fatores da R/E como determinantes para algum tipo de “bem-estar” ou “melhora”. As unidades de sentido que compõem esta categoria são diversas: Bem-estar relacionado à religião de uma forma geral; bem-estar relacionado à frequência à igreja; progresso e bem-estar associado a uma convicção; união da R/E com o medicamento como fator de bem-estar; e bem-estar e progresso relacionado à prática religiosa.

A maior parte dos entrevistados afirmou que a religião, de uma forma geral, contribui positivamente para seu bem-estar:

“Minha religião só me faz bem!” – **Antônio da Silva**

“Não, a religião só fez me melhorar!” – **Sueli Resende**

“Então hoje eu estou me sentindo muito bem. Assim... Encontrei uma religião, então segui essa religião” – **Conceição Machado**

“Eu achei que eu fiquei mais melhor do que eu tive o AVC... Também os irmãos da igreja, o pastor, os pastores o que podem fazer comigo fazem, então abaixo de Deus também eu gosto muito da igreja evangélica. Eu me sinto bem, minha saúde restaurou. Abaixo de Deus também juntou uma coisa com outra do CAPS e da Igreja também” – **José Machado**

Os relatos expostos além de afirmar a associação positiva entre R/E e Saúde Mental na perspectiva dos usuários, também evidenciam o nível de vinculação religiosa dos mesmos. Existe uma relevância clara na associação de alguns elementos quando se observa a repetição de alguns termos na fala dos entrevistados: “Bem”; “melhor(ar)”; “religião”; “igreja”. Estes termos, devolvidos aos seus respectivos contextos, são capazes de qualificar a relação que existe entre a religião de uma forma geral com a Saúde Mental. Os relatos não tratam de uma parte da religião ou de ações pontuais da religião como benéficas para a Saúde Mental. Ao contrário os relatos afirmam que a religião no seu significado mais amplo favorece positivamente o bem-estar; que no contexto da entrevista está relacionado à Saúde Mental.

Outro elemento desta categoria temática que merece atenção é o fato de que, nos relatos dos entrevistados, o progresso e o bem-estar associados à Saúde Mental estão relacionados, também, à frequência à igreja:

“Depois que eu comecei ir para a igreja fui me libertando mais. Fui na Universal... Fui buscando... Fui em outras igrejas buscando... Aí fui melhorando” – **Antônio da Silva**

“Mas aí depois que eu comecei ir... Frequentar igreja [...]; isso está me ajudando muito, graças a Deus” – **Conceição Machado**

“No dia em que eu vou pra igreja eu me preencho mais” – **José Machado**

“O que me chamava atenção é que eu me sentia melhor. Me sentia bem lá [na época em que era da IURD], me sentia bem. [...] Bem, bem... Levantava cedo... Levantava cedo. Era... Tinha a minha hora assim... De disposição de fazer minhas coisas” – **Elza Maria do Carmo**

A frequência à igreja nos relatos dos entrevistados é um fator de progresso: “[...] fui me libertando mais [...] fui melhorando”; “[...] isso está me ajudando muito”. A assiduidade à igreja é compreendida pela maioria dos usuários entrevistados quase como um tratamento alternativo, na medida em que utilizam termos que dizem respeito ao “progresso na saúde”, mas que fazem referência à frequência a alguma instituição religiosa e não a um tratamento convencional.

Além disso, a periodicidade na igreja também é um fator de bem-estar, conforme os usuários afirmam: “[...] me preencho mais”; “[...] me sentia melhor [...] me sentia bem”. Estes termos estão intrinsecamente relacionados à frequência às instituições religiosas. Aqui cabe a proposta de uma reflexão sobre o estímulo, por parte de profissionais da saúde, à frequência às instituições religiosas. Ora, se na perspectiva dos usuários a assiduidade religiosa é um dos fatores de bem-estar, por que não encorajá-los nesse sentido; na medida em que demonstrarem algum tipo de vinculação religiosa? Não são abordagens como essas que caracterizam uma prática integral em saúde?

