

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHÃES

LOUCURA DA FÉ:

A relevância das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) no contexto da Saúde
Mental na perspectiva de usuários do CAPS I de Cruz das Almas - BA

CACHOEIRA

2017

VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHÃES

LOUCURA DA FÉ:

A relevância das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) no contexto da Saúde Mental na perspectiva de usuários do CAPS I de Cruz das Almas - BA

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Msc. Silvia Cristina Arantes de Souza.

CACHOEIRA

2017

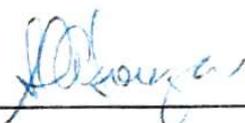
VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHÃES

LOUCURA DA FÉ:

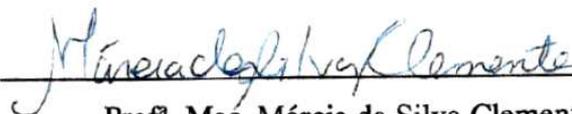
A relevância das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) no contexto da Saúde Mental na perspectiva de usuários do CAPS I de Cruz das Almas - BA

Cachoeira/BA, aprovado em 15/09/17.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Msc. Silvia Cristina Arantes de Souza
(Orientadora – UFRB)



Prof^ª. Msc. Márcia da Silva Clemente
(Membro Interno – UFRB)



Prof^ª. Dr^ª. Valéria dos Santos Noronha
(Membro Externo – UFBA)

Ao meu irmão Lauro Gomes.
Ao Pr. Pereira, emblema deste trabalho.
Aos usuários protagonistas desta história.

AGRADECIMENTOS

Agradecer a Deus na primeira linha dos agradecimentos de um Trabalho de Conclusão de Curso é clichê. Sempre fugi dos clichês; este trabalho que o diga.

Agradecimento é direcionado a quem existe. Deus não existe. Deus é. Um agradecimento na direção da não-existência é loucura. Pensando bem, levando em consideração este tema, até que não é má ideia. Sou grato, Deus! E sou louco!

Jung disse que somos habitados por muita gente. Essa produção, portanto, é resultado de muitas mãos que somadas as minhas direcionavam minha individuação na pesquisa.

Sou grato a minha família: Mãe, irmãos, tios e primos; que me emprestaram um nome e uma estrutura para fazer o que fiz.

Agradeço aos amigos que sempre superdimensionaram meu potencial, me ensoberbeciam e me tiravam do chão da mediocridade.

Agradeço a Queila, companheira do caminho, que se fez poesia estimulando os *insights* no desenvolvimento desta pesquisa.

Sou grato a UFRB, uma instituição que me acolheu desde os 15 anos para um estágio do ensino médio no PARFOR.

Agradeço aos mestres do PARFOR que imprimiram Paulo Freire em mim. Impossível descrever a importância desta equipe em minha vida intelectual e existencial. Saúdo os (as) amigos (as) Neilton da Silva; Fabiana Braga; Tatiana Lima; Rosana Almassy; Fátima Aparecida e Rita Chagas em nome de todos os professores, cursistas e técnicos que passaram pelo Programa.

Agradeço aos mestres da graduação que me inspiraram a ser gente que luta por aquilo em que acredita. Todos vocês foram importantíssimos em minha formação. Saúdo as mestras Márcia Clemente e Valéria Noronha representando toda essa equipe de docentes.

Sou ternamente grato a amiga e professora Silvia Arantes pela paciência, compromisso, ética, e provocações que sempre me abriam horizontes nos processos de orientação.

Agradeço a toda equipe do CAPS I de Cruz das Almas/BA na pessoa de Aline Caldas, que foi um anjo nas soluções de todas as demandas relacionadas a esta pesquisa.

Sou grato aos usuários que cederam suas histórias de vida e sofrimento para fazer parte deste modesto trabalho de TCC.

Enfim, sou grato a você que lerá este trabalho e, aberto (a) às provocações do mesmo, contribuirá para que as dimensões subjetivas e sutis façam parte da nossa pauta de investigação na prática profissional.

ÚNICO

O único assunto é Deus
o único problema é Deus
o único enigma é Deus
o único possível é Deus
o único impossível é Deus
o único absurdo é Deus
o único culpado é Deus
e o resto é alucinação.

Carlos Drummond de Andrade

In: ANDRADE, 2012, p. 64

RESUMO

O presente trabalho, “Loucura da fé: a relevância das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) no contexto da saúde mental na perspectiva de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA” pretende verificar qual a importância que usuários de uma instituição de saúde mental dão a Religiosidade/Espiritualidade na atenção para com o sofrimento psíquico. O caminho epistemológico proposto para alcançar tal objetivo pode ser explicado a partir da exposição dos objetivos específicos deste trabalho. Partiu-se do entendimento do processo de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira particularizando o lugar dos usuários, para em seguida apreender a relação das experiências psiquiátricas reformistas com a interdisciplinaridade e a integralidade em saúde. Por fim compreenderam-se os sentidos da integralidade em saúde e sua aproximação com a espiritualidade, bem como a relação desta última com a saúde mental. Esse movimento epistemológico é que vai dar a legitimidade introdutória para a realização da pesquisa empírica no CAPS I de Cruz das Almas – BA; relacionando de alguma forma os temas a seguir: os usuários – experiências psiquiátricas reformistas – integralidade em saúde – espiritualidade – saúde mental – R/E no CAPS I de Cruz das Almas. 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. Quanto aos instrumentos necessários para a coleta de dados foram utilizados: revisão de literatura; análise de dados secundários referentes ao CAPS I de Cruz das Almas – BA; e entrevistas semi-estruturadas com seis usuários da instituição. Como instrumentos de interpretação de dados das entrevistas foram utilizados a análise frequencial e a análise de conteúdo. Concluiu-se, a partir deste estudo, que as dimensões da R/E são extremamente relevantes para os usuários entrevistados, na medida em que fizeram presença significativa nos relatos espontâneos constatados pela análise frequencial e por influenciarem um processo de resignificação do sofrimento mental; contribuirão para o progresso e bem-estar no contexto da saúde mental; e ainda por promoverem a ampliação da noção de saúde.

Palavras-chave: Saúde Mental. Integralidade em Saúde. Religiosidade/Espiritualidade.

ABSTRACT

The present paper, "Madness of Faith: the relevance of Religiosity/Spirituality (R/S) dimensions in mental health care from CAPS I – Cruz das Almas – BA users perspective" intends to verify the importance users of a mental health institution attach to "Religiosity" in psychic suffering care. The epistemological way proposed to reach such goal can be explained through the exposition of the specific objectives of this paper. It was first discussed the understanding of the formation process of Brazilian Psychiatric Reform particularizing the place of the users to, next, discuss the relation of the reformist psychiatric experiences with interdisciplinarity and integrality in health. Last, the senses of integrality in health and its approach to spirituality, as well as its relation with mental health were comprehended. This epistemological movement will bring the introductory legitimacy to the realization of the empirical research in Caps I (Center for Psychosocial Care) Cruz das Almas-Ba, relating somehow the following themes: the users – the reformist psychiatrist experiences – integrality in health –spirituality – mental health - R/S in CAPS I Cruz das Almas. The research carried out along with the users of the mental health institution had a qualitative approach, besides having an exploratory objective as it deals with an approximate study. In what regards to instruments necessary to data collection: literature review; analysis of secondary data related to CAPS I Cruz das Almas – BA; and semi-structured interviews with six users of the institution were used. As instruments of interview data interpretation, frequency analysis and content analysis were used. Through this study, it was concluded that the dimensions of R/S are extremely relevant to the interviewed users, as they had a significant presence in the spontaneous reports verified by the frequency analysis and as they influenced a resignification process of mental suffering; they contributed to the progress and well-being in the mental health context and also promoted the extension of health notion.

Keywords: Mental Health. Integrality in Health. Religiosity/Spirituality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI – Associação Brasileira de Imprensa
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIH – Autorização de internação hospitalar
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BA – Bahia
BDENF – Base de dados de enfermagem
CAHL – Centro de Artes, Humanidades e Letras
CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial I
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CID – Código Internacional de Doenças
CNBB – Conferencia Nacional Dos Bispos do Brasil
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CRE – *Coping* religioso-espiritual
CSM – Centros de Saúde Mental
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
EPS – Educação popular em saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FETAG – Federações de Trabalhadores na Agricultura
FHC – Fernando Henrique Cardoso
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE – Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MG – Minas Gerais
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PI – Prece intercessória
PL – Projeto de Lei
PNH – Política Nacional de Humanização
PROEXT – Pró-Reitoria de Extensão
R/E – Religiosidade/Espiritualidade
RS – Rio Grande do Sul
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SCIELO – Scientific Electronic Library Online
SES – Secretarias Estaduais de Saúde
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SM – Saúde Mental
SNS – Secretaria Nacional de Saúde
SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho
SP – São Paulo
SUDS – Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SWBS – Escala de bem-estar espiritual
TA – Terapia alternativa
TBH – Transtorno Bipolar de Humor
TCL – Termos de Consentimento Livre
UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E INTEGRALIDADE EM SAÚDE MENTAL	18
2.1 Denúncia ao modelo manicomial hospitalocêntrico	18
2.2 Processos de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira	25
2.3 Integralidade e interdisciplinaridade na Saúde Mental: Herdeiras de experiências de Reformas Psiquiátricas	35
3 SAÚDE MENTAL E RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE: A RELAÇÃO COM A INTEGRALIDADE EM SAÚDE	46
3.1 Os sentidos da integralidade e atenção holística em saúde: A aproximação com a espiritualidade	46
3.2 Saúde Mental e Religiosidade/Espiritualidade	56
4 A R/E NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DO CAPS I DE CRUZ DAS ALMAS – BA: A RELEVÂNCIA (IM)PROVÁVEL	70
4.1 Caracterização do perfil dos usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA	70
4.2 Metodologia	72
4.3 Aspectos éticos	74
4.4 “Porque a boca fala do que está cheio o coração” : Uma análise frequencial	75
4.5 “Deus escolheu as coisas loucas deste mundo para confundir as sábias”: Análise de conteúdo das entrevistas	81
4.5.1 R/E como ressignificadora do sofrimento mental	82
4.5.2 R/E como fator de progresso e bem-estar no contexto da saúde mental	86
4.5.3 Noção ampliada de saúde e a estreita relação com a R/E	90
5 CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, “Loucura da fé: a relevância das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) no contexto da saúde mental na perspectiva de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA” pretende verificar qual a importância que usuários de uma instituição de saúde mental dão a Religiosidade/Espiritualidade na atenção para com o sofrimento psíquico. Os usuários da referida instituição acreditam que a R/E é positiva ou negativa para a atenção em saúde mental? Quais os significados e sentidos que os usuários dão a essas dimensões na sua relação com a saúde mental? Em última instância a problemática que norteia o desenvolvimento deste trabalho é: Qual a relevância das dimensões da R/E no contexto da saúde mental na perspectiva de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA?

Antes de expor o caminho epistemológico proposto para alcançar tal objetivo faz-se necessária a apresentação da tripla relevância que perpassa essa temática; a saber: relevância pessoal, teórica e social. A justificativa pessoal para discussão desse tema está relacionada a minha experiência de estágio curricular do curso de graduação em Serviço Social que foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) do município de Cruz das Almas – BA. Dentre outras questões que me chamaram atenção no estágio, o fato da religiosidade e do discurso religioso ser um elemento explícito entre usuários da instituição me pareceu algo muito atrativo. Não é senso comum afirmar que o brasileiro de uma forma geral é religioso, logo essa religiosidade se manifesta também nos espaços institucionais. Mas o que me atraía na minha experiência de estágio era a utilização do imaginário religioso, por parte dos usuários, para a ressignificação do sofrimento mental. Minha primeira curiosidade científica foi tentar compreender, a partir da minha experiência de estágio, se essas pessoas eram de fato religiosas e se sua religiosidade influenciava de alguma forma (positiva ou negativamente) o sofrimento mental.

Na mesma direção de minha curiosidade científica a literatura, como pretendo mostrar no segundo capítulo depois da introdução, das últimas décadas – mais especificamente início dos anos 2000 – tem revelado uma relação peculiar entre a Religiosidade/Espiritualidade e a saúde mental; evidenciando a relevância teórica dessa discussão temática. Trata-se de um rompimento com uma linha de pensamento que relacionava a religiosidade como um dos possíveis determinantes para o desencadeamento de transtornos mentais. O novo paradigma enxerga na R/E alguns elementos positivos que auxiliam o tratamento e o acompanhamento

da pessoa com sofrimento mental. Entretanto, essa corrente de pensamento, como afirmam alguns pesquisadores, precisa de um maior quantitativo de pesquisas com rigor metodológico criterioso, a fim de legitimar a dimensão da R/E como uma realidade que não deve ser negligenciada pelos profissionais da saúde e da saúde mental (DALGALARRONDO, 2008; KOENIG, 2007a). Ademais, todas as pesquisas sobre a temática, consultadas para o desenvolvimento deste trabalho, baseiam-se na perspectiva de profissionais e/ou familiares sobre a relevância da R/E no enfrentamento do sofrimento mental. O que se quer com o presente trabalho é dar centralidade à realidade subjetiva dos usuários dos serviços de saúde mental. É nesse sentido que se pretende ouvir as impressões dos próprios usuários a respeito da relação entre R/E e atenção em saúde mental.

O desenvolvimento desta temática não possui apenas justificativas pessoal e teórica, mas também uma relevância social. A construção de uma Política Nacional de Humanização – PNH do Sistema Único de Saúde – SUS caminhou no sentido de combater as inúmeras violências institucionais cometidas aos usuários dos serviços de saúde e de valorizar as realidades subjetivas dos mesmos. Os sentidos do princípio da integralidade em saúde, muito relacionados à proposta de humanização dos serviços do SUS, também sugerem uma atenção ampla, que não a exclusivamente biológica, direcionada aos usuários dos serviços de saúde. Tanto a PNH como a perspectiva de integralidade propõem uma atenção ao contexto social, familiar, cultural e subjetivo ao qual o usuário está submetido, para que os serviços de saúde, adequados às condições supracitadas, sejam efetivamente humanos (BRASIL, 2004c; MATTOS, 2009). Nessa perspectiva é que a discussão da R/E neste trabalho, na sua relação com a saúde mental, está ancorada; na medida em que a proposta de estender a atenção médica às dimensões religiosas e espirituais de usuários dos serviços de saúde está profundamente relacionada ao fortalecimento da política de humanização bem como aos sentidos do princípio de integralidade do SUS.

O caminho epistemológico proposto para alcançar o objetivo geral de compreender a relevância que os usuários do CAPS I dão as dimensões da R/E pode ser explicado a partir da exposição dos objetivos específicos deste trabalho. Partiremos do entendimento do processo de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira particularizando o lugar dos usuários, para em seguida apreendermos a relação das experiências psiquiátricas reformistas com a interdisciplinaridade e a integralidade em saúde. Por fim compreenderemos os sentidos da integralidade em saúde e sua aproximação com a espiritualidade, bem como a relação desta última com a saúde mental. Esse movimento epistemológico é quem vai dar a legitimidade introdutória para a realização da pesquisa empírica no CAPS I de Cruz das Almas – BA;

relacionando de alguma forma os temas a seguir: os usuários – experiências psiquiátricas reformistas – integralidade em saúde – espiritualidade – saúde mental – R/E no CAPS I de Cruz das Almas.

A pesquisa realizada junto aos usuários da instituição de saúde mental terá abordagem qualitativa em virtude do objetivo de captação de uma realidade subjetiva, isto é, que não pode ser expressa ou medida quantitativamente. 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).

Quanto aos instrumentos necessários para a coleta de dados foram utilizados: revisão de literatura (recorrendo a livros relacionados às áreas de saúde, saúde mental e religiosidade/espiritualidade; além de artigos científicos de periódicos e revistas avaliadas com conceito superior¹ a Qualis B3² pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES; documentos oficiais e legislações referentes à Saúde e Saúde Mental no Brasil); análise de dados secundários referentes ao CAPS I de Cruz das Almas – BA³; e entrevistas semi-estruturadas.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (Roteiro de Entrevista APÊNDICE A) 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 roteiro de entrevista foi dividido em duas partes. Na primeira parte as

¹ Esse nível de seletividade de artigos científicos de periódicos e revistas, que será utilizado no tópico 2 do capítulo 2, se justifica pelo fato de se tratar de uma pesquisa que traz elementos do saber popular mítico-religioso, que por sua vez tem sofrido descrédito no ambiente acadêmico (FREIRE; SALGADO, 2008).

² “Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. Tal processo foi concebido para atender as necessidades específicas do sistema de avaliação e é baseado nas informações fornecidas por meio do aplicativo Coleta de Dados. Como resultado, disponibiliza uma lista com a classificação dos veículos utilizados pelos programas de pós-graduação para a divulgação da sua produção. A estratificação da qualidade dessa produção é realizada de forma indireta. Dessa forma, o Qualis afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos e anais de eventos. A classificação de periódicos e eventos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C - com peso zero [...]” (CAPES, 2017, s/p).

³ Banco de dados de pesquisa realizada no meu campo de estágio. Traça o perfil dos usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA. A pesquisa foi publicada em formato de relato de experiência na Revista de Extensão da UFRB. Consultar Referência: SANTOS, Tatiele 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.

perguntas têm o objetivo de levar o entrevistando a expor sua história em relação ao transtorno mental e ao CAPS, a fim de identificar relatos espontâneos que trazem elementos da R/E. Na segunda parte, entretanto, as perguntas têm o objetivo de verificar a relevância direta que os usuários dão as dimensões da R/E na relação com a SM. As indagações construídas com estes objetivos pretendem medir a relevância que os entrevistados dão a R/E na SM.

Optou-se por entrevistar 6 usuários por uma questão de viabilidade, sendo inviável uma quantidade maior no tempo de pesquisa proposto pela instituição universitária. Os 6 usuários foram escolhidos por sorteio, sendo 2 do sexo masculino e 4 do sexo feminino; respeitando o dado de maior incidência de mulheres na referida instituição. O sorteio foi realizado após seleção, feita por algum 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 é 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 Se enquadrar 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 a 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 optamos por não entrevistar os que foram diagnosticados com esse tipo de sofrimento mental. Tomamos 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 SM para legitimar uma série de violências aos direitos humanos da pessoa com sofrimento mental (PERRONE, 2014).

Pretende-se, ainda, fazer uma análise frequencial⁴ de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas. Essa análise será feita com os dados obtidos a partir da primeira parte do roteiro de entrevista – a parte que não trata especificamente da questão religiosa. O objetivo aqui é identificar a recorrência de palavras e trechos com conotação religiosa que aparecem nos relatos dos entrevistados, a fim de medir a relevância espontânea que os usuários dão a dimensão da R/E em falas relacionadas à SM. Ademais faremos uma análise de conteúdo 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 – ANEXO A), 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 (APÊNDICE B), devidamente assinado pelos responsáveis dos usuários entrevistados, além dos Termos de Assentimento (APÊNDICE C), assinado pelos pacientes. O projeto passou pelo Comitê de Ética na Pesquisa da UFRB, que atestou, via relatório (ANEXO B), consonância ética com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16.

A projeção que fazemos dos resultados que a pesquisa provocará 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. Aqui cabe ainda, por se tratar de uma monografia de trabalho de conclusão do curso de graduação em Serviço Social, uma posição referente ao que se chamou de “Serviço Social Clínico”⁵ no âmbito da prática profissional na saúde mental. Por este trabalho ter uma característica inédita e, por este mesmo motivo, estranha ao Serviço Social é necessário esclarecer que não se trata de uma empreitada que tem o objetivo de legitimar práticas profissionais de assistentes sociais que fogem às suas atribuições devidamente listadas na Lei de Regulamentação da Profissão

⁴ “[...] permitirá saber quantas vezes determinado tema ou palavra aparece no texto” (OLIVEIRA et al, 2003, p. 12).

⁵ “Na prática do Serviço Social Clínico são aplicados conhecimentos específicos, teorias e métodos, a avaliação e diagnóstico, plano de tratamento, intervenção, e avaliação dos resultados. [...] Nas intervenções clínicas do Assistente Social estão incluídos a avaliação e diagnóstico, intervenção psicossocial em situação de crise, intervenções psico-educacionais, psicoterapias breves e em longo prazo” (CFESS, 2008, p. 9).

(8.662/93) e no código de ética de 1993. Nesse sentido, concordamos com o Parecer Jurídico Nº16/2008 do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, que trata da discussão da (i)legitimidade do “Serviço Social Clínico” no âmbito da profissão. Ademais, reafirmamos que o objetivo deste trabalho é o de contribuir para a humanização das práticas profissionais, inclusive a de assistentes sociais, na medida em que se leva em consideração demandas subjetivas da população usuária dos serviços de saúde e saúde mental, dando centralidade aos sujeitos demandatários das políticas sociais públicas.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E INTEGRALIDADE EM SAÚDE MENTAL

Neste primeiro capítulo serão discutidos os processos de constituição da Reforma Psiquiátrica no Brasil e sua relação com a integralidade em saúde mental. Ademais, procurará ser identificado o lugar dos usuários nesse processo complexo de mudança de paradigma na atenção em saúde mental.

Para tanto, partir-se-á da explanação do período histórico de denúncia ao modelo tradicional de assistência psiquiátrica na década de 1970, para que em seguida se compreenda os processos mais amplos de constituição da Reforma Psiquiátrica no Brasil, expondo os períodos de 1980 aos anos 2000. Para concluir, far-se-á uma relação dos processos de constituição da Reforma Psiquiátrica com a integralidade e interdisciplinaridade em saúde mental; compreendendo as características progressistas de experiências que mudaram o paradigma na atenção às pessoas com sofrimento mental. Entendendo integralidade enquanto um princípio norteador da Reforma Sanitária brasileira⁶ que se manifestou timidamente nas experiências progressistas de reformas psiquiátricas, na medida em que mudavam o eixo de atenção da “doença mental” para a pessoa com sofrimento, propondo uma atenção integral em saúde mental. Além de, nesse processo de aproximação da constituição da Reforma Psiquiátrica no Brasil, particularizar o lugar dos usuários dos serviços de saúde mental na sua relação com a integralidade.

2.1 Denúncia ao modelo manicomial hospitalocêntrico

A origem do tratamento hospitalar-asilar do alienado, isto é, do louco, é um processo que se desenvolveu entre os séculos XVII – XIX (AMARANTE, 1995, 2007). Entretanto, é necessário que, antes de expor as características da proposta de tratamento asilar e hospitalocêntrico, se explique o processo que originou o hospital moderno, para que se compreenda a lógica da denúncia a esse modelo de atenção às pessoas com sofrimento mental que se estende até os presentes dias.

O hospital que se conhece na contemporaneidade obviamente não surgiu com a funcionalidade de atenção e cuidado aos enfermos. O surgimento do hospital advém dos tempos da Idade Média e sua função era basicamente “[...] oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. [...]”

⁶ Movimento que surgiu na década de 1970 composto por estudantes, professores universitários, setores populares e categorias profissionais de saúde, que defendiam mudanças no modelo de saúde a partir de uma Reforma Democrática do Estado (PAIM, 2008).

(AMARANTE, 2007, p. 22), daí o termo hospital que em latim significa hospedagem e/ou hospitalidade. Com o advento da Revolução Francesa e o primado da razão como organizador da sociedade, as instituições tradicionais (aquelas com características caritativas e religiosas) sofrem uma série de mudanças. O hospital passa a ser uma instituição médica.

Desenvolve-se, no berço de influências da Revolução Francesa, o chamado Hospital Geral; que difere do hospital caritativo e tradicional apenas pelo fato de que agora a instituição tinha poder coercitivo em relação à sociedade; isto é, o hospital geral tinha poder de polícia, na medida em que autorizava a internação de pessoas que desviavam do padrão moral vigente (FOUCAULT, 1972; AMARANTE, 1995, 2007). Nesse sentido, observou-se um processo de secularização dos hospitais que, somados aos valores da Revolução Francesa, trouxe novas funções sociais e políticas ao hospital. Esse desenvolvimento desembocou em uma nova finalidade para os hospitais: “[...] tratar os enfermos” (AMARANTE, 2007, p.25).

É então no século XVIII que se desenvolve um processo de união da medicina com o hospital,

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem) (*Ibidem*, p. 26).

É nessa conjuntura que Pinel⁷ propõe uma forma de tratamento para os alienados⁸ (FOUCAULT, 1972). A partir da medicalização dos hospitais torna-se possível um tratamento médico para os loucos, com característica “[...] asilar, sob um regime de completo ‘isolamento’ [...]” (AMARANTE, 2007, p. 29). Nesse sentido, mediante a possibilidade de tratamento médico nos hospitais, Pinel desenvolve princípios e conceitos na perspectiva de tratamento dos alienados.

⁷ “[...] médico que ficou conhecido como pai da psiquiatria, sucessora do alienismo [...]” (AMARANTE, 2007, p. 21).

⁸ Pessoas com sofrimento mental que, na perspectiva Pineliana, eram alienados; na medida em que se tratava de “[...] um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. [...]” (*Ibidem*, p. 30).

⁹ Seria interessante fazer uma relação comparativa ao objetivo do Dr. Simão Bacamarte, no conto “O alienista” de Machado de Assis, com a construção da Casa Verde: “[...] O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal. [...]” (ASSIS, 2016, p. 13) – Conto até que ponto?

Pinel conceitua três elementos básicos que caracterizarão o tratamento ao alienado na perspectiva de sua medicina: “alienação mental”, “isolamento”, e “tratamento moral” (AMARANTE, 1995, 2007). Em Pinel a “alienação mental”

[...] era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. [...] [ou ainda] Poderia significar estar fora da realidade, fora de si, sem o controle de suas próprias vontades e desejos. Fora do mundo, de outro mundo (no mundo da lua!) (AMARANTE, 2007, p. 30).

Dessa conceituação, segundo Amarante (2007), surge a relação com a ideia de periculosidade; o que determina um processo de estigmatização que se estende até hoje. Outro conceito que caracterizou o tratamento para alienados durante muito tempo é o de “isolamento”.

O isolamento – estendia-se a institucionalização/hospitalização integral – seria assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente. Afastava-se, pois, o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação apurada, para a consolidação do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral que, como se poderia supor, requereria ordem e disciplina para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos (*Ibidem*, 2007, p.31)

É o isolamento em Pinel que, por exemplo, vai determinar algumas das características das Instituições Totais trabalhadas por Goffman¹⁰ na década de 1960 com o livro “Manicômios, prisões e conventos”, e que, evidentemente, caracterizou os manicômios e hospitais psiquiátricos alvos das Reformas Psiquiátricas em todo o ocidente. O terceiro conceito de Pinel é o “tratamento moral” que “[...] consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade” (AMARANTE, 2007, p. 33). Tratava-se de um processo não só de coerção terapêutica, mas de reeducação. É muito semelhante ao que Goffman (2008) chama de processo de “mortificação do eu” para adequar-se às normas (morais) das Instituições Totais.

¹⁰ Instituição Total em Goffman é “[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. [...] Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes são incluídas no esquema físico [...]” (GOFFMAN, 2008, p. 11;16).

Foi essa concepção de tratamento da medicina Pineliana que se estendeu a todo o ocidente e desencadeou uma série de denúncias e outras manifestações populares, que mais tarde desembocou nas Reformas Psiquiátricas¹¹. No Rio de Janeiro o alienismo Pineliano se manifestou no século XIX,

[...] no Brasil, o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio baseado nos princípios do alienismo francês, o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852 no Bairro da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, a extinta Praia da Saudade, mantinha-se a mesma tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos e percalços, regidos sob a égide dos mais diversos manejos de intervenção e arbitrariedades. Apenas em 1887 tal instituição deixa de ser regida por uma congregação religiosa para passar a ser administrada por auspícios e tutela médica (STOCKINGER, 2007, p. 27).

