

Religiosidade, Atendimento Psicológico e suas Relações com a Saúde Mental

Isabela Lima de Moraes – Ra: 21261695

Brasília

Julho de 2017

Religiosidade, Atendimento Psicológico e suas Relações com a Saúde Mental

Isabela Lima de Moraes – Ra: 21261695

Monografia apresentada no Centro
Universitário de Brasília como requisito
básico para a obtenção do grau de
psicólogo.

Professora-orientadora: Tania Inessa
Martins de Resende

Brasília

Julho de 2017

Folha de Avaliação

Autor: Isabela Lima de Moraes

Título: Religiosidade, Atendimento Psicológico e suas Relações com a Saúde Mental

Banca Examinadora:

Profª. Tania Inessa Martins de Resende

Prof. Frederico Guilherme Ocampo Abreu

Prof. Ana Flávia do Amaral Madureira

Brasília

Julho de 2017

Agradecimentos

Agradeço primeiramente e acima de tudo a Deus, criador e soberano sobre todas as coisas e pelo seu amor incondicional que excede a todo entendimento. Agradeço pela saúde, o sustento, a capacidade, a inteligência dada a mim durante todo o processo acadêmico, por ter aberto caminhos que me proporcionaram chegar aqui e pela vitória que alcancei.

Agradeço aos meus pais, José Zildo e Edjane que com o suor do trabalho dedicaram-se a investir em meu futuro, abrindo mão muitas vezes de um lazer ou até mesmo de um cuidado com eles mesmos, afim de que eu fosse além. Agradeço em especial a minha mãe que me acompanhou durante todo esse processo suportando as minhas angústias e meus momentos de dificuldades. Agradeço ainda, a ela e a minha irmã, Andréa, que leram o meu trabalho diversas vezes, com o objetivo de me darem feedbacks a respeito da concordância da minha dissertação.

Ao meu noivo, Rodrigo, cujo relacionamento teve início assim que ingressei na faculdade, e desde então tem me acompanhado e dado suporte emocional e amor.

Agradeço a minha orientanda, professora e doutora Tania Inessa, pelo seu tempo e esforço empreendidos nessa jornada e ter compartilhado da sua sabedoria comigo, contribuindo assim, no processo de formação e na conclusão do meu curso. Admiro-a pela profissional de excelência que é e pelo conhecimento profundo que possui na área de saúde mental.

Agradeço também a todos os professores que com o conhecimento, dedicação e presteza contribuíram para a minha formação.

Agradeço a instituição religiosa que abriu as portas para mim e a Julia que compartilhou um pouco da sua história tornando possível esta monografia.

Por fim, agradeço aos meus colegas de formação, que se não fossem por eles, não teria chegado aqui, creio que é caminhando juntos que alcançamos grandes objetivos.

Agradeço em especial a Clara Trivelli e Amanda Meneguzzo, que apesar de terem pegado ênfases diferentes no último ano da formação, a amizade e o carinho permanecem.

Muitíssimo obrigada!

Depois ouvi todas as criaturas existentes no céu,
na terra, debaixo da terra e no mar,
e tudo o que neles há,
que diziam:
"Àquele que está assentado
no trono
e ao Cordeiro
sejam o louvor, a honra,
a glória e o poder,
para todo o sempre!"

Apocalipse 5:13

Resumo

Essa pesquisa teve como objetivo investigar como a religiosidade e os acompanhamentos psicológicos puderam ajudar no processo de saúde mental, a partir da Entrevista Narrativa de um indivíduo que se utilizou de atendimento psicológico e é membro de uma instituição religiosa. Teoricamente foi apresentada uma breve perspectiva histórica da saúde mental, a relação do sujeito com o sagrado e também uma rápida explanação sobre o protestantismo. A metodologia que ajudou no desenvolvimento da pesquisa foi a Entrevista Narrativa e a análise utilizada foi a hermenêutica de profundidade, que buscou abarcar o discurso da participante de pesquisa a fim de se obter uma maior compreensão. Esta se dividiu em três fases, a contextualização sócio-histórica, análise formal e interpretação/reinterpretação. Por meio dessa pesquisa foi possível concluir que apesar do que se observa em pesquisas, a participante vivenciou uma experiência de acolhimento e aceitação no atendimento psicológico, em todos os aspectos, inclusive o religioso, bem como na sua relação com o divino. E ainda descreveu como fator de saúde mental tanto os atendimentos psicológicos recebidos quanto a sua experiência religiosa.

Palavras-chave: Saúde mental. Espiritualidade. Religiosidade. Atendimento psicológico.

Sumário

Introdução	1
Uma Breve Perspectiva Histórica do Campo da Saúde Mental	3
Relação com o Sagrado	8
Protestantismo	16
Método	20
Participante.....	25
Material e Local	25
Procedimento.....	26
Análise das Informações Qualitativas	26
Resultados: Análise das Informações Qualitativas	29
Contextualização Sócio-Histórica	30
Análise Discursiva.....	33
Júlia e a terapia/psicologia.....	34
Julia e a religião.....	37
Julia na relação - religião e psicologia.....	40
Interpretação/Reinterpretação	45
Discussão	53
Referências.....	56
Apêndice A	60
Apêndice B.....	61
Anexo A	62

Introdução

Devido ao avanço científico e tecnológico, Deus foi retirado do centro como hipótese de trabalho, no sentido de não se fazer mais necessário, buscar em Deus a causa de uma doença ou explicações meteorológicas (Alves, 1999). Segundo Alves (1999), a ciência passa a tomar conta do saber e uma de suas marcas, muitas vezes, perpassa um “ateísmo metodológico” (p. 9-10). Diante desse contexto, Alves (1999, p. 10) diz que, atualmente, “confessar-se religioso equivale a confessar-se como habitante do mundo encantado e mágico do passado, ainda que apenas parcialmente”.

Diante de uma ciência que em seu primeiro momento exigia a comprovação quantitativa das experiências, a religião sofreu efeitos disso, principalmente, pelo fato de não ser possível metodologicamente comprová-la em termos reais da fé (Henning & Moré, 2009).

A psicologia e a religião dessa maneira se aproximam, pois da mesma forma que a religiosidade, a psicologia – em que a comprovação das experiências não é dada somente pelo método quantitativo, mas também e principalmente por meio de pesquisas qualitativas – mesmo sendo considerada uma ciência humana, sofreu frente a esse paradigma científico, o que favoreceu o estudo da religião, que foi aceita como um campo de estudo da psicologia (Henning & Moré, 2009).

Diante disso, a psicologia pôde adotá-la como um objeto de estudo e/ou vice-versa, sem sobreposição de saberes (Henning & Moré, 2009). No entanto, é ainda possível enxergar resistências da psicologia em fazer essa adoção, porque segundo Neubern (2013) dificilmente é percebido um diálogo a respeito dessa temática no contexto atual de formação e de atuação.

Segundo Dalgarrondo (2008), partindo do pressuposto, de que as pessoas compreendem os eventos de suas vidas dentro de uma perspectiva religiosa, é necessário considerar a religião como um fator importante dentro da experiência individual do sujeito.

Considerando que a psicologia se preocupa com o estudo dos fenômenos psíquicos e busca compreender o indivíduo como ele próprio se percebe (seja consciente ou inconsciente), as experiências religiosas não podem ser negligenciadas pela comunidade científica, principalmente as relacionadas à saúde mental do indivíduo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), a definição de saúde mental perpassa a ideia principal de saúde, que seria de um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidades. Há de se avaliar a complexidade de definição que envolve esse termo, porque frente a esse entendimento, dificilmente se encontraria um sujeito que possa ser considerado com saúde mental.

A OMS (2001) define saúde mental envolvendo aspectos, tais como, “o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (p. 3). É importante observar a abrangência da definição, por ter enfoques biológicos e sociais, o que torna difícil para a OMS (2001) a construção única do que seria a saúde mental, pois vai além, transcorre o sentido cultural.

Considerando esses entendimentos e sabendo que no Brasil apenas 8% da população brasileira declara não possuir religião (IBGE, 2012), é importante a investigação por parte da psicologia no que dizem respeito às questões religiosas e à saúde mental, para que se percebam possíveis associações.

A entrevista narrativa foi o método que contribuiu no desenvolvimento da pesquisa, que se caracteriza como uma ferramenta que busca aprofundar em aspectos específicos, funcionando de maneira não estruturada, o que auxilia no surgimento da narrativa das histórias de vida do entrevistado que perpassa o contexto do que se deseja pesquisar.

Nesse sentido, foi entrevistada uma senhora que pôde compartilhar a respeito da sua experiência, tanto no âmbito religioso, quanto no atendimento psicológico. A partir de sua narrativa foi feita a análise das informações qualitativas conforme Thompson (1995) propõe.

Segundo Thompson (1995, citado por Demo, 2001) a análise dessas informações se dá a partir da hermenêutica de profundidade que se divide em três fases, contextualização sócio-histórica, análise formal e interpretação/reinterpretação que contribuem para uma maior compreensão acerca do discurso da participante de pesquisa, porque ajuda a captar não somente os sentidos aparentes da fala, mas também das ideologias que compõem o discurso, ou seja, essa análise permite uma apreciação de um discurso que não se separa do seu contexto.

Desse modo, o objetivo da pesquisa foi buscar compreender de que modo o indivíduo pode se utilizar da religiosidade e do atendimento psicológico como um recurso ou fator de proteção para a manutenção da sua saúde mental e quais foram as implicações desses acompanhamentos para o mesmo. Ressalta-se ainda, que o empenho nesta pesquisa além de seu objetivo acadêmico, tratou-se de um esforço em refletir sobre questões cuja importância no contexto clínico, social e científico é factual, tendo em vista que, infelizmente, hoje em dia ainda se vê uma desvalorização da religiosidade do indivíduo nestes cenários, inclusive, por parte dos profissionais de psicologia.

Uma Breve Perspectiva Histórica do Campo da Saúde Mental

Segundo Amarante (2007, p.15), “saúde mental é um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde”. Saúde mental não se limita apenas a uma psicopatologia ou um transtorno mental, há outros saberes que se apropriam dessa temática, sejam eles, história, geografia, fisiologia, as psicanálises, entre outros (Amarante, 2007). Quando se fala de saúde mental englobando os saberes citados, o

autor questiona se podem ser excluídos os aspectos culturais, que abarcam as religiões, a ética, a moral, as ideologias, desse conceito. Para Amarante (2007) saúde mental é um campo plural, porque não diz respeito somente ao estado mental do sujeito, mas também da construção social em relação ao assunto e da sociedade que é complexa.

Historicamente o conceito de loucura, perpassou sentidos diferentes (Dalgarrondo, 2008). Nos povos indígenas, por exemplo, a loucura estava relacionada a fenômenos sobrenaturais, tais como maus espíritos, “deuses, roubos espirituais, possessões, obra de bruxas ou de feiticeiros” (Dalgarrondo, 2008, p. 141). Nos textos da Grécia antiga, os loucos eram resultados da ira divina, aqueles que não seguiam a vontade de Zeus, ou seja, os arrogantes teriam como conseqüência de seus pecados, a loucura (Dalgarrondo, 2008).

Depois desse período, a loucura passa a ser a expressão dos excessos, das paixões exageradas, ao mesmo tempo os médicos da época, como Hipócrates, acreditavam que estava relacionada aos “humores internos do corpo, dos ventos, das águas e dos alimentos” (Dalgarrondo, 2008, p. 142). Isso retira a loucura de eventos relacionados à vingança de Deus, da espiritualidade para um fenômeno humano; eventos externos justificavam a loucura.

A Revolução Francesa trouxe impacto na área da saúde contribuindo para o surgimento da psiquiatria e construção do conceito de loucura (Amarante, 2007). No século XVII começou a construção dos hospitais gerais e Michel Foucault se referiu a esses espaços como “a grande internação” (Amarante, 2007). Segundo Michel Foucault, citado por Amarante (2007), a partir da construção desses espaços houve a institucionalização do “louco”.

Inicialmente, os hospitais eram lugares para as práticas de caridade, realizadas muitas vezes por membros da igreja, baseados em uma visão do apóstolo Paulo, que por meio dos escritos bíblicos os inspiravam (Amarante, 2007). Porém, após a Revolução Francesa para suprir as “necessidades” do estado, esses espaços passaram a assumir demandas de cunho social e político, ou seja, de controle social (Amarante, 2007). Com os ideais da Revolução

Francesa de igualdade, fraternidade e liberdade, os hospitais começaram a se configurarem como lugares para tratar os enfermos (Amarante, 2007). Diante disso, foram liberados vários internos que haviam sido presos devido ao antigo regime (Amarante, 2007). Assim, os médicos começaram a assumir e ocupar os espaços hospitalares e por meio da intervenção médica foi possível agruparem as doenças (Amarante, 2007).

Segundo Amarante (2007), a substituição da sociedade absolutista pela disciplinar contribuiu para que as instituições funcionassem com normas definidas que seriam as de disciplinar os corpos, introjetar os padrões sociais e normalizar os indivíduos. A partir disso, Pinel “conhecido como o fundador da psiquiatria” (p. 28), defendeu a ideia de que a loucura era uma doença mental e com isso propôs o isolamento do “louco” (agora considerado doente mental), porque para ele, o processo de isolamento, não significava a perda da liberdade, mas um tratamento que libertaria o doente, tendo em vista que a chamada liberdade já havia sido retirada devido à alienação (Amarante, 2007).

Portanto, para Pinel a alienação mental – que seria um distúrbio da paixão, que produz desarmonia na mente – está no meio social, com isso isolar o doente é o que iria permiti-lo afastar-se da alienação, de forma a não ser mais prejudicado (Amarante, 2007). Seria feito um tratamento moral, de “reeducar a mente, afastar os delírios e as ilusões e chamar a consciência a liberdade” (Amarante, 2007, p. 33).

