



Centro Universitário de Brasília – UNICEUB

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES

**PSICOLOGIA E SUBJETIVIDADE: REFLEXÕES SOBRE A PRODUÇÃO  
SUBJETIVA NA FALA RELIGIOSA**

**Raquel Alves Trindade**

**Brasília - DF**

**Julho/2013**



Centro Universitário de Brasília – UNICEUB

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES

**PSICOLOGIA E SUBJETIVIDADE: REFLEXÕES SOBRE A PRODUÇÃO  
SUBJETIVA NA FALA RELIGIOSA**

**Raquel Alves Trindade**

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Bacharelado em Psicologia.

Professor-orientador: Dr. José Bizerril

**Brasília - DF**

**Julho/2013**

## **Folha de avaliação**

**Autor: Raquel Alves Trindade**

**Título: Psicologia e Subjetividade: reflexões sobre a produção subjetiva na fala religiosa**

## **Banca Examinadora**

---

**Professor-Orientador: Dr. José Bizerril**

---

**Professor Dr. Maurício S. Neubern**

---

**Professora Dra. Valeria Deusdará Mori**

**Brasília - DF**

**Julho/2013**

À minha família que sempre me apoiou  
independentemente de qualquer coisa e  
aos amigos por sempre estarem  
presentes mesmo que fisicamente alguns  
estiveram ausentes.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por sua infinita misericórdia e bondade para comigo.

Ao José Luiz e Zélia por serem referencial de fé e apoio constante na minha caminhada.

Aos colegas de faculdade e aqueles que se tornaram verdadeiros amigos.

Ao Nivaldo e Monique por longas conversas e reflexões que foram importantes para minha formação acadêmica.

Aos meus professores que apontaram possíveis caminhos e compartilharam conhecimentos.

Ao meu querido professor-orientador José Bizerril pelas contribuições inigualáveis, pela paciência e apoio que propiciaram o meu desenvolvimento intelectual.

Aos meus irmãos por acreditarem e investirem em mim.

Aos amigos Pablo e Aridani por terem sido incentivo constante.

*Porque dEle e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente.*

*Romanos 11:36*

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é produzir subsídios para uma intervenção psicoterápica mais sensível à perspectiva religiosa do paciente. Para isto foram analisados relatos de profissionais de psicologia que atuam na área de saúde sobre a intervenção psicoterápica de modo a compreender como procedem com o sujeito que traz a fala religiosa como forma de explicar o sofrimento, de enfrentá-lo e também de ser organizado psiquicamente. A epistemologia qualitativa foi o norteador para a produção dessa pesquisa. Como instrumento foi usada a dinâmica conversacional e para análise foi usada a teoria da subjetividade e o pensamento complexo. Sabendo que o sujeito tem suas vivências e é impactado por elas, também os profissionais são perpassados por inúmeras experiências não sendo de todo objetivos ou totalmente imparciais nas intervenções, pois não há como se desfazer dos conceitos, da moral, crenças, valores, cultura e tudo isso que os constitui como sujeitos. Assim, os profissionais de saúde, sempre deveriam avaliar a sua conduta arguindo se houve e quais foram os pré-conceitos e/ou preconceitos que se colocaram na intervenção terapêutica. Necessita-se, então, ter como pano de fundo uma prática interdisciplinar para evitar perder a multidimensionalidade do ser humano e sua complexidade e também para romper com o paradigma que o sujeito é separado do social. Assim, talvez se tenha condições de lidar com o aspecto religioso e com contradições humanas, primeiro no profissional e depois nos outros. Dever-se-ia sempre tomar o cuidado de nunca invadir ou doutrinar o paciente. Faz-se necessário, então, compreender todo o contexto, tanto do profissional como do sujeito, abstraindo-se tanto quanto possível do julgamento, dos rótulos e preconceitos. Só assim conseguir-se-ia dialogar com o sujeito em adoecimento apreendendo a construção de sentidos que a religião permite. Foi possível perceber a necessidade de deixar o *a priori* da teoria, do método e da técnica para considerar em primeiro plano as construções de sentido do sujeito e que a intervenção psicológica, no caso dessa pesquisa, diferem da clínica para o contexto hospitalar. E também da importância de uma relação dialógica com as outras esferas do conhecimento e apropriação desses conhecimentos para uma prática clínica mais sensível à dimensão cultural da vida subjetiva.