O processo de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira, a priori, passou por um período de crítica ao modelo tradicional (manicomial-hospitalocêntrico¹²) de assistência à pessoa com sofrimento mental. A década de 1970 no Brasil foi um período voltado para análise e autocrítica interna no que se referia à Política de Saúde Mental. Influenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e experiências da Europa e dos Estados Unidos, a Psiquiatria brasileira passa a ser pauta de uma intensa análise sobre sua limitação (MACHADO, 2009).

[...] a situação da assistência psiquiátrica no Brasil se apresentava caótica, com mais de sete mil doentes internados sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialistas. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades (*Ibidem*, p. 36).

Ao Ministério da Saúde (MS), junto as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), cabia o serviço de atenção aos “indigentes” – aqueles sem cobertura da Previdência Social (AMARANTE, 1995, 1997). Paulo Amarante (1997) traz algumas características da assistência psiquiátrica na década de 1970, que se configuraram como importantes

¹¹ “[...] a Reforma Psiquiátrica da qual se está falando não diz respeito, exclusivamente, à medidas de caráter tecnocientífico ou organizacional. Reforma Psiquiátrica, [...], é um *processo permanente* de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural, e conceitual” (AMARANTE, 1997, p. 165, grifo do autor).

¹² Modelo de Assistência Psiquiátrica baseado no asilamento com centralidade na “doença” e não na pessoa (AMARANTE, 2007).

determinantes no desencadeamento das denúncias direcionadas ao modelo de atenção em saúde mental.

Seus redes [do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde] eram compostas de macro-hospitais com características fortemente asilares e manicomiais: a absoluta ausência de recursos técnicos e materiais marcavam estas unidades que, apenas por seu estatuto jurídico-institucional poderiam ser denominadas de hospitais. Ou seja, o MS e as SES apenas administravam macro asilos para a população em grande desvantagem social, isto é, um misto de loucos, um misto de indigentes, os denominados “casos sociais” (*Ibidem*, 1997, p. 166).

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), por sua vez, também prestava assistência psiquiátrica, com a diferença de que sua atenção direcionava-se aos trabalhadores formais vinculados a Previdência. Entretanto, a atenção do MPAS em Saúde Mental comprava serviços da rede privada que, em última instância, gerava uma série de distorções. “Tais distorções levaram ao diagnóstico, por parte dos técnicos do próprio INAMPS¹³, de que em 1977 ocorreram 195.000 internações desnecessárias em psiquiatria no país, e ainda, de que o percentual de internações desta especialidade foi elevado em 344% de 1973 para 1976” (*Ibidem*, 1997, p. 166-167). Em virtude do *lobby* que ocupava a máquina administrativa estatal e que favorecia o setor privado, a diferença no índice de crescimento de leitos psiquiátricos no setor público e setor privado era alarmante: “[...] enquanto os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21.079 em 1941 para 22.603 em 1978, os privados passaram de 3.034 para 55.670 no mesmo período” (*Ibidem*, 1997, p. 167).

O crescimento dos leitos psiquiátricos no setor privado não significou melhores condições de atendimento, muito pelo contrário:

Em que pese o caráter privado dos serviços contratados pela PS [Política de Saúde], a situação dos hospitais e da assistência aos doentes era a mesma das unidades públicas (carência de recursos materiais e humanos, maus tratos e violências), aos quais se somava um agravamento no que dizia respeito à falta de liberdade e de direitos (tempos de internação aumentados, proibição de visitas, etc.). Os tempos médios de permanência hospitalar em alguns casos, chegavam a 25 anos: as pessoas entravam em num hospital psiquiátrico sem a certeza de um dia poder sair¹⁴ (AMARANTE, 1997, p. 167).

¹³ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – Política Pública de Saúde que vigorou antes da criação do SUS.

¹⁴ Sônia Maria da Costa, por exemplo, passou mais de 50 anos internada nos “porões da loucura” do Colônia – Hospital Psiquiátrico de Barbacena em Minas Gerais – BH (ARBEX, 2013).

Estava posto, portanto, o cenário caótico da Saúde Mental no Brasil no período da década de 1970. O caso do Colônia¹⁵, hospital psiquiátrico de Barbacena - MG, foi um exemplo da completa falência do modelo manicomial brasileiro, além de representar a maioria das instituições de Saúde Mental do país naquele período. Nesta instituição de “saúde” cerca de 70% dos internos não tinham diagnóstico de transtorno mental¹⁶ e ficou comprovada a morte diária de, em média, 16 pessoas, totalizando na história do Colônia 60 mil mortos – um verdadeiro holocausto brasileiro (ARBEX, 2013).

Eduardo Mourão Vanconcelos (2010), apresenta – em sua periodização da história dos avanços na Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente – como primeiro período da constituição da Reforma, um processo de “mobilização na Sociedade Civil¹⁷ contra o Asilamento Genocida e a Mercantilização da Loucura [...]” (p. 23). O cenário caótico da Política Pública de Saúde Mental no Brasil da década de 1970 favoreceu a emergência de um movimento que, nos termos de Amarante (1997), “[foi] o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental, que vai estabelecer uma agenda para o setor que, sob o título de Reforma Psiquiátrica, introduz a estratégia da desinstitucionalização¹⁸ no âmbito das políticas públicas” (p. 163). Trata-se do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)¹⁹, que no ano de 1978 surge como resultado dos diversos congressos de psiquiatria.

Com a chamada “Crise da Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental) – uma crise no âmbito da saúde pública que desembocou na primeira greve em regime de exceção no ano de 1978 por conta de demissões e instabilidade no Ministério da Saúde – o MTSM parte para

¹⁵ “[...] [são] instituições [...] construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem submeter-se ao trabalho terapêutico. [...] Os alienistas brasileiros do início do século XX, [...] consideravam que o trabalho seria o ‘meio terapêutico mais precioso’, que estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer ‘os vestígios do delírio’. [...] logo as colônias mostraram-se iguais aos asilos tradicionais [...] nasceram instituições asilares de recuperação para o trabalho.” (AMARANTE, 2007, p. 39; 40).

¹⁶ Como pode ser constatado no livro de jornalismo investigativo sobre o Colônia de Barbacena - MG de Daniela Arbex “O Holocausto Brasileiro”, onde constam relatos de Luiz Pereira de Melo que foi internado por conta de sua timidez; e de Geralda Siqueira Santiago Pereira que foi internada porque engravidou do patrão; dentre outros relatos que comprovam o fato de que a “loucura” não era um determinante para internação (ARBEX, 2013).

¹⁷ Na obra de Vasconcelos (2010a) não há uma conceituação do termo “sociedade civil”, nesse sentido optou-se por utilizar a conceituação de Coutinho (2006), em interpretação à Gramsci, ao tratar a “sociedade civil” como o “[...] conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa) etc.” (p.35).

¹⁸ “A desinstitucionalização surge [...] como uma estratégia de negação da psiquiatria enquanto ideologia realizada na prática, isto é, na desmontagem dos aparatos jurídicos, conceituais e sócio-culturais que se edificaram sobre a noção de doença mental. [...] É Rotelli quem, fundamentalmente, redescreve o conceito de desinstitucionalização enquanto o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, em torno não mais da doença mental, mas da existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social” (AMARANTE, 1997, p. 180; 181).

¹⁹ O MTSM difere do Movimento Sanitarista que lutava pela construção de uma Saúde Pública e universal. Entretanto, esses movimentos convergem quando denunciam a chamada “indústria da loucura” e propõem uma atenção em saúde regionalizada, multidisciplinar, promotora da cidadania e dos direitos humanos (AMARANTE, 1995).

a ofensiva, no sentido de denunciar constantemente o modelo manicomial, bem como para a mobilização da sociedade civil (AMARANTE, 1995, 1997; MACHADO, 2009).

Com a “crise da Dinsam”, o Congresso de Camboriú - que ficou conhecido como o “Congresso da Abertura” - e, logo após, com o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, o Movimento saiu do campo exclusivo da comunidade técnica e, com ele, a questão da loucura e da instituição asilar seguiram a mesma trajetória: o debate sobre a loucura saía do interior dos muros do hospício para o domínio público. A loucura/doença mental deixava de ser objeto de interesse e discussão exclusiva dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil (ABI, OAB, CNBB, CONTAG, FETAG, etc), e a grande imprensa, que noticiava, com destaque e ininterruptamente por cerca de quase um ano, as condições relativas aos hospitais psiquiátricos e as distorções da política nacional de assistência psiquiátrica: a “questão psiquiátrica” tornara-se uma questão política (AMARANTE, 1997, p. 164).

Nesse primeiro momento do processo de constituição da Reforma Psiquiátrica, o MTSM tinha um papel estratégico de mobilizar a sociedade civil na empreitada de denunciar a atenção asilar em saúde mental. Vasconcelos (2010a), afirma que os principais objetivos e palavras de ordem do recém movimento foram:

- denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;
- denúncia da indústria da loucura²⁰ nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;
- denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;
- primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços (p. 23).

A denúncia como estratégia de mobilização e reivindicação tirou, como afirmou Amarante (1997), o privilégio dos fóruns técnicos nas discussões, estendendo as informações à sociedade civil; o que incorpora novos atores na luta pela humanização dos serviços de Saúde Mental. Os usuários e seus familiares, que posteriormente se organizarão em associações, são exemplos emblemáticos dessa incorporação.

²⁰ Impossível não lembrar-se do diálogo entre Dr. Simão Bacamarte e sua esposa D. Evarista, no conto “O alienista” de Machado de Assis, quando ambos chegam à conclusão de que a empreitada de tratar lunáticos era lucrativa. O Dr. declarou: “ – Quem diria que meia dúzia de lunáticos...” (ASSIS, 2016, p. 21) – o contexto dá conta de traduzir as reticências, sugerindo um “bom negócio”. Estaria Machado de Assis vaticinando o futuro e revelando a indústria da loucura?

Esse primeiro momento que caracterizou o início da Reforma em Saúde Mental no Brasil teve atores importantes no processo de denúncia. O destaque, entretanto, está nos familiares e usuários dos serviços de Saúde Mental; na medida em que, como alerta Eduardo Mourão Vasconcelos (2010a), mesmo que façam parte de uma sociedade que culturalmente é profundamente hierárquica; de capitalismo periférico; de políticas sociais predominantemente estatais²¹; e de uma cultura terapêutica acentuada²², os usuários e familiares conseguem fazer parte do rol de protagonistas no processo de denúncia ao modelo desumano de assistência em Saúde Mental.

Superada (?) a compreensão desse primeiro período do processo de constituição da Reforma Psiquiátrica no Brasil; que teve como característica principal o processo de denúncia que o MTSM junto à sociedade civil fez ao modelo asilar, manicomial e hospitalocêntrico das instituições de Saúde Mental; cabe agora um aprofundamento na dinâmica da Reforma Psiquiátrica brasileira, na medida em que procurar-se-á entender as fases mais amplas que constituíram a mudança de paradigma na atenção em saúde mental.

2.2 Processos de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira

A constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo complexo que possui determinantes conjunturais e elementos históricos internos. Partir-se-á, portanto, da compreensão de elementos conjunturais que determinam a constituição de processos de desinstitucionalização, para em seguida tratar dos períodos históricos internos que melhor explicam o processo de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira a partir da década de 1980.

Em países que passaram por reformas e desinstitucionalizações psiquiátricas se verificam processos conjunturais muito semelhantes. Algumas dessas semelhanças podem ser consideradas determinantes históricos para a constituição das diversas Reformas Psiquiátricas. É nessa perspectiva de análise que Eduardo Vasconcelos (1992, 2010a) propõe alguns elementos que colaboram na elucidação do processo de desinstitucionalização psiquiátrica e de constituição das Reformas.

²¹ Segundo Eduardo Vasconcelos (2010a) as políticas sociais latino-americanas são predominantemente estatais, o que dificulta a possibilidade de organizações de usuários financiáveis pelo Estado.

²² Segundo Eduardo Vasconcelos (*Ibidem*), os latino-americanos, em comparação aos europeus, têm uma cultura terapêutica acentuada no sentido de superdimensionamento do papel do profissional; impossibilitando processos de empoderamento dos usuários.

Nesse sentido, os contextos históricos de guerra podem ser considerados determinantes históricos para a constituição de Reformas Psiquiátricas, na medida em que se investe significativamente em reabilitação de pessoas com problemas relacionados às dinâmicas da guerra. Em países onde existe escassez de força de trabalho humano, o processo de desinstitucionalização também é comum, pelo fato de que há investimento em reabilitação para o trabalho de grupos considerados improdutivos. A transição demográfica, com o aumento da população idosa; aumento de arranjos familiares matrifocais²³ e de pessoas sozinhas; e ingresso da mulher no mercado de trabalho, também favorece a criação de instituições de serviços sociais de cuidado que substituem e/ou dão suporte ao cuidado prestado pela família (VASCONCELOS, 1992, 2010).

Ainda no que se referem aos determinantes históricos de Reformas Psiquiátricas, as conjunturas de países onde se valorizam experiências democráticas e onde o sistema de bem-estar social se desenvolve na perspectiva da defesa dos direitos sociais, facilitam o processo de participação popular e de experiências de Saúde Mental no campo democrático. Em contrapartida, as políticas neoliberais, desencadeadoras de restrição de investimentos em serviços públicos, também favorecem uma política de desospitalização²⁴, tendo em vista o seu caráter menos custoso para o Estado. Ademais, as mudanças epistemológicas com teorias mais críticas relacionadas ao campo “psi”; o desenvolvimento de psicofármacos (que possibilita maior controle de sintomas, não sendo necessária a reclusão); e estratégias de modernização das corporações médicas numa perspectiva de humanização, são exemplos dos determinantes históricos e conjunturais para a constituição de experiências de desinstitucionalização e Reformas no âmbito da psiquiatria (*Ibidem*, 1992, 2010).

Os elementos conjunturais expostos acima inferem que esses processos e realidade determinam experiências de desinstitucionalização e de Reformas Psiquiátricas. No Brasil a constituição da Reforma Psiquiátrica teve algumas particularidades. Para aproximação dessas particularidades propõe-se, na perspectiva de Eduardo Vasconcelos (2010a), uma periodização da história dos avanços da Reforma Psiquiátrica no país. O primeiro período de denúncia e mobilização da sociedade civil na década de 1970 já foi tratado no subtópico 1.1. Cabe agora explicar os processos mais amplos de construção da perspectiva da desinstitucionalização.

²³ Arranjos familiares centrados no papel materno.

²⁴ “[...] prevenção de internações, diminuição do tempo de internação, promoção de altas hospitalares [...]” (AMARANTE, 1997, p. 179).

A década de 1980 para os avanços internos da perspectiva de desinstitucionalização no Brasil foi muito importante, sobretudo para os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Com o início do processo chamado de “Co-Gestão” – entre MS e MPAS – e com a vitória de governos estaduais progressistas, segmentos do MTSM ingressam no aparato estatal e influenciam uma série de ações que favoreceram a Política de Saúde Mental nessas regiões; na medida em que contribuíram para a humanização dos hospitais psiquiátricos e também para o processo de reforma. Ademais, participantes do MTSM auxiliaram no processo de implementação do Plano CONASP²⁵ (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária) em 1982-1983, que posteriormente possibilitou a implementação das “Ações Integradas de Saúde”²⁶ – no modelo sanitaria que se tornaria o Sistema Único de Saúde (SUS)²⁷ (VASCONCELOS, 2010a; AMARANTE, 1995, 1997). A implementação do Plano CONASP expandiu a rede ambulatorial em saúde mental nessas regiões. Nesse período da década de 1980 e nessa conjuntura de incorporação do Estado de segmentos do MTSM, o movimento tinha como objetivos de plataforma política:

- a) não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário;
- b) regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
- c) controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de AIH [autorização de internação hospitalar] nos serviços de emergência do setor público;
- d) expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;

²⁵ “Esse Plano era orientado por um decálogo de princípios, representando uma inflexão nas políticas de saúde no Brasil, com a incorporação de políticas racionalizadoras na assistência médica da Previdência Social: 1) prioridade às ações primárias, ênfase na assistência ambulatorial; 2) integração das instituições (federal, estadual e municipal) no sistema regionalizado e hierarquizado; 3) utilização plena da capacidade de produção; 4) estabelecimento de níveis e limites orçamentários; 5) administração descentralizada de recursos; 6) participação complementar da iniciativa privada; 7) critérios mais racionais para a prestação de serviços (públicos e privados) e melhoria das condições de atendimento; 8) simplificação do pagamento de serviços a terceiros, com o controle dos órgãos públicos; 9) racionalização na prestação de serviços de custo elevado; 10) implantação gradual de reforma com reajustes eventuais. [...] Enquanto parte de uma política racionalizadora preocupada com a redução dos custos unitários e controle dos gastos com saúde, o Plano do Conasp acenava para a participação ativa dos vários segmentos da sociedade, porém deixava de explicitar os mecanismos para a sua efetivação” (PAIM, 2008, p. 91; 93).

²⁶ “[...] uma das frentes do Plano do CONASP, que continha o embrião do processo de descentralização e integração intitucional que veio a ser a base real para o SUS [...]” (NETO, 1997, p. 68).

²⁷ Trata-se de um Sistema de Saúde descentralizado; isto é, com atribuições específicas da União, estados e municípios; e democrático, contando com a participação da população na formulação, acompanhamento e avaliação da Política de Saúde. Além de ter caráter público e universal, integral e equitativo (PAIM, 2008).

e) humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2010a, p. 24-25).

Toda essa estratégia política estava embutida na ação dos segmentos do MTSM que faziam parte tanto das Secretarias Estaduais de Saúde, como das Secretarias Municipais. Segundo Battaglia, Diretor Nacional de Promoção de Saúde no Ministério da Saúde no período de 1979-1981,

A ideia central era [...] “de acabar com a hospitalização permanente do doente mental, reduzir a ‘indústria da loucura’, em que pacientes eram internados e ficavam por longos períodos nos hospitais, afastados do convívio familiar, com este ‘tratamento’ correndo às expensas de todos nós, cidadãos que pagávamos e pagamos altos impostos. Do ponto de vista técnico/médico, a maior parte dessas internações longas não se justificava; do ponto de vista humano, era muito ‘desumano’ afastar esses pacientes de seus familiares; do ponto de vista ético social, era inaceitável o governo arcar com enormes gastos anualmente para financiar tais casas de saúde. Aquela foi a forma prática que vimos para começar o que mais tarde passou a ser chamado de Reforma Psiquiátrica.” (STOCKINGER, 2007, p. 64)

No final da década de 1980 e início de 1990 houve uma estagnação dos avanços sinalizados no período anterior. Vasconcelos (2010a) justifica a estagnação por conta do Governo Sarney (1985-1990) em âmbito Federal, e governos conservadores no plano estadual. Apesar da estagnação que contrariava os resultados do momento anterior é nesse período (1987-1992) que se tem a instituição da Constituição Federal de 1988, bem como a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (1990), que direcionavam para o modelo universalizado do SUS – obviamente que como resultados dos processos que se deram no período de 1980 a 1987. É ainda neste período que segmentos do MTSM fazem uma crítica interna ao movimento, com ressalvas às formas de militância dentro do aparelho estatal. Essa parcela do MTSM sugeria maior articulação com os movimentos populares e maior esforço para a mobilização da opinião pública. Além de também fazerem uma crítica interna no que se referia à agenda de ações, tendo em vista que, para eles, a reorganização dos serviços de saúde numa perspectiva mais humana do modelo sanitarista não bastava. Este segmento crítico do MTSM sugeria uma ampliação desta agenda e uma vinculação direta com os ideais da Psiquiatria Democrática Italiana, proposta por Franco Basaglia, com a bandeira “Por uma sociedade sem manicômios²⁸”; daí emerge a luta antimanicomial – uma luta que não se

²⁸ “Por uma sociedade sem manicômios” o lema surgido deste encontro de Bauru, expressava uma ruptura, tanto epistemológica, quanto estratégica que marcaria os anos subsequentes, onde o eixo dos debates saía dos limites meramente assistenciais e, mais ainda, da simples oposição entre serviços extra-hospitalares *versus* serviços

limitava a humanização e reorganização das instituições de saúde mental existentes, mas uma luta que tinha como pauta principal a extinção do hospital psiquiátrico e de toda a cultura manicomial de estigmatização da loucura (VASCONCELOS, 2010a; AMARANTE, 1995).

Ainda no final da década de 1980, como resultado da nova abordagem de segmento do MTSM – aqueles vinculados aos ideais da Psiquiatria democrática italiana – lança-se no âmbito do poder legislativo o projeto de Lei 3657/1989 de Paulo Delgado²⁹, que tinha o objetivo de extinguir e substituir as instituições psiquiátricas de modelo manicomial. Em virtude do debate acerca deste PL publicizado pelo MTSM, muitas organizações e associações de familiares e usuários foram formadas (AMARANTE, 1995, 1997). Concomitante a este processo surgem as primeiras experiências de instituições com propostas de atenção psicossocial que rompem com a lógica hospitalocêntrica, a exemplo do protótipo dos Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos (SP)³⁰ em 1989, que promovem um tratamento psicossocial extra-hospitalar de atenção à família e aos usuários dos serviços de saúde mental, ampliando, inclusive, a equipe técnica da instituição. Ou seja, o poder institucional do saber psiquiátrico perde a característica de saber dominante, e numa perspectiva interdisciplinar passa-se a tratar a equipe técnica de forma horizontalizada, o que garante um melhor atendimento ao usuário da política de saúde mental (VASCONCELOS, 2010a; AMARANTE, 1995, 1997).

A primeira parte da década de 1990 sem dúvida pode ser considerada o período mais importante para a Reforma Psiquiátrica brasileira, pelo fato de que é neste período que se consolida a perspectiva da desinstitucionalização (1992-1995). É também nesse período que o MTSM retoma sua posição política perdida no período anterior, na medida em que voltam a ocupar postos nas três esferas de governo, no âmbito da Política de Saúde Mental – apesar do

hospitais, para a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto no manicomial quanto no saber médico sobre a loucura” (AMARANTE, 1997, p. 170).

²⁹ “[...] Paulo Delgado, natural de Lima Duarte, se elegeu deputado federal pela primeira vez, em 1986, como o mais votado do PT em Minas Gerais. Aos trinta e seis anos, ele se licenciava do cargo de docente da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) para ocupar uma cadeira na Câmara Federal. Sociólogo com pós-graduação em ciências políticas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Paulo filiou-se ao Partido dos Trabalhadores em 1979 [sic.], iniciando sua trajetória política e tornando-se um dos fundadores do PT em Juiz de Fora. Ao chegar a Brasília, o constituinte percebeu que precisava abraçar alguma causa que norteasse seu trabalho. Foi o irmão, o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, quem sugeriu que Paulo se transformasse no “deputado dos doentes mentais” (ARBEX, 2013, p.223-224).

³⁰ “Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível” (BRASIL, 2005, p. 7).

Governo conservador de Fernando Collor³¹. As portarias³² que marcaram o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil são resultados dessa ocupação no governo pelo MTSM. Ademais, Eduardo Vasconcelos (2010a) afirma que neste período, mediante a militância interna ao Estado por segmentos do MTSM, existiu um processo de “desospitalização saneadora” (p. 27), que faz referência a uma redução significativa de leitos em hospitais psiquiátricos. Em contrapartida, foram abertos mais de 2 mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e 200 instituições extra-hospitalares de Atenção Psicossocial (Hospital-Dia, Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial), evidenciando um processo explícito de substituição dos hospitais psiquiátricos (*Ibidem*, 2010).

Não bastasse o aumento da rede de atenção psicossocial, este período também foi berço de avanços da perspectiva da desinstitucionalização no âmbito do legislativo; apesar da não aprovação do PL 3657/1989. Os estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Ceará incorporaram leis estaduais fortemente inspiradas nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas³³ e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental³⁴,

³¹ Um exemplo do caráter conservador do Governo Collor, segundo Paim (2008): “[...] o Projeto de Lei Orgânica da Saúde foi sancionado pelo Presidente da República, em setembro de 1990 (Lei 8080/90). Esta Lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. [...] Todavia o Presidente Collor sacrificou o texto legal com 9 artigos vetados, totalmente, e 5, parcialmente” (p. 185; 186) – o que evidencia a característica de um governo avesso às mudanças significativas que ocorriam no âmbito da saúde pública.

³² A exemplo da Portaria SAS/MS N° 224, De 29 de Janeiro de 1992, que reestrutura a assistência à pessoa com sofrimento mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, prescrevendo normas para os serviços das instituições extra-hospitalares (BRASIL, 1992); e da Portaria 189/91 “[...]que ampliava e diversificava os procedimentos da Tabela SIH/SUS e SIS/SUS, possibilitando o financiamento de novas estruturas assistenciais do tipo Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial, hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais. A grande inovação trazida por esta portaria está no fato de viabilizar a possibilidade efetiva de financiamento de estruturas não manicomiais, o que, embora fosse um princípio existente desde os primeiros momentos do MTSM, ainda não tinha sua viabilidade concretizada” (AMARANTE, 1997, p. 174).

³³ A declaração de Caracas foi resultado da Conferência que ocorreu em 1990 em Caracas na Venezuela com participação de vários países ligados a ONU. Sugeriu um reordenamento da atenção em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a falência do modelo manicomial e hospitalocêntrico (BRASIL, 2004a).

³⁴ “Contando com mais de 1.500 participantes, dentre usuários, familiares, técnicos e representantes de entidades da sociedade civil, a 2ª Conferência reconfirma os princípios extraídos da Conferência anterior e do Movimento, incorporando tanto os princípios da reforma sanitária como um todo, quanto os princípios da desinstitucionalização enquanto um processo social e epistemológico complexo, centrado não apenas em

que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS³⁵, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

Outra característica relevante deste período é a criação das organizações e associações de usuários e familiares, que cresceram significativamente,

Assim, a voz dos usuários e familiares deixa de ser apenas objeto de “escuta” ou interpretação terapêutica, como no *setting* psicoterapêutico convencional, mas voz efetiva de cidadãos a contribuir no processo de planejamento, execução e avaliação de serviços e políticas de saúde mental, e com perspectivas potenciais de atuarem até mesmo na formação de profissionais do campo (VASCONCELOS, 2010a, p. 28).

O último período proposto por Eduardo Vasconcelos (2010a) para explicar o processo de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira, tem início no ano de 1995 e compreende a segunda metade da década de 1990. Esse período representou novos recuos para a implementação do processo de desinstitucionalização. O Governo FHC adotou uma série de políticas neoliberais que, numa perspectiva conservadora, impediu o avanço da Reforma Psiquiátrica por meio de um bloqueio de lançamentos de Portarias com características de desinstitucionalização. Segundo Paim (2008), foi nesse período que “A palavra de ordem no Ministério da Saúde era a ‘flexibilização do SUS’, ou seja, o SUS real, conforme um trocadilho proposital³⁶” (p. 213). A Coordenação de Saúde Mental vinculada ao Ministério da Saúde perde o seu legado político de auxiliadora no processo de constituição da reforma; diferentemente dos períodos anteriores. É também neste período, sob influência direta das políticas austeras do neoliberalismo³⁷ assumido, que

medidas sanitárias e assistenciais, mas, também, em princípios conceituais e culturais. Em outras palavras, a 2ª Conferência foi o momento estratégico de inclusão na política nacional de saúde mental dos princípios básicos da reforma psiquiátrica tal como definida anteriormente” (AMARANTE, 1997, p. 174).

³⁵ “[...] o CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] nasceu como uma proposta que, entre o alternativo, o intermediário e o provisório, diferia substancialmente do NAPS por sua aceitação, mesmo que provisoriamente, do hospital psiquiátrico, o que, para o projeto no qual se inseria o NAPS seria inadmissível. Por outro lado o CAPS seria um serviço sanitário *sensu strictu*, com uma proposta terapêutica calcada no modelo medicopsicológico de análise, enquanto que os NAPS seriam serviços não apenas médicos, no sentido rigoroso do termo, mas assumidamente sociais e culturais.” (AMARANTE, 1997, p. 172).