Outra unidade de sentido que traduz um dos significados desta categoria temática é o progresso e bem-estar associado a uma convicção. Nesta unidade de sentido Antônio da Silva, Sônia Costa e Elza Maria fazem declarações que expressam suas convicções:

“Foi Deus que fez todas as coisas. Só Ele pode tratar...” – **Antônio da Silva**

“Eu creio que o sangue do cordeiro já me curou e vai me curar mais ainda. Que é o sangue de Jesus Cristo” – **Sônia Costa**

“A gente se sentir bem mesmo é quando a gente está com Deus” –
Elza Maria

Estes relatos evidenciam 3 sub-unidades de sentido: Legitimidade de tratamento do sofrimento mental – Antônio da Silva; Processo de cura – Sônia Costa; e Pré-requisito para o bem-estar – Elza Maria. Antônio tem plena convicção de que apenas Deus pode tratar o sofrimento mental. Essa declaração é problemática na medida em que é exclusivista e não complementar, isto é, quando se afirma a exclusividade de um tratamento (espiritual), se exclui a possibilidade de outro (convencional). Essa concepção pode favorecer comportamentos que não aceitam o uso da medicação – tudo isso “em nome de Jesus”.

Na convicção de Sônia, entretanto, interpretamos que faz referência a um “processo de cura” legitimado por seu imaginário religioso. Essa perspectiva dá menos exclusividade ao “tratamento espiritual”, pois compreende que a “cura” é processual. “Ora, se é necessário que Jesus me cure mais ainda não estou plenamente curado. Portanto preciso continuar o tratamento” – Reflexão minha.

Na declaração de Elza não encontramos elementos que dizem respeito à legitimidade de um tratamento em detrimento de outro, muito menos algo relacionado à cura. Elza tem apenas a convicção de que “estar com Deus” é um fator determinante para o bem-estar. Esses três relatos mostram um exemplo claro de convicções que precisam ser desconstruídas ou alimentadas de acordo com a especificidade de cada usuário dos serviços de Saúde Mental.

Uma outra unidade de sentido aparece nos relatos dos usuários entrevistados nesta categoria temática: União da R/E com o medicamento como fator de bem-estar. Esta unidade de sentido faz uma relação direta entre a R/E e os medicamentos, fé e tratamento, e religião e ciência. As entrevistadas Sueli Resende e Conceição Machado conseguem fazer uma síntese no que se refere a esta relação: “A fé e os medicamentos me fizeram amar” – Sueli Resende; “Graças a Deus e aos medicamentos que eu tomava e continuo tomando, graças a Deus, me acendeu a chama” – Conceição Machado. Os termos: “A fé e os medicamentos” e “Graças a Deus e aos medicamentos” são exemplos claros da associação que as usuárias fazem desses elementos. Elas não só fazem uma

associação como colocam essas dimensões em diálogo como possibilidade de convergência entre espiritualidade e ciência. Os resultados dessa associação são emblemáticos e poéticos: “[...] me fizeram amar” e “[...] me acendeu a chama”. Por que essa síntese é tão difícil de ser alcançada pela ciência convencional? Como se pode observar o desafio é dar legitimidade ao que é legítimo para os usuários. Um primeiro passo nessa direção é identificar a síntese que eles fazem dessas dimensões.

A última unidade de sentido verificada nos relatos dos usuários trata do bem-estar e progresso relacionado à prática religiosa. Essa unidade de sentido apareceu apenas no relato de Conceição Machado, quando afirma:

“Muitas vezes eu... O pai nosso saía, fazia uma oração e saía, mas hoje eu me concentro mais... Eu fazer uma oração. Então eu acho que a parte espiritual [...] Está me ajudando muito, muito mesmo [...] Mas aí depois que eu comecei ir... Frequentar igreja, ler a bíblia, fazer minhas orações... Toda madrugada fazia minhas orações; isso está me ajudando muito, graças a Deus” – **Conceição Machado**

A prática religiosa também tem sido evidenciada como um fator promotor de bem-estar e progresso no contexto da Saúde Mental. As atividades como “ler a bíblia” e fazer “orações”, na perspectiva de Conceição Machado, a “ajudam”, auxiliam, contribuem de forma significativa no contexto de seu sofrimento mental. Ou seja, o bem-estar e o progresso, no que se refere à Saúde Mental, não se relacionam apenas com fatores externos como ir à igreja e frequentar a instituição religiosa, mas também estão relacionados a práticas subjetivas como a leitura da bíblia e fazer orações.