**Palavras-chave:** Psicologia. Psicoterapia. Religião. Subjetividade.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO UM - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
1.1 RELIGIÃO.....	14
1.2 MATRIZ RELIGIOSA TRADICIONAL BRASILEIRA .....	15
1.3 DISCURSO RELIGIOSO .....	17
1.4 AS CONTRIBUIÇÕES DE DIFERENTES DISCIPLINAS.....	18
1.5 PSICOTERAPIA .....	20
1.6- TEORIA DA SUBJETIVIDADE .....	23
1.7- PENSAMENTO COMPLEXO.....	26
CAPÍTULO DOIS – METODOLOGIA.....	29
2.1- EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA.....	29
2.2- DINÂMICA CONVERSACIONAL .....	30
2.3- CENÁRIO DE PESQUISA.....	31
2.4- CONVERSA COM PSICÓLOGOS .....	32
CAPÍTULO TRÊS – CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO .....	34
3.1- RELIGIÃO/DISCURSO RELIGIOSO .....	34
3.2- CLÍNICA (CONSULTÓRIO) E HOSPITAL.....	36
3.3- RESPONSABILIZAÇÃO.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....	49
ANEXO .....	54



## INTRODUÇÃO

Durante a minha graduação em psicologia ouvi algumas frases que sempre me deixaram intrigadas, tais como: “o psicólogo deve se despir de todas as vivências por que passa ao longo da vida, crenças e valores ao adentrar o consultório”. Será mesmo isso possível? Julien (2010, p. 41) diz que “não existe sujeito humano independente da sociedade familiar, política e religiosa em que ele nasceu e viveu”. Isso o constitui como sujeito ao mesmo tempo em que constitui essas ‘instituições’. Assim, acredito que não exista a possibilidade de despir-se de tudo que se é quando adentra o *setting* terapêutico. Parece impossível ser de todo imparcial, mas também acredito não pode haver um julgamento moral do outro, devido às nossas crenças, ideias e percepções.

Outra frase que ouvi: “a religião aliena, impedindo a pessoa de pensar e ser quem realmente é”. Então, seu discurso religioso deve ser desconstruído. Aliena de que? Será mesmo que para todas as pessoas a religiosidade é uma forma de alienação? Que certeza é essa que todas as crenças, as regras, os valores que constituem uma subjetividade, devem ser desconstruídos para que alguém descubra seja “o que realmente é”? Talvez, só talvez, a desconstrução do discurso religioso pode provocar mais desorganização e sofrimento ainda do que sua manutenção. Nas palavras de Sampaio (1999) “a experiência religiosa não é necessariamente alienadora, nem privilegiada mantenedora da realidade vigente. Trata-se de elemento da condição humana e pode estar a serviço de sua saúde mental e social” (p. 171).

E por fim, a afirmação de que a classificação da ‘doença’ é apenas para que se saiba como conduzir a terapia, para que se tenha o manejo terapêutico e não com a finalidade de produzir um rótulo. Aí me pergunto: será que esta classificação não reduz a psicoterapia a simplesmente proceder de forma predeterminada, que perde o sujeito de vista ao reduzi-lo a sua ‘doença’? E se as hipóteses levantadas são sempre sob a ótica da ‘doença’ não estaria o psicólogo excluindo a possibilidade de outras leituras? Não seria necessário apreender mais sobre esse sujeito e sobre os fenômenos? Afinal, o que é anormal/desorganização psíquica em um contexto pode não ser em outro, principalmente, quando a situação envolve o discurso religioso.

Conforme Dalgarrondo (2008, p. 16), “a religião [...] como fenômeno humano, é, a um só tempo, experiencial, psicológico, sociológico, antropológico, histórico, político, teológico e filosófico”. Penso que por isso seja importante saber e apropriar-se desses múltiplos conhecimentos e contribuições para compreender o sujeito e para a atuação profissional. É necessário conhecer as pessoas em sua totalidade e também no seu “contexto cultural-religioso determinado, e não colocando esse contexto sob o denominador comum de “experiência religiosa”” (VERGOTE, 2001, p. 109).

Mas não basta apenas o contexto cultural-religioso. Não podemos reduzir a apenas uma faceta de uma área de conhecimento. É necessário mais. É imperativo ser crítico e contextualizado. Aqui, neste trabalho, serão combinadas contribuições da antropologia, sociologia e psicologia para a compreensão da linguagem religiosa no contexto da escuta clínica de sujeitos em sofrimento a fim de suscitar reflexões que contribuam em como lidar com o aspecto religioso trazido pelo sujeito.