³⁶ O trocadilho deve o seu significado ao fato de Fernando Henrique Cardoso ter sido Ministro da Economia no Governo Itamar Franco (1992-1995) e proponente do Plano Real, moeda que passou a vigorar a partir desse período.

³⁷ “[A ideologia neoliberal surge com as proposições de F. Hayek (1899-1992) no início da década de 1940, e que basicamente] [...] compreende uma concepção de homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo

[...] o quadro econômico e social é marcado por um aumento significativo das taxas de desemprego, desfiliação social, miséria e os sinais de má qualidade de vida e de violência social, gerando aumento na incidência de estresses, ansiedades, fobias sociais, quadros de dependência química etc., e, conseqüentemente, aumentando a demanda e os desafios colocados para os programas de saúde mental. Nos últimos anos, a pressão tem se dado especialmente no campo dos serviços para dependentes químicos e moradores de rua (VASCONCELOS, 2010a, p. 29).

A segunda metade da década de 1990 teve caráter negativo também nos estados e municípios, na medida em que novos governos conservadores assumiram, impossibilitando o progresso da perspectiva da desinstitucionalização – foi o caso de Santos (SP), uma das cidades pioneiras na implantação de uma instituição extra-hospitalar nos ideais da reforma. O neoliberalismo também influenciou diretamente os avanços dos complexos médico-industriais, favorecendo a criação de novos medicamentos e alimentando um setor conservador da Psiquiatria brasileira (*Ibidem*, 2010).

Em que pese as características negativas desse período para o processo de constituição da Reforma Psiquiátrica no país, foi justamente nessa conjuntura de crise que houve uma intensa participação, no âmbito da luta antimanicomial, dos usuários e familiares nos processos de resistência e denúncia nos encontros e congressos de Saúde Mental (*Ibidem*, 2010).

Noutro trabalho, Vasconcelos (2016) propõe outros períodos para que se compreenda a dinâmica contemporânea do processo de Reforma Psiquiátrica. No período de 2001 – 2010 existiu um crescimento progressivo das instituições extra-hospitalares, muito por conta da aprovação da Lei Paulo Delgado 10.216 de 2001. A tabela abaixo deixa clara a prioridade dos governos, a partir de uma vitória hegemônica da perspectiva da desinstitucionalização, entre os anos de 1997, 2001 e 2004:

realizar seus propósitos privados) fundada na ideia da *natural e necessária desigualdade* entre os homens e uma noção rasteira de liberdade (vista como função da liberdade de mercado) (NETTO e BRAZ, 2012, p. 238)” – Uma política econômica baseada nessa ideologia legítima e naturaliza o *status quo*, privilegiando investimentos que favoreçam o setor privado e os grandes empresários, em detrimento do investimento em políticas públicas e sociais.

Tabela 1 – Proporção de recursos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares nos anos de 1997, 2001 e 2004

Composição de Gastos	1997	2001	2004
% Gastos Hospitalares em Saúde Mental	93,14	79,54	63,84
% Gastos Extra-hospitalares em Saúde Mental	6,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

Fonte: (BRASIL, 2005, p. 9).

A Lei 10.216/2001 reorienta a assistência psiquiátrica determinando a substituição de hospitais psiquiátricos com características manicomiais por instituições de atenção psicossocial. Além de prescrever os casos de internação e o período máximo da mesma. Em 1997 o PL nº 3657/1989 foi objeto de discussão na I Conferência Nacional de Saúde Mental, nesta os movimentos sociais militantes e partícipes da luta antimanicomial traçaram objetivos e metas que desembocou mais tarde na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, reconhecida como lei da reforma psiquiátrica (DUARTE, 2013).

Ainda neste período se verifica uma expansão da agenda de atuação no âmbito da saúde mental, a exemplo das agendas: da criança e adolescente, álcool e outras drogas, serviços residenciais, Programa de Volta para casa³⁸, etc. Entretanto, o ano de 2010 já manifesta sinais das novas dificuldades proporcionadas pelo neoliberalismo. Vasconcelos (2016) sugere que as políticas neoliberais induziram crises no setor de saúde mental, rebatendo inclusive na precarização do trabalho de profissionais da área. Ademais, o autor alerta também para a difusão do consumo de crack somado ao despreparo da rede de atenção psicossocial; e para a proliferação de comunidades terapêuticas privadas ou filantrópicas com características de tratamento de natureza moral. Entretanto, não se pode desconsiderar a característica dos governos Lula do período 2002-2010, que tinha um perfil de fortalecimento da recém criada Lei da Reforma Psiquiátrica, na medida em que se reduziram os gastos hospitalares em SM e se aumentou o investimento para instituições extra-hospitalares com características mais humanas e democráticas; seguindo a perspectiva da proposta da desinstitucionalização com um direcionamento ilustrado também na Tabela 1.

³⁸ “O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social” (BRASIL, 2005, p. 17). Apesar de a citação ser do ano de 2005, o Programa ainda continua vigente, pelo fato de ser instituído pela Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003.

Esse panorama desenha o quadro da situação da Saúde Mental no Brasil, bem como explicita os processos de constituição da Reforma Psiquiátrica no país até os presentes dias. Nota-se, tanto no processo de denúncia e crítica ao modelo manicomial e hospitalocêntrico, como nos processos mais amplos de constituição da Reforma Psiquiátrica, a participação de um ator fundamental para as conquistas e avanços da perspectiva de desinstitucionalização. Os familiares e usuários não só foram a inspiração da proposta de mudança de paradigma na atenção em saúde mental, como participaram dessa transformação. As organizações e associações de usuários e familiares, mediante encontros e congressos, possibilitaram um novo trato da loucura (numa perspectiva mais humanizada), reconhecendo-se como sujeitos de direitos (AMARANTE, 1995, 1997).

Eduardo Vasconcelos (2010a) afirma que na segunda metade da década de 1990 existiu um aumento significativo no número de organizações de usuários e familiares; cerca de cinquenta em todo o país. Essas organizações faziam encontros e congressos próprios, a exemplo do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial (1993), que lançou uma carta de direitos e deveres defendendo princípios básicos na atenção em saúde mental (ANEXO C). “O louco/doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevistas no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do próprio MTSM” (AMARANTE, 1995, p. 121).

Paulo Amarante (1995) destaca, ainda na década de 1980, uma das primeiras associações de familiares e usuários do Brasil, criada na cidade de Barbacena em Minas Gerais, resultante da visita de Franco Basaglia ao Hospital Colônia. Também na década de 1980 é criada a SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho), uma associação de familiares que, a priori, tinha a finalidade de um grupo de ajuda mútua, com trocas e partilhas de experiências. No final da década de 1980 a SOSINTRA passa a ser um movimento também de usuários, além de assumir um papel político importante participando das Conferências Nacionais de Saúde Mental e contribuindo nos debates sobre o Projeto de Lei Paulo Delgado (AMARANTE, 1995). Além dessas,

Muitas outras associações de usuários e familiares têm sido criadas desde então, a exemplo da Associação Loucos pela vida³⁹, de usuários, familiares e operadores do hospital do Juqueri em Franco da Rocha/SP; da Associação

³⁹ Loucos pela vida é o nome do livro coordenado por Paulo Amarante (1995) que discute a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil; o que pode significar a centralidade dos usuários e familiares nesse processo, na medida em que o autor utiliza o termo propositalmente em referência a associação de usuários e familiares de Franco da Rocha/SP.

Franco Basaglia/SP; [...] da Associação Franco Rotelli [...] de Santos/SP; da Associação Cabeça Feita [...] de Niterói/RJ; da ADDOM [...] de São Gonçalo/RJ, ou do Instituto Franco Basaglia/RJ [...] para citar alguns (*Ibidem*, 1995, p.120).

Amarante (2007), atestando a intensa participação das associações de usuários e familiares no processo de Constituição da Reforma Psiquiátrica Brasileira, expõe dados que afirmam que entre os períodos de 1991-2009 existiram nove Encontros Nacionais de Usuários e Familiares especificamente, sem levar em consideração os encontros regionais e locais e os encontros relacionados à luta antimanicomial de forma geral. Em resumo, nos termos de Amarante (1997), “[...] os atores mais importantes no atual contexto são as associações de usuários e familiares que, sob uma ótica geral, são membros constituintes do movimento social mais amplo no qual o MTSM pretendia, e alcançou tornar-se” (p. 177).

Visto os elementos mais expressivos do processo histórico de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira, cabe agora compreender quais os resultados da mudança de paradigma na atenção em saúde mental. Isto é, verificar o que mudou e qual a nova abordagem e perspectiva de tratamento.

2.3 Integralidade e interdisciplinaridade na Saúde Mental: Herdeiras de experiências de Reformas Psiquiátricas

A esta última parte do primeiro capítulo resta relacionar os conceitos de integralidade e interdisciplinaridade ao processo de Reforma Psiquiátrica. Procurar-se-á, nesse sentido, compreender as características mais expressivas das correntes que buscaram reformar e/ou superar o alienismo Pineliano – ou a psiquiatria tradicional – e que mais tarde favoreceram a construção de uma perspectiva de atenção psicossocial às pessoas com sofrimento mental.

O conceito de integralidade é polissêmico, na medida em que possui diversos sentidos e significados; todos defendidos pelo movimento de Reforma Sanitária. A Constituição Federal de 1988 se limita a configurar a integralidade como uma diretriz de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (art. 198, inc. II). Já a Lei Orgânica da Saúde (Nº 8.080 de 1990) conceitua a integralidade como “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art. 7, inc. II).

Neste trabalho fazemos referência a um sentido específico de integralidade trabalhado por Mattos (2009). Este apresenta três sentidos que compõem o conceito do termo integralidade: a “integralidade como um traço da boa medicina”; a “integralidade como modo de organizar as práticas”; e a “integralidade relacionada a políticas especiais”. Esses três sentidos serão aprofundados no capítulo 2 deste trabalho, quando se propõe explicar o processo de construção da integralidade em saúde. Entretanto, cabe uma breve conceituação do sentido da “integralidade como um traço da boa medicina”; a esse sentido é que se refere o termo integralidade neste trabalho. A “integralidade como um traço da boa medicina” é resultante de um movimento que ficou conhecido como medicina integral nos EUA no âmbito das escolas médicas. Esse movimento fazia uma crítica a fragmentação da medicina, que dividia o paciente em especialidades médicas, superdimensionando a dimensão biológica em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. Esse sentido de integralidade crítico à fragmentação do paciente foi incorporado ao movimento da Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980 no Brasil. Portanto, essa ideia de integralidade passa a significar uma amplitude na atenção médica aos pacientes, superando os reducionismos da medicina tradicional biomédica, propondo uma prática médica integral, ou seja, uma prática médica que leve em consideração as dimensões bio-psico-sociais (MATTOS, 2009).

Já a interdisciplinaridade aqui é entendida como um movimento de reciprocidade e diálogo “[...] com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados” (VASCONCELOS, 2010a, p. 47). Com o advento das equipes multidisciplinares em saúde mental – oriundas das experiências progressistas de reformas psiquiátricas que serão tratadas mais a frente – a interdisciplinaridade surge com estas características, sobretudo no que se refere à horizontalização das relações de poder. É nessa conjuntura de surgimento de experiências progressistas no âmbito da Saúde Mental que a integralidade convergirá com a interdisciplinaridade, na medida em que as propostas de aumento das equipes técnicas de atenção em saúde mental é resultado de uma concepção de saúde ampliada, que não se restringe apenas a dimensão biomédica. É essa convergência que se pretende capturar a seguir, com a explanação das experiências progressistas no âmbito da saúde mental que caracterizaram as Reformas Psiquiátricas.

Paulo Amarante (1995, 2007) traz algumas características dos pensamentos que protagonizaram a crítica ao alienismo Pineliano. As formulações e concepções advindas da crítica a psiquiatria tradicional são parte constitutivas do processo de Reforma Psiquiátrica. Com a crise moral que os hospitais psiquiátricos começam a sofrer, tendo em vista as

sucessivas denúncias ao tratamento desumano oferecido pelas instituições asilares e manicomiais, muitas alternativas críticas de tratamento aparecem no cenário da psiquiatria.

Nesse cenário de denúncia e crítica, as “colônias de alienados” surgem para fazer um contraponto aos hospitais psiquiátricos. Essas instituições eram construídas em áreas agrícolas e tinham uma ênfase no “trabalho terapêutico agrícola”. Essa característica mais humana, de “trabalho terapêutico”, no trato com os “doentes mentais” sugeria uma conquista importante no âmbito do tratamento do alienado. “Mas a alegria durou pouco: logo as colônias mostraram-se iguais aos asilos tradicionais. De uma aldeia de pessoas livres com sua própria história e cultura, nasceram instituições asilares de recuperação pelo trabalho (AMARANTE, 2007, p. 40)”.

Com o advento da segunda Guerra e a manifestação dos efeitos nefastos para a humanidade que a mesma proporcionava, a sociedade passa a olhar o hospício de forma diferente; agora relacionando-o aos campos de concentração das guerras, descortinando seu caráter desumano. Desse contexto surgem as primeiras experiências de “reformas psiquiátricas”. Amarante (2007), com objetivo didático, divide essas experiências em 3 grupos, ou como o autor prefere, em “dois grupos mais um⁴⁰” (p. 41); o que o leva a caracterizar as experiências das Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional (1º grupo); Psiquiatria de Setor ou Comunitária e Psiquiatria Preventiva (2º grupo); e Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática (3º grupo).

As experiências de “reforma psiquiátrica” do primeiro grupo, lançaram seus esforços na tentativa de recuperação da instituição, na medida em que compreendiam “[...] que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição” (p. 41).

A Comunidade Terapêutica surge, em Birmingham na Inglaterra, no Monthfield Hospital, entretanto essa experiência passa a ser mais conhecida com Maxwell Jones na década de 1960. Jones compreendia que “[...] a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos, fossem os técnicos, fossem os familiares, fossem os pacientes” (p. 42), e é esse elemento de horizontalização das relações que caracterizou as Comunidades Terapêuticas.

[...] introduziu reuniões e assembléias diárias, quando todos os aspectos relacionados à instituição eram debatidos. Todas as possibilidades eram

⁴⁰ Amarante (2007) não considera que as experiências da Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática sejam experiências de reformas, mas experiências que promoveram rupturas com o saber psiquiátrico tradicional. Por esse motivo o destaque para o termo “mais um”.

analisadas, com ênfase para atuação da equipe, com objetivo de evitar situações de abandono, de descuido e, principalmente, de violência. [Tratava-se de] uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e ‘democratização’ das relações [...] (AMARANTE, 2007, p. 42-43)

Amarante (2007) faz essa contextualização importante para diferenciar essas experiências das que se tem hoje no Brasil, com ênfase no tratamento moral e religioso de pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Essas chamadas “comunidades terapêuticas” contemporâneas são fraudulentas, na medida em que diferem em essência das experiências que surgem na Inglaterra na década de 1960 (AMARANTE, 2007; PERRONE, 2014).

Ainda tratando-se de experiências de “reformas psiquiátricas” do primeiro grupo da separação didática de Amarante (2007), a Psicoterapia Institucional surge no Hospital de Saint-Alban no sul da França proposta por François Tosquelles. Essa experiência resgatou a característica do “trabalho terapêutico” das antigas Colônias, além de assumir uma posição parecida das Comunidades Terapêuticas, na medida em que propunha uma horizontalização nas relações institucionais e de que todos no hospital tinham funções terapêuticas. Foi essa abertura para outros referenciais teóricos que caracterizou a Psicoterapia Institucional,

Dentre as propostas mais interessantes estão o primado da escuta polifônica, isto é, a busca de uma ampliação dos referenciais teóricos, de forma a não reduzir a escuta a esta ou aquela corrente conceitual, e a noção do acolhimento, ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital (*Ibidem*, 2007, p. 44).

Entretanto o que a diferenciava das Comunidades Terapêuticas é que a Psicoterapia Institucional “[...] caminhou no sentido de propor a ‘transversalidade’, que [na perspectiva de Paulo Amarante, trata-se do] encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e hegemonias” (*Ibidem*, 2007, p. 45). Uma concepção muito próxima da noção de interdisciplinaridade.

As experiências de “reforma psiquiátrica” do segundo grupo, representado pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva, “[...] acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado ‘pelas beiradas’ [...] isto é, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o trabalho terapêutico” (*Ibidem*, 2007, p. 41). Ou seja, tratava-se de uma reforma que almejava tornar o hospital psiquiátrico desnecessário com o incremento de serviços e instituições extra-hospitalares.

No final da década de 1950 e início de 1960 a Psiquiatria de Setor surge na França com uma ênfase num trabalho externo ao hospital psiquiátrico; muito por influência do esgotamento do modelo da Psicoterapia Institucional. A falta de acompanhamento terapêutico após a alta hospitalar, para a Psiquiatria de Setor, era um dos possíveis determinantes para as reinternações. Portanto, com o objetivo de fazer acompanhamento extra-hospitalar, foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM) e “[...] distribuídos nos diferentes ‘setores’ administrativos das regiões francesas. [...] Pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica se falou em regionalização” (*Ibidem*, 2007, p. 45). Para Lucien Bonnafé, o pai da lógica de setor, as situações promovidas pela setorialização do paciente após alta hospitalar, como: conhecimento de lugares novos e partilhas, contatos com parentes e conhecidos, seria positivo para o tratamento. Outra característica dessa linha da Psiquiatria era a de que

O acompanhamento terapêutico dos pacientes poderia ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, tanto no interior do hospital quanto no local de residência. Em primeiro lugar, deve-se destacar a ideia de trabalho em equipe, que representou um marco de avanço até os dias atuais. O tratamento passava a ser considerado não mais exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe com vários profissionais (AMARANTE, 2007, p. 46).

A Psiquiatria de Setor, portanto, foi extremamente importante para o que mais tarde se tornaria conhecido como interdisciplinaridade, isto é, um trabalho em equipe e troca de saberes constante, com objetivo de acompanhamento terapêutico (VASCONCELOS, 2010a).

Nos Estados Unidos na década de 1950 surge outra experiência que compõe o segundo grupo de Paulo Amarante (2007). A Psiquiatria Preventiva, também chamada de Psiquiatria Comunitária, foi proposta por Gerald Caplan após a divulgação dos resultados de um censo que deu “[...] visibilidade às precárias condições de assistência, à violência e aos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados em todo o país” (*Ibidem*, 2007, p. 47). Para Caplan todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas se fossem identificadas precocemente,

Caplan adotava uma teoria etiológica inspirada no modelo da História Natural das Doenças, de Leavell e Clark, que pressupõe uma linearidade no processo saúde/enfermidade, e uma evolução (paradoxalmente) ‘a-histórica’ das doenças. [...] Na medida em que as doenças mentais eram entendidas como sinônimo de desordens, julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade (*Ibidem*, 2007, p. 48).

Esse superdimensionamento do verbo “prevenir”, nos termos de Amarante (2007), criou “[...] uma verdadeira caça a todo tipo de suspeitos de desordens mentais”⁴¹ (p. 48). Ademais, foi com a Psiquiatria Preventiva americana que se criou o termo “desinstitucionalização”, que se tratava de reduzir o ingresso nos hospitais psiquiátricos, reduzir o tempo de permanência hospitalar, e promoção de alta hospitalar. Nessa perspectiva de “desinstitucionalização” da Psiquiatria Preventiva criou-se uma série de serviços com características extra-hospitalares, a saber: centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, enfermarias e leitos em hospitais gerais etc⁴². Nesse sentido, o objetivo era

[...] tornar o hospital um recurso obsoleto, que fosse caindo em desuso na medida em que a incidência das doenças mentais fosse diminuindo em decorrência das ações preventivas, e que os serviços comunitários de saúde mental fossem adquirindo maior competência e efetividade em tratar as doenças em regime extra-hospitalar (*Ibidem*, 2007, p. 51).

Entretanto, as estratégias de desinstitucionalização com medidas de desospitalização e criação de instituições extra-hospitalares não funcionaram como previsto. As novas instituições agora serviam de “[...] encaminhadores de novas clientelas para os hospitais psiquiátricos” (*Ibidem*, 2007, p. 51).

As experiências do terceiro e último grupo, ao contrário dos anteriores, não tinham características de “reforma”. As experiências da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, nos termos de Amarante (2007), “[...] consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais” (p. 41). É a concepção crítica dessas experiências que legitimarão processos de rupturas com a psiquiatria.

A Antipsiquiatria surge em meados da década de 1950 e repercute na década de 1960 na Inglaterra após os psiquiatras Ronald Laing e David Cooper perceberem que as experiências das Comunidades Terapêuticas e de Psicoterapia Institucional, executadas por eles, não superavam o problema ético-moral relacionado à “loucura”. Acreditavam que a opressão sofrida pelos loucos ultrapassava as paredes dos hospitais psiquiátricos e perpassavam o âmbito familiar e social. Nesse sentido, “[...] elaboraram a hipótese de que o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na

⁴¹ Mesmo que não seja o objetivo realçar o caráter conservador da Psiquiatria Preventiva, trata-se de um processo muito semelhante ao que ocorreu em Itaguaí em “O alienista” de Machado de Assis (ASSIS, 2016).

⁴² Foram estratégias muito utilizadas no processo de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira (VASCONCELOS, 2010a; AMARANTE, 1997).

família e na sociedade” (*Ibidem*, 2007, p. 52). O termo “Antipsiquiatria” surge como contraponto antitético à psiquiatria tradicional, na medida em que compreendiam que “[...] a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade [...]” (*Ibidem*, 2007, p.52). Ao negar o saber da psiquiatria tradicional excluía-se, também, a noção de “doença” proposta pela mesma, portanto não caberia mais um “tratamento” numa perspectiva terapêutica, mas uma atenção à pessoa. Substituíam-se o tratamento ao “doente mental”, para uma atenção à pessoa com sofrimento – tratava-se de uma primeira aproximação com a noção de integralidade em saúde, na medida em que se considerava a pessoa, à revelia da “doença”.

A Psiquiatria Democrática, proposta por Franco Basaglia, surge em Gorizia na Itália, no início dos anos da década de 1960. Basicamente, Basaglia e outros psiquiatras propõem reformar o hospital psiquiátrico que ali existia. Inspirado, também, nas experiências das Comunidades Terapêuticas e na Psicoterapia Institucional “[...] começou a sentir que a ‘serpente’ [instituição psiquiátrica] não poderia ser combatida através das medidas administrativas ou de humanização [...], percebeu que o combate deveria ser de outra ordem: teve início o período de negação da psiquiatria enquanto ideologia” (AMARANTE, 2007, p. 55-56). Basaglia propôs a superação “[...] da fundamentação de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana [...]” (*Ibidem*, 2007, p.56), o que o levou a uma luta contra “[...] o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas [...]” (*Ibidem*, 2007, p.56). Como estratégia de superação do aparato manicomial, surge a expressão dos “serviços substitutivos”, que almejavam a substituição do hospital psiquiátrico, ou seja, não se tratava de instituições alternativas ou paralelas. Os Centros de Saúde Mental foram as primeiras instituições substitutivas a serem implementadas,

A partir do conceito de ‘tomada de responsabilidade’, os CSM passavam a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território. [Tratava-se de] centros que, atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade (*Ibidem*, 2007, p. 57-58)

A Psiquiatria Democrática propunha também outras estratégias relacionadas à inclusão social, a partir das cooperativas de trabalho, residências para que os ex-internos habitassem a cidade, e atividades socioculturais. Uma experiência que claramente relaciona a atenção às

peessoas com sofrimento mental numa perspectiva de promoção da cidadania⁴³. Trata-se de mais uma experiência que trabalha numa perspectiva de integralidade em saúde, na medida em que secundariza a “doença” e favorece inclusão social à pessoa com sofrimento mental (AMARANTE, 1995, 2007). Para encerrar as notas sobre essa experiência, Nicacio (2013) afirma que

As primeiras propostas de reforma no campo da psiquiatria surgiram como uma tentativa de encontrar a melhor resposta para a seguinte pergunta: como curar a doença mental? Já a psiquiatria democrática italiana propõe a reformulação da própria pergunta: a loucura é uma simples doença? É legítimo o projeto da psiquiatria de pretender curar a loucura? *O louco deixou de ser visto como o portador de uma doença a ser curada e passou a ser percebido como uma pessoa que sofre* (p.127, grifo nosso).

Foram essas as experiências que mais influenciaram o modelo de atenção em saúde mental que se tem hoje no Brasil. Esse caldo de perspectivas progressistas na atenção e cuidado das pessoas com sofrimento mental, possibilitou uma mudança no vetor de atuação de diversos profissionais. A “doença mental” perde a sua centralidade na intervenção profissional, e passa-se a falar agora de “saúde mental”, isto é, amplia-se não só o termo, mas o campo de atuação, tendo em vista a amplitude do conceito de saúde (STOCKINGER, 2007).

Começa dessa forma a transição de uma perspectiva eminentemente hospitalocêntrica e disciplinarista de mão única *para uma interdisciplinaridade psicodinâmica que começa a dar o tom ao que se chamaria de saúde mental*, campo que não é de propriedade de nenhuma área exclusiva, que atravessa e ultrapassa vários saberes confluentes que hoje se coadunam não apenas em propostas de tratamento, mas de acolhimento, promoção à saúde, qualidade de vida, inserção social, prevenção, crescimento e atualização pessoal, etc (*Ibidem*, 2007, p. 56-57; grifo nosso).

A interdisciplinaridade revela-se, portanto, como um elemento essencial do campo da saúde mental, na medida em que se trata de uma horizontalização e fluxo de saberes no cuidado e atenção à pessoa com sofrimento mental. Ademais, a convergência, no projeto da saúde mental, das propostas de tratamento, acolhimento, promoção de saúde, qualidade de vida, inserção social e prevenção, está muito relacionada à questão da promoção da cidadania;

⁴³ Na perspectiva de Coutinho (1999), perspectiva que assumo enquanto referencial conceitual de cidadania, “Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado” (p. 42).

que em última instância resulta de uma noção integral de saúde (AMARANTE, 1995, 2007; ALVES, 2009; NICACIO, 2013; VASCONCELOS, 2010a).

O termo “tratamento”, em virtude do processo de mudança de paradigma na saúde mental, cai em desuso e passa a vigorar a noção de “cuidado”, que não tem um objetivo curativo, mas de atenção com vistas à promoção de qualidade de vida e autonomia (NICACIO, 2013). Nesse sentido, Stockinger (2007) acrescenta que

Cuidar significa, então [...] a tomada de consideração pelo todo constituinte que nos forma, como o bio-psico-social-cultural-espiritual e nossa relação unitária com este. Na medida em que esta consideração pela visão global, pelo sentir-se vinculado à totalidade se manifesta, aí já existe o cuidado (p. 80).

A respeito dessa relação com o cuidado, Ayres (2009) afirma “[...] a integralidade é do cuidado, como o cuidado só pode ser integral” (p. 12). Portanto, o projeto da saúde mental tem o objetivo de fazer convergir o cuidado e a política, a clínica e a cidadania (NICACIO, 2013), o que claramente infere a integralidade em saúde como, também, resultante dos processos de constituição da Reforma Psiquiátrica.

Esse processo de mudança de paradigma no campo da saúde mental não é um processo isolado, isto é, um processo que acontece apenas no nível teórico-conceitual da loucura. Antes trata-se de um movimento amplo que engloba, além da dimensão teórico-conceitual, as dimensões jurídico-políticas, técnico-assistenciais e socioculturais (AMARANTE, 2007).

Figura 1 – Dimensões do processo social complexo



Fonte: (AMARANTE, 2007, p. 64 – acréscimos meus⁴⁴).