Muitas críticas surgiram a partir dessa instituição alienista, principalmente, pelos ideais libertários pregados na Revolução que perduravam, os de Igualdade, Liberdade e Fraternidade. Infelizmente essa forma de tratar o “louco” persistiu, mesmo tendo havido tentativas de mudanças, ao longo de todo esse período, e até os dias atuais o “doente mental” ainda é muitas vezes asilado (Amarante, 2007)

Na segunda metade da década de 70 começa no nosso país o processo de redemocratização, juntamente com o movimento atual da reforma psiquiátrica (Tenório,

2012). A reforma psiquiátrica, segundo Amarante (2007), trouxe a visão de não institucionalização do sujeito, na tentativa de sair do modelo biomédico asilar para o de saúde mental e atenção psicossocial. Para Tenório (2012, p. 55):

Quando se fala em substituição asilar, deve-se ter em mente que, há duzentos anos, a psiquiatria foi inventada e instituída como aparato social encarregado de responder ao problema da loucura. Desde então, este problema, que antes batia à porta de outras instituições sociais, passou a bater à porta da psiquiatria. Na maior parte desses duzentos anos (a bem dizer, até hoje), a psiquiatria respondeu a isso com a internação, manteve como resposta a mesma prática social anterior à sua fundação e que lhe deu origem.

Mas, para Tenório (2012), quando se fala em reforma psiquiátrica é justamente a tentativa de oferecer outra resposta social que não seja a de asilar o sujeito. Ocorreram vários movimentos em países, como Itália, Inglaterra, e Estados Unidos, entre outros, questionando a eficácia terapêutica dos hospícios, tendo iniciado após as duas guerras mundiais, que levaram a sociedade a pensar sobre a natureza humana, refletindo sobre a crueldade e solidariedade existentes no homem e diante disso, criaram-se condições para uma transformação psiquiátrica (Amarante, 2007). Depois da segunda guerra mundial, foi percebido que os campos de concentração em pouco se diferenciavam dos hospícios, e a partir daí ocorreram várias experiências de reformas (Amarante, 2007).

No Brasil, após vários movimentos, somente, em 6 de abril de 2001, foi promulgada a Lei nº 10.216 que versa a respeito da proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais, por meio da qual concedeu ao indivíduo que possui transtorno mental, o direito ao melhor tratamento do sistema de saúde, ser tratado com humanidade e de preferência em serviços comunitários. Dentre direitos adquiridos, a referida Lei trouxe o que poderia dizer ser o seu maior ganho, não retirando certamente a importância dos outros, o artigo 3º, parágrafo 3º:

É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (Lei nº 10.216)

Esse breve percurso histórico da maneira que o tratamento da saúde mental foi se construindo se faz necessário para entender a complexidade desse campo, porque possibilitou que, atualmente, compreendêssemos a saúde mental, como diz Amarante (2007, p.104) no final de seu livro:

O que está se configurando é, certamente, a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, e a construção, conseqüente, de um novo lugar social para a diversidade, a diferença e o sofrimento mental (Amarante, 2007, p. 104).

O objeto de trabalho, aqui, não se reduz a “doença mental”, mas diz respeito a existência de um sofrimento pessoal em relação com o social que as rodeia (Tenório, 2001). Diante do exposto, essa pesquisa tem como proposta entender como os espaços religiosos podem ser fatores que contribuem ou não com a saúde mental do sujeito, entendendo que a religião também faz parte da sua construção subjetiva, porque para compreender o indivíduo é necessário entender a sua relação com o universo, o que muitas vezes perpassa o contexto religioso.

A portaria 3.088 do Ministério da Saúde (2011), que versa sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), diz que a saúde mental não se produz apenas nos espaços formais de tratamento, mas que toda a organização em rede, em se tratando da região e território nos quais o indivíduo vive, deve ser considerada como espaço potencial para a saúde mental. No artigo 2º incisos V e VI diz que a atenção humanizada tem que ser centrada nas necessidades dos indivíduos e que é necessária a diversificação nas formas de cuidado. No artigo 3º inciso

III diz ser necessário “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (p.3).

Pensando nisso, é necessário refletir como os espaços religiosos podem ou não ajudar nesse movimento. Será que é importante estabelecer relações com esses ambientes a fim de contribuir para a saúde mental do indivíduo? Será que espaços comunitários, sobretudo os religiosos podem ser entendidos como fazendo parte da RAPS?

Relação com o Sagrado

Segundo Bizerril (2015), com as disciplinas adentrando as academias, houve uma separação dos saberes, porém o autor defende ser necessário haver um diálogo entre as áreas de conhecimento, por reconhecer as relações existentes entre elas. Não é possível falar de uma pessoa sem considerar seus aspectos individuais e sociais, por exemplo. Ainda, segundo Bizerril (2015, p. 37) “os fenômenos que estudamos são intrinsecamente interdependentes: subjetividade individual e social, cultural e psíquico, consciência individual e consciência coletiva, entre outras formulações”.

É também necessário na experiência humana considerar a religiosidade como um aspecto importante, pois ela faz parte da cultura (Dalgarrondo, 2008). Segundo Dalgarrondo (2008, p. 23): “os ensinamentos e atividades religiosas fazem parte da cultura e do sistema de valores e são base de julgamentos, escolhas e comportamentos, sendo um fenômeno social e cultural”.

Otto (1992), teólogo alemão, diz que a concepção cristã de Deus, o divino, pode ser definida como “espírito, razão, vontade teológica, boa vontade, onipotência, unidade de essência, consciência de si, entre outros” (p. 9) e que, portanto, isso são noções de possível entendimento racional. Porém, Otto (1992) complementa dizendo que não se pode interpretar

o divino de maneira limitada, tendo uma compreensão simplesmente no âmbito racional, pois é indispensável se ter uma experiência com o “numinoso”, ou seja, o sagrado, aquilo que se afasta dos aspectos morais e racionais, e esta experiência com o divino decorre do irracional.

O “numinoso” para o autor é “uma categoria especial de interpretação e de avaliação e, da mesma maneira, de um estado de alma “numinoso” que se manifesta quando esta categoria se aplica, isto é, sempre que um objeto se concebe como numinoso” (Otto, 1992, p. 15), ou seja, o numinoso se caracteriza como algo que não permite uma definição explícita, mas é possível de descrição e observação por aquele que passa pela experiência. A presença do “numen” gera um estado, uma reação que é consciente e que, portanto pode ser objeto de análise. Otto (1992) ainda afirma que é impossível entender aquilo que é irracional, se o indivíduo não tiver uma experiência pessoal. Tanto que em seu livro ele solicita ao leitor que não prossiga com a leitura se essa experiência ainda não tiver ocorrido:

Convidamos o leitor a fixar a atenção num momento em que experimentou uma emoção religiosa profunda e, na medida do possível, exclusivamente religiosa. Se não for capaz ou se até não conhece tais momentos, pedimos-lhe que termine aqui a sua leitura (Otto, 1992, p. 17).

Para Murakami e Campos (2012), espiritualidade, religiosidade e religião são definições que podem se relacionar, mas que são conceitualmente diferentes. Para esses autores, espiritualidade seria um sentimento pessoal que é capaz de dar significados, que gera interesses por si e pelos outros, e que possibilita lidar com os diferentes sentimentos, considerados ruins do dia-a-dia, podendo ser de raiva, culpa, etc. A religiosidade envolve características sociais, doutrinárias e de valores específicos de um grupo, com a realização de cultos, ou de encontros em um espaço, onde essas doutrinas são compartilhadas, que representam uma dimensão da experiência humana que é tanto social como cultural, enquanto a religião para eles seria uma das formas de se manifestar, de expressar a espiritualidade

(Murakami & Campos, 2012). Para Boff (2006), espiritualidade é uma das fontes de inspiração, de geração de sentido e de capacidade de autotranscendência do indivíduo, é aquilo que traz mudança, vem também da ideia de espírito, portanto, essa espiritualidade seria o cultivo desse espírito. Para Chauí (2000, p. 380) “a palavra religião vem do latim: *religio*, formada pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular)”. A religião é um vínculo formado pelo mundo profano e o mundo sagrado (Chauí, 2000).

Segundo Barbosa e Freitas (2009), estudiosos e profissionais percebem que práticas religiosas, como prece, peregrinação, jejum, etc., podem ajudar na resolução de problemas e diminuir as consequências geradas por emoções negativas. Dessa forma, é possível que isto seja, em algumas circunstâncias, gerador de saúde mental.

Neubern (2013) diz que durante sua formação acadêmica ouviu muitas vezes a frase de professores “psicologia e religião não se misturam” (p.147). Problematizando de antemão esse termo “misturam”, usado por Neubern (2013), não se considera esse termo o mais adequado, pois aqui não se trata de uma interposição, – pois nesse sentido de fato não se deveria haver uma mistura entre esses dois universos – coloca-se aqui no sentido de um diálogo entre esses espaços.

Dessa forma, Neubern (2013), diz que muitos terapeutas lutaram para que tal frase não vingasse, ou seja, trabalharam para que houvesse uma comunicação entre a psicologia e a religião. Entretanto, seus trabalhos passaram a ser classificados como terapias alternativas, por não conseguirem fundamentar o diálogo entre esses universos tão distintos (Neubern, 2013).

Nesse contexto, Neubern (2013), a favor do diálogo entre a psicologia e a religião, critica os psicólogos contrários a essa interação, porque o paciente pode se sentir desamparado pelo próprio terapeuta, uma vez que sua crença é ignorada, tendo em vista que o psicólogo tende a se basear, tão somente, em estudos científicos, não compreendendo a

importância dos princípios e ensinamentos da religião para aquele indivíduo. Ou seja, passa a ser um acolhimento no qual não ampara o indivíduo em sua integridade, porquanto se sente desamparado em suas crenças. Segundo Neubern (2013), não considerar o aspecto religioso, pode ser classificado pelo indivíduo como uma violência e baseado no Código de Ética do Psicólogo (2005, citado por Neubern, 2013, p. 150), está escrito:

I – O psicólogo baseará seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiando nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos. II – O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, violência, crueldade e opressão.

E ainda, Neubern (2013, p. 15) diz que no mesmo Código, artigo 2, item “b” apresenta: “É vedado ao psicólogo:... b) induzir convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual, ou qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais;” E chama a atenção para o fato de que os profissionais muito se lembram desse item b, do artigo 2, mas se esquecem dos princípios fundamentais do Código, que é a de acolher, pensar a relação terapêutica como sendo o principal aspecto para se fazer terapia.

A proposta do texto de Neubern (2013) é promover a reflexão a respeito de entendermos que é necessário considerar a subjetividade humana como condição central para a construção do saber. Como Hillman (1984) disse a psicologia não está interessada em saber se “Deus está morto” (p.7), mas entender como a fé em Deus se mostra na psique de um indivíduo.

Segundo Dalgarrondo (2008), alguns estudos foram realizados a respeito dos fatores positivos e negativos na vida dos indivíduos, baseados na fé exercida em um ser superior.

Koenig e colaboradores (1992), citado por Dalgalarrodo (2008), notaram por meio de suas pesquisas que 850 homens com mais de 65 anos que demonstravam a depressão em menor frequência, possuíam uma religião. Em outro estudo de Koenig e colaboradores (1998), citado por Dalgalarrodo (2008), procuraram investigar fatores relacionados com a melhora da depressão, eles observaram que a religiosidade favoreceu para a melhora dos sintomas depressivos, o que demonstra a importância da religiosidade na saúde mental do indivíduo.

Já nos estudos realizados por Koenig e Larson (2001), citado por Dalgalarrodo (2008), diz que apesar de muitos estudos indicarem uma relação positiva da religiosidade no processo de saúde mental, alguns subgrupos de estudos demonstraram o contrário.

Segundo Koenig e Larson (2001), citado por Dalgalarrodo (2008), em 1950 e 1960, estudos apontaram que estudantes universitários mais religiosos apresentavam mais “traços de personalidade como conformismo, dependência, atitudes defensivas, baixa auto-estima, pior ajustamento, perfeccionismo, insegurança e ódio autodirigido” (p. 188). Outros estudos mais recentes como o do Schafer (1977) mostraram que 282 estudantes de sociologia da Califórnia mais religiosos apresentaram um sofrimento emocional maior se comparado aos outros estudantes, e que Sorenson e colaboradores (1995) perceberam que as mães adolescentes mais religiosas de grupos conservadores do país de Ontário (Canadá) eram as que mais possuíam sintomas depressivos.

Csordas (2008), em seu livro “Corpo/significado/cura”, apresenta o caso de Martin, e faz a partir deste uma análise da relação existencial e cultural do sofrer humano baseado em compreensões religiosas e clínicas – bem como a presente pesquisa se propôs, porém com metodologias diferentes.

A base etnográfica da pesquisa de Csordas (2008) se deu a partir da Renovação Carismática Católica dos EUA. Martin é o protagonista principal dessa narrativa, porém

Peggy sua cuidadora é quem realiza a maior parte das entrevistas e fala a respeito de Martin (Csordas, 2008).

A partir da narrativa de Peggy, esta se apresenta como curadora, que possui dons “psíquicos” e se denomina Católica e Martin é uma pessoa a qual relata ter fantasias sexuais obsessivas, dores crônicas de cabeça e de estômago que acompanham os pensamentos sexuais, e ainda, ouve vozes, as quais Martin diz que o manipularam durante os primeiros anos do problema e que hoje não mais (Csordas, 2008). Inclusive Peggy diz que por vezes Martin sentia um sabor ruim nas comidas, exalava mau cheiro da boca e que durante um tempo da sua vida vivenciou convulsões incontroláveis, perda de peso e apresentava uma conversação “densa” (Csordas, 2008).

Peggy relata que diante desse contexto realizou um processo o qual denomina de Cura de Memórias, por meio dele ajudou Martin em muitas questões, inclusive no ganho de peso e desenvolveu nele um sentimento de compaixão por ela, o qual não tinha antes. Porém, segundo Peggy, não resolveu todos os problemas e que, portanto se tratava de algo espiritual no qual um demônio possuía Martin (Csordas, 2008).