Portanto, todas essas unidades de sentidos desenham um mosaico que direciona para o fato de que a R/E contribui positivamente para o progresso e bem-estar no contexto da Saúde Mental na perspectiva dos usuários entrevistados. Esse resultado tem estreita relação com o que Koenig (2007a) e Dalgalarrodo (2008) atestam sobre a relação da R/E com a Saúde Mental. Esses autores fortalecem a tese de que a R/E pode ser positiva para a Saúde Mental, a partir de análise dos resultados de relevantes estudos científicos. Nesse sentido encerramos este tópico com a seguinte citação de Koenig (2007a):

Infelizmente, há muito sobre a relação entre religião e doença de psicótico que permanece desconhecido, apontando a necessidade de mais pesquisas. Porém, o que já se conhece justifica ao menos alguns passos cautelosos adiante. Colher uma cuidadosa história espiritual, apoiar o envolvimento religioso não-psicótico e considerar intervenções de grupos espiritualmente fundamentadas para pacientes que tenham essa inclinação parecem ser os próximos passos razoáveis (p. 103).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A R/E não só tem uma relação intrínseca com a Saúde Mental como também tem uma relevância muito significativa para os usuários dos serviços. O que impede as equipes de saúde e saúde mental de se abrirem para o conhecimento das especificidades da R/E para melhor atenderem os usuários dos serviços de Saúde Mental? A R/E, tendo em vista tudo o que foi discutido neste trabalho, não é uma variável importante para conhecer as especificidades do sofrimento mental dos usuários dos serviços da Saúde Mental? A falta de discussão desta temática, como bem tratada por Eymard Vasconcelos (2006), favorece segmentos religiosos conservadores de profissionais da saúde que desenvolvem práticas proselitistas nos espaços profissionais, na medida em que não se problematiza a dimensão dos aspectos religiosos dos usuários num Estado laico, mas não “laicista”.

Na direção desta discussão entendo que este trabalho pode contribuir para o fortalecimento de um paradigma que ainda está em construção, mas que já mostra sinais de força ao colocar em xeque a supremacia do saber técnico-científico que deu legitimidade à forma de tratamento das pessoas com sofrimento mental. Este trabalho pode contribuir no encorajamento de aproximações menos preconceituosas da realidade subjetiva dos usuários das políticas sociais; na medida em que a expectativa é que se leve em consideração as dimensões da Religiosidade/Espiritualidade como um dado da realidade que interfere tanto nas condições materiais como nas condições de saúde da população usuária das políticas sociais. Não precisa ser religioso para atestar o fato de que levar em consideração as dimensões da R/E é relevante no contexto da saúde e da saúde mental.

REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração editorial, 2013.

BOFF, Leonardo. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Em Tese*, v. 2, n. 1 (3), p. 68-80, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>> Acesso em: 05 jul. 2017.

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

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p. 79-108.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007a, v.34, supl 1; p. 95-104. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700013> Acesso em: 16 set. 2016.

_____. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, supl 1, p. 5-7, 2007b. Disponível em: <http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/K_autores/KOENIG_Harold_tit_Religio_Espiritualidade_psiquiatria.pdf> Acesso em: 21 jun. 2017.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. *A construção do saber*. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MARIANO, Ricardo. Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. *Revista Estudos Avançados*, v. 18, n. 52, p. 121-138, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n52/a10v1852.pdf>> Acesso em: 18 jul. 2017.

_____. Pentecostais em ação: A demonização dos cultos afro-brasileiros. In: SILVA, Vagner Gonçalves da. *Intolerância religiosa: Impactos do neopentecostalismo no campo religioso afro-brasileiro*. São Paulo: Edusp, 2015.

ORO, Ari Pedro. Intolerância religiosa lurdiana e reações afro no Rio Grande do Sul. In: SILVA, Vagner Gonçalves da (org). *Intolerância religiosa: Impactos do neopentecostalismo no campo religioso afro-brasileiro*. São Paulo: Edusp, 2015.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00569.pdf>> Acesso em: 15 marc. 2017.

PORTO, Priscila Nunes; REIS, Helca Francioli Teixeira. Religiosidade e Saúde Mental: um estudo de revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.37, n.2, p.375-393, 2013. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/234>> Acesso em: 16 set. 2016.

SANTOS, Tatiele Gomes dos; MAGALHÃES, Vinicius Pinheiro de. O Serviço Social no CAPSI de Cruz das Almas – BA: a necessária interdisciplinaridade para a promoção da cidadania dos usuários. *Revista Extensão*, v. 9, n.1, jan.2017; Cruz das Almas – BA: UFRB/PROEXT, 2016. p. 153-160. Disponível em: <<https://www2.ufrb.edu.br/revistaextensao/index.php/component/content/article/27>> Acesso em: 20 mar. 2017.

SILVA, Vagner Gonçalves da. Prefácio ou notícias de uma guerra nada particular: Os ataques neopentecostais às religiões afro-brasileiras e aos símbolos da Herança Africana no Brasil. In: _____ (org). *Intolerância religiosa: Impactos do neopentecostalismo no campo religioso afro-brasileiro*. São Paulo: Edusp, 2015.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: _____ (org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 13-153.