Esse ciclo que se relaciona internamente determina uma forma de atenção às pessoas com sofrimento mental, ou seja, se na dimensão teórico-conceitual se adere uma perspectiva conservadora da “loucura”, relacionando-a a periculosidade, obviamente que esse caminho

⁴⁴ Quanto à forma da figura.

desembocará em leis conservadoras relacionadas à segurança pública; em instituições manicomiais e asilares; e num imaginário social preconceituoso e estigmatizante. Doutra sorte, se a dimensão teórico-conceitual concebe a “loucura” numa perspectiva mais progressista, relacionando-a a uma experiência de sofrimento, a dimensão jurídico-política favorecerá leis que promovam a defesa dos direitos humanos; as instituições serão extra-hospitalares com características de promoção de cidadania e autonomia; e o imaginário social será de aceitação e convivência harmoniosa com a experiência do sofrimento mental (AMARANTE, 2007).

É dentro dessa lógica que pode-se identificar o lugar dos usuários no processo de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira. Mesmo tendo importância significativa na participação em movimentos sociais que garantissem leis e instituições mais humanas para o trato da “loucura”, foi no campo sociocultural que os usuários se destacaram na luta por um imaginário social menos estigmatizante em relação à “loucura”. Algumas experiências nesse sentido são: o bloco de carnaval “Tá pirando, pirado, pirou!”; as TV’s Tam Tam, Pinel, Parabolinoica e Cala a Boca Já Morreu; os grupos musicais da Associação Loucos pela Vida, Sufoco da vida, Mágicos do Som, Lokonaboa, Viajar, Trem Tan Tan, Zé do Poço, Sistema Nervoso Alterado, Cancioneiros do Ipub e o Projeto Canta Loucura; os musicais de teatro Coral Cênico, Teatro Pirei na Cena, Teatro do Oprimido, Os Nômades e Camisa de força (AMARANTE, 2007).

No Iº Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (1993) o campo sociocultural foi tratado como um campo estratégico de intervenção. A frase “[...] a cultura como alvo, a cultura como meio” (AMARANTE, 1997, p. 175) traduziu a estratégia de intervenção nessa dimensão. Foi a partir deste encontro que começam a ser desenvolvidas estratégias de caráter cultural “[...] [com o] propósito [de] envolver segmentos da sociedade na percepção da questão da loucura/doença mental e na resposta assistencial e cultural para com as mesmas” (*Ibidem*). O Fórum Gaúcho de Saúde Mental (1990) foi o pioneiro nas propostas de intervenções por meio de camisetas, adesivos e cartazes, que mais tarde se tornou uma estratégia utilizada em âmbito nacional.

Inscrições de frases, trechos de músicas, poesias ou ditados populares, passaram a incitar o imaginário popular nas questões relativas ao tema antimanicomial. “Loucos pela vida” (em que se procurava despertar a idéia de loucura como possuidora de positividade também, e não apenas de negatividade), “de perto ninguém é normal”, “sou louco por ti cidadania” (ambas de músicas de Caetano Veloso), “eu vou ficar, com certeza, maluco beleza” (Raul Seixas, “razão demais é loucura” (Cervantes), “de militonto a

militante” (muito embora sempre tivesse considerado que poderíamos ser militontos sem qualquer perda do predicado da militância) são algumas das inscrições que passaram a fazer parte do cotidiano, principalmente em se considerando a alta militância política dos membros do Movimento que, entretanto, não deixam de participar (com suas camisetas, adesivos e cartazes) dos demais movimentos da sociedade civil. São os *mentaleiros!* (AMARANTE, 1997, p. 175-176).

No interior da luta antimanicomial é importante citar também as iniciativas socioculturais das cooperativas sociais; protagonizadas por técnicos; usuários e familiares, que surgem com o objetivo de tornar a pessoa com sofrimento mental sujeito ativo, na medida em que oferece a oportunidade de produção, criação e consumo, rompendo com a lógica da arteterapia e da terapia-ocupacional, que tinham objetivos estritamente terapêuticos sem levar em consideração a dimensão da cidadania (*Ibidem*, 1997).

Nesse sentido, pode-se inferir que os usuários e familiares contribuíram diretamente para uma atenção em saúde mental mais integral, pelo fato de que são atores que influenciaram no debate em torno da saúde mental nos encontros e congressos promovidos pelas associações de que fizeram parte, e também pelo fato de construírem, junto a outros atores da sociedade civil, propostas de intervenções culturais que combatessem o estigma da loucura e a cultura manicomial.

Portanto, a interdisciplinaridade e a integralidade são resultados explícitos do processo de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira no âmbito teórico-conceitual no trato da “loucura”, além dos usuários assumirem um lugar importante no âmbito sociocultural para a mudança de paradigma em saúde mental. Cabe agora, aprofundando a centralidade nos usuários dos serviços da saúde mental, compreender de que forma a religiosidade/espiritualidade atravessa a integralidade em saúde e qual sua relação com a saúde mental.

3 SAÚDE MENTAL E RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE: A RELAÇÃO COM A INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Neste capítulo serão apresentados os sentidos da integralidade e atenção holística em saúde, bem como a relação existente entre a saúde mental e a religiosidade/espiritualidade (RE). Partir-se-á, portanto, da exposição dos sentidos de integralidade, a fim de evidenciar o lugar da convergência entre a integralidade em saúde, atenção holística e espiritualidade. Para em seguida relacionar mais diretamente a R/E à saúde mental, verificando as características dessa relação, bem como os impactos positivos e negativos.

3.1 Os sentidos da integralidade e atenção holística em saúde: A aproximação com a espiritualidade

O caminho que se percorreu no Brasil para construção da integralidade nos serviços de saúde foi o mesmo caminho percorrido pela redemocratização do país.

Na década de 1970 o Brasil passava por um momento de tensão em plena ditadura civil militar. Esse regime privilegiou as classes dominantes, possibilitando a concentração de riquezas à revelia da classe trabalhadora, que se contentava com os arrochos salariais; ampliando, dessa forma, a desigualdade econômico-social neste período. Como resultante dessa realidade o Estado passa a ser visto pela sociedade civil organizada como um “opositor e classista, e, assim, o povo, mediante a participação popular, tem como intuito tomar os bens e serviços para si, resistindo à exclusão social” (BRASIL⁴⁵, 2006, p. 37).

No âmbito da saúde a desigualdade era explícita, na medida em que a saúde pública destinava-se apenas aos contribuintes da Previdência, enquanto a maior parte da população procurava socorro médico nas práticas mítico-religiosas (BRASIL, 2006; VASCONCELOS⁴⁶, Eymard, 2006).

⁴⁵ “A presente publicação destina-se à recuperação, ao registro e à análise de informações sobre a dinâmica do processo da Reforma Sanitária, olhando para a trajetória do movimento social, representado pela Plenária Nacional de Saúde e Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que intervieram de forma decisiva na construção do arcabouço jurídico do SUS, da Constituição Federal de 1988 às diversas regulamentações pós-Constituição” (BRASIL, 2006, p. 8-9); escrito pelos seguintes autores: Vicente de Paula Faleiros; Jacinta de Fátima Senna da Silva; Luiz Carlos Fadel de Vasconcelos; e Rosa Maria Godoy Silveira. Foi publicada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde no ano de 2006.

⁴⁶ No capítulo anterior utilizou-se o autor Eduardo Mourão Vasconcelos para tratar da temática da saúde mental. Nesse capítulo utilizar-se-á o autor Eymard Mourão Vasconcelos para tratar das temáticas da educação popular e espiritualidade em saúde. Por se tratar de irmãos com o mesmo sobrenome, optou-se, a partir deste capítulo, por citar (direta ou indiretamente) Eymard Vasconcelos como VASCONCELOS, Eymard – conforme a NBR

A medicina comunitária⁴⁷, a partir dos princípios de hierarquização, regionalização e integralidade, começa a influenciar a Política de Saúde no Brasil, posto que a OMS e OPAS incorporam seus ideais. Dessas influências surgem os primeiros movimentos sociais de periferias urbanas, bem como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva); reivindicando acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Na década de 1980 o movimento sanitário, baseado nos ideais da medicina comunitária, composto por pessoas organizadas e grupos partidários em torno do projeto de uma saúde pública e universal, emerge com o objetivo de ocupar os espaços institucionais e governamentais intervindo com a formulação e elaboração de Políticas Públicas que respondessem à crise de Saúde do país. O Plano CONAPS e as Ações Integradas de Saúde foram ações que, em última instância, influenciadas por atores vinculados a luta sanitária, tinham o objetivo de contribuir para uma Reforma de saúde no país (*Ibidem*, 2006).

Findada a ditadura civil militar a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986) surge como um evento inédito, no que se refere a participação da sociedade civil. Nessa Conferência deliberam-se ações que objetivam a conquista de uma Reforma Sanitária de fato. Paim (2008) afirma que o Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde aponta para o projeto da Reforma Sanitária expondo seus principais elementos: “a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social” (p. 125).

Ainda na conflituosa arena de disputa da década de 1980 – onde projetos de sociedade entram em conflito; de um lado atores vinculados a uma perspectiva supostamente “modernizadora” de ideologia neoliberal, de outro atores comprometidos com a implementação de políticas públicas universais e gratuitas – surge uma vitória importante para o movimento sanitarista, resultante da militância do movimento social, mostrando o caráter contraditório de luta por hegemonia⁴⁸ no Governo Sarney. Trata-se do Decreto nº. 94.657/87 que cria o Suds – Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados

10520/2002 – diferenciando-o de seu irmão VASCONCELOS. Existe algo mais integral do que fazer dois irmãos com especialidades diferentes convergir no mesmo trabalho científico?

⁴⁷ “[...] medicina menos comprometida com o lucro das empresas médicas e das empresas fabricantes de produtos de saúde e mais voltada para a atuação nas raízes das doenças, não se prendendo apenas nos aspectos biológicos. Uma medida que procura novos canais de ação junto à população e que acredita ser a classe trabalhadora organizada a grande agente de melhoria das condições de saúde” (VASCONCELOS, Eymard, 1991, p. 23).

⁴⁸ Conforme Simionato (2011), em interpretação à Gramsci, a luta por hegemonia, ou “guerra de posição”, “[é] um processo de luta para a conquista da direção político-ideológica e do consenso dos setores mais expressivos da população, como caminho para a conquista e conservação do poder” (p. 46).

de Saúde, “A medida dava seqüência [sic.] à tendência descentralizadora para a gestão das políticas públicas de saúde [...]” (BRASIL, 2006, p. 51).

Entretanto a arena mais conflituosa não estava em âmbito intragovernamental, mas na esfera da Assembléia Nacional Constitucional⁴⁹

De um lado, o bloco conservador se aglutina no centro, contrário à expressão dos direitos sociais. Os defensores da Reforma Sanitária se aglutinam numa plenária nacional de entidades de saúde – a Plenária Nacional de Saúde, visando à inserção das teses e propostas do movimento sanitário, especialmente as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no texto constitucional (*Ibidem*, 2006, p. 51).

Concluído o processo de constituinte inaugura-se a Constituição Federal de 1988, que incorpora os principais elementos da 8ª CNS. No que se refere a integralidade o texto constitucional não traz uma conceituação, apenas destaca como uma diretriz o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (art. 198, inc. II). A noção de integralidade aparece novamente, dois anos depois, na Lei Orgânica da Saúde (Nº 8.080 de 1990): “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art. 7, inc. II).

Está posto o aparato jurídico-legislativo que proporcionou a efetivação da integralidade nos serviços do recém-criado Sistema Único de Saúde. Entretanto, qual o significado de integralidade? Qual o sentido e o conceito deste termo?

Mattos (2009) afirma não existir um conceito fechado sobre integralidade. O que existem são sentidos que dão à integralidade um caráter polissêmico. O autor apresenta três conjuntos de sentidos da integralidade: “integralidade como um traço da boa medicina”; “integralidade como modo de organizar as práticas” e “integralidade relacionada às políticas especiais”. Far-se-á uma exposição do significado de cada sentido de integralidade, optando por apresentar o primeiro, “integralidade como um traço da boa medicina”, por último, pelo fato de que é a esse sentido que este trabalho se calcará mais a fundo.

A noção de integralidade relacionada ao “modo de organizar as práticas”, de acordo com Mattos (2009), é fruto de uma crítica interna ao antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS). Esse sistema era dicotômico, no sentido de dividir os serviços de saúde pública e de assistência para os ministérios da saúde (MS) e da previdência (MPAS) respectivamente. Essa

⁴⁹ Assembleia realizada no Congresso Nacional em 1987, para elaboração da Constituição democrática Federativa do Brasil, após 21 anos de ditadura militar.

noção de saúde dicotomizada pelo SNS também era centralizadora, visto que os serviços de assistência eram realizados nos hospitais e os serviços relacionados à saúde pública realizavam-se nos centros de saúde. Não existia uma articulação entre estas instituições. Ao paciente, a partir da lógica do modelo dicotômico e centralizador, era negada a possibilidade de articulação da assistência especializada com as preventivas; o que impossibilitava uma visão ampla e integral do quadro do usuário dos serviços de saúde.

Não parece admissível, por exemplo, que uma mulher com hanseníase seja acompanhada por um médico que não saiba como está se dando o acompanhamento ginecológico e vice-versa. Como não é admissível que um homem diabético, com tuberculose e hérnia inguinal tenha que dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para ter encaminhada a resolução de seus problemas (MATTOS, 2009, p. 58).

Da crítica a este modelo centralizador e dicotômico surgem as reivindicações por um sistema unificado de saúde. Este sistema propõe a integralidade no atendimento, na medida em que os serviços são horizontalizados com articulação entre assistência especializada e prevenção. Portanto, de acordo com Mattos (2009), a integralidade aqui

[...] emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (p. 61).

Os sentidos de integralidade relacionados às políticas especiais fazem referência a uma forma de o Estado responder a determinados problemas específicos da saúde. Mattos (2009) dá o exemplo da Política de Saúde oferecida para as mulheres. Ele afirma que a noção de integralidade estaria no fato de compreender as especificidades da mulher em determinados contextos socioculturais, e, a partir dessa compreensão, fazer políticas públicas amplas, que atendam não só os problemas de saúde da mulher, mas que abarque também os possíveis determinantes para o adoecimento da mesma. “Integralidade aqui quer dizer uma recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política pública, em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem” (*Ibidem*, p. 63).

Outro exemplo de integralidade, no que se refere à assistência integral a partir de políticas especiais, é o programa de prevenção do câncer. Mattos (2009) faz uma crítica a este

programa que possibilita a mastectomia⁵⁰, mas que não oferece ações para a restauração da mama, negando um dos sentidos da integralidade. Outra característica da assistência integral é a de que as políticas especiais precisam fazer convergir a prevenção e a assistência na mesma política para ter um sentido de integralidade. É o caso da política contra a Aids no Brasil, “A resposta brasileira [...] norteou-se pelo princípio da integralidade, de modo que o governo assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os anti-retrovirais⁵¹ [assistência] aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas” (MATTOS, 2009, p. 64).

Já o sentido que relaciona a integralidade como “um traço da boa medicina” surge nos Estados Unidos na década de 1940 com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. Esse movimento tecia uma crítica aos currículos das Escolas Médicas americanas, pois estas, segundo a crítica, tornavam as práticas médicas cada vez mais fragmentadas; visto que se tratava de uma formação que dava ênfase nas especialidades médicas “[impossibilitando a apreensão das] necessidades mais abrangentes de seus pacientes” (*Ibidem*, 2009, p. 49). As Escolas Médicas, nesse sentido, formavam os novos médicos numa perspectiva unidimensional biológica, desconsiderando os aspectos psicológicos e sociais do paciente.

O movimento propôs a reformulação dos currículos, almejando uma formação menos fragmentada, para uma atuação médica mais integral; apreendendo as necessidades mais amplas dos pacientes. “Portanto, para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente” (*Ibidem*, p. 49-50).

No Brasil a medicina integral não teve as mesmas características da dos EUA. Aqui a medicina integral foi incorporada pela medicina preventiva⁵² nas décadas de 1970 e 1980. Entretanto, com o surgimento da Saúde Coletiva⁵³ na década de 1970 a medicina integral

⁵⁰ Cirurgia de remoção completa da mama, utilizada no tratamento contra o câncer de mama.

⁵¹ Medicamento que retarda a progressão do vírus HIV, aumentando o tempo de vida do portador do vírus.

⁵² “Nesta proposta, o conceito de saúde é representado por metáforas gradualistas do processo saúde-enfermidade, que justificam conceitualmente intervenções prévias à ocorrência concreta de sinais e sintomas em uma fase pré-clínica. A própria noção de prevenção é radicalmente redefinida, através de uma ousada manobra semântica (ampliação de sentido pela adjetivação da prevenção como primária, secundária e terciária) que termina incorporando a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo. Que isto tenha ocorrido somente no nível da retórica indica apenas a limitada pretensão transformadora do movimento em pauta, efetivamente preso no que Arouca com muita perspicácia denominou de ‘dilema preventivista’” (PAIM; FILHO, 1998, p. 303).

⁵³ “[A saúde coletiva entende] que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, [permitindo] alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade” (PAIM, 1997, p. 13).

começa a ser influenciada pela epistemologia da primeira, posto que diminui a cota de responsabilidade das escolas médicas na fragmentação do saber médico e inclui outros elementos para a explicação dessa especialização: mudanças nas relações de trabalho na sociedade capitalista, indústrias farmacêuticas, etc.

Esse sentido de integralidade vem afirmar que

A postura médica que se recusa a reconhecer que todo o paciente que busca seu auxílio é bem mais do que um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, e que se nega a fazer qualquer coisa a mais além de tentar, com os recursos tecnológicos disponíveis, silenciar o sofrimento supostamente provocados por aquela lesão ou disfunção, é absolutamente inaceitável (MATTOS, 2009, p. 52).

Grosso modo, esse sentido de integralidade refere-se à busca de compreensão do “conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta [ou necessita]” (MATTOS, 2009, p. 54).

Observa-se nesses sentidos de integralidade um esforço contrário a reducionismos sejam dicotômicos e centralizadores, ou biológicos unidimensionais. Noutro trabalho, Mattos (2004) afirma a necessidade de ampliação dos horizontes médicos para a promoção de ações de saúde. Segundo o autor o conhecimento técnico-científico médico não basta diante da complexa realidade vivenciada pelos sujeitos que acessam os serviços de saúde. Uma prática médica verdadeiramente integral pressupõe uma aproximação com essa realidade intersubjetiva, visto que a relação médico-paciente é uma relação entre sujeitos:

Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática (incluindo as ações como aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apreendemos. [...] defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro (MATTOS, 2004, p. 1414).

É dentro desta perspectiva de integralidade que se inserem as experiências de educação popular em saúde (EPS). A EPS tem uma característica muito próxima da prevenção, mas difere dela pelo fato de que leva em consideração o contexto sociocultural,

respeitando as práticas culturais e mítico-religiosas; estabelecendo um diálogo para que em última instância exista uma efetiva prevenção em saúde (SMEKE; OLIVEIRA, 2001; VASCONCELOS, Eymard, 2006). O caso da rezadeira Geralda, usuária de um PSF em Minas Gerais, relatado pela médica da instituição, é emblemático para exemplificar o diálogo proposto pela EPS:

Modesta, disse-me que era muito procurada pela gente do lugar para dizer as rezas. Suas mãos eram boas. Aquele não era um serviço remunerado, já que era um dom de Deus. Podia ser aprendido, mas dom é dom. Pode-se aprender, mas só quem tem o dom consegue fazê-lo. Aceitou tomar um anti-hipertensivo que sugeri, mas disse que não tinha tempo para ir ao posto. [...] Éramos colegas de ofício. Eu na minha medicina concreta, ela na sua medicina espiritual (BENEVIDES, 2001, p. 170).

Mattos (2004) conclui seu raciocínio referente a integralidade como uma apreensão ampliada das necessidades de saúde, ainda no seu sentido voltado para a prática da boa medicina, afirmando que “[...] manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde” (p. 1415) – Eis um dos sentidos essenciais da integralidade.

É basicamente neste ponto, da integralidade como valorizadora da intersubjetividade, que esses sentidos convergirão com um movimento que ficou conhecido como movimento holístico.

Antes de manifestar sua capilaridade na área da saúde o movimento holístico é um movimento amplo de crítica a modernidade individualista, que perde a noção de totalidade. Souza e Luz (2009) afirmam que esse conceito de “holismo” como uma categoria disciplinar da Antropologia, surge com Louis Dumont, ao compreender que

O homem moderno destruiu ‘os todos’ que o cercavam e subordinavam. Ele não é mais parte integrante da sociedade ou da natureza, mas busca ser seu senhor. Não há mais totalidades superiores que mostrem seu lugar no cosmo, que determinem seu valor. O homem moderno pensa ser autovalorizável e talvez autossuficiente (p. 395).

Além desse “holismo” relacionado à Antropologia, Souza e Luz (2009) verificam mais outros dois sentidos referentes àquele termo. Um sentido relaciona-se a chamada ciência da complexidade, que dá quase que o mesmo significado aos termos “holístico”,

“complexidade”, “sistêmico” ou “transdisciplinaridade”. Compreendem a relação complexa e transdisciplinar⁵⁴ que deve fazer parte da ciência.

Um outro sentido de “holismo”, e que mais tem relação com este trabalho, é o “holismo nativo”, “[...] presente nos sentidos associados à práxis do grupo de terapeutas alternativos. Para eles, o holismo é um conjunto de valores aplicados à terapêutica que atravessa as dimensões da racionalidade médica em que se insere sua prática” (SOUZA; LUZ, 2009, p. 395). Nesse mesmo caminho e sentido Teixeira (1996) afirma que

A abordagem holística em saúde convoca uma aproximação entre saber oficial e saber popular e os estudos transculturais terão enorme valia na construção de novas formas integrativas de saúde. Os modelos místicos e diversas culturas tradicionais precisam ser conhecidos, estudados e integrados ao modelo holístico de saúde que se quer (p. 288).

As terapias alternativas, profundamente influenciadas pela noção de holismo, vão surgir em decorrência de uma crítica a chamada “medicina materialista”, uma medicina influenciada diretamente pelo positivismo⁵⁵, e com características de uma ciência newtoniana-cartesiana⁵⁶. Essa medicina compreendia que

A unidade humana, sem alma, nada mais que uma máquina física, estava agora entregue unicamente à causalidade das forças da matéria – e à medicina competia impor-lhe o mais rígido controle. Prioriza-se a ação artificial ao funcionamento natural dos órgãos, destituindo-se a natureza de qualquer possível sabedoria [...] a doença passa a ser um casual distúrbio físico (FREIRE; SALGADO, 2008, p. 71-72).

Com o advento da física quântica⁵⁷, e a chamada teoria da relatividade, “o mundo da matéria” entra em crise, e com ele a sua medicina. “Nada pode ser determinado ou previsto

⁵⁴ “A postura transdisciplinar [sistêmica, complexa ou holística] é uma atitude de encontro entre ciência e tradição, entre ciência e sabedoria. A transdisciplinaridade reata a ligação entre os ramos da ciência com os caminhos vivos de espiritualidade. O novo profissional deverá ser cientista e filósofo e o pesquisador deverá ser afoito, aberto e inclusivo, basicamente distinto do tipo clássico (TEIXEIRA, 1996, p. 287).

⁵⁵ “[O positivismo tem a característica de um vezo factualista] ‘contra fatos não há argumentos’ [...]; vezo que ignoraria o drama das relações intersubjetivas e, em escala maior, o movimento contraditório da História ao qual, desde Hegel e Marx, se dá o nome de dialética. O positivismo seria a hegemonia da coisa espacializada, mensurável, impenetrável, portanto opaca e inerte (BOSI, 2004, p. 157).”

⁵⁶ “A visão de mundo subjacente a esta tradição de organização do conhecimento, elaborada a partir da física de Newton, da astronomia de Copérnico e Galileu, bem como do método científico de Descartes (todos eles homens religiosos), é dualista: o mundo é dividido em dois, o mundo da matéria e o mundo do espírito. As ciências construídas na modernidade analisam o mundo da matéria, deixando para a filosofia e a teologia o mundo do espírito. Não negam o mundo do espírito, mas o percebem separado da realidade concreta” (VASCONCELOS, Eymard, 2006, p. 21).

⁵⁷ “Tal revolução [revolução científica da qual a física quântica faz parte] ultrapassa o fisicismo reducionista, passando a admitir múltiplas dimensões no cosmo e no homem, admitindo energias ainda pouco conhecidas que

com exatidão, como queriam a física clássica e a ciência mecanicista. [...] Tudo agora é questão de possibilidades. Morre o determinismo e a objetividade que sempre sustentaram o saber científico” (FREIRE; SALGADO, 2008, p.84). Nesse sentido, com a crise e destituição das bases científicas que fundamentavam a medicina materialista, Freire e Salgado (2008) afirmam emergir uma nova visão da medicina, apesar da hegemonia imperante do materialismo presente na prática médica do ocidente.

As evidências da física quântica atestam então, como alicerçado pelo antigo espiritualismo⁵⁸, que a realidade fenomenológica encontra-se mergulhada em domínios não-físicos. Sendo o homem parte dessa realidade, torna-se evidente que ele igualmente está confeccionado segundo esses mesmos moldes energéticos, orientados por uma consciência que extrapola o seu cosmo celular e bioquímico. Logo a medicina precisa urgentemente de um novo modelo de patologia, para então desenvolver métodos mais propícios à cura dos males humanos. Como ciência por excelência, por pesquisar e atuar no campo do sofrimento, ela deveria ser a primeira a despertar para esse realismo subjacente da vida, compreendendo que todo ser é um reduto espiritual, a sustentar-se, em última instância, em mantos de imponderabilidades (FREIRE; SALGADO, 2008, p. 103).

Quanto às terapias alternativas (TA) em saúde o SUS brasileiro é profundamente progressista. Essas, TA, são procedimentos de saúde que rompem com a lógica biomédica e medicamentosa características da medicina materialista. É o caso da Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Homeopatia, Plantas medicinais e fitoterapia, Termalismo e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006). Algumas dessas experiências partem de concepções diferentes de saúde, numa relação de complementaridade entre corpo, alma e espírito. Além de existir também uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que tem o objetivo de valorizar o saber popular e as diversas concepções culturais tradicionais – estão inclusos o saber popular religioso/espiritual referente à saúde (BRASIL, 2012).

No que se refere às medicinas – ou terapias – alternativas, Luz (2005) afirma existir alguns determinantes para a capilarização dessas práticas na saúde. Com o desenvolvimento de farmácias e lojas de produtos naturais; venda de plantas medicinais; e a intensa divulgação midiática dos efeitos curativos das medicinas alternativas, existe uma forte incorporação

operam para a saúde e para a enfermidade — em suma, abrindo espaço a uma medicina vibracional, não mais estrita e exclusivamente mecanicista. Agora, o espírito não é mais pensado como uma fumacinha imponderável, mas visto — no plano mais imediato a este nosso planeta — como o conjunto de corpos energéticos sutis que, no vivente, contraponteam com o corpo físico de energias densas” (MORAIS, 2006, p. 188).

⁵⁸ “Embora os dicionários designem, em sentido lato, espiritualidade e espiritualismo como sinônimos, entende-se, stricto sensu, o espiritualismo como a doutrina filosófica que se fundamenta no primado do espírito e formalmente se opõe ao materialismo [...]” (FREIRE; SALGADO, 2008, p. 22).

desses elementos originários de culturas tradicionais e complexas pelo mercado capitalista. Nesse sentido, corre-se o risco de perder de vista a relação dessas práticas alternativas com as culturas indígenas, afro-americanas e sistemas complexos orientais, na medida em que se propõe a venda de resultados distanciados das noções de saúde das variadas culturas.