Foram dois anos e meio de pesquisa, entrevista e relatório de campo. Depois desse período, os pesquisadores entregaram o relato de Peggy a cinco ministros que realizavam curas em um movimento carismático local e a cinco profissionais de saúde. E lhes foram dito que o objetivo da pesquisa era “ajudar a separar os significados psiquiátricos e religiosos do caso” (Csordas, 2008, p.186). Muitas análises foram feitas por esses indivíduos, até mesmo do papel de Peggy, principalmente, por alguns dos ministros que a classificaram como possivelmente controladora e dominadora (Csordas, 2008). Importante destacar que os comentários e análises feitos nesse caso não tiveram intuito de diagnóstico, porque os dados fornecidos eram limitados.

O interessante dessa pesquisa foi perceber algumas questões, como: dentro da perspectiva do Catolicismo “o sistema de cura admite a interpretação de uma situação como influência demoníaca em vez de psicopatologia, mas também, admite a influência demoníaca como uma qualificação de psicopatologia” (Csordas, 2008, p. 192-3) no sentido que alguns ministros concordaram que além do exorcismo era bom e/ou necessário uma psicoterapia. Dentro da análise dos profissionais de saúde, eles perceberam que “o exercício sugere que as próprias categorias diagnósticas disponíveis são fluidas, superpostas e mais ou menos vagamente definidas.” (p.199). Em uma análise comparativa entre as apreciações feitas pelos profissionais da saúde mental e ministros, Csordas (2008, p. 200), reflete que:

O contraste mais impressionante entre os comentários dos profissionais de saúde mental e os dos ministros da cura carismática talvez não seja que os últimos incluem a influência de espíritos malignos, mas que eles focalizam Peggy e os defeitos técnicos no processo terapêutico em vez de Martin e seus sintomas e patologias.

Para os curadores, os problemas de Martin se tratavam de uma vulnerabilidade a um espírito maligno e aos clínicos, uma ao transtorno psiquiátrico. Segundo Csordas (2008, p. 210):

No sistema religioso, o princípio relevante é moral, e pode ser postulado enquanto contradição entre bem e mal. No sistema psiquiátrico, o princípio relevante é empírico, e pode ser postulado enquanto dicotomia entre corpo e mente. Baseado nesses princípios, os sistemas postulam ou um demônio ou uma doença como uma entidade objetiva.

Ou seja, para Csordas (2008), diante dos fatos acima, a experiência religiosa em muito se difere da experiência psiquiátrica. Todavia, há fatores entre as duas experiências que se aproximam, como o fato de ambos buscarem analisar os acontecimentos do passado de Martin com o objetivo de se obter saúde. Assim, como as duas experiências possuem esta

ligação em comum, Csordas (2008) afirma que elas podem mais se complementarem do que contrastarem e se integrarem em algumas situações de maneira cultural e/ou existencial.

Apesar dessa base comum para descrever o caso de Martin, Csordas (2008, p. 219), no final do seu texto, questiona: “Será que, apesar de tal vantagem, a descrição fenomenológica da experiência corporificada oferece apenas uma outra objetificação da mesma ordem que o demônio, a doença ou a emoção?” Segundo ele, o espírito maligno poderia ser considerado uma metáfora para falar a respeito da doença, ou seja, o espírito que não deixa Martin seria correspondente a cronicidade do caso.

Assim, Csordas (2008), conclui dizendo que tentou criar uma base comum para os relatos que foram construídos, possibilitando o levantamento de hipóteses, que foram encaradas como doença ou demônios, o sofrimento de Martin. Porém, descreve entender que as explicações de um mesmo fenômeno se dão de maneiras diferentes e que não se deve explicar um problema apenas em termos médicos, porque se assim fosse colocar-se-ia “uma visão de mundo no lugar de outra” (p. 220), ou seja, desconsideraria a experiência do sujeito.

Diante desses estudos é possível notar relações tanto positivas quanto negativas da religiosidade na saúde dos indivíduos, e que a vivência de uma crença está intimamente ligada à forma que o indivíduo vê o mundo e sua autocompreensão. Desta forma, esta pesquisa se faz necessária a fim de ajudar os profissionais de psicologia, no âmbito clínico e não só nele, como também, nos contextos sociais, considerando a subjetividade do indivíduo quanto à crença, levando em conta como os espaços religiosos tem contribuído ou não na construção da saúde mental do sujeito. E ainda, o quanto os espaços de atenção clínica e os religiosos têm sido fatores de saúde mental.

Protestantismo

Dentre as diversas religiões existentes no Brasil, tais como, o catolicismo, o espiritismo kardecista, as afro-brasileiras como o candomblé e a umbanda, entre outras, há também o protestantismo (Dalgarrondo, 2008).

A linha protestante ou evangélica do cristianismo surgiu no século XVI, com Lutero e Calvino (Dalgarrondo, 2008). Apresenta-se com um afastamento da visão do catolicismo romano do século XVI e suas causas são complexas e múltiplas (Natel, 2016). Naquela época, o poder no continente europeu estava concentrado, basicamente, nas mãos do rei ou imperador e da igreja.

Diante desse contexto, alguns fatores levaram a reforma protestante, tais como, a crise dentro da própria igreja católica, pelo comportamento imoral do clero; a burguesia que buscava o lucro e isso não estava de acordo com os dogmas da igreja; o surgimento do movimento chamado humanista; o surgimento das impressas móveis; entre outros (Natel, 2016). Ainda dentro desse contexto, o rei Carlos V quis instaurar uma “monarquia universal católica” (p. 25) o que gerou conflitos com os príncipes germânicos e permitiu que Lutero aproveitasse essa situação para trazer suas ideias.

As ideias e/ou críticas trazidas por Lutero estavam principalmente relacionadas ao aspecto doutrinário da igreja, que retirava Jesus como o único mediador entre Deus e os homens e sobre a teologia da Graça. Lutero não pretendia romper com a igreja católica e nem pretendia começar uma nova igreja. A partir de seus estudos, Lutero percebeu 95 elementos que eram pregados na igreja católica e que estavam em desacordo com a Bíblia, como por exemplo, a venda de indulgências a fim de obter perdão de pecados, sendo que ele observou que em Romanos 1:17 está escrito “o justo viverá pela fé” (Natel, 2016, p. 27). Segundo Cairns (2008) a leitura deste versículo convenceu Lutero de que é por meio da fé em Cristo que se faz possível alguém tornar-se justo perante a Deus.

Diante disso, Lutero pregou as suas 95 teses no Castelo de Wütemberg, estas que criticavam entre tantas outras coisas, a venda de indulgências e o poder do papa que era autoritário e autocrático (Dalgarrondo, 2008). No calendário católico existia uma data em comemoração ao Dia de Todos os Santos e na véspera Lutero apregoou essas teses “apontando esses desvios teológicos, doutrinários e institucionais em que a Igreja Católica Romana estava incorrendo” (Natel, 2016, p. 27-28). Segundo Valença (1974, p. 83):

Ao meio-dia de 31 de outubro de 1517 suas 95 teses sobre a virtude das indulgências numa grande parte da Alemanha: o arcebispo de Mainz, Albrecht Von Hohenzollern, ao qual envia, junto com a carta, uma cópia das teses. Esta [...] medida torna claro o desejo de levar a discussão para além do estreito círculo de Wittenberg e do território alemão, até a capital da cristandade ocidental.

Segundo Dalgarrondo (2008), a Reforma Protestante permitiu a tradução da bíblia sagrada para a linguagem dos fiéis e diz que: “Lutero redireciona a fé cristã para o contato direto com o texto sagrado, sem intermediários, sem ícones, padres ou santos; sola gratia, sola fide, sola scriptura” (p. 113), e também permitiu uma mudança nas práticas religiosas e a deposição dos santos.

Sola scriptura seria colocar a Bíblia acima de qualquer fonte ou norma para determinar o que seria a fé cristã, o que se diferenciava da fé católica que ajustava as tradições como determinante na fé (Natel, 2016). Com isso, foram tomadas algumas atitudes pelo protestantismo, como, excluir os livros apócrifos, permitir o acesso a leitura da bíblia sem o intermédio dos padres e a compreensão por meio da leitura da inexistência do purgatório e da falta de necessidade de confissão auricular e penitência que eram usadas pela igreja católica para manter o poder e a riqueza (Natel, 2016).

Solo christo seria ter uma fé em que o centro é Cristo, segundo Natel (2016, p. 108) “se Cristo é Deus e Ele é o centro da mensagem bíblica, não há autoridade superior às

Escrituras para delimitar a fé e a prática cristãs”. Segundo Cairns (2008), Lutero foi quem expandiu a ideia de que somente na Bíblia é que se encontra a autoridade verdadeira. A fé imprescindível para se ter a salvação, e ela ocorreria mediante um relacionamento pessoal com Deus que ocorre “quando a pessoa reconhece que Cristo foi entregue *pro me, pro nobis* (por mim, por nós)” (p. 109), ou seja, entende o que Cristo fez em benefício dos homens (Natel, 2016).

A *sola gratia* diz que todos são pecadores e por isso necessitam da graça de Deus que seria um favor imerecido de Deus, é pela graça que se torna possível o indivíduo conhecer a Deus e compreender o amor dele (Natel, 2016).

E por último, *sola fide* que seria somente pela fé que o indivíduo seria salvo e não pela venda de indulgências como era naquela época apregoada (Natel, 2016).

Lutero foi perseguido e excomungado pela igreja católica e depois disso as pessoas que foram contra a sua expulsão e se identificaram com o seu movimento foram chamadas de Protestantes, assim surgiu o protestantismo, ou seja, a partir daqueles que compartilhavam de seus ideais. Segundo Dalgarrondo (2008), ““protestante” refere-se, originalmente, ao protesto dos principados alemães contra a expulsão de Lutero da Alemanha” (p. 114). Muitos não concordam em serem chamados de protestantes, por estarem ligados historicamente a um protesto contra o Deus do povo e preferem ser chamados de evangélicos, pois se referem aos textos bíblicos e a fé (Dalgarrondo, 2008).

Conforme Dalgarrondo (2008), os confrontos políticos, o aparecimento da ciência moderna ajudaram a se firmar no Ocidente o protestantismo. No Brasil existem diversos grupos evangélicos, os “evangélicos históricos de imigração” que são os grupos relacionados a reforma de XVI, os Luteranos, Anglicanos, Episcopais e Menonitas; os “evangélicos pentecostais”, que são Assembleia de Deus, Congregação Cristã no Brasil, Evangelho Quadrangular, O Brasil para Cristo, Deus é Amor; os “evangélicos neopentecostais”, que são

Universal do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo e Sara Nossa terra; e, os “evangélicos históricos de missão” que são os Batistas, Presbiterianos, Congregacionais, Metodistas e Adventistas (Dalgalarrondo, 2008, p.115).

Este último grupo refere-se a denominações norte-americanas, pois segundo Dalgalarrondo (2008), o protestantismo chegou no Brasil pelos estadunidenses e não pelos europeus, por meio do comércio estrangeiro ocorrido a partir de 1810. Há ainda, os “neocristãos (cristianismo de fronteira)”, que são Testemunhas de Jeová, Mórmons e Legião da Boa Vontade, porém têm-se muitas polêmicas por não os considerarem como cristãos, mas sim como seitas (Dalgalarrondo, 2008).

A partir dessa reforma vários grupos evangélicos passaram a existir e no Brasil, o protestantismo chegou em 1850 (Mendonça e Valésques Filho, 1990 citado por Dalgalarrondo, 2008). Após o Brasil abrir os portos para o comércio estrangeiro e desejarem a imigração de europeus, contribuiu para o Brasil em 1823 debater sobre a liberdade religiosa e em 1824 declarar-se um país cristão, o que incluía tanto os católicos (permanecendo a religião do Estado) e protestantes, ou seja, a nova constituição permitiu direitos políticos aos cristãos que não eram católicos. E segundo Dalgalarrondo (2008) os primeiros evangélicos a chegarem ao Brasil foram os presbiterianos, congregacionais e batistas.

Este trabalho entrevistou uma participante que se declara evangélica e em termos quantitativos, segundo o IBGE (2012) é a segunda maior religião, incluindo evangélicos pentecostais, neopentecostais, de missão e os não determinados que totaliza 22,2% da população. Além disso, esta é também a experiência religiosa da qual a pesquisadora possui mais familiaridade e compreensão.

Método

Nesta pesquisa, utilizei o método qualitativo, porque segundo Demo (2001), as pesquisas de profundidade qualitativa não se contentam apenas com a questão extensa, mas também, com a intensidade do fenômeno. Para Demo (2001, p. 15) “a intensidade vai se confundindo com a não-linearidade, a dinâmica contrária de cariz dialético, a surpresa das subjetividades e das individualidades, o caótico criativo”. Segundo Demo (2001, p.16), “são coisas extensas que produzem a intensidade, bem como todo fenômeno intenso é feito também de coisas extensas”.

Ao se fazer uma pesquisa, Demo (2001) diz que o pesquisador pensa ser possível ver a realidade tal como ela é, mas na verdade ela é como se pode ver. Por causa disso, para Demo (2001), foi posto em xeque algumas crenças quanto à objetividade e a neutralidade de uma pesquisa.

Primeiro, ele disse que o sujeito acredita estar consciente de tudo o que ocorre ao redor, mas muitas vezes o que é aparente, por exemplo, uma tranquilidade, logo se torna regra, porém em uma observação mais profunda, percebe-se o conflito. Segundo, as sociedades são construções subjetivas, não sendo possível haver uma única realidade, ou seja, para compreender uma realidade é necessária a percepção do ponto de vista de quem observa.

Terceiro, não existe a neutralidade porque ela é uma maneira de posicionar-se, ou seja, exige o compromisso do pesquisador da não interferência, contudo, esta é inevitável, mesmo que minimamente. Quarto, não é possível analisar a realidade tal como ela é, porém, pode-se estabelecer um compromisso com a objetivação, porque não seria o mesmo que objetividade, e sim, um compromisso metodológico de tentar captar a realidade de forma interpretativa, reconstruindo-a, sem pretensões de representá-la diretamente, tomando cuidado com a padronização.