Gostaria de ressaltar que me refiro ao sofrimento de forma ampla do que em uma leitura reducionista apenas como efeito da doença. Porém não desconsidero o sofrimento que tem como causa primeira estar doente e o que isso implica em toda a sua existência enquanto sujeito. Lembrando, ainda, que não devemos criar uma conexão obrigatória ou *a priori* entre adoecimento e médico/hospital. Daí a necessidade da contextualização, das reflexões sobre a nossa prática e em que medida esta beneficia e compreende o sujeito em sua totalidade.

A religiosidade é um tema presente e por isso é importante trazê-la para o debate acadêmico e para a prática profissional, uma vez que é uma dimensão respeitável do ser humano e que por vezes está associada ao sofrimento. Além disso, no caso do Brasil, país de maioria religiosa, é recorrente (não só entre aqueles que procuram a ajuda psicoterápica) o discurso religioso como explicação para as situações que vivenciam (BIZERRIL, 2007) e, ainda, como orientadora na construção de sentidos dessas situações, pois como afirma Dalgarrondo (2008, p.16), a religião é importante na construção da subjetividade e também é um elemento transmissor de significados ao sofrimento e por isso deve ser “considerada um objeto privilegiado na interlocução com a saúde e os transtornos mentais”. Acredito que não só nessa interlocução, mas na interlocução com o sujeito quando

traz o discurso religioso seja como explicação para o seu sofrimento ou como fator que o organiza psiquicamente.

Apesar disso, muitos profissionais ainda consideram o assunto religião como um tema tabu na intervenção psicoterápica e não estão preparados para lidar com essa dimensão. Quem sabe seja porque a religião sofre incontáveis mudanças de um tempo para outro, de uma cultura para outra, de uma região para outra ou quiçá seja pelo fato da religião se situar como um componente de pesquisa altamente complexo (DALGALARRONDO, 2008). Fato é que é complexo e demanda tempo de reflexão e elaboração. A psicologia apenas se apropriará com capacidade desse tema se entender seu movimento (PAIVA, 2007). Mas talvez um aspecto a considerar seja que a formação acadêmica em geral, e em particular na psicologia, segue sendo bastante eurocêntrica. Os contextos culturais, marcados pela ideologia individualista, nos quais as teorias clássicas de psicologia e psicopatologia foram produzidas destoam da realidade cultural da maioria de nossa população (BIZERRIL, 2007). E, no contexto da prática profissional e da formação em psicologia, a diferença cultural é um tema ainda pouco explorado.

Na nossa prática, atuando com psicoterapia, esperamos que o indivíduo perceba suas questões e se conheça, então, nos é imprescindível apreender esse 'mundo' a fim de evitar patologizações, preconceitos e, em vez disso, proporcionar outras construções por meio do diálogo com o sujeito. E para propiciar esse diálogo, carecemos oferecer uma escuta que promova o alcance ao sentido e ao significado peculiar de cada narrativa. Ou seja, a psicoterapia deve auxiliar mudanças existenciais, e não se limitar à construção de falas que estão afastadas da vida, pois só assim resultados terapêuticos serão atingidos (VAISBERG, 2004).

Do mesmo modo que o sujeito tem suas vivências e é impactado por elas, também nós somos perpassados por inúmeras experiências não sendo de todo objetivos ou totalmente imparciais em nossas intervenções, pois não há como se desfazer de nossos conceitos, nossa moral, crenças, valores, cultura e tudo isso que nos constitui como sujeitos. Assim, nós e outros profissionais de saúde, sempre deveríamos avaliar a nossa conduta arrazoando se houve e quais foram os pré-conceitos e/ou preconceitos que se colocaram na intervenção terapêutica. Deveríamos sempre tomar o cuidado de nunca "invadir ou doutrinar o paciente, confrontando com orientação de pensamento que não respeite o seu

posicionamento pessoal no tocante à profissão de fé religiosa” (VAISBERG, 2004, p.350).