Essa nova visão holística da medicina, que supera em amplitude o que propõe a integralidade, é o que dá espaço para aproximação da saúde com a espiritualidade⁵⁹. Desde a década de 1920, com a publicação do livro *Holism and Evolution* de Ian Smuts⁶⁰, a questão da espiritualidade relacionada a saúde tem sido instigada. Eymard Vasconcelos (2006) sintetiza essa relação ao afirmar que

O trabalho em saúde enfrenta problemas complexos, carregados de múltiplas dimensões, em que o conhecimento científico da biomedicina tem respostas apenas para alguns aspectos. A razão é insuficiente para lidar com toda esta complexidade, exigindo também a intuição, a emoção e a acuidade de percepção sensível (p. 55).

Eymard Vasconcelos (2006) e Freire e Salgado (2008), propõem uma nova prática médica que leve em consideração essa realidade sutil que tem rebatimentos concretos na vida dos usuários dos serviços de saúde. Entretanto, não é apenas a sensibilidade do profissional que faz convergir os temas da espiritualidade e da saúde. Pesquisas evidenciam que a religiosidade/espiritualidade (R/E) dos pacientes dos serviços de saúde também contribui de forma positiva para a promoção ou recuperação da mesma. Seja no que se refere à saúde física de uma forma geral (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007); à qualidade de vida relacionada a pacientes oncológicos terminais (FORNAZARI; FERREIRA, 2010); ao enfrentamento da dor (RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010); à relação com o idoso (LUCCHETTI et al., 2011) ou aos benefícios da R/E para pacientes cardiovasculares (LUCCHETTI; LUCCHETTI; AVEZUM, 2011), o fato é que a espiritualidade já foi incorporada ao conhecimento referente a saúde, além de ser uma realidade que fez com que a própria OMS previsse a inclusão da espiritualidade como um dos elementos multidimensionais no conceito de saúde em 1988 (FREIRE; SALGADO, 2008; PEDRÃO; BERESIN, 2010; OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

⁵⁹ Espiritualidade refere-se à experiência de contato com esta dimensão que vai além das realidades consideradas normais na vida humana. Que as transcende. Seria a arte e o saber de tornar o viver orientado e impregnado pela vivência da transcendência (BOFF, 2001 apud VASCONCELOS, Eymard, 2006, p. 30).

⁶⁰ De acordo com Vasconcelos, Eymard, (2006) o livro de Ian Smuts "*Holism and Evolution*" fez uma crítica ao paradigma newtoniano-cartesiano de ciência, sugerindo um novo paradigma que leve em consideração realidades não quantificáveis.

Existe uma relação sutil entre os sentidos de integralidade e o movimento holístico. Ambos fazem uma crítica a fragmentação da saúde na contemporaneidade, e propõem uma atuação ampla e integral como forma de ressignificar a atuação médica. Tanto a integralidade; via noção da EPS; ao considerar as realidades culturais e mítico-religiosas para a prevenção em saúde, quanto o movimento holístico; via prática das terapias alternativas críticas da medicina materialista, aproximam-se da espiritualidade, e enxergam nela uma forma de humanizar⁶¹ os serviços de saúde que foi impregnado pela lógica do mercado (VASCONCELOS, Eymard, 2006).

Cabe agora, depois de visto a relação das noções de integralidade e do movimento holístico com a espiritualidade, particularizar o lugar da Saúde Mental nessa relação com a R/E.

3.2 Saúde Mental e Religiosidade/Espiritualidade

As experiências de reformas psiquiátricas, vistas no capítulo primeiro deste trabalho, sinalizam uma forte relação entre integralidade e saúde mental (SM). Os movimentos das Comunidades Terapêuticas, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, Psiquiatria de Setor, Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática, foram determinantes não apenas para a Reforma Psiquiátrica que se gestou no Brasil, mas também para uma relação próxima das noções de integralidade.

Nas Comunidades Terapêuticas o legado foi o da horizontalização nas relações de poder intrainstitucional, e ao lado da Psicoterapia Institucional, propunham maior relação dialógica entre a equipe multiprofissional e desta com os usuários. As Psiquiatrias Preventiva e de Setor favoreceram a noção de descentralização e territorialização, aproximando as instituições dos atendidos pelos serviços. Já a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática deram sua contribuição na direção de ruptura com o saber médico-psiquiátrico-unidimensional, isto é, com o saber restrito à dimensão biológica (AMARANTE, 1995, 2007). O fato é que essas experiências se aproximam muito dos sentidos de integralidade trabalhado por Mattos (2004, 2009), na medida em que as características de horizontalização, territorialização, e superação de uma prática fragmentária sinalizam para a idéia de atenção integral.

⁶¹ Humanizar, na perspectiva deste trabalho, faz referência ao primeiro princípio norteador da Política Nacional de Humanização do SUS: “Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização” (BRASIL, 2004c, p. 9).

É nesse caminho de relação estreita entre integralidade e SM que este subtópico pretende aprofundar essa relação recorrendo às dimensões da R/E numa perspectiva holística, isto é, numa linha teórica crítica da medicina materialista que leva em consideração, também, as realidades não físicas e culturais da existência humana (TEIXEIRA, 1996; SOUZA; LUZ, 2009). Pretende-se responder as seguintes questões: O que vem a ser R/E? Qual a relação da R/E com a SM? Existem aspectos da R/E que rebatem de forma positiva/negativa na SM?

É necessário que, antes de entrar na relação direta da R/E com a SM, se faça uma conceituação do que vem a ser: Religião, Religiosidade, Espiritualidade e fé⁶². O conceito de Religião, na perspectiva de Eymard Vasconcelos (2006) e Leonardo Boff (2001), está relacionado a organização institucional e aos valores e doutrinas institucionalizadas pela mesma. “As religiões constroem edifícios teóricos – as doutrinas –, práticos – as morais –, festivos e simbólicos⁶³ – as liturgias e os ritos” (BOFF, 2001, p. 25). Wilges (1989) e Dalgalarondo (2008) apresentam a Religião como resultado de um conjunto de elementos, a saber: uma doutrina (crenças e dogmas relacionados a origem de tudo, ou sobre o sentido da vida, etc.); um conjunto de ritos (cerimônias simbólicas); um sistema ético (com leis, proibições e regras de conduta); e uma comunidade de fiéis.

Já a noção de Religiosidade é apresentada por Dalgalarondo (2008), referindo-se ao conceito do filósofo e sociólogo alemão Georg Simmel (1909/1997), “[...] como algo mais pessoal, menos atrelado a instituições religiosas, a comportamentos ritualizados ou a doutrinas religiosas específicas [...]. [Trata-se de] um “estado” ou “necessidade” interna, assim como o conjunto de crenças ou conhecimentos que a tradição oferece [...]” (p. 23). Larson, Swyers e McCullough (1998 apud DALGALARRONDO, 2008) por sua vez, concebem a Religiosidade 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). Este trabalho tem aderência a este último conceito de Religiosidade, visto sua explícita diferenciação à noção de Espiritualidade que será exposta mais a frente.

Ainda referindo-se a Religiosidade como sendo uma prática ligada as crenças e a um sistema doutrinário religioso, Dalgalarondo (2008) utiliza outro conceito para qualificar os tipos de Religiosidade. Utilizando o conceito de Gordon Allport sobre a Religiosidade

⁶² O conceito de fé neste texto é central, visto a evidência do termo no título deste trabalho.

⁶³ Quando algo abstrato, presente na realidade, tem significados específicos para determinadas pessoas, grupos ou culturas.

intrínseca e extrínseca, o autor as apresenta como uma dimensão binária. A Religiosidade intrínseca é uma religiosidade ideal, internalizável e madura, isto é, uma Religiosidade verdadeira e sincera. Ao contrário da Religiosidade extrínseca, que é comportamental, convencional, infantil e mágica, isto é, uma Religiosidade utilizada como meio para obter algum fim e não como objetivo último.

A espiritualidade para Eymard Vasconcelos (2006) e Boff (2001), trata-se de uma experiência que extrapola o espaço institucional religioso. Ela faz referência a um contato com a transcendência⁶⁴, isto é, uma dimensão que está para além da cotidianidade física da existência. A espiritualidade, nessa perspectiva, pode estar presente numa pessoa religiosa, mas a religião não é determinante para a sua existência, visto que a transcendência não é reclusa aos espaços institucionais. Para Larson, Swyers e McCullough (1998 apud DALGALARRONDO, 2008) a espiritualidade é uma dimensão espiritual e existencial de crença em Deus ou num ente superior, que diverge das instituições religiosas, na medida em que uma síntese individual do sagrado é feita sem a necessidade da mediação institucional.

Em Jolivet (1967 apud DALGALARRONDO, 2008) a fé religiosa é a predominância da crença, isto é, excede a capacidade das ciências de comprovação empírica, na medida em que “[seus enunciados] referem-se aos mistérios sobrenaturais. Enunciados como, no cristianismo, trindade, encarnação, redenção e graça, ou no espiritismo, reencarnação [...]” (p. 25). Já em Leme (2008) a fé é individualizada, não quantificável, e está mais relacionada a transcendência, ou seja, um compromisso com a superação e transcendência das limitações.

Portanto, nesse trabalho se aderirá a noção de Religiosidade como um sistema de crença pessoal em uma entidade superior 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. Os dois conceitos, de Religiosidade e Espiritualidade, são regados pela noção de fé; seja pela fé religiosa proposta por Jolivet (1967 apud DALGALARRONDO, 2008) ou pela fé transcendental em Leme (2008).

No que se refere à SM a noção de R/E tem uma relação intrínseca com a primeira. A produção científica, ainda do século XIX, que relaciona essas dimensões teve uma responsabilidade enorme na promoção de uma visão negativa da religiosidade⁶⁵ para a saúde

⁶⁴ “[...] refere-se à idéia [sic.] de um campo experiencial fora da existência material do dia-a-dia [...]” (DALGALARRONDO, 2008, p. 24).

⁶⁵ Utilizo apenas o termo religiosidade, pelo fato de que a Espiritualidade é um conceito recente, que surge em decorrência da desilusão com as instituições religiosas no ocidente entre as décadas de 1960 e 1970 (LARSON; SWYERS; MCCULLOUGH apud DALGALARRONDO, 2008).

mental. De acordo com Koenig (2007a) Sigmund Freud foi um dos profissionais da área que contribuiu significativamente para a promoção de um sentido negativo da religião e religiosidade em relação ao adoecimento mental. Freud (1962 apud KOENIG, 2007a) dizia: “Religião seria assim a neurose obsessiva universal da humanidade... [...]” (p. 96). Koenig (2007a) conclui: “Assim, Freud pensava que as crenças religiosas tinham suas raízes em fantasia e ilusão e poderiam ser responsáveis pelo desenvolvimento de psicoses (embora nunca tenha atribuído diretamente a causa da psicose à religião, apenas à neurose)” (p. 96).

Dalgarrondo (2008) afirma que essa perspectiva negativa da religião em relação à SM é oriunda desde a Idade Média e Renascença, a partir da associação das doenças físicas e psicológicas ao pecado, mesmo sendo também uma associação contraditória, na medida em que sugeria pecado de um lado, mas de outro sugeria a salvação, visto que o Cristo se disfarçaria de doente e mendigo favorecendo a remissão deste segmento. Entretanto, o mesmo autor afirma que o século XIX foi palco dos debates sobre as relações entre religiosidade e adoecimento mental.

Naquele século, uma das formulações mais recorrentes refere-se à idéia [sic.] de que o excesso de religiosidade, o fanatismo religioso, as práticas religiosas intensas, assim como determinadas formas de religiosidade (como as espiritualistas e as religiosidades dos povos “primitivos”) seriam propiciadores do adoecimento mental” (DALGALARRONDO, 2008, p. 147).

O pai da Psiquiatria moderna, Phillipe Pinel, também fez essa relação negativa entre religiosidade e saúde mental. Publicou um tratado em 1801 que aponta “[...] os excessos religiosos como fatores relevantes na gênese da alienação mental” (*Ibidem*, p. 147). O mesmo caminho seguiu Esquirol, discípulo de Pinel, que em 1838 em uma publicação conceituou o termo “monomânicos religiosos”⁶⁶. “A monomania religiosa, segundo o mesmo francês, representa uma exarcebação patológica de determinados traços presentes na maior parte das pessoas, que os conduzem a uma peculiar organização patológica que os afasta de um modo de vida razoável e saudável” (*Ibidem*, p. 148). Moreau de Tours (1843 apud DALGALARRONDO, 2008), discípulo de Esquirol, concebe que “A exaltação das idéias [sic.] religiosas é a causa principal, pode-se quase dizer única da loucura entre os muçulmanos” (p.148). Winslow (1853 apud DALGALARRONDO, 2008), na mesma perspectiva, afirma que os excessos e fanatismo religioso são os principais determinantes para

⁶⁶ “[...] são aqueles delirantes que crêem que têm uma missão celeste, acreditam-se profetas, estão em comunicação com Deus, com o céu, com os anjos” (DALGALARRONDO, 2008, p. 147).

o desencadeamento de transtornos mentais nos hindus. George Burrows em uma publicação de 1828, em análise das características religiosas da Inglaterra, constatou que a liberdade de culto e discussão teológica, o sectarismo e o trânsito religioso são determinantes para o que ele chamou de “loucura religiosa” (DALGALARRONDO, 2008). Na Alemanha Karl Wilhelm Ideler, em publicações de 1848 a 1850, conceituou os “delírios religiosos” como sendo “a conseqüência [sic.] da ilimitada ânsia pelo divino” (DALGALARRONDO, 2008, p. 148). Gresinger em 1867 e Krafft-Ebing em 1879, também reafirmam que a dimensão ou exaltação religiosa são fundamentais para a psicopatologia⁶⁷.

Dalgarrondo (2008) afirma que na modernidade alguns psicopatologistas também relacionam a dimensão religiosa à psicopatologia. Em Emil Kraepelin, Dalgarrondo (2008) revela “[que existe uma] presença marcante de elementos religiosos [em sua psicopatologia]” (p. 152). Em De Sanctis já começa haver uma separação entre experiência religiosa e doença mental, o psicopatologista propõe que a “psicopatologia deveria ater-se à presença do religioso na verdadeira doença mental, que é algo qualitativamente diferente das experiências [...] da vida religiosa cotidiana” (*Ibidem*, p. 154). Em Kurt Schneider não se encontram evidências de causalidades na relação da religiosidade com a psicopatologia. Esse profissional apenas propõe uma análise descritiva das experiências religiosas dos pacientes. Já em Karl Jaspers existe uma relação de sentidos entre psicose⁶⁸ e religião, na medida em que “[...] delírio e religião talvez sejam formas irracionais que, paradoxalmente, oferecem sentidos viáveis à condição humana, naqueles momentos e dimensões da existência marcados por sofrimento e irracionalidade extrema” (*Ibidem*, p. 158).

Dois outros trabalhos de psicopatologistas, a saber Andrew Sims (1995 apud DALGALARRONDO, 2008) e Jackson e Fulford (1997 apud DALGALARRONDO, 2008), caminham na direção de distinguir os fenômenos ou experiências religiosas dos psicopatológicos. Sims afirma que

[...] os delírios religiosos não são causados por crenças religiosas excessivas ou radicais, nem por erros ou falhas morais cometidos que o próprio paciente atribui como causa de seus infortúnios. Para esse autor, os delírios religiosos provêm, simplesmente, de um adoecimento mental de base [...] (DALGALARRONDO, 2008, p. 165)

Jackson e Fulford afirmam que os sintomas patológicos relacionados à experiência religiosa presentes em pacientes nem sempre são negativos para a saúde mental. Esses autores

⁶⁷ Um ramo da medicina que se dedica ao estudo das chamadas “doenças mentais”.

⁶⁸ Estado psíquico de perda de contato com a realidade.

Querem demonstrar que a diferenciação entre saúde e doença, entre experiências religioso-culturais e sintomas psicopatológicos envolve, centralmente, julgamentos de valores, e isso implica que muitas vezes não seja possível decidir tal questão. Esses autores apresentam, em seu trabalho, um quadro sinóptico [ANEXO D] que resume as contribuições de psicopatologistas, psicólogos e teólogos, no sentido de diferenciar EE [experiência espiritual] e SP [sintomas psicopatológicos] (DALGALARRONDO, 2008, p. 168).

Esses últimos autores rompem, em parte, com a perspectiva negativa da religião e religiosidade como adoecedoras mentais. Koenig (2007a) afirma que “[...] esta perspectiva negativa relativa à religião não se baseava em pesquisas sistemáticas nem em cuidadosas observações objetivas, mas sim nas opiniões pessoais e experiências clínicas de pessoas poderosas e influentes dentro da academia psiquiátrica que tiveram pouca experiência com religiosidade saudável” (p. 96). Entretanto uma mudança significativa começa a acontecer no final da década de 1990 para início do século XXI,

Investigações sistemáticas passaram a demonstrar que pessoas religiosas não eram sempre neuróticas ou instáveis e que indivíduos com fé religiosa profunda na realidade pareciam lidar melhor com estresses da vida, recuperar-se mais rapidamente de depressão e apresentar menos ansiedade e outras emoções negativas que as pessoas menos religiosas (Larson et al., 1992; Koenig et al., 1992; 1993; Koenig et al., 1998; Koenig, 2006) (KOENIG, 2007b, p.5).

A partir dessa afirmação de Koenig (2007b), de que pesquisas contemporâneas atestam o fato de uma relação positiva entre a R/E e a SM, fizemos um levantamento de artigos científicos⁶⁹, e pesquisas de modo geral, que expusessem essa relação. Apresentar-se-ão a seguir as pesquisas que tratam dessa relação de forma específica, ou seja, que relacionam a dimensão da R/E à SM a partir de um estudo específico. Para que em seguida sejam apresentados os artigos que fazem um levantamento amplo, isto é, pesquisas mais amplas resultantes de revisões integrativas e/ou grupos de pesquisa, sobre a relação da R/E com a SM.

Nas pesquisas que tratam da relação da R/E com a SM de forma específica faremos uma exposição: do estudo exploratório feito com psicólogos sobre a relação da SM com a

⁶⁹ Artigos científicos de periódicos e revistas avaliadas com conceito superior a Qualis B3 pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Esse nível de seletividade de artigos científicos de periódicos e revistas se justifica pelo fato de se tratar de uma pesquisa que traz elementos do saber popular mítico-religioso, que por sua vez tem sofrido descrédito no ambiente acadêmico (KOENIG, 2007a; FREIRE; SALGADO, 2008).

espiritualidade na perspectiva dos mesmos (OLIVEIRA; JUNGES, 2012); do estudo feito com profissionais de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre suas percepções da religiosidade relacionadas aos transtornos mentais (SOUZA; CALDAS, 2009); do estudo realizado com universitários sobre o impacto do bem-estar espiritual na prevenção e proteção contra transtornos psiquiátricos menores⁷⁰ (VOLCAN et al, 2003); da pesquisa realizada com mulheres de uma penitenciária sobre a relação da religiosidade com a SM das mesmas (MORAES; DALGALARRONDO, 2006); e do estudo feito com famílias de pessoas com transtornos mentais sobre a relação da religiosidade com o cuidado e a esperança de cura (SILVA; MORENO, 2004).

A primeira pesquisa, dos autores Oliveira e Junges (2012), trata de um estudo exploratório feito com dois grupos de profissionais graduados em psicologia. Um grupo é formado por cinco profissionais de um CAPS e o outro por cinco profissionais de clínicas particulares. A partir da análise de conteúdo, verificou-se três categorias que surgiram nos relatos dos profissionais: 1 – saúde mental como equilíbrio da vida; 2 – R/E como experiência; 3 – clínica como autoconhecimento e autonomia. A partir dessas categorias os autores concluem que

[...] a espiritualidade/ religiosidade, 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 (OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 475, grifo nosso).

O estudo realizado por Souza e Caldas (2009) foi desenvolvido no município de Ilhéus – BA com a participação de dois médicos, três enfermeiros e vinte agentes comunitários. O estudo teve por objetivo analisar a “produção de sentidos e os posicionamentos de profissionais de Saúde da Família acerca da religiosidade e saúde mental” (SOUZA; CALDAS, 2009, p. 461). Em análise de conteúdo das conversas grupais verificou-se as categorias: dimensão espiritual como fator desencadeante e explicativo da doença mental; os espaços de tratamento religioso e suas implicações sociais; e das distinções e fluidez entre o discurso religioso e o discurso médico. Os entrevistados chegaram a conclusão de que a

⁷⁰ “[...] representam quadros menos graves e mais frequentes de transtornos mentais. Os sintomas incluem alterações de memória, dificuldade de concentração e de tomada de decisões, insônia, irritabilidade e fadiga, assim como queixas somáticas (cefaleia, falta de apetite, tremores, sintomas gastrointestinais, entre outros)” (ROCHA; SASSI, 2013, p. 211).

religião pode ser um elemento desencadeador e explicativo do transtorno (podendo incorrer em negligência ao tratamento medicamentoso inclusive); oferece um espaço de tratamento mais viável (com relação a distância e dificuldade de acesso)⁷¹; e existe uma fluidez no discurso religioso – um discurso não rígido, expresso na expressão de que “nem sempre o problema é espiritual” – o que favorece o cuidado plural e não reducionista. Os autores constataam “[...] a relevância deste estudo para ampliar as reflexões e possibilidades de cuidado em saúde mental na comunidade, via Estratégia de Saúde da Família associada aos espaços de religiosidade, e para valorizar a produção de diálogos entre diversos saberes [...]” (p. 466).

A pesquisa de Volcan et al (2003) foi realizada com 464 estudantes das áreas de medicina e direito de Pelotas – RS. Aplicou-se um questionário que continha uma escala de bem-estar espiritual (SWBS)⁷² e informações sobre práticas religiosas e espirituais. Os autores concluíram que o estudo “[...] mostrou que *o bem-estar espiritual atua como fator protetor para transtornos psiquiátricos menores*, sendo a sub-escala de bem-estar existencial a maior responsável pelos resultados obtidos” (p. 440, grifo nosso).

O estudo de Moraes e Dalgalarondo (2006) trata de 358 questionários aplicados a mulheres detentas da Penitenciária Feminina da Capital (São Paulo – SP). O objetivo do estudo foi de “[...] verificar o perfil de saúde mental e a relação entre a religião, religiosidade e saúde mental [das detentas]” (p. 50). Os autores concluem da seguinte forma:

O presente trabalho encontrou uma prevalência relativamente baixa de transtornos mentais em mulheres encarceradas no Presídio Feminino de São Paulo. *Verificou também possíveis relações positivas entre religiosidade e saúde mental junto a mulheres presas, concordando em parte com a literatura existente.* Observou alta frequência de presas afiliadas a igrejas evangélicas, embora estas circulem entre as diferentes confissões e cultos existentes na unidade prisional (p. 55-56, grifo nosso).

Os aspectos positivos apresentados por Moraes e Dalgalarondo (2006) fazem referência as incidências baixas de perda de sono e tentativa de suicídio entre mulheres religiosas ou muito religiosas, além dessa dimensão contribuir também “[...] para a

⁷¹ “Os espaços comuns de tratamento religioso emergidos das falas dos participantes incluem os centros de umbanda, terreiros de candomblé, centros espíritas, igrejas evangélicas, igrejas católicas e casas de curandeiro. A busca por estes lugares por parte do doente e do familiar acontece quase sempre quando do surgimento da doença mental. Além da concepção religiosa que explica essa busca, outras razões se incluem na expectativa de cura ou alívio do sofrimento mental, como, por exemplo, a proximidade/facilidade de acesso aos recursos contidos nas religiões em contraposição à distância/dificuldades de acesso ao recurso médico” (SOUZA; CALDAS, 2009, p. 463).

⁷² “[...] mede o bem-estar espiritual e a crença religiosa” (VOLCAN et al, 2003, p. 442).

recuperação da auto-imagem do indivíduo preso [e de] representar um sentido para a áspera experiência do aprisionamento, o que ajudaria a presa a enfrentar o cotidiano de uma penitenciária” (p. 55).

O trabalho de Silva e Moreno (2004) é um estudo de caso feito com entrevistas semi-estruturadas realizadas com familiares de pessoas com sofrimento mental em tratamento numa unidade de saúde da família do interior do estado de São Paulo. O objetivo da pesquisa foi apreender “[...] como os familiares percebem e vivenciam a religiosidade ou espiritualidade como forma de enfrentar o sofrimento psíquico” (p. 162). As autoras concluíram que “as famílias não desvalorizam o sistema de saúde, porém encontram na religiosidade a possibilidade de uma acolhida singular frente ao sofrimento de um dos seus membros” (p. 168).

As pesquisas expostas caminham no sentido de estabelecer uma noção positiva da relação da R/E com a SM; na medida em que a R/E, em opiniões hegemônicas de psicólogos entrevistados, contribui de forma positiva para a SM (OLIVEIRA; JUNGES, 2012). Mesmo tendo uma característica negativa por ser elemento desencadeador de transtornos mentais, a religião também oferece um espaço de tratamento viável e favorece um cuidado plural – na perspectiva de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (SOUZA; CALDAS, 2009). A religiosidade também protege e previne contra a incidência de transtornos psiquiátricos menores (VOLCAN et al, 2003), além de proporcionar efeitos positivos em mulheres em medida privativa de liberdade (MORAES; DALGALARRONDO, 2006), e favorecer o acolhimento de algum familiar com transtorno mental (SILVA; MORENO, 2004).

Dentre as pesquisas amplas que fazem uma relação entre R/E e saúde mental serão apresentados: o levantamento bibliográfico sobre a interface religião e cuidados em SM (MURAKAMI; CAMPOS, 2012); a revisão integrativa de publicações que tratam da relevância da religiosidade e SM no Brasil (PORTO; REIS, 2013); a revisão descritiva de artigos referentes às associações entre R/E e atividade imunológica, SM, neoplasias⁷³, doenças cardiovasculares e mortalidade (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007); o levantamento bibliográfico de artigos que relacionam o Transtorno Bipolar de Humor (TBH) à R/E (STROPPA; ALMEIDA, 2009); e a revisão da literatura dos EUA, Brasil e outros países do mundo que, dentre outros objetivos, pretende examinar os efeitos do envolvimento religioso da pessoa com sofrimento mental (KOENIG, 2007a).

⁷³ Também conhecidas como “tumor”. É um Processo patológico que destrói o tecido do corpo.

O trabalho de Murakami e Campos (2012) trata de um levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados LILACS, BDENF e SciELO no período de 2000-2010, que objetivou identificar a interface religião e cuidados em SM. Foram selecionados 13 trabalhos, e destes elencaram-se seis categorias: a religião como dimensão que contribui para melhor qualidade de vida; religião como rede de apoio social; religião como atribuidora de sentido ao sofrimento; relação entre intensidade do envolvimento religioso e prevalência de transtornos mentais; religião como causadora de danos à saúde mental; e integração da religião no cuidado com o paciente. O artigo evidencia, em interpretação às categorias elencadas, os pontos positivos e negativos da R/E em relação à SM. Entretanto, os autores concluem:

A maioria dos estudos indica que a religiosidade é um aspecto determinante da vida humana e, que geralmente, tem uma associação positiva com boa saúde mental, promovendo a qualidade de vida. Sendo assim, para honrar o dever de profissionais de saúde, de aliviar o sofrimento e oferecer uma assistência de qualidade, é necessário aumentar o conhecimento sobre o aspecto religioso (p. 366, grifo nosso).