Quinto, e último, segundo Demo (2001, p. 27) “a diversidade de olhares é essencial para captar realidades tão diversificadas”, realidades estas que não são nem regulares e muito menos lineares e por esse motivo, com essa diversidade de olhares é possível captar aspectos diferentes de um mesmo contexto e argumentá-los. Porém, mesmo assim as argumentações sobre esse campo de estudo não podem ser concluídas em si, porque não se pode fechar uma explicação como se fosse evidente.

No contexto reconstrutivo é necessário que o pesquisador, ou seja, o sujeito possa implicar-se no processo (Demo, 2001). Segundo o autor:

Quando analisamos a sociedade em sociologia, ou a mente humana em psicologia, ou comunidades indígenas em antropologia, estamos em sentido bem próprio nos analisando também. Podemos fazer um esforço de distanciamento – não por alienação, mas para deixar o objeto mais visível -, mas é inútil esconder que somos, também como analistas, parte da análise (Demo, 2001, p. 28).

Dessa forma, para Demo (2001), não existe sociedade com objetos puros, mas sim, de sujeitos-objetos, pois esta não permeia somente o raciocínio lógico, mecânico e direto, porém, é necessária, a compreensão do pesquisador em relação a isso. Nas relações sociais há o fator emocional que se caracteriza como algo não-linear e contraditório, por isso, na pesquisa qualitativa o resultado se dá com a comunicação discutida (trabalhada e retrabalhada), onde o pesquisador pode questionar o que se diz e o sujeito-objeto também. Essa comunicação é para que o sujeito-objeto, ou seja, o entrevistado tenha confiança de que se expressou da forma que queria.

A técnica utilizada para a produção de informações qualitativas na presente pesquisa foi a entrevista narrativa que se caracteriza como uma ferramenta que busca aprofundar em aspectos específicos, funcionando de maneira não estruturada, o que ajuda no surgimento da narrativa das histórias de vida do entrevistado que perpassam o contexto do que se deseja

pesquisar (Muylaert, Junior, Gallo, Neto & Reis, 2014). Essa técnica foi desenvolvida por um sociólogo alemão, Fritz Schutze, que influenciado pelo Interacionismo Simbólico entende que por meio das interações é que se forma a realidade social, com isso, essa realidade não é estática, mas se recria nas interações do indivíduo com a sociedade (Grigolo, 2010). Segundo Jovchelovitch e Bauer (2002, p. 91):

Através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social.

A entrevista narrativa possui uma estrutura, segue um esquema autogerador: primeiro, há uma *textura detalhada*, na qual se espera que o narrador dê uma informação minuciosa, onde o ouvinte quando não conhece a história contribui para que o narrador dê mais detalhes; segundo, há uma *fixação da relevância*, o narrador conta aspectos dos quais ele considera relevante na sua história, de acordo com a sua perspectiva ele seleciona o que acaba por se caracterizar como a estrutura de relevância; terceiro e último, *fechamento da gestalt*, ou seja, a narrativa do indivíduo tem que possuir início, meio e fim, sendo que este fim pode ser o momento presente, se os fatos ainda não tiverem sido concluídos (Jovchelovitch & Bauer, 2002).

Segundo Jovchelovitch e Bauer (2002), o esquema de narração não segue a proposta de pergunta-resposta, a entrevista narrativa é espontânea e o entrevistado traz maiores detalhes da sua história. Apesar disso, a entrevista narrativa possui uma estrutura, como já foi dito anteriormente, e ela se processa em quatro fases, primeiro é a iniciação, depois ocorre a narração e a fase de questionamento e por fim, a fala conclusiva, a fim de surgir uma narração rica em detalhes ao redor do assunto de interesse a ser pesquisado.

Antes de começar a entrevista narrativa é necessário que o pesquisador faça uma lista de perguntas exmanentes (Apêndice A), que se referem a questões que surgem a partir da

aproximação do pesquisador com o que é pesquisado, ou seja, são as questões norteadoras, e deve também fazer uma pergunta inicial ou geradora (Apêndice B). Ao mesmo tempo é necessário, durante a entrevista, estar atento as questões imanentes que surgem a partir das informações do narrador e elas podem ou não coincidir com as exmanentes e por isso é sempre necessário “traduzir as questões exmanentes em imanentes”, ou seja, traduzir a linguagem do pesquisador na linguagem do entrevistado, para que ele não fuja do assunto (Jovchelovitch & Bauer, 2002, p.97). Segue abaixo um esquema das fases da entrevista narrativa conforme Jovchelovitch & Bauer (2002, p. 97):

Fases	Regras
Preparação	Exploração do campo Formulação de questões exmanentes
1. Iniciação	Formulação do tópico inicial para narração Emprego de auxílios visuais
2. Narração central	Não interromper Somente encorajamento não verbal para continuar a narração Esperar para os sinais de finalização (“coda”)
3. Fase de perguntas	Somente “Que aconteceu então” Não dar opinião ou fazer perguntas sobre atitudes Não discutir sobre contradições Não fazer perguntas do tipo “por quê?” Ir de perguntas exmanentes para imanentes
4. Fala Conclusiva	Parar de gravar São permitidas perguntas do tipo “por quê?” Fazer anotações imediatamente depois da entrevista

Percebe-se, dessa forma, a importância da preparação anterior para esse tipo de entrevista. Deve-se na fase inicial questionar ao entrevistado se pode gravar, e em seguida é apresentado o tópico inicial, quando o indivíduo começa a narrar não se deve fazer questionamentos, mas encorajá-lo de forma não verbal. Na fase de perguntas, procurar fazer questões iminentes, ou seja, utilizando a própria linguagem de quem narra, e na fala conclusiva a gravação deve ser encerrada e entrevistador e entrevistado devem conversar informalmente, sendo necessário elaborar um protocolo dessa entrevista para não esquecer o que foi conversado após a gravação (Jovchelovitch & Bauer, 2002).

Segundo Jovchelovitch e Bauer (2002), esse tipo de entrevista é particularmente útil, dentre alguns outros fatores, porque se trata de histórias de vida, que expressam os contextos históricos e sociais de maneira mais ampla.

Assim, para Weingarten (2005), o conhecimento mais profundo sobre o processo de recuperação do indivíduo deriva, principalmente, do estudo de narrativas pessoais. No seu livro é visto por meio das entrevistas narrativas dos indivíduos que sofrem de transtorno mental, os mesmos apresentando bons desempenhos e sendo bem sucedidos como trabalhadores, pais, etc. Do exposto, verifica-se que não é verdadeira a ideia de que os transtornos mentais causam incapacidade do sujeito, o que confirma a relevância desse instrumento de pesquisa, para obtenção de uma realidade mais detalhada do indivíduo e não somente se limitando a teorias pré-estabelecidas de que o transtorno o torna incapaz, sem vontade própria e ineficaz a relações pessoais (Weingarten, 2005).

Segundo Vasconcelos (2005), esse instrumento de pesquisa serve como ferramenta política para os usuários, pois permite aos indivíduos expressar sua vivência pessoal. Além disso, para esse autor é uma forma do sujeito se apropriar das suas experiências e dar novos sentidos; de aceitar o transtorno como fazendo parte do seu cotidiano, mesmo sendo uma condição difícil, e que a partir das experiências vivenciadas dentro do próprio processo de

recuperação dêem suporte uns aos outros por meio dos seus relatos; revelar como a sociedade estigmatiza o doente, ou seja, ela determina o que é o estar doente sem refletir sobre; e, ainda, possibilitar a mudança a partir das narrativas que são ouvidas (Vasconcelos, 2005).

E por todas estas razões, a presente pesquisa se apropriou desse instrumento na intenção de entender de maneira mais ampla os aspectos vivenciados pelo o indivíduo que necessitou de apoio para a manutenção de sua saúde mental, em uma determinada fase de sua vida e permitir que as demais pessoas, usuários e comunidade científica se apropriem dessas narrativas para a reflexão. Dessa forma, também permite que os profissionais de saúde levem em conta esses aspectos em sua atuação.

Participante

Participou desta pesquisa uma mulher de 67 anos, membro de um templo religioso que crê em um ser superior a qual precisou de acompanhamento espiritual e psicológico, devido a um problema de saúde mental, ou seja, buscou ajuda de uma autoridade espiritual e também, de tratamento psicológico. A pesquisa foi feita a partir do interesse dela, como disponibilidade de tempo para a coleta dos dados e discussão.

Material e Local

Os materiais utilizados foram um gravador, papel e caneta, sendo esses últimos com o fim de anotar os dados da participante. E ainda, foi entregue para a participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE¹ – Anexo A), para dar ciência da relevância da pesquisa, dos seus direitos e da necessidade dos assuntos pertinentes ao tema para a elaboração da pesquisa.

¹ A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e obteve aprovação. Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 62829516.9.0000.0023.

A seleção da participante foi feita no local de sua prática religiosa e as entrevistas foram realizadas nesses espaços.

Procedimento

Foram realizados três encontros. Inicialmente, foi feito o convite a proponente questionando a respeito do interesse em participar desta pesquisa. Após a confirmação, ela pediu para que a entrevista narrativa fosse feita na instituição religiosa a qual pertence.

No primeiro encontro foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido junto à participante e após isso, mediante a permissão da participante, foi ligado o gravador. Ainda no primeiro encontro, foram abordadas questões a respeito dos pontos positivos que ela experienciou e/ou observou, tanto no espaço religioso quanto no seu tratamento com a psicóloga e os questionamentos foram surgindo à medida que ela trazia a sua experiência, conforme a entrevista narrativa propõe na qual esta pesquisa se baseou.

No segundo encontro foram abordados os aspectos negativos dessas relações; e, no terceiro e último encontro foi apresentada à participante a análise feita de sua narrativa a partir da hermenêutica de profundidade de Thompson (1995) do que ela mesma narrou e foi questionada sobre o que achou da construção e se acrescentaria algo ou discordava de alguma coisa que fora analisado para se fazer possíveis correções e/ou modificações a fim de ficar mais próximo da realidade trazida por ela.

Análise das Informações Qualitativas

As informações obtidas a partir da utilização das entrevistas narrativas que foram gravadas e transcritas, e também as não gravadas relativas à fase “fala conclusiva” descrita por Jovchelovitch e Bauer (2002) que são registradas manualmente após a entrevista,

formaram a base de análise. Os nomes utilizados na pesquisa, da participante e das pessoas descritas em sua fala são fictícios.

De acordo com Weller e Otte (2014), ao utilizar a entrevista narrativa como método, a análise da narrativa não deve se dar apenas por aquilo que é dito verbalmente, pois não é o único elemento relevante para a análise, mas é preciso “reconstruir o sentido subjacente e implícito na fala do entrevistado” (p. 238). Além desse aspecto, Demo (2001) diz que o pesquisador não tem como dialogar sem fazer parte do processo, ou seja, para ele não existe o objeto puro, mas sim, sujeitos-objeto. Segundo Demo (2001, p. 30):

Não conseguimos nos comunicar sem sermos parte do processo comunicativo, como sujeito e como sujeito-objeto. A comunicação se faz mais pelo que há implícito do que pelo que é dito explicitamente. Por isso, sempre é possível entender o que o outro diz, mas nunca sabemos bem o que o outro queria dizer. Pois, o outro também não sabe exatamente o que queria dizer, por conta de seu inconsciente e de todos os componentes implícitos de qualquer fala não-problemática.

Levando isso em conta, as informações obtidas serão analisadas a partir da hermenêutica de profundidade de Thompson, tal como revista por Demo (2001), que está relacionada a uma análise da ideologia e como esta é um discurso, pois “para analisá-la é necessário passar pela capacidade de esmiuçar falas, captando não apenas seus sentidos aparentes, mas sobretudo os implícitos e as manhas e artimanhas das falas ideológicas comprometidas com o poder” (Demo, 2001, p. 36).

Segundo Thompson (1995), citado por Demo (2001), o objeto a ser analisado exige uma explanação por ser uma construção simbólica de significados e símbolos, esta pode gerar problemas qualitativos de interpretação, porém não impede de serem analisados por métodos formais e objetivos. Baseado nisso é que Thompson construiu o “referencial metodológico da hermenêutica de profundidade” (Demo, 2001, p. 37). Thompson busca se apropriar e

compreender o contexto mais amplo do indivíduo a ser entrevistado e denomina esse procedimento como “interpretação da doxa”, ou seja, o que é apresentado pelo sujeito por meio de sua fala não pode ser analisado fora de seu contexto (Demo, 2001).

Thompson (1995, citado por Demo, 2001) descreve três elementos de análise para a interpretação que vai além da “doxa” os quais a entrevistadora utilizou para a análise da entrevista narrativa, que são a análise sócio-histórica, análise formal e discursiva e a interpretação/reinterpretação.

Segundo Demo (2001), a análise sócio-histórica é uma reconstrução social e histórica do contexto vivido. No caso desta pesquisa, o contexto da entrevistada não se limitou a uma análise do agora, mas buscou-se “o roteiro de sua formação histórica e social” (p. 39), uma análise que levou em conta “situações no espaço e no tempo, campos de interação social, aparatos institucionais da sociedade e estruturas sociais” (p. 39).

A análise formal ou discursiva, segundo Demo (2001), é a análise do discurso em si, no qual se busca na narrativa elementos dos quais podem ser formalizados no sentido de poder se observar regularidades na fala, apesar de saber que na linguagem há nuances infinitas.

Por último, foi feita a interpretação/reinterpretação, movimento de construção de possíveis significados, o que difere da análise formal e discursiva no sentido que esta procura desvelar padrões e a aquela busca outros significados que a informação possa ter, além dos padrões.

Resultados: Análise das Informações Qualitativas

Neste capítulo, será apresentada a análise das informações qualitativas a partir das entrevistas narrativas, conforme Thompson (1995, citado por Demo, 2001) propõe.

Como dito, foram realizados três encontros, nos quais a entrevistada teve a oportunidade de falar a respeito de suas experiências no âmbito religioso e do atendimento psicológico. E como se propõe na entrevista narrativa, além da gravação dos relatos da participante, feita na fase de perguntas, foi realizada também a fala conclusiva, sendo que esta não é gravada, no intento de se obter maior captação de informações junto ao entrevistado, tendo em vista que, muitas vezes, apresenta fatos novos, por se sentir mais confortável, sem o recurso da gravação (Jovchelovitch & Bauer, 2002).