Faz-se necessário, então, que compreendamos todo o contexto, tanto nosso como do sujeito, abstraindo-nos tanto quanto possível do julgamento, dos rótulos e preconceitos. Só assim conseguiremos dialogar com o sujeito em adoecimento. Isso nos permitirá fazer uso da rede de apoio oferecida no contexto que o sujeito vive na medida em que isso beneficiá-lo.

Muitos dos sujeitos em sofrimento estão em um estado incompreensível, sem encontrar respostas que façam sentido ou significado para o sofrimento. Neste contexto, especificamente no caso brasileiro, o discurso religioso pode chegar como orientador na construção de sentidos dessa situação e nós devemos acolher esse discurso, propiciar uma escuta apurada e não ignorar essa faceta, pois ela o constitui como sujeito. Teremos, então, uma atitude crítica, isto é, dizer não aos pré-conceitos, àquilo que já está estabelecido em nós, no nosso modo de compreender as situações e também um pensamento crítico a ponto de conseguirmos entender como as coisas são para aquele sujeito, o porquê de funcionar desta ou de outra maneira.

Não podemos nos esquecer de que a religião é vivida, ao mesmo tempo, de forma coletiva e particular, única e pessoal (ANCONA-LOPEZ, 1999; CARVALHO, J., 2001; BIZERRIL; NEUBERN, 2012) e para que se estabeleça um diálogo com o sujeito que sofre é necessário buscarmos familiaridade com as perspectivas religiosas presentes em nossa cultura e, como acréscimo ao nosso trabalho, precisamos cuidadosamente compreender como esse sujeito concebe a sua religião (ANCONA-LOPEZ, 1999) e como esta participa seus processos de subjetivação.

Sempre estive implicada como pesquisadora nesse trabalho por ter, como muitas outras pessoas neste país, uma prática religiosa que norteia a minha vida, as minhas escolhas, que é base na minha relação com o outro e com mundo e por ver que na vida acadêmica sempre foi um assunto que raramente (ou quase nunca) teve destaque para debate, embora tenha visto que muitas vezes os alunos traziam a questão, mas sempre eram removidos da discussão. Como afirma Neubern (2012), para que o estudante consiga o diploma ou mesmo participe da comunidade dos cientistas “é lhe transmitido, de modo mais ou menos velado, que ele também se torne branco, deixando para trás suas próprias raízes culturais e espirituais” (p. 152).

Durante os anos de formação escutei esse discurso velado e em alguma medida deixei minhas raízes culturais e espirituais meio que adormecidas.

No projeto final, então, encontrei a oportunidade de debater, refletir sobre a religiosidade e de certo modo entrar em contato com a produção que tem sido publicada e que ainda não conseguiu seu “devido” lugar no currículo acadêmico, pelo menos, não no curso de psicologia que fiz e que acredito que seriam contribuições para uma prática clínica mais sensível em compreender detalhes da prática religiosa do outro. Além disso, propiciaria aos futuros profissionais um encontro com a sua própria religiosidade.

Desse modo então, pretendo refletir sobre a nossa prática a fim de produzir subsídios para uma intervenção psicoterápica mais sensível à perspectiva religiosa do paciente e à medida que for possível propor estratégias para escuta dos discursos religiosos em contexto psicoterápico, analisando as concepções de saúde e doença na “matriz religiosa tradicional brasileira” (CARVALHO, J., 1994) e a importância do discurso religioso na configuração subjetiva do sujeito.

Para tanto, usei como metodologia a epistemologia qualitativa para nortear a produção dessa pesquisa. E para análise dos relatos dos profissionais, me baseei na teoria da subjetividade e no pensamento complexo para analisar e discutir o material produzido.

## CAPÍTULO UM - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1.1 RELIGIÃO

Penso ser importante iniciar este tópico com algumas pontuações sobre a religião. Enxergar as manifestações da religião não é, necessariamente, saber o que ela significa para quem a pratica, pois cada pessoa tem sua maneira singular de praticá-la. Então a proposta não é dizer o que é correto ou não, não é doutrinar, evangelizar, converter, nada disso, mas pontuar o que alguns pensadores trouxeram em sua produção sobre a religião.