A revisão integrativa feita por Porto e Reis (2013) objetivou analisar publicações nas bases de dados BDENF e LILACS no período de 2001-2012, que evidenciavam a relevância da religiosidade e saúde mental no Brasil. Foram selecionados 19 trabalhos, que foram categorizados em cinco temas: religiosidade sistematizada em conhecimento científico; religiosidade enquanto suporte social; influência da religiosidade para usuários de álcool e outras drogas; religiosidade e minorias sociais; e religiosidade como terapêutica complementar. Também nessas categorias prevalece hegemonicamente uma noção positiva da relação R/E e SM, na medida em que os autores concluem identificando que

[...] os estudos revelam o reconhecimento de que a religiosidade influencia o cuidado e a amenização dos problemas de saúde. [...] A religiosidade tem demonstrado potencial impacto na saúde física e mental, pois assume papel essencial na vida das pessoas, pois as auxilia no enfrentamento das adversidades da vida. Entretanto, nota-se que a religiosidade como possibilidade terapêutica nem sempre é considerada pelos profissionais envolvidos com o cuidado em saúde mental. Para isso, seria necessário perceber que a experiência religiosa, além de ser uma perspectiva de resposta utilizada frente aos infortúnios e adversidades da existência, é também uma possibilidade de construir sentido e agir no mundo (p. 391, grifo nosso).

Na revisão de literatura realizada por Guimarães e Avezum (2007) fez-se uma revisão integrativa de artigos selecionados no banco de dados Medline, objetivando identificar as

implicações da espiritualidade na saúde física e mental. Foram selecionados 242 artigos, divididos nos temas: prática religiosa e redução de mortalidade; metanálises em religião e saúde; prece intercessória (PI)⁷⁴ como nova prática terapêutica; religião e SM; R/E e doença cardiovascular; e R/E e mortalidade por neoplasias. Tendo em vista o caráter amplo desse artigo no que se refere aos impactos da R/E na saúde de forma geral, optou-se por evidenciar os resultados referentes a SM. Não negligenciando os dados relacionados aos efeitos positivos da R/E na saúde física, específico a conclusão do autor em relação à SM:

[...] *maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afetos positivo e moral mais elevados) e a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas.* Esse impacto positivo sugere ser mais relevante entre pessoas sob estresse (idosos e aqueles com deficiências e doenças clínicas), considerando que há indícios suficientes disponíveis para se afirmar que o envolvimento religioso habitualmente está associado à melhor saúde mental (p. 92, grifo meu).

Em Stroppa e Almeida (2009) é feito um estudo que objetiva identificar a relação do transtorno bipolar de humor (TBH) com a R/E. O trabalho foi feito por meio de seleção de artigos nas bases de dados PubMed e PsychINFO no período de 1957-2008. Foram encontrados 122 artigos, que foram agrupados em cinco tópicos: delírios místicos; R/E; *coping*⁷⁵ religioso-espiritual (CRE); recursos comunitários; e comunidades tradicionais. Os autores evidenciaram a estreita relação do TBH com a R/E, além de constatarem o fato de que as pessoas com TBH são as que mais recorrentemente utilizam o CRE para enfrentamento do sofrimento.

Em Koenig (2007a) é feita uma revisão de literatura dos EUA, Brasil e de outros países do mundo com, dentre outros objetivos relacionados à relação da R/E com a SM, a pretensão de examinar os efeitos do envolvimento religioso da pessoa com sofrimento mental. O autor divide seu texto com os seguintes subtópicos: crença e comportamento religioso, qual a frequência (?); delírios religiosos; envolvimento religioso não psicótico; religião, conversão e sintomas psicóticos; religião patológica versus não patológica; religião como recurso e comportamento de *coping*; impacto da religião na evolução clínica; e intervenções religiosas

⁷⁴ “A prece é uma prática milenar de diversas e distintas religiões, tradicionalmente associada a bem-estar, promoção de saúde, introspecção e espiritualidade” (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007, p. 91).

⁷⁵ São estratégias e mecanismos de enfrentamento para lidar com situações de danos e sofrimento.

ou espirituais⁷⁶. O autor apresenta aspectos positivos e negativos dessa relação entre a R/E e a SM, e conclui

[...] *o envolvimento religioso não-psicótico pode ter impacto positivo no curso da doença e frequência de exacerbações psicóticas, merecendo, assim, apoio e encorajamento dos clínicos.* Por outro lado, delírios religiosos podem indicar presságio de pior prognóstico e, por isso, deveriam ser tratados vigorosamente. *Intervenções espirituais, especialmente quando aplicadas em grupo, podem influenciar o curso da doença mental grave de vários modos, incluindo fornecimento de apoio, focalizando as suas preocupações espirituais e aumentando as suas habilidades para relacionar-se com outros* (p. 103, grifo meu).

As pesquisas com características amplas, em síntese, também seguiram o caminho de parecer positivo das influências da R/E na SM; na medida em que a religiosidade tem associação positiva com a SM, a partir da promoção da qualidade de vida (MURAKAMI; CAMPOS, 2012); influencia no cuidado, na amenização de problemas de saúde, e auxílio no enfrentamento das adversidades da vida, apesar da não consideração dos profissionais da área (PORTO; REIS, 2013); associa-se a indicadores de bem-estar psicológico, a menos depressão e comportamentos suicidas, e menos uso/abuso de álcool e outras drogas (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007); relaciona-se estreitamente com o *coping* de pessoas com TBH no enfrentamento do sofrimento (STROPPIA; ALMEIDA, 2009); além de associar-se ao fornecimento de apoio e aumento das habilidades de relacionamento interpessoal (KOENIG, 2007a).

Apesar da grande quantidade de evidências que comprovam a hegemonia dos efeitos positivos da religiosidade para a SM é necessário, a fim de manter o rigor científico, que se evidenciem também os efeitos negativos dessa relação. Mesmo que aparecendo pouco nos artigos científicos contemporâneos, Dalgalarondo (2008)⁷⁷ expõe as características negativas da religiosidade para a saúde mental. Fazem referência à proibição, por parte de subgrupos religiosos, de uma série de procedimentos médicos, a saber: uso de vacinas; transfusão de sangue; e tratamentos medicamentosos e psicoterápicos. Ademais, em muitas denominações religiosas existe um tratamento demasiado homofóbico às pessoas homossexuais e transexuais, promovendo inúmeros prejuízos à saúde mental. Além de, em algumas religiões,

⁷⁶ “Intervenções indicadas incluem colher história espiritual e abordar as necessidades espirituais em psicoterapia individual, uma vez que a doença esteja estabilizada, conectando o paciente às comunidades religiosas e recursos espirituais e conduzindo terapia de grupo com foco na espiritualidade em ambientes hospitalares e ambulatoriais” (KOENIG, 2007a, p. 101).

⁷⁷ Essa obra foge aquele critério de seleção de trabalhos superiores a conceitos Qualis B3, por se tratar de um livro.

suscitarem, ao contrário da fé e esperança de caráter positivo para a saúde, sentimentos de culpa, insegurança e até mesmo de medo. Tendo em vista que, em alguns segmentos religiosos, cobra-se do fiel uma rigidez moral inalcançável acarretando sentimentos de incapacidade e enfraquecimento moral. Nessa mesma linha de sentido, Mano (2010) afirma existir uma relação muito próxima entre o conteúdo religioso de igrejas (neo)pentecostais⁷⁸ e a incidência de transtornos psicóticos em fiéis pertencentes a estas comunidades, na medida em que se valoriza uma rigidez moral – no que se refere à sexualidade – que promove fortes sentimentos de culpa caso não se alcance o padrão.

Os aspectos negativos da religiosidade na saúde mental, ao contrário do que pode parecer, também contribuem para medir a relevância dessa dimensão na atenção em saúde; na medida em que oferece subsídios para os profissionais identificarem esses problemas recorrendo, de forma mais familiar e coerente, às dimensões simbólicas da religião.

A literatura ora apresentada, que relaciona as dimensões da R/E à SM, também constata a não aderência, por parte dos profissionais da área, da consideração dessa realidade subjetiva dos usuários dos serviços de saúde mental. Nesse sentido, além de sugerir mais pesquisas que aprofundem essa relação, a literatura propõe que os profissionais da SM levem em consideração a dimensão da R/E como uma realidade relevante para a promoção da saúde das pessoas com sofrimento mental (BALTAZAR, 2003; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; KOENIG, 2007a; MURAKAMI; CAMPOS, 2012; OLIVEIRA; JUNGES, 2012; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007; PORTO; REIS, 2013; SILVA; MORENO, 2004; SOUZA; CALDAS, 2009; STROPPA; ALMEIDA, 2009; VOLCAN et al, 2003).

Percorrido o caminho de identificação da integralidade nas experiências de reformas psiquiátricas; de assimilação dos sentidos da integralidade e associação com a dimensão holística e espiritual no trato da saúde; e de constatação da estreita relação entre os impactos positivos/negativos da R/E na SM, cabe agora verificar se essa dimensão é relevante para os usuários. Viu-se a possibilidade, via sentidos de integralidade em saúde, de associação da atenção em saúde considerando as dimensões da R/E. E não só isso, viu-se também que a literatura da R/E e da SM constata que essa dimensão é relevante para o enfrentamento do adoecimento mental. Resta saber se essa dimensão é relevante para os usuários dos serviços

⁷⁸ “[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).

de SM, a fim de resgatar a centralidade que os mesmos tiveram nos processos de constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os usuários acreditam que a R/E interfere de alguma forma no contexto da SM?

4 A R/E NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DO CAPS I DE CRUZ DAS ALMAS – BA: RELEVÂNCIA (IM) PROVÁVEL

Neste capítulo fizemos um esforço ético-político de aproximar-nos da realidade dos usuários da SM. No primeiro capítulo depois da introdução observou-se que os usuários tiveram um papel importante na mudança de paradigma da atenção em SM. No segundo capítulo, entretanto, foi a vez da literatura científica e dos técnicos darem o seu parecer referente à relação existente entre as dimensões da R/E e da SM. Cabe agora a proposta de aproximação com a realidade do usuário. Essa abordagem sempre teve protagonismo nos processos de mudança de paradigma no âmbito da Luta Antimanicomial; não pretendemos mudar a regra. Nesse sentido daremos centralidade aos relatos de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA sobre a relevância que eles dão às dimensões da R/E na relação com a SM. Faremos uma breve caracterização do perfil dos usuários da instituição pesquisada para em seguida descrevermos a metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho. Além de descrevermos também os cuidados éticos que observamos para minimizar os riscos da interação com os sujeitos de pesquisa. Em seguida faremos a discussão dos dados coletados sem perder de vista o objetivo geral deste trabalho: Compreender a relevância das dimensões da R/E na SM na perspectiva de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA.

4.1 Caracterização do perfil dos usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA

As informações coletadas para o desenvolvimento deste tópico surgem da minha experiência no campo de estágio curricular do curso de Serviço Social (UFRB/CAHL), que se materializou num relato de experiência publicado na Revista de Extensão da UFRB - 11ª edição⁷⁹, 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). A realidade do CAPS I de Cruz das Almas – BA, objeto do referido artigo, pode ter sofrido mudanças, mas não a ponto de não ser mais viável levar em consideração as informações que desenham um perfil dos usuários da instituição.

⁷⁹ O referido artigo foi feito em parceria com a colega de graduação Tatiele Gomes dos Santos, sob orientação da Profª Silvia Cristina Arantes de Souza, as quais sou muito grato. Ver: 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*, 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.

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 não receberam alta e ainda 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 de dados. Dos 292 usuários 48,63% são homens, enquanto que 51,36% são mulheres. Os dados evidenciam que, ainda que com uma diferença pequena, a maior parte dos usuários ativos da instituição são mulheres. No que se refere a faixa etária dos usuários, a mais comum é a de 46-60 anos, com 37,32%. Em seguida vêm as 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%. A análise dessas faixas etárias mostra que a maior parte dos usuários da instituição tem idade ativa para o trabalho. Muitas outras questões podem ser inferidas com os dados de faixa etária. Uma delas é a difícil aceitação do tratamento por parte da juventude – o que precisa de uma comprovação empírica, obviamente – isso sem levar em consideração o período etário com maior incidência de sofrimento mental⁸⁰.

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:

Quadro 1 – Transtornos mais recorrentes entre usuários do CAPSI de Cruz das Almas – BA por categoria

CID-10 POR CATEGORIA	SIGNIFICADO DAS CATEGORIAS	%
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	11,23%
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	18,04%
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	72,61%
F30-F39	Transtornos do humor [afetivos]	22,79%
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	1,70%
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	_____
F60-F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	0,68%

⁸⁰ No estudo epidemiológico sobre transtornos mentais (TM) realizado por Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2008) a faixa etária, da categoria de adultos, com mais incidência de TM foi à de 30-39 anos seguida da faixa etária de 19-29 anos. Se levarmos em consideração esses dados, numa perspectiva comparativa, que representam informações de 3.203 registros de adultos podemos inferir que existe algum elemento que inibe o tratamento dos usuários entre 18-25 anos do CAPS I de Cruz das Almas – BA em virtude de seu percentual baixo.

F70-F79	Retardo mental	9,55%
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico	_____
F90-F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	0,34%
F99	Transtorno mental não especificado	_____
G00-G99	Doenças do sistema nervoso	5,79%

Fonte: SANTOS; MAGALHÃES, 2016, p. 155.

Observa-se maior incidência de transtornos relacionados à categoria “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes”, que compreende 72,61% dos usuários ativos da instituição. Não necessariamente trata-se de uma “epidemia” da esquizofrenia no município de Cruz das Almas – BA. Antes, está mais relacionado ao perfil de usuários acolhidos pelos CAPS, que são pessoas com sofrimento mental grave e persistente; o que também justifica o percentual de incidência das categorias “Transtornos do humor [afetivos]” e “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa” (BRASIL, 2004b).

Esse 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.

4.2 Metodologia

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (Roteiro de Entrevista APÊNDICE A) 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 roteiro de entrevista foi dividido em duas partes. Na primeira parte as perguntas⁸¹ tiveram o objetivo de levar o entrevistando a expor sua história em relação ao transtorno mental e ao CAPS, a fim de identificar relatos espontâneos que trazem elementos

⁸¹ As indagações da primeira parte do roteiro serão baseadas nas seguintes perguntas: Há quanto tempo que frequenta o CAPS I do Município? Fale um pouco sobre a história da sua vinda para cá; Como você explica sua situação de saúde quando chegou ao CAPS I? Por que você veio para cá? O que você tinha e sentia?; Por que você acha que ficou com sofrimento mental? Alguma coisa, alguém, ou algum acontecimento influenciou sua saúde mental?; O que é necessário, para você, uma pessoa com sofrimento mental viver bem?

da R/E. Na segunda parte, entretanto, as perguntas⁸² tiveram o objetivo de verificar a relevância direta que os usuários dão as dimensões da R/E na relação com a SM. As indagações construídas com estes objetivos pretenderam medir a relevância que os entrevistados dão a R/E na SM.

Optou-se por entrevistar 6 usuários por uma questão de viabilidade, sendo inviável uma quantidade maior no tempo de pesquisa proposto pela instituição universitária. Os 6 usuários foram escolhidos por sorteio, sendo 2 do sexo masculino e 4 do sexo feminino; respeitando o dado de maior incidência de mulheres na referida instituição. O sorteio foi realizado após seleção, feita por algum profissional da instituição, de usuários mais ativos do CAPS I, isto é, os que mais participavam das atividades e que mais frequentavam as oficinas terapêuticas – esse critério é 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 a 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 optamos por não entrevistar os que foram

⁸² As indagações da segunda parte do roteiro 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?

diagnosticados com esse tipo de sofrimento mental. Tomamos 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 SM para legitimar uma série de violências aos direitos humanos da pessoa com sofrimento mental (PERRONE, 2014).

Pretendeu-se, ainda, fazer uma análise frequencial de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas, que nos permitiu saber a incidência de palavras e termos nos relatos dos entrevistados (OLIVEIRA et al, 2003). Essa análise se deu com os dados obtidos a partir da primeira parte do roteiro de entrevista – a parte que não trata especificamente da questão religiosa. O objetivo aqui era identificar a recorrência de palavras e trechos com conotação religiosa que aparecessem nos relatos dos entrevistados, a fim de medir a relevância espontânea que os usuários dão a dimensão da R/E em falas relacionadas à SM. Ademais, propomos fazer uma análise de conteúdo 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).

4.3 Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram resguardados por meio da providência dos seguintes documentos: emissão de carta de autorização de pesquisa (Termo de Anuência – ANEXO A), 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 (APÊNDICE B), devidamente assinado pelos responsáveis dos usuários entrevistados, além dos Termos de Assentimento (APÊNDICE C), assinado pelos pacientes. O projeto passou pelo Comitê de Ética na Pesquisa da UFRB, que atestou, via relatório (ANEXO B), consonância ética com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16.

Os nomes dos entrevistados serão fictícios, a fim de não identificarmos os sujeitos que colaboraram com informações pessoais para o desenvolvimento desta pesquisa. Utilizaremos os nomes de antigos internos⁸³ do Hospital Psiquiátrico – Colônia – de Barbacena/MG, que

⁸³ 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

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.

4.4 “Porque a boca fala do que está cheio o coração”⁸⁴: Uma análise frequencial

Antes de tratarmos especificamente da análise frequencial das entrevistas é necessário apresentar o perfil dos usuários consultados. O quadro abaixo apresenta o perfil dos usuários entrevistados seguindo uma lógica de amostra dos dados expostos por Santos e Magalhães (2016):

Quadro 2 – Perfil de usuários entrevistados

Nome	Idade	CID	Religião
Antônio da Silva	32 anos	F20.6 – 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	F07.8 - Outros transtornos orgânicos da personalidade e do comportamento devidos a doença cerebral, lesão e disfunção	Evangélico - Igreja Assembleia de Deus
Sônia Costa	47 anos	F31.7 - Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	Evangélica - Igreja Batista
Elza Maria do Carmo	44 anos	F20.3 – Esquizofrenia indiferenciada	Sem religião

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

Como descrito na metodologia supracitada faremos neste tópico uma análise frequencial dos relatos dos usuários entrevistados referente a primeira parte do roteiro de entrevista. Nesta parte do roteiro de entrevista não foram estimuladas perguntas diretas sobre a relação dos usuários com as dimensões da R/E. As perguntas relacionavam-se ao histórico do usuário com a instituição e o transtorno mental, além de também referirem-se às principais necessidades para qualidade de vida do entrevistado. O objetivo dessa abordagem foi

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).

⁸⁴ BÍBLIA, N. T. Lucas, 6, 45. In BÍBLIA. Português. *Bíblia Sagrada*: Almeida Revista e Atualizada. 2. ed. Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999. p. 55.

identificar relatos espontâneos sobre a R/E, a fim de verificar a relevância que os usuários dão a essas dimensões.

A análise frequencial foi feita levando em conta o número total de palavras ditas pelo usuário em relação ao número específico de palavras ditas em trechos que expressam elementos da R/E. A partir dessa contagem calculou-se o percentual de palavras ditas referentes à R/E, o que supomos ser capaz de quantificar a relevância dada pelo usuário a essas dimensões nesta primeira parte da entrevista. Esse tipo de abordagem relacionada a temática da Religiosidade/Espiritualidade é problemática, na medida em que existem expressões de linguagem associadas a essas dimensões que não estão diretamente relacionadas à R/E. Exemplo disso são os termos comumente usados, como: Meu Deus, Graças a Deus, Abaixo de Deus, etc. Essas expressões não podem ser utilizadas para medir a relevância que os usuários dão as dimensões da R/E – Quem duvidaria que esses termos também poderiam ser utilizados por ateus? Por esse motivo, após contagem de palavras associadas às dimensões da R/E, separamos os termos com expressões culturais dos termos com sentido religioso, a fim de termos uma visão mais rigorosa para medir a relevância desses elementos na perspectiva dos usuários entrevistados.

Ademais, separamos também os termos relacionados às dimensões da R/E que expressavam significado positivo e negativo, isto é, os trechos que associavam elementos da R/E como negativos de alguma forma para o usuário X os trechos que associavam elementos da R/E como positivos para o entrevistado. A proposta aqui é identificar a recorrência do tipo de significado que o usuário dava a R/E. Por fim, verificamos os significados dos termos mais recorrentes nos relatos dos entrevistados. O que os usuários falam das dimensões da R/E para esse elemento ganhar espaço espontâneo em seus discursos?

O quadro abaixo expõe os dados da análise frequencial feita nos relatos dos seis usuários entrevistados:

Quadro 3 – Análise frequencial de relatos de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA

Entrevistado	Total de Palavras	Nº e percentual de Palavras relacionadas à R/E		Quantidade de termos com expressões culturais (EC) e expressões com sentido religioso (ESR)		Quantidade de termos que expressam sentido positivo/negativo		Significado mais recorrente das expressões com sentido religioso
		Nº de palavras	%	EC	ESR	Positivo	Negativo	
Antônio da Silva	387	120	31,0%	0	16	12	4	Ir à igreja e buscar a Deus
Sueli Resende	1074	58	5,4%	3	2	2	0	Amor a Deus e ao próximo
Conceição Machado	2910	178	6,1%	8	13	11	0	Ir a igreja para ter bênçãos, forças e paz
José Machado	340	17	5,0%	3	1	1	0	Orar a Deus para combater a solidão
Sônia Costa	1476	135	9,1%	2	14	8	3	Deus como protetor, curador e provedor
Elza Maria do Carmo	1445	10	0,6%	0	1	1	0	Deus dava forças para o trabalho

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

A análise frequencial feita a partir do relato de Antônio da Silva mostrou dados impressionantes. Antônio, na primeira parte do roteiro de entrevista, falou apenas 387 palavras. Uma pessoa de fala objetiva, que precisava ser constantemente estimulado para obtermos respostas mais amplas. Cerca de 31% das palavras utilizadas por Antônio na primeira parte da entrevista foram utilizadas na construção de termos com sentidos relacionados a R/E. Isso representa, basicamente, que em cada 10 palavras ditas 3 são palavras relacionadas a R/E. A presença da R/E nesse usuário é muito significativa. Confirmamos esta afirmação quando não identificamos nenhum termo com expressões culturais em seu relato; o que evidencia que todos os termos relacionados à R/E expressavam sentido e significado religioso para o usuário. A maior parte dos termos utilizados por Antônio representavam sentidos positivos, a saber: “Depois que eu comecei ir à igreja fui me libertando mais”; “Viver bem é Jesus na vida da pessoa!”; “Buscando a Deus a gente tem segurança. Deus dá segurança a gente”; “Se a gente estiver triste Deus alegra”. Entretanto, Antônio foi o entrevistado que mais falou dos sentidos negativos da R/E, na medida em que relatava: “O inimigo querendo que eu usasse a droga para tentar ceifar minha vida”; “O

inimigo mesmo... O diabo”; “Foi coisa de magia negra, de feitiçaria”; “fazer macumba pra mim”. Esses trechos mostram uma associação negativa que Antônio faz a determinados elementos religiosos e espirituais. No entanto, os significados positivos superabundaram no relato de Antônio, tendo mais recorrência o sentido de ir à igreja e buscar a Deus.

O caso de Sueli Resende foi muito diferente do de Antônio. A análise frequencial realizada nos relatos de Sueli constatou um total de 1074 palavras utilizadas na primeira parte da entrevista. Sueli falou muito mais do que Antônio. Entretanto, no que se refere às palavras relacionadas à R/E constatou-se apenas 5,4%. Não bastasse o percentual baixo em comparação a Antônio a maior parte dos trechos relacionados à R/E fazia referência a expressões culturais. Os termos culturais usados por Sueli foram: “Graças a Deus” e “Meu Deus”. Entretanto, também referiu-se à R/E de forma a expressar sentido, utilizando os termos: “[...] só tenho que ter amor a mim e a Deus”; “[...] amor ao próximo e a Deus!”. Como se pode observar são termos com significados positivos para a usuária; justificando o sentido mais recorrente associado à R/E na perspectiva de Sueli: Amor a Deus e ao próximo.

As análises realizadas a partir dos relatos de Conceição Machado e José Machado também mostram dados muito próximos aos de Sueli. No Caso de Conceição Machado, ela utilizou 2910 palavras para responder as questões da primeira parte da entrevista – foi a entrevistada que mais falou. Apenas 6,1% de sua fala, todavia, fazia referência às dimensões da R/E. Desse percentual foram identificados 8 trechos com expressões culturais. As expressões culturais mais utilizadas também foram “Meu Deus” e “Graças a Deus”. Entretanto, 13 outros trechos não tinham expressões culturais, mas um significado legítimo relacionado à R/E da usuária entrevistada. A seguir alguns exemplos dos trechos que expressam a R/E da entrevistada: “[...] ter a paz interior”; “[...] o importante [são] as forças que Deus tem pra te oferecer”; “Eu pedia proteção a Deus”; “[...] eu acho que a parte espiritual [...] Está me ajudando muito”. O sentido mais recorrente dos relatos de Conceição associados a R/E está relacionado a ir à igreja para ter bênçãos, forças e paz; o que justifica o fato de 11 trechos associarem os relatos da entrevistada a uma dimensão positiva da R/E, sem nenhuma presença de relatos que apresentam alguma dimensão negativa na perspectiva da usuária. Já José Machado utilizou 340 palavras para responder as questões da primeira parte da entrevista – diferente de Conceição, José foi o que menos falou. Apenas 5% da fala de José fazia referência às dimensões da R/E. Desse percentual a maior parte dos trechos estavam relacionados a um termo com expressão cultural “Abaixo de Deus”. O usuário utiliza esse termo 3 vezes na primeira parte da entrevista. Entretanto, também expressa sua religiosidade, apesar de ser uma única vez, ao afirmar: “[...] eu peço a Deus para não ficar só”; o que

evidencia o caráter positivo da R/E para o entrevistado, não fazendo nenhum tipo de associação negativa.

Na análise frequencial feita nos relatos de Sônia Costa identificou-se que a usuária utilizou 1476 palavras para responder as questões da primeira parte da entrevista. O percentual de palavras associadas à R/E foi de 9,1%. Desse percentual ela utilizou palavras que compunham dois termos culturais, a saber: “[...] até o dia em que Deus quiser” e “Meu Deus”. Entretanto, 14 outros trechos tinham significados religiosos e espirituais para a usuária. Desses, 3 trechos faziam associações negativas de elementos da R/E, a saber: “Uns falavam que era macumba”; “[...] Eu agora não acredito nessas macumbas”; “[...] fizeram uma obra de macumba com o meu nome numa cova de defunto”. Todavia, a maior parte dos trechos associados a elementos da R/E estão relacionados a uma dimensão positiva para a usuária; a seguir alguns exemplos: “[...] eu creio que o sangue do cordeiro já me curou e vai me curar mais ainda”; “Eu tenho fé em Deus que um dia Deus vai me dar minha aposentadoria”; “[...] fiquei esperando com paciência no Senhor”; “Deus abriu as portas”. Os sentidos mais recorrentes, nos relatos de Sônia, associados à R/E tratam Deus como protetor, curador e provedor.

O caso de Elza Maria do Carmo foi o que menos apareceu trechos relacionados à R/E; talvez pelo fato de ser a única a se declarar sem religião. Do total de 1445 palavras apenas 0,6% faziam referência a elementos da R/E; o que representa um único trecho, a saber: “[...] era Deus que me dava forças para eu ir trabalhar”. Este trecho não tem termos culturais e representa um sentido positivo da R/E para a usuária, além de inferir uma espiritualidade que está para além de uma vinculação institucional-religiosa.