Na sequência, finalizada a entrevista, a pesquisadora transcreveu *ipsis litteris* toda a gravação e após o término da mesma anotou os fatos novos que foram trazidos pela entrevistada, bem como expressões da mesma durante a entrevista. Importante ressaltar que todo o procedimento executado foi feito baseado na proposta de Jovchelovitch e Bauer (2002).

Abaixo, será feita a análise das informações a partir da hermenêutica de profundidade, adotando primeiramente a contextualização sócio-histórica, abordando a instituição religiosa e de como a saúde mental atualmente é tratada no Brasil e, na sequência, a análise formal e discursiva, fazendo-se uma análise do discurso da participante de pesquisa.

Por fim, adotar-se-á a interpretação/reinterpretação, para dialogar as informações qualitativas a partir da visão da pesquisadora embasadas na teoria. Nessa fase haverá a retomada da construção sócio-histórica e da análise formal e discursiva, na intenção de pensar a possibilidade de diálogo da RAPS com os espaços religiosos, em prováveis relações entre

esses dois espaços – acolhendo a subjetividade do indivíduo – e, quais seriam os limites e as dificuldades nesse processo.

Contextualização Sócio-Histórica

Uma análise sócio-histórica é necessária, tanto da contextualização da saúde mental quanto da religião cristã no Distrito Federal.

Nesse sentido, no contexto da saúde pública brasileira, a saúde mental é recente, no que se refere ao campo que presta assistência a sociedade (Ribeiro, 1999). Neste campo, está inserida a psiquiatria que em âmbito mundial, começa a dar os primeiros passos a partir do século XIX e no ano de 1852, começa a surgir em algumas cidades do Brasil.

Todavia, decorridos cem anos desde seu surgimento em cidades brasileiras, a forma de atendimento oferecido ao doente mental era internação mediante o fornecimento de drogas farmacológicas (Ribeiro, 1999). Somente a partir da segunda metade do século XX que surgiu um movimento de crítica às instituições psiquiátricas, ou seja, de desinstitucionalização, uma vez que como formas de tratamento isolavam os ‘loucos’ da sociedade, sendo tal tópico já discutido no capítulo “Uma Breve Perspectiva Histórica do Campo da Saúde Mental”.

Observa-se que o movimento de desinstitucionalização com mais repercussão no mundo ocorreu na Itália com Franco Basaglia, provocando impactos inclusive no Brasil. Ainda, aliado a esse, começou na década de 70 o movimento da reforma psiquiátrica, no qual buscou dar aos pacientes com transtornos psiquiátricos, outro lugar social, tendo sido perpetuada até os dias atuais (Tenório, 2012).

Nesse segmento, a partir do movimento da reforma psiquiátrica, foram refletidas novas propostas de cuidado e foram criados os CAPS e as residências terapêuticas, como

locais em substituições à institucionalização do louco, implementando a saúde mental na atenção básica, oferecendo diversificação na rede de atenção à saúde mental (Brasil, 2011).

Considerando o exposto e o atual cenário no Distrito Federal, verifica-se que a cobertura de CAPS/100 mil habitantes mostra o menor crescimento comparado às outras unidades federativas (UF).

A título de exemplo, em 2012 o Amazonas, região que normalmente, está abaixo nos dados estatísticos, ficou em uma classificação superior se comparada ao DF em relação à cobertura assistencial de CAPS I e II. Observa-se que o DF está numa cobertura de 0,25, classificada como baixa, pois se encontra na escala que vai de 0,20 a 0,34 e o Amazonas ficou com 0,27 (Ministério da Saúde, 2012). Ainda, Goulart (2013), em sua tese de doutorado a respeito da realidade no Distrito Federal, diz que em relação à situação político-institucional, quando comparado com outros estados a quantidade de serviços de saúde mental é insuficiente.

Importante ressaltar que os CAPS se configuram como um dos principais prestadores de serviços de substituição às instituições manicomiais (Ministério da Saúde, 2012). Segundo Resende (2012, p. 231), “no DF, temos um número ainda reduzido de serviços substitutivos, inclusive de CAPS, o que explica a precariedade de nossa RAPS, já que esse serviço é responsável pela articulação e tecimento da rede.”

Em levantamento feito pelo Ministério da Saúde (2010), não somente os CAPS que prestam assistência aos indivíduos que se encontram em sofrimento mental, como também, os ambulatórios em saúde mental se mostram insuficientes. Os dados apontam somente um ambulatório público na Saúde Mental do Distrito Federal, assim, mais uma vez revela a precariedade no serviço.

Noutra vertente, no que tange a religião cristã no Brasil, 18,5% dos indivíduos se declaram evangélicos de missão (IBGE, 2012) e, em trinta anos, o percentual de pessoas que

se denominam evangélicas subiu de 6,6% para 22,2%. Este foi o segmento religioso que mais cresceu no período intercensitário, segundo o IBGE (2012).

No Distrito Federal existem muitas igrejas que se denominam batistas, de igual modo, a que a participante da pesquisa congrega se intitula como tal. A igreja com 46 anos, situada na cidade satélite em uma região administrativa do DF, teve início em 1969, na casa de um dos membros pertencentes à Primeira Igreja Batista de Brasília. Os cultos eram celebrados na residência com o apoio da Primeira Igreja Batista que dava auxílio nos louvores e na pregação da palavra, segundo o *site*² da igreja.

Com o tempo, o pequeno grupo que se formou alugou um espaço e o chamaram de casa de oração, e estando lá, declaram que Deus – em palavra revelada – falou que eles iriam se tornar uma igreja de grande porte, reconhecida no mundo e que por meio deles enviariam missionários para os quatro cantos da terra.

Por fim, foi construída a igreja e hoje, segundo o *site*, conta com mais de três mil membros e seguem construindo igrejas em outros estados do Brasil.

Segundo o mesmo *site*, a instituição tem como visão atrair pessoas por meio do Espírito Santo e consolidar com os ensinamentos bíblicos a permanecerem firmes na fé, desenvolvendo relacionamentos saudáveis. Ainda, ser uma igreja missionária e uma instituição composta por adoradores de Deus, entendendo que os serviços da igreja e cada membro, individualmente, têm como referencial essa visão.

Além disso, possuem como missão, sair de dentro da instituição e conquistar a Terra fazendo com que o reino de Deus seja expandido, segundo o *site*, os ministérios da igreja a tem como foco, por acreditarem que isto agrada ao coração de Deus. Esta missão, parece fazer referência ao que diz a bíblia no evangelho de Marcos 16:15 “e disse-lhes: Ide por todo o mundo, pregai o evangelho a toda criatura”.

² Essas informações encontram-se no site da igreja.

Este, portanto, é o cenário no qual o presente trabalho se constitui, levando em conta o contexto de saúde mental no Distrito Federal e da instituição religiosa que a participante congrega. Assim, a seguir, será apresentada a análise discursiva.

Análise Discursiva

Thompson (1995) diz que uma das formas de estudar o discurso da entrevista narrativa é por meio de uma análise da estrutura.

Para Thompson (1995, p. 373), a narrativa é “um discurso que narra uma sequência de acontecimentos ou, como dizemos comumente, que ‘conta uma história’”. A história possui diversos personagens que fazem parte de uma gama de fatos, que compõem um enredo (Thompson, 1995). O enredo, por sua vez, possui a sua própria dinâmica, desenrolar temporal, personagens específicos, papéis e é nisso que consiste a análise narrativa dessa pesquisa (Thompson, 1995).

Diante disso, pretende-se a partir do discurso da participante construir a estrutura de sua narrativa por meio das entrevistas narrativas. Foi feita uma análise da fala a partir do enredo, das entonações e da forma de narrar, relacionados a uma perspectiva teórica.

Conforme explanado anteriormente, e, importante ressaltar, que todos os nomes utilizados são fictícios.

*

Julia tem 67 anos, aposentada, dois filhos homens, o mais novo já é casado e o mais velho ainda mora com ela. Nasceu no Pará, mas ainda na juventude veio para Brasília e sempre congregou em igrejas evangélicas, permanecendo até os dias atuais.

Em um primeiro questionamento sobre a situação mais difícil que já passou, que trouxe sofrimento mental, a participante relata que foi o alcoolismo de seu ex-marido, já falecido, e o seu filho mais velho, também alcoólatra até o presente momento.

Diante do quadro de alcoolismo de seu filho mais velho, além da ajuda na instituição religiosa, buscou ajuda psicológica, sendo que, atualmente, já não faz mais uso de atendimento psicológico, uma vez que recebeu alta. Quanto aos fatos até aqui narrados, descreve:

Não. Assim, eu passei por várias, mas assim, a situação mais difícil para mim foi o alcoolismo do meu esposo, essa foi a mais terrível, assim, porque depois de anos de casada, assim... Eu descobri que ele era alcoólatra com três meses de casada e aí começou aquela luta e eu nunca tinha lidado com aquela situação porque eu nasci na igreja evangélica, fui criada ali, meus pais nunca beberam, minha família não conhecia, não tive convívio, assim, com pessoas que bebiam, vim ter com ele e aprender a lidar com a situação porque não é fácil.

Ao se casar, Júlia pareceu ter iniciado o seu maior sofrimento, porquanto considera não ter tido saúde mental. Júlia também traz a sua relação atual com o filho, que demonstra ser semelhante ao pai. Ela diz:

[...] eu tive dois filhos com ele (com o marido) e um, o mais velho é alcoólatra e continuo lidando com a situação [...] Meu filho também, nesses 7 anos quando o pai morreu, ele pediu demissão do emprego, tá sem trabalhar até hoje, foi para bebida. Assim, acabou com tudo que ele tinha e tá morando comigo, acabou tudo.

Diante desse contexto, abaixo será realizada uma análise do discurso separando-o em três temáticas, a fim de facilitar a compreensão da narrativa, assim dividido: “Julia e a terapia/psicologia”, Julia e a religião, e “Julia na relação – religião e psicologia”.

Júlia e a terapia/psicologia.

Júlia, em seu relato, diz ter procurado por terapia anos depois do falecimento do marido e por considerar os problemas com o filho mais dolorosos. No que tange ao

atendimento psicológico, a pesquisadora buscou da entrevistada sua percepção às consultas realizadas, bem como se houve algum aspecto negativo. Nesse sentido, relatou:

Bom, eu... assim, para mim todos os dois foram satisfatórios, entendeu? Tudo me ajudou, não teve aquela coisa, porque esse aqui não vai envolver religião e esse aqui envolve religião, porque eu acho que o tratamento com psicólogo é o tratamento com a pessoa, não é um tratamento da alma, é um tratamento, é um tratamento, assim, de dentro da alma assim, mas não é aquele tratamento que envolve a religião, são coisas suas que você passou, que você sofreu, de família, da vida mesmo e que foram ficando acumuladas lá dentro, né? Eu sei que Deus tira tudo, mas a gente precisa da ajuda do homem. A gente sempre precisou, né? [...] O que o psicólogo ensina para a gente é para a gente ter força, reagir, saber como reagir na hora certa, porque às vezes você reage numa hora errada, só no momento da emoção, né? E a psicologia não, ela ensina você agir com controle, sem precisar de se estressar, de gritar, entendeu? Ou falar coisas que não deve, porque às vezes a gente na hora da raiva, a gente fala coisas que não podia falar para a pessoa, para outra pessoa que está com problema ou então para pessoas que você conhece e tem problema emocional e você não sabe, né? Então, eu acho assim que a psicologia ajuda muito.

Esse relato de Julia mostra que ficou satisfeita com o atendimento psicológico recebido. Aparentemente ajudou-a a exercer mais controle diante das situações, como não reagir na hora da raiva. Além disso, expressa ter sido tratadas questões de traumas do passado e/ou angústias que foram importantes para a obtenção de saúde mental.

Todavia, após relatar que se sentiu satisfeita com os atendimentos psicológicos, ao finalizar a gravação, no segundo encontro, a participante contou um episódio, a seguir descrito, com o intento de orientação ou alerta para quando a pesquisadora viesse a realizar atendimentos psicológicos.

Narrou um episódio vivido, de quando o seu marido ainda era vivo, no início da doença (alcoolismo). Informou que o levou a um psicólogo, acreditando ser cristão, para tratamento de sua doença e este lhe deu filmes pornográficos, uma vez que o marido supostamente informou ao psicólogo que sofria de impotência sexual. Julia relatou que ficou de “cara no chão”, diante da entrega de filmes adultos para o marido.

Relatou, ainda, que o marido chegou em casa tão agressivo que se tivesse deixado, ele a teria violentado. Contou que descobriu o marido escondendo esses filmes, pegou-os, os devolveu ao psicólogo e falou pra ele aprender a ser um homem de Deus, que aquilo não era de Deus e que o seu marido poderia até tê-la matado, porque segundo ela, ele estava doente mental. Julia contou, por fim, que nesse período, levou o seu marido ao psicólogo, porque ele estava tendo perda de memória e foi aconselhada pelo psiquiatra que seria bom.

Essa história demonstra uma situação onde Julia não se sentiu acolhida, pois a sua preocupação, segundo o seu relato, era com o marido, a respeito do alcoolismo e das consequências que estavam gerando na vida dele e que refletia na sua casa, ou seja, em Julia e em seus dois filhos. Segundo a narrativa de Julia, ela denominou como errada a atitude do psicólogo.

Errada na concepção de Julia, entendendo que na condição de psicólogo fez uma avaliação equivocada da real necessidade de seu marido, que poderia tê-la agredido. Ou seja, apesar de Julia não ter apresentado pontos negativos na relação dela com a psicóloga que tratou de seu caso específico, trouxe uma relação vivenciada pelo marido e outro psicólogo que a afetou de maneira negativa.

No entanto, vale ressaltar que este fato não diz respeito ao atendimento psicológico recebido por ela, mas sim, um caso isolado que aparentemente a atingiu indiretamente, isto porque ao que tudo indica, apesar do ocorrido tê-la afetado, buscou terapia quando precisou.