De uma forma geral podemos homogeneizar os resultados a partir do seguinte quadro:

Quadro 4 – Resultado Geral: Análise frequencial de relatos de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA

Todos os entrevistados	Total de Palavras	Nº e percentual de Palavras relacionadas à R/E		Quantidade de termos com expressões culturais (EC) e expressões com sentido religioso (ESR)		Quantidade de termos que expressam sentido positivo/negativo		Significado mais recorrente das expressões com sentido religioso
		Nº de palavras	%	EC	ESR	Positivo	Negativo	
	7632	517	6,7%	16	47	35	7	

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

Analisando os dados frequenciais de uma forma geral é possível chegar a alguns indícios importantes acerca da relevância da R/E para os usuários entrevistados. É necessário informar novamente que esta análise frequencial foi feita a partir dos relatos de usuários entrevistados na primeira etapa de perguntas do roteiro de entrevista, que tinha o objetivo de entender o histórico dos usuários com relação à instituição e ao transtorno mental. Nesse sentido, todas as palavras e trechos relacionados à R/E são absolutamente espontâneos. Portanto, um percentual de 6,7% de palavras relacionadas à R/E em relatos espontâneos de usuários não pode ser subdimensionado. Isso significa que, basicamente, em cada 50 palavras ditas 3 são relacionadas às dimensões da R/E. Se levarmos em consideração que 50 palavras podem ser ditas em menos de 30 segundos, podemos inferir que em cada minuto uma frase com sentido religioso e espiritual é formada pela maioria dos entrevistados. Talvez olhando dessa forma consigamos interpretar da maneira correta o que esses dados querem mostrar.

Ademais, no que diz respeito aos termos relacionados às expressões culturais X expressões com sentido religioso é evidente a hegemonia dos termos que expressam sentido e significado religioso. Para além das expressões culturais presentes nos relatos dos entrevistados os trechos que evidenciam uma explícita aproximação com algum elemento religioso/espiritual são frequentes. Fez-se essa separação de termos culturais e com sentido religioso apenas para obedecer a hipótese de que expressões culturais relacionadas à R/E são ditas sem ter nenhum significado religioso/espiritual para quem diz – O que não pôde ser verificado, mas aderimos a esta perspectiva para mantermos o rigor científico considerando a pior das hipóteses.

No que se refere aos trechos que expressam sentido negativo da R/E para os usuários entrevistados chegou-se a conclusão de que todos os que apresentam esses relatos querem

dizer a mesma coisa. Dos 7 trechos que expressam sentidos negativos da R/E 4 foram ditos por Antônio e 3 por Sônia. Ambos entrevistados referem-se a “macumba”, elemento diretamente associado às religiões de matriz africana, como algo negativo. Tentaremos fazer uma interpretação desse dado no tópico a seguir. O fato é que as dimensões negativas da R/E, que surgem de forma espontânea, fazem referência a um tipo específico de religiosidade. Todavia, essa não é a realidade hegemônica verificada nos relatos dos entrevistados. Cerca de 35 termos da R/E foram associados positivamente para os entrevistados; contra apenas 7 termos com associação negativa. Essa grande diferença que demarca a hegemonia dos sentidos positivos de elementos da R/E também será interpretada e aprofundada no tópico posterior. Mas já se pode inferir uma associação positiva existente na relação entre saúde mental e R/E na perspectiva dos usuários, pois se não fosse esse o caso esses elementos positivos da R/E relatados pelos entrevistados não apareceriam em perguntas direcionadas exclusivamente à saúde mental.

Confirmando a inferência supracitada observaram-se nos relatos dos entrevistados trechos recorrentes que expressavam sentidos referentes à: Necessidade de ir à Igreja; Deus como doador de forças; e Deus como provedor. Claramente esses são sentidos positivos para os usuários entrevistados e talvez expliquem o fato das dimensões da R/E aparecerem espontaneamente em seus relatos.

Cabe agora analisar de forma geral toda a entrevista fornecida pelos usuários, para identificar em quais aspectos a R/E se relaciona com a SM na perspectiva dos entrevistados, a fim de compreender a relevância que os mesmos dão a essas dimensões no contexto da SM.

4.5 “Deus escolheu as coisas loucas deste mundo para confundir as sábias”⁸⁵: Análise de conteúdo das entrevistas

Neste tópico será feita uma análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os usuários. Fizemos uma leitura vertical das transcrições das entrevistas, a fim de verificarmos categorias temáticas que homogeneizassem sentidos trazidos pelos usuários. Em seguida fizemos 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.

⁸⁵ BÍBLIA, N. T. I Coríntios, 1, 27. In BÍBLIA. Português. *Bíblia Sagrada*: Almeida Revista e Atualizada. 2. ed. Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999. p. 136.

Em análise de conteúdo das entrevistas constatamos três categorias temáticas capazes de medir a relevância da R/E no contexto da SM na perspectiva dos usuários, a saber: R/E como ressignificadora do sofrimento mental; R/E como fator de progresso e bem-estar no contexto da saúde mental; e Noção ampliada de saúde e a estreita relação com a R/E.

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. Na categoria temática “Noção ampliada de saúde e a estreita relação com a R/E”, não trabalhamos com as unidades de sentido. Fizemos uma relação com a compreensão de saúde e religião que os entrevistados apresentaram, para que pudéssemos expor as similitudes dessas compreensões que quase se confundem de tão próximas na perspectiva dos usuários.

4.5.1 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. Este tema também manifestou-se nos relatos da primeira parte do roteiro de entrevista dos entrevistados Antônio da Silva e Sônia Costa; o que mostra a força dessa categoria temática, na medida em que aparece num relato espontâneo sem que a dimensão da R/E fosse estimulada.

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... Ia 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 a 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 a 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 africana⁸⁶.

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 neopentecostal 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 maniqueísta⁸⁷” (p.10). Ari Oro (2015)

⁸⁶ Não estamos sendo preconceituosos com essa inferência, apenas levamos 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.

⁸⁷ 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.

afirma que um dos 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.

4.5.2 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.

Esta categoria temática “R/E como fator de progresso e bem-estar no contexto da saúde mental” aparece nos relatos da primeira parte do roteiro de entrevista de 3 entrevistados: Antônio da Silva, Conceição Machado e Sônia Costa. Mesmo sem a dimensão da R/E ser estimulada nesta parte da entrevista os usuários a trouxeram relacionando-a aos seus progressos (melhora) e bem-estar. Portanto, trata-se de uma categoria de relevância

muito significativa para os usuários, na medida em que também aparece em relatos espontâneos dos entrevistados.

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 SM 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 SM. Os relatos não tratam de uma parte da religião ou de ações pontuais da religião como benéficas para a SM. 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 SM.

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 SM 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 frequência 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 frequência à 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 frequência 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?⁸⁸

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 convicção é problemática na medida em que é exclusivista e não complementar, isto é, quando se afirma a exclusividade de um tratamento (espiritual), se

⁸⁸ Para este tipo de encorajamento a que se considerar a diferenciação entre as Experiências Espirituais e as Experiências Psicopatológicas no sentido do proposto no quadro do Anexo D.

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”.

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 SM.

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 SM. 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 SM, 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 SM 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 SM. Esses autores fortalecem a tese de que a R/E pode ser positiva para a SM a partir de resultados de relevantes estudos científicos como pretendi mostrar no capítulo anterior. 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).

4.5.3 Noção ampliada de saúde e a estreita relação com a R/E

Nesta categoria temática fizemos uma comparação com as respostas dos usuários à pergunta “o que é religião?” em relação à pergunta “o que é saúde?”. Observamos que as respostas dos entrevistados a estas duas questões foram extremamente convergentes. Em alguns casos foi necessário recorrer a relatos dos entrevistados que não eram respostas das perguntas supracitadas, mas que tinham relação intrínseca com as mesmas. O objetivo desta abordagem de análise foi o de verificar as similitudes entre os significados de Religião e Saúde na perspectiva dos usuários. Faremos, nesta categoria temática, análises individuais da fala de cada entrevistado.

Nos relatos de Antônio da Silva quando indagado sobre o significado de religião, afirmou: “Religião para mim é crer em Deus, ter fé em Deus”. Nessa mesma direção quando

indagado sobre o significado de saúde, disse: “Jesus” – Nenhuma palavra a mais, nenhuma palavra a menos. Esse resultado é problemático ao passo em que nos faz pensar sobre a indução de respostas. Tentamos nos afastar dessa falha separando as perguntas que indagavam sobre o significado da religião (pergunta 6 do roteiro de entrevista) e saúde (pergunta 8 do roteiro de entrevista). O fato é que as repostas àquelas questões diferentes foram muito parecidas. Ou seja, Religião para Antônio é ter fé em Deus e Saúde é simplesmente Jesus. O que impressiona é a noção de saúde ressignificada pelo imaginário religioso do usuário.

No caso de Sueli Resende, quando indagada sobre o que era Religião, afirmou:

“Religião pra mim é a gente ter fé. Amar a Deus acima de tudo. Não importa o que seja, se tem uma planta eu tenho que amar ela eu não posso matar ela. Porque ela tem uma razão de viver de se alimentar, ela serve pra alguma coisa. Eu sei que as plantas servem pra trazer a água do fundo do solo e ajudar na nossa respiração, no nosso ar limpo” – **Sueli Resende**

Sueli nos apresenta um exemplo mais elaborado do que o de Antônio sobre o que é religião em seu ponto de vista. Religião para ela está muito relacionado a uma boa relação com a natureza. Trata-se de amar a Deus e a natureza, ter uma relação de alteridade com o universo. Quando indagada sobre o significado de Saúde, responde:

“Ah! Saúde é eu brincar, sorrir, não sentir dor, ser feliz, tratar as pessoas bem. Porque é tão bom as pessoas lhe darem um bom dia com um sorriso. Não andar enfezada, não andar mal-humorada, não xingar as pessoas – *Ele [o caboclo Eru] não gosta que a gente xinga [...]*” – **Sueli Resende**

A concepção de Saúde de Sueli segue a mesma linha de Antônio, na medida em que compreende saúde como algo amplo, que se relaciona, também, a uma alteridade com as pessoas. O emblemático de sua resposta referente à Saúde está no fato de inserir elementos de sua espiritualidade para responder a questão. Grosso modo, em seu ponto de vista, Saúde é tratar as pessoas bem e não falar mal delas, “pois o Caboclo Eru não gosta”. Mais uma associação explícita entre a noção de Religião com Saúde. Ou seja, o imaginário religioso influenciando uma determinada concepção de Saúde não restrita à dimensão biomédico-medicamentosa.

No relato de Conceição Machado observamos o mesmo movimento de ressignificação, entretanto no sentido inverso: O significado de Saúde influenciando e/ou complementando o significado de Religião. Conceição se refere a Religião da seguinte forma:

“Olha, pra mim a religião é acreditar em Deus, tem que crer em Deus. Tem que ter limites... [...] Que alguma coisa existe... Se é espiritual... É a fé, a fé é a maior. Sabe por que eu digo que é a maior? [...] Eu não ia mais para o comércio fazer minhas compras, fazer nada. [...] Aí quando Deus me deu essa força, abriu as portas, que eu comecei a sair pra resolver minhas coisas mesmo” – **Conceição Machado**

Conceição também faz uso de um exemplo para explicar o significado de religião. Para ela Religião tem a ver com liberdade e autonomia: “[...] Deus me deu essa força, abriu as portas, que eu comecei a sair pra resolver minhas coisas mesmo”. Nesta mesma direção de sentido Conceição se refere à Saúde:

“Saúde é tudo. Sabe por que eu digo que saúde é tudo? Porque quando você está com saúde você pode fazer tudo: virar a noite, ir à casa do vizinho, ir correr ali, ir pra festa aqui... [...] liberdade” – **Conceição Machado**

No caso particular de Conceição acreditamos ser sua compreensão de Saúde que influencia sua noção de Religiosidade. Saúde para ela está fortemente relacionada com liberdade; a mesma liberdade exemplificada na resposta à questão sobre o significado de Religião. Liberdade aqui teria origem prioritária mais próxima da noção de Saúde, visto que o sofrimento mental experienciado pela entrevistada impossibilita esse sentimento. O fato é que Conceição também faz convergir Religião e Saúde da mesma forma que os entrevistados anteriores.

Nos relatos de José Machado encontramos a mesma relação entre Religião e Saúde. Na concepção do entrevistado sobre Religião, ele afirma:

“Eu acho que é tudo, porque você pode ser católico, pode ser evangélico, o que importa é ter fé em Jesus, porque Jesus é um só, pra mim é isso. [...] Porque sem fé não vai nada à frente” – **José Machado**

Recorrendo a outro trecho que não faz referência à pergunta sobre o significado da Religião, mas que nos ajuda a compreender essa questão, José Machado afirma:

“[...] eu passei pra ser evangélico depois que eu tive AVC, porque eu fiquei um mês e treze dias internado no Roberto Santos [Hospital] [...] Eu disse ‘Olha, de hoje em diante eu serei evangélico, não vou ser mais católico não, porque Jesus me deu minha vida de volta’” – **José Machado**

Observamos nos relatos de José que o significado de Religião está associado à promoção de “avanço” e “milagre”: “Porque sem fé não vai nada à frente” (A fé ajuda a

avançar); e “[...] eu passei pra ser evangélico depois que eu tive AVC, porque eu fiquei um mês e treze dias internado no Roberto Santos [...] Jesus me deu minha vida de volta” (Jesus promoveu um milagre). Quando o mesmo usuário refere-se ao significado da saúde, afirma:

“A pessoa tendo saúde a pessoa vai ter mais capacidade de vencer [...] Vencer a dificuldade do dia-a-dia [...] Nós tomamos remédio controlado, mas ali nós nos sentimos melhor, ali nós temos a capacidade de vencer algum obstáculo da vida; eu acho” – **José Machado**

José compreende Saúde como ter a capacidade de vencer as dificuldades do dia-a-dia e os obstáculos da vida. Essa noção de Saúde não está muito próxima das ideias de “avançar” e de “milagre” propostas pelo usuário quando este significa Religião logo acima? Avançar não é superar obstáculos da vida? Milagre não é vencer um obstáculo impossível? Se as respostas para estas perguntas forem sim José Machado faz convergir, no mesmo sentido que os outros, os significados de Religião e Saúde.

Sônia Costa também mostrou essa relação estreita da Religião com a Saúde. Em seu ponto de vista

“Religião é a gente ter intimidade com Deus, não é? Buscar a ele mais, orar mais. Pede uma coisa ele resolve, entra com providência. Então tudo é isso é religião. É a fé que a gente tem de ter e perseverar...” – **Sônia Costa**

O significado que Sônia dá a Religião está muito relacionado à “providência divina”. Religião é o movimento de Deus em favor dela, são as intervenções divinas, é a providência. Lembrando que também é desta entrevistada a frase: “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 dimensão da providência divina para esta usuária é muito forte em seus relatos. No que se refere à Saúde, Sônia diz:

“Já pensou estar numa cama, sentindo dor [...] Dependendo tudo dos outros? E nós com saúde, nós fazemos nossas coisas todas, não precisa... [...] E eu boa, não... Eu varro casa, eu lavo banheiro, eu lavo prato, eu faço comida, eu vou... Ajudo minha irmã fazer algumas coisas na casa dela, tem um quintalzinho, toda hora eu arranco um pezinho de mato, plantei uns ‘cuentrozinho’, fico arrancando uns matinho de dentro, plantei quiabo. E aí é uma terapia, pra mim é uma terapia” – **Sônia Costa**

Saúde para Sônia tem o mesmo sentido que Conceição dá a este elemento: Liberdade e autonomia. Nesse sentido, para Sônia, Saúde não tem a ver com dor, nem com dependência.

Quando a entrevistada afirma estar curada pelo “sangue de Jesus” inferimos, de acordo com estes trechos, que se trata de uma autonomia e liberdade que o “Deus da providência” garantiu para a mesma; o que evidencia uma relação estreita entre as concepções de Religião e Saúde em seus relatos.

Para encerrar analisamos também os relatos de Elza Maria. No que se refere a Religião, Elza afirma: “Na minha opinião religião é buscar a Deus. Um... É estar... Bem... Pra estar bem... A gente se sentir bem mesmo é quando a gente está com Deus” – Elza Maria. Ela também conceitua Religião a partir de seus efeitos: Bem-estar – Apesar de não ter nenhuma religião. Ao passo em que, ao se referir a Saúde, afirma:

“Saúde pra mim é estar bem... Bem... Bem estar, ter disposição... Disposição pra fazer as coisas, pra sair... [...] É, ânimo pra fazer as coisas, ânimo pra sair... Ânimo pra fazer as coisas, sabe? É levantar de manhã, fazer suas coisas, ir pro trabalho. Chegar em casa, fazer suas coisas, sair. Chamar alguém pra conversar, pra sair, pra passear, pra se distrair... Isso que eu acho que é bem estar” – **Elza Maria**

Elza também associa Saúde ao bem-estar, além de acrescentar o sentido de liberdade, autonomia e disposição, presentes nos relatos de Conceição e Sônia. A relação da Saúde com o bem-estar mostra uma aproximação explícita com o sentido de Religião da usuária. No que se refere à Saúde enquanto disposição, Elza também afirmou, em um de seus relatos referentes a sua antiga aproximação com a igreja, o seguinte:

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

Esse relato de Elza associado à Religião mostra uma aproximação clara com o sentido de Saúde exposto pela usuária: Disposição. Elza não foge a regra identificada nos relatos dos usuários entrevistados, a saber: As noções de Religião e Saúde são tão próximas que quase se confundem.

Essas análises contribuem na direção de legitimar duas perspectivas. A primeira perspectiva fortalecida com as análises feitas a partir dos relatos dos entrevistados diz respeito a uma noção ampliada de Saúde, isto é, uma noção de Saúde que não se restringe aos aspectos biológicos e materialistas da hegemônica medicina convencional. Saúde é mais do que a ausência de doença e está muito relacionada as noções de liberdade, autonomia, disposição e bem-estar.

A outra perspectiva fortalecida com os relatos analisados é a de que a R/E tem uma relação intrínseca com a Saúde – esta relação aparece em todas as entrevistas. Pode-se dizer que a R/E não é relevante para a SM com base nos efeitos negativos que aquela promove em algumas situações. Mas não se pode afirmar que a R/E não é relevante para os usuários; pelo menos para estes entrevistados. Se as equipes profissionais da Saúde e Saúde Mental levarem em consideração a relevância que os usuários dão as dimensões da R/E estas se aproximariam do espírito das Reformas Psiquiátrica e Sanitária e da Luta Antimanicomial, na medida em que também se aproximariam da centralidade das demandas dos usuários dos serviços de SM.

5 CONCLUSÃO

Nessas considerações finais pretendemos expor sinteticamente os resultados desta pesquisa, bem como seus impactos no contexto da SM.

No primeiro capítulo depois da introdução tivemos como objetivo compreender o processo de constituição da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o lugar dos usuários nesse contexto, além de entender as convergências existentes entre as experiências de Reformas Psiquiátricas, a Interdisciplinaridade e a Integralidade em saúde. Entendemos que os usuários tiveram um papel importante no processo de constituição da Reforma Psiquiátrica Brasileira sendo um dos atores que contribuíram para a mudança de paradigma na atenção em SM. Verificamos também que a essência das experiências de Reformas Psiquiátricas tinha uma relação estreita com os conceitos de Interdisciplinaridade e Integralidade em Saúde, na medida em que tratavam-se de experiências que propunham a horizontalização das relações de poder entre profissionais da saúde; um processo dialógico com os usuários das instituições; uma atenção para o contexto social do louco e a não restrição da experiência de sofrimento mental às dimensões biológicas.

No capítulo seguinte propusemos a conceituação do termo polissêmico da Integralidade em saúde. Verificamos que existe um sentido da Integralidade que se relaciona a uma prática de profissionais da saúde que não restringem a atenção aos aspectos biomédicos, mas que integram as dimensões psicológicas e sociais da saúde. Este sentido de Integralidade tem uma estreita relação com um movimento que ficou conhecido como movimento holístico; movimento que dialoga e legitima uma aproximação da Espiritualidade com a Saúde. São essas convergências que resultam na associação da SM com a R/E – relação que tem sido muito discutida em pesquisas científicas, bem como seus aspectos positivos e negativos para a SM.

Tendo em vista essa relação que buscamos mostrar no caminho epistemológico proposto, no último capítulo propomos uma maior aproximação com os usuários dos serviços de SM, na medida em que fizemos uma pesquisa com o objetivo de identificar a compreensão que eles tinham sobre a relevância das dimensões da R/E no contexto da SM. Pretendemos alcançar este objetivo fazendo uma análise frequencial dos relatos espontâneos dos entrevistados, isto é, relatos resultantes de perguntas que não faziam referência direta às dimensões da R/E. A análise frequencial revelou que, em média, cerca de 6% das palavras ditas pelos usuários entrevistados eram utilizadas para compor termos religiosos. Ou seja, em cada 50 palavras ditas 3 eram referentes às dimensões da R/E. Levando em consideração que

50 palavras são ditas em menos de 30 segundos chegamos a conclusão de que a cada um minuto uma frase com sentido religioso era formada pela maioria dos entrevistados. Se de fato, “[...] a boca fala do que está cheio o coração” (Lucas 6, 45) os entrevistados mostraram que têm a religiosidade muito próxima de seus contextos de sofrimento mental.

Além da análise frequencial fizemos uma análise de conteúdo mais ampla dos relatos dos entrevistados. Constatamos três categorias temáticas capazes de indicar a relevância que os usuários dão às dimensões da R/E, a saber: R/E como ressignificadora do sofrimento mental; R/E como fator de progresso e bem-estar no contexto da saúde mental; e Noção ampliada de saúde e a estreita relação com a R/E.

Percebemos em análise das entrevistas que os usuários comumente ressignificavam a experiência do sofrimento mental a partir de um imaginário religioso. A maior parte deles ressignificavam a origem do transtorno, na medida em que compreendiam que estavam passando pela situação de sofrimento mental em virtude de “uma obra de macumba” que algo ou alguém, vinculado a religiosidade de matriz africana, tinha realizado. As outras unidades de sentido referentes a esta categoria temática diziam respeito à ressignificação do transtorno como: doença da carne e experiência necessária para evolução. A usuária que expressou essas unidades de sentido fortalecia a concepção antimanicomial, na medida em que compreendia a pessoa com sofrimento mental como alguém maior do que uma “enfermidade carnal” e, portanto, alguém não restrito a uma atenção biomedicamentosa unilateral. Além de compreender, ao contrário de seus companheiros entrevistados, que o sofrimento mental era uma experiência para evolução espiritual. A religiosidade dos entrevistados que ressignificaram o transtorno quanto à sua origem era (neo)pentecostal. Ao contrário da religiosidade da entrevistada que ressignificou o sofrimento mental na direção de uma evolução espiritual – esta tinha uma espiritualidade afro-brasileira. Constatamos que pessoas com sofrimento mental vinculadas a uma religiosidade evangélica (neo)pentecostal tendem a afirmar que o sofrimento mental é 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.

Outros relatos nos fizeram chegar a uma segunda constatação: A de que a R/E contribui positivamente como fator de progresso e bem-estar no contexto da SM. A maioria dos entrevistados creditou à religião, no seu significado mais amplo, a característica de ser promotora de bem-estar e progresso – isso no contexto da SM. Relacionaram, também, que a frequência à igreja tem relação direta com o progresso (melhora e evolução) e bem-estar no

contexto da SM. Metade dos entrevistados associa suas convicções religiosas/espirituais, também, como um fator de bem-estar e progresso. Duas entrevistadas explicaram o seu bem-estar e progresso em virtude da síntese feita na relação entre R/E e medicamento. Enquanto que uma usuária recorreu à prática religiosa para explicar esses elementos.

Uma última constatação verificada em análise de conteúdo das entrevistas dos usuários atesta o fato de que as noções de Saúde e Religião, na perspectiva dos entrevistados, são profundamente convergentes. Essas análises servem para legitimar duas perspectivas. A primeira perspectiva fortalecida com as análises feitas a partir dos relatos dos entrevistados diz respeito a uma noção ampliada de Saúde, isto é, uma noção de Saúde que não se restringe aos aspectos biológicos e materialistas da hegemônica medicina convencional. Saúde é mais do que a ausência de doença e está muito relacionada às noções de liberdade, autonomia, disposição e bem-estar. A outra perspectiva fortalecida com os relatos analisados é a de que a R/E tem uma relação intrínseca com a Saúde – esta relação aparece em todas as entrevistas. Pode-se dizer que a R/E não é relevante para a SM com base nos efeitos negativos que aquela promove em algumas situações. Mas não se pode afirmar que a R/E não é relevante para os usuários; pelo menos para estes entrevistados.

Com base em todos os resultados supracitados gostaríamos de fazer algumas pontuações referentes a expectativa deste trabalho no que se refere aos impactos que almejamos. Aproximar-se da realidade dos usuários da SM na perspectiva da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica não se resume em inseri-los nos espaços de controle social, mas também refere-se a captação de suas demandas e realidade como algo que não está fora do contexto de sofrimento mental. Nesse sentido, como constatada a relevância das dimensões da R/E na perspectiva de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA propomos uma maior atenção das equipes profissionais de saúde e saúde mental no que se refere a esta realidade subjetiva dos usuários: A Religiosidade/Espiritualidade.

A R/E não só tem uma relação intrínseca com a SM 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 SM? 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 SM? A orientação profissional, respeitada a inclinação do usuário, para uma maior aproximação do paciente com a Religião e/ou Espiritualidade de sua fé não é positiva para a SM de acordo com as pesquisas? 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 o tratamento dos aspectos religiosos dos usuários num Estado laico, mas não “laicista”.

Na direção desta discussão entendo que este trabalho pode contribuir, juntamente com as demais produções que fazem as mesmas convergências, 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 para este trabalho 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

- ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 171-180.
- AMARANTE, Paulo (coord.). *Loucos pela vida*. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. *Loucura, cultura e subjetividade*. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos editorial, 1997. p. 163-186
- _____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, Carlos Drummond de. *As impurezas do branco*. São Paulo: Companhia das letras, 2012.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração editorial, 2013.
- ASSIS, Machado de. *O alienista*. São Paulo: Via Leitura, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 10520*: apresentação de citações em documentos - procedimentos. Rio de Janeiro, 2002.
- AYRES, José Ricardo C.M. Prefácio à 8ª edição. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 11-14.
- BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. *Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: Impasse ou possibilidade?* Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental. 2003. 138f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro/RJ, 2003. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5389>> Acesso em: 16 set. 2016.
- BENEVIDES, Iracema de Almeida. Viagem pelos caminhos do coração: uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família.. In:

VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 169-206.

BÍBLIA, N. T. Lucas, 6, 45. In BÍBLIA. Português. *Bíblia Sagrada: Almeida Revista e Atualizada*. 2. ed. Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999. p. 55.

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*. 2005, Vol. 2 nº 1 (3), p. 68-80. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>> Acesso em: 05 jul. 2017.

BOSI, Alfredo. O positivismo no Brasil: uma ideologia de longa duração. In: MOISÉS, Leyla Perrone. *Do positivismo à desconstrução*. São Paulo: Edusp, 2004. p. 157-181.

BRASIL. *CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988*.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 05 jun. 2017.

_____. *LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990*. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 05 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS Nº 224, De 29 de Janeiro de 1992*. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf> Acesso em: 13 jan. 2017.

_____. *Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993*. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm> Acesso em: 27 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:

<http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>

Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. _____. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. _____. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5444>> Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. _____. _____. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Fundação CAPES, Ministério da Educação. *Qualis*. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/component/%20content/article?id=2550:capas-aprova-a-nova-classificacao-do-qualis>> Acesso em: 20 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parecer Jurídico Nº16/08*. Práticas terapêuticas utilizadas no âmbito da atividade do serviço social/ Serviço Social Clínico/ Componentes jurídicos. São Paulo, 26 jun. 2008. Disponível em: <<http://www.cress-es.org.br/cress/imagens/image/arquivos/ParecerSobrePraticasTerapeuticas.pdf>> Acesso em: 27 jul. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 11 jul. 2017.

COUTINHO, Carlos Nelson. Cidadania e Modernidade. *Revista Perspectivas*. São Paulo, 1999. 22: 41-59. Disponível em: <<http://piwik.seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/2087/1709>> Acesso em: 07 jun. 2017.