A pesquisadora considerou interessante algo que ocorreu nas realizações das entrevistas. No final do primeiro encontro com a Julia, após encerramento da gravação, questionou: “Isabela eu falei direitinho? Porque eu sei que na psicologia não pode muito falar essas coisas.” Isso mostra um pouco o que Neubern (2013) fala a respeito da formação de profissionais de psicologia, quando psicólogos muitas vezes dizem que a religiosidade e a psicologia como ciência não se misturam. Isso parece não somente estar no meio institucional de formação e atuação de psicólogos, como também no senso comum, provavelmente devido aquela máxima conhecida popularmente: “religião e ciência não se misturam”, ou seja, religião e ciência não se dialogam.

Quanto aos aspectos da vida de Julia relacionados ao atendimento psicológico, foi possível constatar o quanto esse ambiente a ajudou a lidar com as situações, os conflitos vivenciados por ela. A seguir será falado a respeito da sua relação com o meio religioso.

Julia e a religião.

Com relação à igreja, Julia, relatou ter nascido em um ambiente religioso. E sobre a instituição religiosa que atualmente congrega, presumisse, ter se sentido acolhida e considera ser um ambiente agradável e de ajuda, assim relatou:

A igreja também ajuda muito, muito. Eu sempre fui muito, muito ajudada pela igreja, sempre, mas eu acho assim, que a igreja ajuda quando você procura ajuda, entendeu? Porque ninguém vai ficar indo atrás de você querendo saber, não, né? [...] o que a pessoa aqui na igreja faz, quando chega com um problema? Ela ora com você, né? Ela ora e você sai dali mais confortada. É como uma psicologia também, só que é uma psicologia vinda de Deus quando a pessoa é usada por Deus para você, porque também a gente que tem que saber discernir o quê que vem de Deus e o quê que não vem, o quê que vem da carne, né? Então, assim, eu sempre fui muito abençoada,

assim e eu aprendi também que na Bíblia mesmo, que assim, a gente tem que reter o que é bom e lançar fora o que não presta, né?

A religião para Julia parece ocupar um espaço de maior importância em sua vida, pois se configura em sua narrativa como uma psicologia superior, quando diz em outras palavras, que a religião é como uma psicologia, porém vinda de Deus. Ainda, diante dessa fala, Julia, parece experienciar aspectos favoráveis na instituição religiosa a qual frequenta.

Embora, ao final do primeiro encontro, após interrompida a gravação, falou de pessoas da igreja, “irmãos” (forma de tratamento das pessoas de mesma fé), que às vezes a condenava e afirmavam que Julia devia por termo ao seu casamento. Julia disse não concordar e não gostar de tal atitude, dessa forma demonstra um aspecto negativo, agora no contexto religioso. Todavia, vale ressaltar que aparentemente este fato não diz respeito ao relacionamento dela com Deus nem com a ajuda pastoral que buscou, mas sim, com um fato ocorrido dentro do ambiente da igreja que não a agradou.

Noutras palavras, bem como se verificou que Julia não relatou nenhum aspecto negativo nos atendimentos psicológicos durante a gravação, aqui também, não o relatou a respeito de seu relacionamento com Deus, dos ensinamentos obtidos na igreja e no apoio pastoral, entretanto trouxe esse aspecto que parece tê-la incomodado.

Apesar disso, ao que tudo indica, Julia, em decorrência de ensinamentos recebidos pela igreja, tem formas de lidar com situações que julga desagradáveis e errôneas. Ela disse: Claro, você não vai agredir o seu irmão porque ele fez uma oração te condenando e nem o seu psicólogo, porque ele falou alguma palavra te condenando, né? Você vai reter alguma coisa boa e lançar fora aquilo que não presta, sem precisar ficar com ódio de ninguém, porque o ódio também é uma coisa terrível, né?

Essa fala parece se assemelhar ao que está escrito na Bíblia em 1 Tessalonicense 5:21 “Examinai tudo. Retende o bem.” Bíblia a qual aparentemente segue, diante dos

ensinamentos e a visão da instituição religiosa a qual frequenta, de que o embasamento da fé se dá pela palavra bíblica.

Julia falou também a respeito das atividades que realiza no contexto religioso e demonstra claramente a satisfação em realizá-las e atribui isso a Deus:

Cada vez que ele (o filho) falava alguma coisa, eu ficava assim abalada, abalada, sabe? Mas eu nunca deixo de participar do coral, do louvor porque ali é o meu sustento. Entendeu? Porque a gente tem que participar de coisas que alegra o coração da gente para poder vencer essa batalha, principalmente se tem pessoas viciadas dentro de casa. [...] Porque Deus me chamou para ser Levita do Senhor eu já estava com 40 anos foi justamente na época que aconteceu tudo, sabe? Deus me chamou assim de uma forma que eu. Eu não dei nome para ninguém, eu não falei nada, nada eu só fiquei no banco, quando Deus falou para mim que ia me colocar lá no altar eu falei: “Que que eu vou fazer ali? Eu não sei cantar, eu não sei orar, não sei fazer nada, que vou fazer ali meu Deus? Não sei falar. O que eu vou fazer ali? Estou com minha casa toda de cabeça para baixo, né?” E Deus falou: “Você vai ver o que eu vou fazer.” Quando eu vi, eu estava como o microfone na mão, cantando. Foi tão assim e eu fiquei, falei: “Meu Deus e comecei a entender que Deus ele ensina, ele capacita, basta a gente se colocar à disposição, a obedecer o chamado”.

Diante dos fatos narrados, verifica-se que para Julia o contexto religioso e de apoio recebido pela igreja foram os meios que lhe forneceram saúde, durante a maior parte da sua vida até chegar à melhor idade quando procurou atendimento psicológico.

Julia na relação - religião e psicologia.

Julia diz que diante dos cenários vivenciados com o marido em vida e com o filho mais velho a levaram a buscar ajuda na igreja. E como dito anteriormente, após o falecimento do marido e os problemas com o filho, foi em busca de terapia. Nesse sentido, ela relata:

[...] às vezes eu ficava tão dolorida com as palavras dele, tão dolorida que eram duras demais. Do marido eu não ficava tanto, mas do filho. Mas aí eu orava, tudo e aquilo ali passava, mas a gente às vezes vai criando uma raiz dentro da gente, a gente não sabe, né? [...] Aí eu peguei e aí um dia eu, a pastora Paula, disse “Julinha, você tá muito angustiada, meu Deus!” Eu falei para ela: “Olha, sinceramente eu acho que se Deus me levar agora... vai, vai ser o meu sossego, isso aqui só vai sair se Deus me levar, porque é muita dor. Aí ela foi, foi conversar com a Jéssica, aí a Jéssica me chamou, conversei com ela, né? Ai eu falei para ela, minha filha, olha eu tô aqui porque Deus me sustenta, porque ele que me levanta porque muitas vezes, as vezes eu tô assim [...] mas aí a Jéssica me chamou, falou comigo e me passou para a Doutora Antônia e aí eu fui, menina que benção, eu nunca tinha ido no psicólogo acho que todo idoso deveria, sabe? Porque todo idoso ele tem alguma coisa dentro de si para tirar. Entendeu? Para sarar e quando eu fui para a psicóloga eu falei: “Senhor eu não vou falar nada para ela, eu vou ficar caladinha”, igual eu falei aqui (ela falou para a entrevistadora antes da entrevista) “e vou ficar caladinha. Pai o que eu vou falar para ela? Só história de dor.” Né? Eu pensei assim: “Não, eu só vou falar coisa boa para ela.”

O discurso de Julia mostra de forma reiterada, que a maneira dela lidar com a dor passa pelo espaço religioso, ao falar, como dito logo acima: “mas aí eu orava, tudo e aquilo ali passava”. Como já exposto, segundo Dalgalarondo (2008), o meio religioso faz parte do

sistema de valores e do comportamento para a maior parte dos indivíduos. No caso de Julia, segundo seu relato, diante de um problema se comportou realizando orações.

Ao mesmo tempo, observa-se pela sua fala, que a entrevistada buscava por uma ajuda que vai além do espaço religioso, quando, por exemplo, relata: “mas a gente, às vezes, vai criando uma raiz dentro da gente, a gente não sabe, né?” e complementa dizendo: “falou comigo e me passou para a Doutora Antônia e aí eu fui, menina que benção, eu nunca tinha ido no psicólogo acho que todo idoso deveria, sabe? Porque todo idoso ele tem alguma coisa dentro de si para tirar.” Essa fala parece nos revelar que esse algo a mais que procurava estava no ambiente psicológico. Aparentemente, o atendimento psicológico trouxe complemento à vida dela de maneira a trazer saúde mental, bem como, o espaço religioso.

Ainda nesse relato, vale ressaltar, que além de Julia ter recebido um apoio de sua pastora, a mesma a encaminhou para um membro da igreja que presta aconselhamento e este a encaminhou a um profissional da área de psicologia. O que demonstra a preocupação da instituição com a saúde mental de Julia, diante de um problema que descreveu como sendo preferível morrer ante a ele: “Olha, sinceramente eu acho que se Deus me levar agora... vai, vai ser o meu sossego, isso aqui só vai sair se Deus me levar, porque é muita dor”. A instituição religiosa mostrou reconhecer o quanto é fundamental para a saúde do indivíduo, não somente o aspecto religioso como também o atendimento psicológico.

Noutro momento, Julia descreveu sobre alguns benefícios específicos que vivenciou no atendimento psicológico, ela disse:

Nossa e foi tratando assim aquelas coisas assim lá da minha infância, coisas que eu nem percebo, porque eu também, assim, quando eu tinha meus 14 anos meu pai morreu de um acidente, né? O caminhão desceu e arrancou a parada de ônibus com ele e tudo, né? Então foi um trauma e eu tinha 14 anos de idade e eu não sabia para mim eu já tinha sido curado daquilo, sabe? Eu não tinha sido curada, fui curada, fui

agora quando tudo saiu, mas assim o trabalho dela muito excelente, sabe? Ela é uma psicóloga excelente, ela é tranqüila, os conselhos dela são, são os melhores, sabe? Não te força a nada assim, uma coisa que você não quer. Tinha dias que eu chegava e falava: “Não, hoje eu tô com muita dor de cabeça eu não vou fazer nada não.” Aí ela falava, então senta aqui, vamos só ouvir uma música, mas assim foi muito, muito, muito bom o trabalho com ela me ajudou a lidar com a situação com o meu filho que eu já não sabia mais o que fazer, né? [...] E aí ela foi me orientando nesse sentido como lidar com ele, ter autoridade, começar a falar com ele no momento certo, com autoridade, sabe? Sem briga, mas com autoridade e aí eu comecei a agir com ele dessa forma e hoje em dia Deus está mudando a vida dele, sabe? E graças a Deus ele já não chega mais bêbado gritando na rua, me xingando, desde lá xingando a Deus e ao mundo, né? [...] Ele trata com calma, assim, de vez em quando ele tem umas crisezinhas, mas eu não dou muita importância aquilo eu só entrego nas mãos de Deus, porque é Deus quem está cuidando dele e com ela eu aprendi isso, entendeu? Eu aprendi muita coisa assim, sobre mim, a minha pessoa, porque eu era uma pessoa muito, eu sempre me senti assim, um nada assim, sabe? Diante das outras pessoas, né? [...] Teve um dia, a primeira coisa que eu vi que o tratamento estava sendo muito bom para mim, foi um dia que eu cheguei no grupo de oração e eu senti assim que as pessoas, eu nunca tinha percebido isso, as pessoas olhando para mim como se eu fosse uma coitadinha e aquilo dentro de mim foi aquela coisa dizendo assim para mim: “Você não é uma coitadinha, você não é! Você é um ser humano, você é uma pessoa, você tem dores, você tem alegria.” E aí eu pedi a palavra na maior coragem assim (êêrr..) [...] “gente olha eu não quero que vocês olhem mais para mim, como uma coitadinha que eu não sou uma coitadinha, eu sou livre Graças a Deus, eu tenho meus problemas, mas eu sou uma pessoa feliz, porque Deus, foi ele que me quis aqui nesse

“eu sou livre, a partir de hoje, eu sou livre!” Né? “Eu sou livre! Se eu quiser brincar, eu brinco! Se eu quiser chorar eu choro! Se eu quiser pular eu pulo! Porque eu sou assim, né? Tava retida, mas eu sou assim (risos). Aí minha filha eu soltei a franga como diz o ditado, mas assim eu gosto muito, muito de viver com pessoas e depois desse tratamento, ainda foi melhor ainda. [...] E com esse trabalho da Psicologia me deixou mais livre, me deixou impossível assim, sabe? As vezes eu tenho que me controlar, né?”

Nesse discurso, Júlia parece sentir-se agradecida pelo trabalho da psicóloga quando fala: “mas assim foi muito, muito, muito bom o trabalho com ela, me ajudou a lidar com a situação com o meu filho que eu já não sabia mais o que fazer, né?”. Reconhece também que no tratamento psicológico teve uma maior liberdade, quando diz que não se via mais como “coitadinha”. Ao mesmo tempo em que reconhece a importância da terapia, atribui a Deus a forma como seu filho está hoje, quando narra: “E graças a Deus ele já não chega mais bêbado gritando na rua, me xingando, desde lá xingando a Deus e ao mundo, né?”, e diz também que em Deus se sente livre, porque Deus a fez assim. Ainda, a forma em que esses fatos foram descritos por Julia, demonstra muito contentamento e exultação, por meio de gestos e risos. Principalmente quando disse:

[...] “eu sou livre, a partir de hoje, eu sou livre!” Né?! “Eu sou livre! Se eu quiser brincar, eu brinco! Se eu quiser chorar eu choro! Se eu quiser pular eu pulo! Porque eu sou assim, né? Tava retida, mas eu sou assim (risos)”

Dos fatos narrados, apesar de Julia ter tido uma experiência ruim com o seu ex-marido em tratamento psicológico, ao receber a indicação de uma terapeuta pela instituição religiosa, talvez, Julia tenha se sentido mais confiante em ser atendida por ela – e mesmo que Julia não tenha falado sobre religião, isso pode tê-la deixado mais confiante em sessão, para falar a respeito disso, quando desejasse. Dessa forma, supõe-se que Julia se sentiu amparada no

tratamento psicológico, como também, no espaço religioso. Percebe-se, ainda pela sua fala, que esses espaços parecem ser complementares e não excludentes.

Em conclusão, pode-se afirmar que apesar de ter-se elaborado didaticamente a separação do discurso, a fim de fazer a análise discursiva, a própria narrativa de Julia se observada desde o início, não discursa os fatos isolados. Verifica-se não apenas nos relatos aqui trazidos para análise, como também durante toda a entrevista, os dois em constante interação.

Retomando rapidamente o discurso anterior, Julia diz que a terapia a ajudou a não se vê mais como uma coitadinha. Entretanto, declara que Deus lhe mostrou que as pessoas a viam como tal, se posicionando frente a um grupo de oração. Ou seja, nessa fala parece que para Julia tanto a terapia quanto a relação com Deus não se separa, pois para um mesmo fenômeno atribui reconhecimento a ambos diante de uma melhora.

Diante disso, é possível notar que não há dicotomia em sua fala. Como já fora dito, Bizerril (2015) defende a idéia de que é necessário haver diálogo entre as diversas áreas existentes de conhecimento, por entender que a subjetividade do indivíduo não se dá por um único fenômeno. Porém há o diálogo da sua individualidade com a cultura, o psíquico, o coletivo, entre outros. Dessa forma, para Julia, saúde mental perpassa os dois contextos, tanto o religioso quanto o da terapia. Ambos os espaços parecem ter sentido em sua subjetividade justamente por estarem integrados.

Portanto, percebe-se, dos fatos narrados por Julia, que as situações que vivenciou no atendimento psicológico, diante da situação de seu filho mais velho, e as atuais experiências religiosas, tendo em vista que ainda congrega em igreja evangélica, restaram de fundamental importância para a manutenção de sua saúde mental.

Interpretação/Reinterpretação

Segundo Thompson (1995) é indispensável se fazer a interpretação, pois as pessoas constituem a visão de mundo de forma simbólica, através de suas vivências/experiências e contexto em que estão inseridas.

A partir disso, será feita uma reflexão sobre o que foi dito na contextualização sócio-histórica, na análise discursiva ponderando sobre a possibilidade de aproximação e/ou associação da RAPS com a religiosidade, analisando nesse percurso as possibilidades ou impossibilidades, ou seja, discorrer sobre algumas reflexões de diálogo entre esses dois universos.

Atualmente, como já foi visto em Neubern (2013) e com outros autores, o diálogo entre esses dois campos é de difícil relação. Otto (1992), sobre as experiências com Deus ou com o numinoso, diz ser impossível haver uma definição explícita sobre estas experiências, porém, vê a possibilidade de serem descritas e observadas por aquele que as vivencia.

Julia, na relação com o seu filho alcoólatra, descreve uma situação que vivenciou e aparentemente associa com esse ser, o numinoso:

[...] eu tive experiências tremendas, tremendas dele chegar assim, de eu ir procurar ele de madrugada por aí, encontrar homens bêbados, coisa assim e ver Deus me proteger, um dia eu fui, eu sai de madrugada eu vi o grito dele, porque eu moro na [...], então tem o centrão ali, tinha uma quadra de esporte ali e ele tava lá caído, gritando, gritando e eu acordei e ouvi o grito dele e falei meu Deus, era 4:00 da manhã, eu saí no portão de casa, tinha um homem, um homem feio assim, bêbado e drogado, sei lá o que ele tava e eu falei: “Jesus eu preciso buscar o meu filho, eu preciso! Eu não vou deixar o meu filho e o homem tava passando na porta de casa indo para a direção de lá. Sabe? Ai eu falei Jesus, eu vou buscar meu filho, acampa seus anjos ao meu redor. Né? Não tinha a quem chamar, não tinha aí eu fui tranque a porta, sai e ele olhou para

mim, aí ele falou assim: “Você vai buscar aquele cara? Né? Aí eu falei: “Eu vou buscar o meu filho e você não vai fazer nada comigo e nem com ele, em nome de Jesus!” Aí ele falou assim: “É! Eu não vou pela senhora.” Aí mudou o caminho: “Eu ia matar aquele, aquele cara que tá gritando, porque ele tá perturbando!” Aí eu peguei e fui lá e falei: “Deus me dê uma força”, porque eu levantei um homem de 1 metro e 80, ele é grandão assim, forte ai eu falei: “Não Senhor me ajuda a levantar ele aqui, consegui levantar, levei para casa e o homem foi embora, toda hora eu dava uma olhadinha e ele estava olhando para trás, mas ele não voltou e eu creio plenamente que foi um livramento de Deus.

Julia é uma senhora de baixa estatura e diz ter vindo força da parte Deus para que fosse possível carregar o seu filho de 1,80m de altura. Julia passou por essa experiência tendo a certeza de que foi Deus quem a munuiu de força.

Contudo, essa experiência, se trazida no contexto científico psicológico, teria a possibilidade de não acolhimento ou haver um posicionamento por parte do psicólogo de descrevê-la cientificamente, invalidando a experiência de Julia, nos termos em que esta descreveu, alegando se tratar de um milagre.

O fato acima narrado, como esse trazido anteriormente:

Porque Deus me chamou para ser Levita do Senhor, eu já estava com 40 anos, foi justamente na época que aconteceu tudo, sabe? Deus me chamou assim de uma forma que eu... Eu não dei nome para ninguém, eu não falei nada, nada eu só fiquei no banco, quando Deus falou para mim que ia me colocar lá no altar.

Leva-nos a refletir sobre o texto de Jackson e Fulford (1997). Esses autores trazem casos como o de Simon e Sara (nomes fictícios), a respeito de experiências que seriam denominadas pela ciência como psicopatológicas. Geralmente classificadas como um delírio religioso, porém para Simon e Sara são descritas como fenômenos espirituais.

No caso de Simon, ele descreve/explica as suas relações com o meio, pautado em experiências com um ser superior. Simon diz que recebe revelações e que há uma comunicação direta de Deus com ele, ou seja, ele interpreta muitas de suas experiências com uma explicação do diálogo que diz ter com um ser superior, de forma audível. Já a Sara diz ter ouvido a voz de Deus, falando para trabalhar a serviço dele e conta que desenvolveu habilidades paranormais, por intermédio de uma ação do próprio Deus.

Julia, no caso aqui relatado, parece explicar algumas de suas vivências, assim como Simon e Sara, baseadas numa relação com o divino. Ela não relata ter ouvido vozes ou ter passado por algum caso semelhante, todavia, fala que Deus a chamou para cantar, o que nos leva a pensar que poderia ter ocorrido tanto de maneira audível como não. Independente da forma dessa interação, a significação dada para muitas de suas experiências passa pelo contexto de sua relação com o divino.

Jackson e Fulford (1997) dizem que a forma de interpretação dos fenômenos psicóticos tem que ser compreendida de maneira diferente, pois não se consegue perceber as discrepâncias dessas experiências, ou seja, das espirituais e das patológicas. Jackson e Fulford (1997, p. 45) falam que para explicar esses sintomas “temos que considerá-las como inseridas na estrutura de valores e crenças de cada indivíduo”. Ou seja, todo diagnóstico é imerso em um sistema de valores e não pode ser enquadrado somente em explicações médicas ou espirituais (Jackson & Fulford, 1997).

Diante do exposto, entendo que as experiências, não somente de Julia, mas de todo indivíduo no processo de um sofrimento mental e congrega em alguma instituição religiosa, bem como, cultua um ser superior, não podem ser interpretadas como sendo meramente psicopatológicas. Porque, se as experiências de Simon e Sara, como aqui foram trazidas, fossem interpretadas como tais, poderiam adentrar em um quadro mais bizarro dos sintomas identificados (Jackson & Fulford, 1997). Tendo em vista que a fé/religião exercida,

aparentemente, é o que possibilita a viverem esses “sintomas” de forma que favoreçam a relação deles com o meio (Jackson & Fulford, 1997).

As narrativas de Julia demonstram que ela foi capaz de fazer o que a psicologia aparentemente ainda não consegue, integrar esses espaços que vem sendo discutidos, o religioso e o atendimento psicológico. Para Julia, como dito na Análise Discursiva, esses espaços parecem estar integrados. Atribui a melhora conquistada por ela e filho aos dois contextos e demonstra sentir-se grata. Como em narrativa transcrita anteriormente:

[...] eu sou livre Graças a Deus, eu tenho meus problemas, mas eu sou uma pessoa feliz, porque Deus, foi ele que me quis aqui nesse mundo.” Entendeu? Então, “eu sou livre, a partir de hoje, eu sou livre!” Né? “Eu sou livre! Se eu quiser brincar, eu brinco se eu quiser chorar eu choro, se eu quiser pular eu pulo, porque eu sou assim, né? Tava retida, mas eu sou assim (risos). Aí minha filha eu soltei a franga como diz o ditado, mas assim eu gosto muito, muito de viver com pessoas e depois desse tratamento, ainda foi melhor ainda. [...] E com esse trabalho da Psicologia me deixou mais livre, me deixou impossível assim, sabe? Às vezes eu tenho que me controlar, né?”

Isto é confirmado quando em um momento Julia diz: “eu sou livre Graças a Deus” e ainda no mesmo discurso: “com esse trabalho da Psicologia me deixou mais livre, me deixou impossível assim, sabe? Às vezes eu tenho que me controlar, né?”.

Na saúde pública, foi criada portaria nº 3.088/2011 que versa sobre a RAPS do Ministério da Saúde, no art. 1º diz:

Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por ele, entendendo que as instituições religiosas são locais que muitas vezes trazem saúde mental ao indivíduo, e segundo alguns estudos realizados por Koenig e colaboradores (1992, citado por Dalgalarrodo, 2008), poderia se pensar numa articulação/comunicação entre ambos, ou seja, entre as instituições religiosas e a RAPS.

Exemplificando, a RAPS ao perceber um indivíduo que se encontra com um sofrimento mental e ao compreender como sendo demanda do usuário sua relação com o ambiente religioso, poderia identificar a instituição religiosa que o mesmo pertence, fazendo com que a Rede, iniciasse um diálogo entre a religião do indivíduo e o próprio tratamento psicológico em si, a fim de ajudá-lo em suas questões.

Porém, acredito que provavelmente haverá dificuldade nos diálogos entre estes, uma vez que ambas adotam procedimentos distintos. Observa-se que existem certos princípios religiosos que poderiam impossibilitar uma solicitação da RAPS, tomando como exemplo um indivíduo que faz o consumo abusivo de drogas e está em um processo de reabilitação. Ao dialogar com a instituição religiosa pode existir a possibilidade desta não ser a favor de medidas de redução de danos, mas queira uma alternativa de abandono total e/ou imediato do dependente devido às convicções religiosas da instituição. Isto não descarta a possibilidade da própria instituição religiosa propor alternativas de abandono das drogas. Todavia pode não entrar em acordo com a política nacional de Saúde Mental.

Segundo Carvalho, Paulino e Chaibub (2006) uma das principais críticas à proposta de redução de danos partiu da igreja católica. Segundo Carvalho, Paulino e Chaibub (2006, p. 5):

Uma das principais críticas à proposta de decreto partiu da Igreja Católica, baseada no discurso de que as práticas de redução de danos estimulariam o consumo.

Organizações da sociedade civil polarizam-se: de um lado associações como os

Narcóticos Anônimos, que trabalham na perspectiva da abstinência do uso de drogas, e, de outro, movimentos que defendem a autonomia do usuário como direito humano.

Diante do exposto, seria interessante o diálogo com a instituição religiosa, assim como a própria Portaria nº 3.088 (2011), propõe no art. 2º parágrafo VII “desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania”. Ou seja, a proposta desse parágrafo é que os recursos do território façam parte das possibilidades do projeto terapêutico do sujeito, como o lazer, o trabalho, a escola, etc. E por que não a religião?

Segundo a referida Portaria, construir parcerias ou dialogar com esses espaços são necessários. No entanto, essa coadjuvação pode ser ou não terapêutica, é indispensável ao profissional estar sensível às necessidades do indivíduo. Caso, diante de uma análise, entender-se como demanda ir ao espaço religioso com o indivíduo e/ou dialogar com os líderes religiosos, é importante que o terapeuta considere como válida e real a experiência do indivíduo sem julgamento de valores.

Contudo, como explanado anteriormente, esse diálogo poderia ser dificultado devido a princípios da instituição que poderia negar-se às propostas de cuidados da RAPS. Ou seja, diante de uma situação em que a RAPS e a instituição tenham um olhar, uma “solução” para o mesmo “problema” do indivíduo, diferentes. Entendo que a RAPS precisaria refletir a partir da perspectiva do indivíduo no que seria mais terapêutico, se no caso exemplificado acima, seria ele aderir à política de redução de danos ou a proposta que a igreja viria a oferecer.

No entanto, seria necessário a RAPS estar aberta as propostas da instituição, sem julgamento de valores pessoais, e acompanhar o indivíduo, a fim de perceber se de fato tem se obtido o resultado esperado. E ainda, teria que trabalhar de uma maneira que não ferisse os princípios da igreja que segundo a constituição de 1988, no parágrafo 5º é aceita por lei em suas liturgias.

Outro aspecto relevante de discussão, como foi abordado na contextualização sócio-histórica, a cobertura de CAPS no DF e de ambulatórios é muito baixa (Ministério da Saúde, 2010 & 2012). Assim, um indivíduo diante de uma necessidade de ajuda, possivelmente, não terá como recorrer aos CAPS, por sua baixa cobertura. Atualmente, não há atendimento de 24h que cubra todo o DF, dessa forma, um indivíduo que tenha uma necessidade de madrugada, provavelmente, como opção irá à busca de uma instituição religiosa mais próxima. O que nos leva a refletir sobre a importância de ampliação da rede para prestação de serviço/suporte aos indivíduos que precisam.