_____. *Intervenções: o marxismo na batalha das idéias*. São Paulo: Cortez, 2006.

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

DUARTE, Marco José de Oliveira. O campo da atenção psicossocial na política de saúde mental e o serviço social – Considerações sobre o Ethos do cuidado. In: FORTY, V.; GUERRA, Y. (Org.) *Serviço Social: Temas, Textos e Contextos – Coletânea nova de Serviço Social*. Rio de Janeiro: Lumen-Juris, 2013. p. 183-196.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 26, n. 2. 2010, p. 265-272. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 19 jun. 2017.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FREIRE, Gilson; SALGADO, Mauro Ivan. Uma nova visão da medicina. In: _____. *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina Livro I*. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 39-114.

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

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

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.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34, supl. 1, 2007. p. 88-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700012> Acesso em: 19 jun. 2017.

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*. 2007b, v.34, supl 1; p. 5-7. Disponível em: <http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/K_autores/KOENIG_Harold_tit_Religio_Espiritalidade_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.

LEME, Ricardo José de Almeida. Psiconeurobiologia da fé. In: SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson Teixeira (org.). *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina* Livro I. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 249-280.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; AVEZUM, Álvaro Jr. Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. *Revista brasileira de cardiologia*. 24(1), 2011. p. 55-57. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf> Acesso em: 19 jun. 2017.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 14(1). Rio de Janeiro: 2011. p. 159-167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a16v14n1.pdf>> Acesso em: 19 jun. 2017.

LUZ, Madel Terezinha. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005, 15(Suplemento). p. 145- 176. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/proplamed/files/2012/03/Cultura-Contempor%25C3%25A2nea.pdf>> Acesso em: 18 jul. 2017.

MACHADO, Graziela Scheffer. Reforma psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Abordagens psicossociais, volume III: perspectivas para o Serviço Social*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 32-115.

MANO, Raquel de Paiva. *O sofrimento psíquico grave no contexto da religião protestante pentecostal e neopentecostal: repercussões da religião na formação das crises do tipo psicótica*. 2010. 178f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, Brasília: 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/8403>> Acesso em: 18 jul. 2017.

MARIANO, Ricardo. Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. *Revista Estudos Avançados*, 2004, 18 (52). p. 121-138. 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.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 43-68.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*. 20(5), Rio de Janeiro, 2004, p. 1411-1416. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2017.

MIRANDA, Christiane Albuquerque de; TARASCONI, Carla Ventura; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Avaliação Psicológica*. v.7 n.2 Porto Alegre ago. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200015> Acesso em: 28 ago. 2017.

MORAES, Paulo Augusto Costivelli de; DALGALARRONDO, Paulo. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2006, 55(1). p. 50-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000100007> Acesso em: 16 set. 2016.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília 2012, 65(2). p. 361-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>> Acesso em: 16 set. 2016.

NETO, Eleutério Rodrigues. A via do Parlamento. In: FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos editorial, 1997. p. 63-92

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64*. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. *Economia política: uma introdução crítica*. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NICACIO, Erimaldo Matias. Clínica e cidadania em saúde mental. In: NICACIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto (org.). *A prática do assistente social na saúde mental*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

OLIVEIRA, Eliana de et al. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. *Revista Diálogo Educacional*. Paraná, 2003, vol. 4, núm. 9, p. 1-17. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1891/189118067002/>> Acesso em: 11 jul. 2017.

OLIVEIRA, Márcia Regina de; JUNGES, José Roque. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 2012, p. 469-476. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000300016> Acesso em: 16 set. 2016.

ORO, Ari Pedro. Intolerância religiosa Iurdiana 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.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira In: FLEURY, Sonia. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11-24.

_____. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar de Almeida. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista Saúde Pública*. 32 (4), 1998, p. 299-316. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593>> Acesso em: 16 jun. 2017.

PEDRÃO, Raphael de Brito; BERESIN, Ruth. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Revista – einstein*. 8 (1 Pt 1); 2010, p. 86-91. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0086.pdf> Acesso em: 28 jun. 2017.

PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007, v.34, supl 1; p. 136-145. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700017> Acesso em: 16 set. 2016.

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, 2014, 19(2):569-580. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00569.pdf>> Acesso em: 15 marc. 2017.

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

RIZZARDI, Camilla Domingues do Lago; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; SIQUEIRA, Silvia Regina Dowgan Tesseroli de. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O mundo da saúde*. 34(4), 2010. p. 483-487. Disponível em: <https://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/483e487.pdf> Acesso em: 19 jun. 2017.

ROCHA, Emmanuelle Santana; SASSI, André Petraglia. Transtornos Mentais Menores entre Estudantes de Medicina. *Revista brasileira de educação médica*. 2013, 37 (2). p. 210-216. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/08.pdf>> Acesso em: 22 jun. 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*, 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.

SILVA, Lúcia; MORENO, Vânia. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, 2004, v.3, n.2, p. 161-168. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5421>> Acesso em: 16 set. 2016.

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.

SIMIONATTO, Ivete. *GRAMSCI: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SIMÕES, Pedro. *Assistentes Sociais e Religião. Um estudo Brasil/Inglaterra*. São Paulo: Cortez, 2005.

SOUZA, Eduardo F. Alexander Amaral de; LUZ, Madel Therezinha. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2009, v.16, n.2, p.393-405. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702009000200007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 jun. 2017.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; CALDAS, Nairan Morais. Os Sentidos da relação entre Saúde Mental e Religiosidade para profissionais de Saúde da Família em Ilhéus – Bahia. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2009; 8(3). p. 460-468. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9047>> Acesso em: 16 set. 2016.

SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro; OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de. Educação em saúde e concepções de sujeitos. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.115-136.

STOCKINGER, Rui Carlos. *Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

STROPPA, André; ALMEIDA, Alexander Moreira. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2009;36(5). p. 190-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000500003> Acesso em: 16 set. 2016.

TEIXEIRA, Elizabeth. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. *Revista da escola de enfermagem da USP*. v.30, n.2, 1996, p. 286-290.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Do hospício à comunidade*. Mudança sem negligência não. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

_____. O Campo da Saúde Mental na Perspectiva da Desinstitucionalização, da Cidadania e da Interdisciplinaridade. In: _____(org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010a. p. 17-124

_____. Da hiperpsicologização normatizadora ao recalçamento da subjetividade: notas históricas sobre Serviço Social, subjetividade e saúde mental no Brasil e no Rio de Janeiro. In: _____(org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010b. p. 181-214.

_____. *Tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social*. Campinas: Papel Social, 2016.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular nos serviços de saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

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

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*. 2003; 37(4). p. 440-445. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400008> Acesso em: 16 set. 2016.

WHITAKER, Robert. *Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WILGES, Irineu. *Cultura religiosa: as religiões no mundo*. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Objetivos da entrevista: compreender a relevância da Religiosidade/Espiritualidade na atenção a usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA.

Sujeitos da pesquisa: pessoas com sofrimento mental grave, pacientes do Centro de Atenção Psicossocial I de Cruz das Almas – BA.

ENTREVISTA:

***Identificação do usuário:** Nome, Sexo e Idade.

1 - Há quanto tempo que frequenta o CAPS I do Município? Fale um pouco sobre a história da sua vinda para cá.

2 - Como você explica sua situação de saúde quando chegou ao CAPS I? Por que você veio para cá? O que você tinha e sentia?

3 - Por que você acha que ficou com sofrimento mental? Alguma coisa, alguém, ou algum acontecimento influenciou sua saúde mental?

4 - Você tem religião, fé ou algum tipo de crença? Em quê você acredita?

5 - O que é religião para você?

6 - Você participa ativamente de alguma instituição religiosa? Qual sua aproximação com instituições religiosas?

7 - O que é saúde para você?

8 - Você acha que a sua saúde tem relação com sua religiosidade, crença ou fé em algo? Por quê?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

9 – A religião, crença ou fé em algo é importante para você? Por quê?

10 - O que é necessário, para você, para uma pessoa com sofrimento mental viver bem?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: “LOUCURA DA FÉ: a relevância das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade na atenção em Saúde Mental na perspectiva dos usuários do CAPS I de Cruz das Almas - BA”

Investigador: Vinicius Pinheiro de Magalhães

Local da Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial I de Cruz das Almas – BA

Instituição Responsável: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB - Coordenação de Serviço Social

Eu _____, declaro que estou ciente da participação de _____, o(a) qual sou responsável, na pesquisa que tem como objetivo principal compreender a relevância da Religiosidade/Espiritualidade na atenção a usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA.

Estou ciente de que a participação do paciente que está sob minha responsabilidade será registrada através da aplicação de uma entrevista. Tomo ciência de que a pesquisa terá alguns riscos, dentre eles: risco de ferir a privacidade do paciente, risco de compreensão equivocada do que o paciente quis dizer, e risco de um desconforto mental ocasionado por lembranças e/ou perguntas.

Fica acordado que os riscos serão minimizados com a elaboração de uma entrevista que leve em consideração a privacidade, a clareza nas respostas e a anulação de perguntas que ocasionem qualquer desconforto. A identidade do entrevistado será inteiramente preservada e as informações por ele(a) fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral, além de retornar para o CAPS I por meio de uma cópia do trabalho final.

Também estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Além de também ter ciência de que o entrevistado tem total liberdade de não responder a determinadas questões; tirar dúvidas durante o processo de estudo; excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando o pesquisador, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Fui informado que se tiver dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, devo contatar o Investigador do estudo ou sua



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

orientadora: Vinicius Pinheiro de Magalhães, telefone fixo número: (75)3621-3914 e celular (75)98216-0721; ou Silvia Cristina Arantes de Souza, celular: (75) 99100-8875.

Ou ainda posso contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para manter o entrevistado seguro e proteger seus direitos: Endereço: Rua Rui Barbosa, 710, Centro - Cruz das Almas - Bahia CEP 44.380-000 Fone +55 75 3621-6850, Prédio da Reitoria, 1º andar, sala CEP.

Após ter lido e discutido com o pesquisador os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo com a participação do paciente, sob minha responsabilidade, na pesquisa. O meu consentimento é formalizado por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador durante 05 anos, junto aos dados da pesquisa que serão guardados pelo mesmo período.

Responsável pelo(a) paciente

Assinatura ou impressão dactiloscópica: _____

Nome completo: _____ Data: _____

Pesquisador

Assinatura: _____

Nome completo: _____ Data: _____

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE ASSENTIMENTO

(Pessoas com sofrimento mental)

Informação geral: O assentimento informado para pessoas com sofrimento mental não substitui a necessidade de consentimento do responsável. O assentimento assinado pelo paciente demonstra a sua cooperação na pesquisa.

Título do Projeto: LOUCURA DA FÉ: a relevância das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade na atenção em Saúde Mental na perspectiva dos usuários do CAPS I de Cruz das Almas - BA

Investigador: Vinicius Pinheiro de Magalhães

Local da Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial I de Cruz das Almas – BA

Instituição Responsável: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB - Coordenação de Serviço Social

O que significa assentimento?

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de pacientes do CAPS I para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao sujeito da pesquisa:

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de compreender a importância da Religiosidade/Espiritualidade na atenção a pacientes do CAPS I de Cruz das Almas – BA.

A pesquisa é um estudo com pacientes do CAPS I de Cruz das Almas – BA que pretende compreender se a Religiosidade e Espiritualidade dos usuários é uma informação importante para a garantia de saúde.

A pesquisa será resultado de um Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Serviço Social pela UFRB.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

O estudo será feito a partir de uma entrevista com 6 pacientes do CAPS I de Cruz das Almas – BA. A entrevista será gravada em áudio (se assim os participantes concordarem), e a identidade dos participantes será preservada na publicação dos resultados.

A pesquisa irá propor um melhor atendimento aos pacientes do CAPS I, na medida em que, a partir dos resultados, ficar clara a necessidade de humanização na atenção em Saúde Mental, levando (ou não) em consideração a realidade religiosa e espiritual dos pacientes. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral, além de retornar para o CAPS I por meio de uma cópia do trabalho final.

Caso você aceite participar, a entrevista poderá ser realizada no CAPS I de Cruz das Almas – BA ou em outro lugar onde você se sinta mais à vontade, com duração média de 30 a 40 minutos. A pesquisa terá alguns riscos, dentre eles: risco de ferir sua privacidade, risco de compreender de forma equivocada o que você quis dizer, e risco de um desconforto mental ocasionado por lembranças e/ou perguntas. Os riscos serão minimizados com a elaboração de uma entrevista que leve em consideração a privacidade, a clareza nas respostas e a anulação de perguntas que ocasionem qualquer desconforto.

A sua participação neste estudo é voluntária e caso você opte por não participar, não terá nenhum prejuízo junto ao CAPS I.

Contato para dúvidas:

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar o Investigador do estudo ou sua orientadora: Vinicius Pinheiro de Magalhães, telefone fixo número: (75)3621-3914 e celular (75)98216-0721; ou Silvia Cristina Arantes de Souza, celular: (75) 99100-8875.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos: Endereço: Rua Rui Barbosa, 710, Centro - Cruz das Almas - Bahia CEP 44.380-000 Fone +55 75 3621-6850, Prédio da Reitoria, 1º andar, sala CEP.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO SUJEITO DA PESQUISA:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO. A outra cópia ficará com o pesquisador durante 05 anos, junto aos dados da pesquisa que serão guardados pelo mesmo período.

Paciente

Assinatura ou impressão dactiloscópica: _____

Nome completo: _____ Data: _____

Pesquisador

Assinatura: _____

Nome completo: _____ Data: _____

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE
CRUZ DAS ALMAS
GOVERNO DO POVO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Prezada Sr.ª Maria Jose

Diretora do CAPS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu Aline Brandão de C. Passos Mendes, Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente, estou ciente e autorizo o pesquisador Vinicius Pinheiro de Magalhães, sob orientação da Profª Msc. Silvia Cristina Arantes de Souza da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, a desenvolverem nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado "LOUCURA DA FÉ: a relevância das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade na atenção em Saúde Mental na perspectiva dos usuários do CAPS I de Cruz das Almas - BA", o qual será executado em consonância com as Normas e Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS 510/16. Fui informada pelos responsáveis do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual representa.

Declaro que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Cruz das Almas, 09 de *Março* de 2017.

Aline Brandão de C. Passos Mendes

Assinatura

ANEXO B – RELATÓRIO DO COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA DA UFRB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LOUCURA DA FÉ: a relevância das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade na atenção em Saúde Mental na perspectiva dos usuários do CAPS I de Cruz das Almas - BA

Pesquisador: SILVIA CRISTINA ARANTES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68150417.7.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.107.637

Apresentação do Projeto:

"Propõe-se compreender qual a relevância da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) na atenção a usuários da Política de Saúde Mental em uma instituição do município de Cruz das Almas – BA. O caminho proposto, para tanto, parte do entendimento do processo de constituição da Reforma Psiquiátrica no Brasil e do novo modelo de atenção integral à pessoa com sofrimento mental, a fim de perceber a centralidade dos usuários nesse movimento que marcou a Política de Saúde Mental no país. Entendida a centralidade dos usuários no processo de constituição do novo modelo de atenção à pessoa com sofrimento mental, parte-se para o aprofundamento desta centralidade, no sentido de se aproximar das características, simbolismos, e, mais especificamente, do entendimento de como se configura a religiosidade dos mesmos. Para que, por fim, possa-se identificar (?) as convergências entre os Projetos das Reformas Psiquiátrica e Sanitária com o Projeto Ético Político do Serviço Social; des/legitimando a atenção integral em saúde. A abordagem empreendida na pesquisa, tendo em vista a análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas, terá caráter qualitativo e quantitativo e trata-se de um estudo explicativo. Quanto aos instrumentos necessários para a coleta de dados serão utilizados: revisão de literatura; recorrendo a livros relacionados às áreas de saúde mental, religiosidade/espiritualidade e Serviço Social; além de artigos científicos de periódicos e revistas avaliadas com conceito superior a Qualis B3 pela

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 2.107.637

CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior); documentos oficiais e legislações referentes à Saúde e Saúde Mental no Brasil, análise de dados secundários referentes ao CAPS I de Cruz das Almas – BA, e entrevistas semi-estruturadas com pacientes do CAPS I de Cruz das Almas – BA. Pretendemos nos aproximar da compreensão da relevância, na perspectiva dos usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA, da atenção em Saúde Mental nas dimensões da Religiosidade e Espiritualidade. Além de se esperar uma humanização na atenção em Saúde Mental a partir de abordagens que levem em consideração realidades simbólicas e culturais dos usuários do serviço.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

“Compreender a relevância da Religiosidade/Espiritualidade na atenção em Saúde Mental na perspectiva de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA.”

Objetivos Secundários:

- “Discutir sobre o lugar dos usuários no processo de constituição da Reforma Psiquiátrica no Brasil e da integralidade em saúde.
- Investigar se existe e quais são as características da dimensão religiosa/espiritual de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA.
- Identificar as convergências entre os Projetos das Reformas Psiquiátrica e Sanitária com o Projeto Ético Político do Serviço Social; des/legitimando a atenção integral em saúde.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

“A pesquisa terá alguns riscos, dentre eles: risco de ferir a privacidade do paciente, risco de compreensão equivocada de informações dadas pelo paciente, e risco de um desconforto mental ocasionado por lembranças e/ou perguntas. Os riscos serão minimizados com a elaboração de uma entrevista que leve em consideração a privacidade, a clareza nas respostas e a anulação de perguntas que ocasionem qualquer desconforto aparente.”

Benefícios:

“A pesquisa poderá proporcionar um impacto positivo na atenção à pessoa com sofrimento mental, na medida em que, com a divulgação dos resultados, pode favorecer maior humanização

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710	CEP: 44.380-000
Bairro: Centro	
UF: BA	Município: CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850	Fax: (75)3621-9767
	E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 2.107.637

numa perspectiva de integralidade na atenção às pessoas com sofrimento mental.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se mostra relevante, pois busca avaliar a importância/relevância da religiosidade/espiritualidade dos usuários do CAPS I do município de Cruz das Almas. O estudo demonstra preocupação com a garantia da eticidade da pesquisa, estando em consonância com o que preconiza a Resolução 466/2012 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE: em consonância com a Resolução 466/2012 do CNS
- Termo de Assentimento: em consonância
- Folha de rosto assinada: em consonância
- Instrumento de coleta de dados: em consonância
- Termo de Anuência Instituição co-participante: em consonância
- Instrumento de coleta de dados: em consonância

Recomendações:

Sugere-se que o pesquisador, por favor insira no TCLE e no Termo de Anuência a informação de que OS DADOS da pesquisa serão guardados pelo período de 5 anos, não apenas o TCLE.

- Favor inserir também, em ambos os documentos, o espaço para a impressão dactiloscópica para o caso de participante/ responsável não alfabetizado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendamos a aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_915237.pdf	10/05/2017 10:53:53		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/05/2017 10:51:24	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Declaração de Instituição e	Termo_de_anuencia.pdf	09/05/2017 14:46:38	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 2.107.637

Infraestrutura	Termo_de_anuencia.pdf	09/05/2017 14:46:38	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Oficio_para_instituicao.pdf	09/05/2017 13:39:56	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	09/05/2017 13:39:32	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista.pdf	05/05/2017 15:14:07	SILVIA CRISTINA ARANTES DE	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/05/2017 15:13:22	SILVIA CRISTINA ARANTES DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_assentimento.pdf	05/05/2017 15:00:50	SILVIA CRISTINA ARANTES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/05/2017 14:59:46	SILVIA CRISTINA ARANTES DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRUZ DAS ALMAS, 08 de Junho de 2017

Assinado por:
Fabiana Lopes de Paula
(Coordenador)

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br

**ANEXO C – CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL RESULTANTE DO III ENCONTRO
NACIONAL DE ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA
ANTIMANICOMIAL (1993)**

Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental

Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental.

Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos.

**Queremos ser autores do nosso próprio destino.
Desejamos a verdadeira integração na sociedade.
Direitos sociais**

A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em sua realidade psicológica, existencial, social e política.

A assistência à Saúde Mental é um direito de todo cidadão, independentemente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá em hipótese alguma justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania.

Todos os usuários têm direito à liberdade, dignidade de ser tratado e ouvido como ser humano, com direitos civis, políticos e sociais garantidos pela constituição de seu país.

Não deverá haver discriminação e preconceito ao usuário no mercado de trabalho, em seus direitos trabalhistas e em instituições sociais em geral.

Todo usuário tem o direito de expressão; ser respeitado em seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade.

Nenhum usuário pode ser submetido à exploração econômica e sexual; ao abuso físico e moral; ou a qualquer comportamento humilhante.

Características gerais dos serviços de saúde mental e complementares

A assistência em Saúde Mental abrange não só a Psiquiatria, mas também, assistência médica, odontológica, social, jurídica, reabilitação, educação e garantia de trabalho protegido ou não.

A atenção em Saúde Mental não deve ser realizada em manicômios (instituições fechadas), mas em serviços abertos e menos restrito possível, tais como: Hospital Geral, Centro e Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Cooperativas, Grupos de Trabalho, Microempresas, Hospitais Dia e Noite, Lares e Pensões Abrigados, Associações Comunitárias, Grupos de Auto-Ajuda, Oficinas Abrigadas, etc.

Todo serviço de Saúde Mental deverá ter um representante jurídico de caráter reconhecidamente público e legal capaz de assegurar a escuta e a implementação de Direitos de Cidadania de seus usuários.

Os serviços de Saúde devem permitir e incentivar os usuários a organizarem-se em grupos, Conselhos Populares, Associações de Usuários, Familiares, Trabalhadores de Saúde Mental e Comunidade, que objetivem a transformação do preconceito sobre a loucura, na sociedade em geral, nas leis, na organização e na fiscalização dos serviços em geral.

Os serviços da Saúde Mental devem ser o mais próximo possível do local de moradia dos usuários, de forma descentralizada, garantindo-se o direito de escolha do usuário pelos serviços e profissionais de sua preferência.

Todo serviço de Saúde Mental deverá garantir o bem-estar físico, mental e emocional de seus usuários e também as exigências mínimas de higiene, segurança, condições ecológicas e ambientais, conforto, privacidade e alimentação de qualidade com supervisão profissional.

Todo usuário terá direito ao meio de transporte que garanta o acesso gratuito ao serviço de Saúde Mental como também a sua medicação, sem com isso induzir a discriminação ou preconceito.

As crianças e os adolescentes não poderão ser tratados em serviços que não garantam os direitos reconhecidos pelo Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Os serviços de Saúde Mental devem ser gratuitos e de preferência públicos. Todos os serviços e principalmente os de caráter privado, lucrativo e conveniado, devem estar sob supervisão e fiscalização em qualquer momento pelo poder público e entidades de usuários, familiares e profissionais.

Características dos tratamentos em saúde mental

Todo serviço de triagem em saúde mental deve incluir uma avaliação Psiquiátrica, Psicológica, Médico-Clínica e Social que garanta uma visão ampla e integrada do usuário e respeite a sua fragilidade e dignidade de ser humano.

Deverão ser proibidas as formas de tortura e violência afirmadas como “terapêuticas”:

- Psicocirurgia (cirurgia feita no cérebro com intenção de modificar o comportamento)
- Insulinoterapia (dose maciça de insulina com efeito semelhante ao choque no cérebro)
- Esterilização involuntária (acabar com a possibilidade de procriação)
- ECT (Eletrochoque Terapia)
- Superdosagem de medicamentos de tipo DEPOT e “Sossega Leão”
- Camisa de Força
- Amarrar
- Cela Forte

Qualquer internação psiquiátrica efetuada deverá ser comunicada num prazo de até 48 horas ao Ministério Público e a um Ouvidor não convocado pela própria instituição, mas sim escolhido pelas entidades de usuários.

Todo programa de Saúde Mental deverá promover abordagens e serviços especializados e adequados aos diversos grupos da clientela, tais como alcoolistas, crianças e adolescentes, idosos, autistas, drogaditos, portadores de deficiência e de HIV positivo, etc.

Todo serviço da Saúde Mental deve oferecer orientação, suporte e ou terapêutica para os familiares dos usuários bem como mecanismos de participação nas decisões e fiscalização dos serviços.

Direito dos usuários dos serviços de saúde mental

Todo usuário tem direito à expressão responsável de sua afetividade e sexualidade nos Serviços de Saúde Mental bem como à orientação e educação sexual e acesso a meios de contracepção (métodos para evitar a gravidez).

Todo usuário deve ter garantido o direito de:

- Acesso às informações contidas no Prontuário;
- Aos Meios de Comunicação, tais como TV, Jornais, Rádios e Telefone;
- Sigilo e Inviolabilidade de Correspondência;
- Privacidade e Individualidade;
- Participar das decisões nos Serviços, nos Conselhos Populares, Conferências e Encontros de Saúde;
- A uma Representação legal e gratuita em caso de Incapacidade Civil;
- Acesso às informações dos Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares.

Deveres dos usuários

O usuário, na medida do possível, deve cuidar de sua higiene pessoal, administrar o uso de sua medicação juntamente com seus terapeutas e familiares. O usuário deve ser responsável por seus atos e ações.

Deveres dos familiares

O familiar deverá cuidar do seu parente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária. O familiar deverá colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente.

III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial. Santos, dezembro de 1993.

ANEXO D – QUADRO DE DIFERENCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS ESPIRITUAIS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Diferenciação entre experiências espirituais e sintomas psicopatológicos		
Características	Experiências espirituais	Sintomas Psicopatológicos
Conteúdo das vivências	Os conteúdos seguem uma doutrina religiosa: são aceitáveis pelo subgrupo cultural.	O conteúdo é bizarro; geralmente reivindica um status divino ou a posse de poderes especiais.
Características das experiências sensoriais (ilusões, alucinações, visões, vozes)	Os elementos sensoriais são mais "intelectuais"; são sentidos como "conteúdos mentais".	Os elementos sensoriais são percebidos como "corpóreos", dão a sensação de serem percepções reais.
Modalidade sensorial das vivências	Predominantemente alucinações e ilusões visuais.	Predominantemente alucinações auditivas.
Grau de certeza das vivências	As crenças se formam com a possibilidade da dúvida.	As crenças são "incorrigíveis", geralmente há certeza absoluta.
Insight	Às vezes insight presente, às vezes ausente.	Frequentemente insight ausente.
Duração da vivência	Duração breve.	Duração longa.
Controle volitivo	Há, por parte do sujeito, um grau de controle e direcionamento sobre as vivências.	São experiências vivenciadas sem qualquer controle por parte do sujeito.
Orientação em relação a outras pessoas	Vivências são orientadas em direção a outras pessoas.	Vivências são quase sempre orientadas para si (auto-orientadas).
Significado para a vida do sujeito	Sentido de "auto-realização", experiências que "alargam" a vida, produzem "frutos" espirituais.	Experiências geralmente desintegrativas, que produzem a deterioração do funcionamento vital do sujeito.
Positividade/Negatividade	As vivências têm, de modo geral, sentido "positivo" para a vida do sujeito.	As vivências têm, de modo geral, sentido "negativo" para a vida do sujeito.
Implicação na ação do sujeito	São experiências nas quais o sujeito se percebe como "agindo", produzindo sua vida.	São experiências nas quais o sujeito se percebe "sendo agido", vive passivamente a experiência.
Relação com sintomas psicopatológicos em outras esferas da vida	São experiências "isoladas", que não se articulam com outros sintomas de transtornos mentais.	Geralmente não são vivências isoladas. Ao lado do delírio ou da alucinação mística, há outros sintomas psicóticos.
Estilo de vida e de personalidade do sujeito	Tanto o estilo de vida como a personalidade do sujeito revelam religiosidade presente e antecedendo a vivência.	O estilo de vida e a personalidade indicam alterações e deterioração associadas a transtornos mentais.
Comunicação da experiência com outras pessoas	Sujeito busca relatar sua experiência para outras pessoas, sobretudo de seu grupo cultural.	Sujeito é, geralmente, reticente em relatar e discutir essas experiências.

Fonte: JACKSON; FULFORD, 1997; SIMS, 1997, apud DALGALARRONDO, 2008, p.169-170.