Sobre a relação da religião com o atendimento psicológico, quando Julia foi questionada se acreditava que o atendimento psicológico deveria falar a respeito de questões religiosas, considerando a fé da pessoa, ela disse:

Olha, eu acho assim, primeiro tem que saber se a pessoa quer, né? Falar sobre aquilo, não invadir, né? Porque a pessoa tá ali para fazer um tratamento, né? E às vezes, por exemplo, a gente sabe que muitas vezes é um problema espiritual, mas o psicólogo ele não vai lá, chegar e lançar aquilo ali, né? [...] Então, assim, eu não acho que deva entrar, entendeu? O psicólogo chegar e já entrar com aquele assunto, né? Eu acho que tem que ser, tem que ter um acompanhamento e se a pessoa tiver algum interesse claro que ela vai soltar uma palavra sobre fé, sobre, né? Aí tudo bem, porque quando eu vim para minha psicóloga, eu sei que ela era evangélica, mas eu não a conhecia. Então, eu cheguei não falei nada sobre religião, nada. Assim, a gente se apresentou e só com a continuidade que a gente começou falando, né? Mais assim, para entrar mesmo em assuntos sobre a palavra de Deus, sobre fé, foi depois.

Julia diz achar que não é necessário o psicólogo falar de religião no atendimento, mas pela sua fala demonstra que se caso falasse sobre o assunto, gostaria de ser acolhida da mesma maneira como se sente quando trazido qualquer outro conteúdo em sessão.

Dessa forma, acredito que a psicologia deva se esforçar no sentido de compreender o que é fator de saúde para o indivíduo sem desconstruir e/ou desconsiderar as convicções de fé do mesmo. Ou seja, entendo que é preciso que a psicologia considere a fé do cliente em atendimento, como fazendo parte de sua subjetividade e compreensão de mundo, sem desvalorizá-la. Todavia, o levando a refletir como a sua relação com o numinoso, assim como, outros aspectos de sua vida e cultura, impactam em sua saúde mental, tanto de maneira positiva quanto negativa. E ainda, quando necessário dialogar com as instituições religiosas, entendendo que fazem parte do território e podem ser potenciais espaços terapêuticos.

Discussão

Esta monografia teve como objetivo compreender quais implicações que a religiosidade e os atendimentos psicológicos poderiam ter sobre a saúde mental de um indivíduo. Foram levantadas questões, tais como, se seria interessante a RAPS procurar dialogar com os espaços religiosos e/ou comunitários, a fim de contribuir com a saúde mental do sujeito.

Foram realizadas entrevistas narrativas e a partir delas feita uma análise usando a hermenêutica de profundidade de Thompson (1995) tal como revista por Demo (2001). Esta se dividiu em três etapas: análise sócio-histórica, análise formal, onde foi feita a análise discursiva e por fim a interpretação/reinterpretação (Thompson, 1995).

Este trabalho discutiu a respeito da saúde mental em uma breve perspectiva histórica, onde inicialmente a loucura, estava marcadamente relacionada a espíritos e/ou castigos advindos dos deuses, depois com Hipócrates se dizia estar associada aos humores do corpo – com isso, retirou-se Deus como o causador da "loucura" (Dagalarrondo, 2008). Discutiu-se ainda sobre as criações dos hospitais gerais, onde começaram a institucionalização dos doentes mentais e a partir da metade do século XX começou o movimento da desinstitucionalização que perdura até hoje (Amarante, 2007).

Em um segundo momento se falou sobre a relação com o sagrado, partindo de uma perspectiva de que esta faz parte do sistema de valores de um indivíduo e é usada para embasar escolhas pessoais e fazer julgamentos (Dagalarrondo, 2008). Nesse aspecto, foram trazido alguns estudos a fim de mostrar tanto os lados positivos quanto os negativos da religião sobre a saúde mental de um indivíduo.

Discorreu-se também a respeito do protestantismo, por se tratar da religião da participante de pesquisa. A partir de Lutero e Calvino no século XVI, críticas foram

apontadas à forma de funcionamento da igreja católica que segundo Lutero não condizia com as escrituras bíblicas, provocando um afastamento de fiéis da igreja católica que migraram para o que hoje chamamos de cristãos/protestantes (Natel, 2016). No Brasil atualmente, existem diversos grupos que se denominam evangélicos, dentre eles, os evangélicos histórico de missão, no qual a entrevistada congrega, neste inclui os Batistas, Presbiterianos, Metodistas, Congregacionais e Adventistas que segundo o IBGE, correspondem a 22,2% da população.

Com a participante foi realizada uma entrevista narrativa por meio da qual foi possível observar a relevância que os aspectos religiosos e de atendimento psicológico tiveram sobre a sua história de vida. Foi constatado que é impossível falar de um sujeito sem levar em consideração todos os meios que envolvem a vida dele, inclusive os religiosos. Essa conclusão só foi possível via a hermenêutica de profundidade de Thompson (1995), que se caracteriza como uma ferramenta de análise profunda, por considerar todas as particularidades da narrativa.

Outro elemento observado de igual relevância foi o quanto a saúde mental é de igual modo particular e singular. A experiência de Julia aqui narrada não necessariamente se aplica a outros indivíduos que tenham passado pela mesma experiência de vida. Ou seja, a relação estabelecida por ela nesses dois contextos parece ter contribuído para a sua saúde mental, o que não significa eficácia a todos os indivíduos.

Como proposta para futuras pesquisas, seria importante realizar entrevistas narrativas com integrantes de outras instituições religiosas que tenham passado por um processo terapêutico. A fim de perceber que outros tipos de impactos o meio religioso causou em suas vidas e que relevância atribuem a ele. Outra pesquisa interessante seria com os próprios líderes religiosos e psicólogos a fim de investigar até que ponto seria conveniente a ajuda pastoral diante de um sofrimento mental e em que momento a ajuda do terapeuta seria

indispensável, e vice-versa. Assim, é necessário reconhecer que é imprescindível a continuidade de construção de trabalhos com essa temática, que possibilitem os profissionais de psicologia entenderem a função que a religião tem para o indivíduo e a considere em sua prática, bem como já avalia outros fenômenos sociais e individuais.

Referências

- Alves, R. (2002). *O que é Religião?* São Paulo: Loyola. (Obra originalmente publicada em 1981).
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Barbosa, K. A. & Freitas, M. H. (2009). Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos. *Revista Kairós*, 12(1), 113-134.
- Bizerril, J. (2015). O lugar da diferença religiosa nas subjetividades sociais brasileiras e suas Implicações para a Saúde. Em F. G. Rey & J. Bizerril (Orgs.), *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar* (pp. 35 – 57). Brasília: Uniceub.
- Boff, L. (2006). *Espiritualidade: Um Caminho de Transformação*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Retirado de <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91972/constituicao-da-republica-federativa-do-brasil-1988#art-5--inc-VI>>
- Brasil. (2011). *Portaria N° 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Retirado de <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>>
- Carvalho, D. B. B., Paulino, F. O. & Chaibub, J. R. W. (2006). *A Legislação Penal e a Prática de Redução de Danos à Saúde pelo Uso de Drogas no Brasil*. Retirado de <<http://direitosp.fgv.br/sites/direitogv.fgv.br/files/notadeensinofinalreducaodedanosbr.a.pdf>>
- Csordas, T. (2008). A aflição de Martin. T. Csordas (Org.), *Corpo|significa|cura* (pp. 165 – 220). Porto Alegre: UFRGS

- Chauí, M. (2012). *Convite a Filosofia*. São Paulo: Ática.
- Dalgalarondo, P. (2008). *Religião, Psicopatologia e Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e Informação Qualitativa*. São Paulo: Papirus.
- Goulart, D. M. (2013). *Institucionalização, subjetividade, e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental*. (Dissertação de Mestrado publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Grigolo, T. M. (2010). “*O Caps me deu voz, me deu escuta*”: *Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Henning, M. C. & Moré, C. L. O. O. (2009) Religião e Psicologia: análise das interfaces temáticas. *Revista de Estudos da Religião*, 88-115.
- IBGE. (2012). *Censo demográfico*. Retirado de <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=1&idnoticia=2170&t=censo-2010-numero-catolicos-cai-aumenta-evangelicos-espirtas-sem-religiao>>
- Jackson, M. & Fulford, K. W. M. (2003). Experiência espiritual e psicopatologia. Em M. H. de Freitas & I. Ghesti (orgs.), *Série texto didático*. (pp. 9 – 55). Brasília: Universa.
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W (2002). Entrevista Narrativa. Em M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som* (pp.90-113). Petrópolis: Vozes.
- Lei nº 10.216. (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Retirado de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>
- Muylaert, C. J., Jr., V. S., Gallo, P. R, Neto, M. L. R. & Reis, A. O. A. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista Escola Enfermagem USP*, 48(esp2), 193-199.

- Murakami, R. & Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 65 (2), 361-367.
- Natel, A. (2016). *Teologia da Reforma*. Retirado de <<http://uniceub.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788559720532/pages/-2>>
- Otto, R. (1992). *O Sagrado*. Lisboa: Perspectivas do Homem/ Edições 70. (Obra originalmente publicada em 1917).
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: Biblioteca da OMS. Retirado de: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>>
- Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (2012). *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Conselho Nacional de Saúde. Retirado de <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>
- Ministério da Saúde. (2010). *Saúde Mental em Dados – 7. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental*. Retirado de <http://ltc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/saude_mental_emdados.pdf>
- Ministério da Saúde. (2012). *Saúde Mental em Dados - 11, ano VII, nº 11*. Retirado de <http://www.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbrirDocumento.aspx?cd_documento=1832>
- Neubern, M. S. (2013). O que significa acolher a espiritualidade do outro? Considerações de uma clínica ethnopsy. Em M. H. Freitas, G. J. Paiva & C. Moraes (Orgs.), *Psicologia da religião no mundo ocidental contemporâneo: desafios da interdisciplinaridade*. (pp. 145 – 183). Brasília: Universa.
- Ribeiro, P. R. M. (1999). *Saúde Mental no Brasil*. São Paulo: Arte Ciência.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios

Ambiciosos.

Tenório, F. (2012). A reforma psiquiátrica brasileira, da Década de 1980 aos dias atuais:

história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, (9)1, 25-59.

Thompson, J. B. (1995). *Ideologia e cultura moderna: Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes.

Vasconcelos (2005). Reinventando a vida e a saúde mental: narrativas pessoais de convivência com o transtorno mental, de recuperação de uma vida ativa e de engajamento social. Em E. M. Vasconcelos, R. Weingarten, C. C. C. P. Leme & P. R. Novaes (Orgs.), *Reinventando a Vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. (pp. 15-22). Rio de Janeiro – São Paulo: Hucitec.

Weingarten, R. (2005). Quem são na verdade os chamados ‘doentes mentais’?. Em E. M. Vasconcelos, R. Weingarten, C. C. C. P. Leme & P. R. Novaes (Orgs.), *Reinventando a Vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. (pp. 9-14). Rio de Janeiro – São Paulo: Hucitec.

Apêndice A

Perguntas exmanentes

- Você já passou por alguma situação que não trouxe saúde mental? Ex: alguma situação difícil/muito angustiante.
- Como você lidou com essa situação?
- Você poderia trazer experiências que teve com Deus, que considera que trouxe saúde, ou seja, que ajudaram a lidar com esta situação?
- Você poderia trazer experiências em atendimento que considera que trouxe saúde, ou seja, que ajudaram a lidar com esta situação?
- Você percebeu algum limite no espaço religioso?
- Você percebeu algum limite no atendimento psicológico?
- Você percebeu algum aspecto negativo que não a ajudou no atendimento psicológico?
- Você percebeu algum aspecto negativo que não a ajudou na instituição religiosa?
- Você observa alguma relação entre a psicologia e a religião?

Apêndice B

Pergunta Inicial

- Como foi para você viver esse processo em busca da saúde mental, por meio da instituição religiosa e nos atendimentos psicológicos?

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

“Religiosidade, Atendimento Psicológico e suas Relações com a Saúde Mental”

UniCEUB

Pesquisador(a) responsável: Tania Inessa Martis de Resende

Pesquisador(a) assistente: Isabela Lima de Moraes

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo desse estudo é compreender de que modo o indivíduo se utiliza da religiosidade e do atendimento psicológico como um recurso ou fator de proteção para a manutenção da sua saúde mental e quais foram as implicações desses tratamentos para a mesma.
- Você está sendo convidado a participar por ter buscado em algum momento da sua vida ajuda religiosa e psicológica a fim de obter saúde mental.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em narrar um período de sua história que esteja relacionado a sua busca por saúde mental.
- Será feita uma entrevista narrativa com pessoas que estão em recuperação ou já passaram por um processo de recuperação em saúde mental. A entrevista será gravada para posterior transcrição da mesma e para o levantamento de dados.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada no local que a participante desejar.

Riscos e benefícios

- Essa pesquisa possui riscos mínimos, que podem estar relacionados a um possível desconforto ao relatar sobre a sua história de vida.
- As emoções e os conteúdos coletados acolhidos por meio das entrevistas. Se for necessário fazer um encaminhamento a Rede de Saúde será de responsabilidade da

pesquisadora realizá-lo.

- Medidas preventivas de acompanhar o ritmo do discurso do indivíduo serão tomadas durante a entrevista para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você poderá contribuir com a comunidade científica de saúde, percebendo como os espaços religiosos são capazes de gerar saúde ou não ao indivíduo, além de cooperar para a obtenção de um maior conhecimento a respeito desses lugares.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados obtidos por meio da gravação e escritos ficarão guardados sob a responsabilidade de Isabela Lima de Moraes com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/Uniceub, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor (a).

Brasília, _____ de _____ de _____.

Participante

Tania Inessa Martins de Resende, telefone institucional: (61) 3966-1474

Isabela Lima de Moraes, celular: (61) 99334-8663

Endereço dos(as) responsável(is) pela pesquisa:

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 - Campus do UniCEUB - Bloco 9

Bairro: CEP 70790-075/ Asa Norte

Telefones p/contato: (61) 3966-1200