A religião está vinculada ao intelecto e não apenas a esse. Ela envolve também as emoções, que são igualmente essenciais na vida humana (GAARDER et al., 2000). Koenig (2001, apud PERES et al., 2007), a define como um sistema de crenças, práticas, rituais e símbolos dispostos convenientemente a fim de servir a proximidade do sujeito com o sagrado e/ ou transcendente. Para Durkheim (1989, p. 79) “uma religião é um sistema solidário de crenças segundas e de práticas relativas a coisas sagradas, ou seja, separadas, proibidas; crenças e práticas que unem na mesma comunidade moral, chamada igreja, todos os que a ela aderem”. Já Malinowski (1978, p.26) descreve que a religião “é um modo de ação, assim como um sistema de crença, um fenômeno sociológico, bem como uma experiência pessoal”. Em ‘O futuro de uma ilusão’ (1927), Freud afirma que a religião é a projeção dos desejos humanos e é uma ilusão no sentido de que ela procura encobrir a realidade da vida. Para Jung, a experiência religiosa é resultante do inconsciente coletivo e a atividade religiosa é essencial à vida e a ausência da religião é a principal causa das neuroses obsessivas no adulto (ROSA, 1979).

Fico a pensar se quando um sujeito recorre à sua fé ou à sua crença para dar sentido à sua vivência se ele está realmente negando a realidade ou se apenas encontrou outra forma, ao mesmo tempo coletiva e própria, para se organizar e elaborar psicologicamente essa vivência. A religião é coletiva, é um fenômeno sociológico, histórico. Disso não tenho dúvidas. Mas acredito que também individual porque para além das práticas coletivas cada símbolo e ritual é único para aquele

sujeito que a pratica de forma singular, com um sentido e significado próprio (CARVALHO, J., 2001).

Em meu breve período de estágio pude ter contato com algumas pessoas que passavam/passaram por um sofrimento intenso e quase todas elas, se não todas, traziam como suporte e forma de estruturação o discurso religioso para dar sentido ao que estavam passando. Não descarto a possibilidade de algumas pessoas usarem o discurso religioso para negarem, resistirem, enfrentarem ou mesmo até para não entrarem em contato com o que as faz sofrer, mas seria precipitado pensar que essas situações acontecem apenas com o discurso religioso. Elas podem se apegar a qualquer objeto, pessoa ou situação que as ajudem a passar pelo sofrimento ou que as façam tentar evitar o contato com aquilo que a elas se impõe e angústia.

Aos profissionais, penso eu, devemos dar mais atenção a tudo que o sujeito traz para que compreendamos a sua forma de funcionamento, organização psíquica. O que para nós, talvez, não faça sentido ou mesmo pensemos que seja uma “desorganização”, para o sujeito é a sua forma de viver, pensar, refletir, agir, estar no mundo. Ignorar qualquer demanda que o sujeito traz, inclusive a religiosa, é perder uma dimensão considerável da formação pessoal, da sua identidade.

## **1.2 MATRIZ RELIGIOSA TRADICIONAL BRASILEIRA**

Como já foi dito, o Brasil é um país de maioria religiosa e, segundo José Jorge Carvalho (1994), possui uma multiplicidade de estilos de vida e de instituições e conseqüentemente de perspectivas religiosas. Ainda segundo o autor acima citado, na abreviada síntese histórica que elabora, a constituição primeira matriz religiosa aqui se deu a época da Colônia no encontro do catolicismo com as religiões indígenas e africanas, com pouca presença do protestantismo e judaísmo. Após tivemos a entrada do kardecismo (segunda metade do século XIX) e no final do século XIX temos a entrada das tradições esotéricas destacando-se a Teosofia (início do século XX) e nos anos 30 surge a umbanda. As religiões que compõem a matriz tradicional brasileira (catolicismo, protestantismo, afro-brasileiras e espiritismo) se mantêm, são variáveis e nem sempre conservam os mesmos moldes

antigos, o que aumenta a impressão de diversidade e torna ainda mais complexo a compreensão do fenômeno em todas suas dimensões (CARVALHO, J., 1994). Cada uma dessas religiões possui diferentes concepções de saúde-doença e, conseqüentemente, do sofrimento.

Em um estudo realizado por Rabelo et al. (2002) “Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo”, as autoras discorrem sobre as possibilidades de reorientação do cotidiano abertas pela participação religiosa. No estudo feito afirma-se que, no candomblé, a doença não é apenas um sintoma físico, mas envolve uma perspectiva mágico-religiosa, pois ela pode, dentre tantas possibilidades, inclusive anunciar um propósito ou desejo do orixá e ainda pode ser pelo não cumprimento das obrigações rituais que ligam o fiel a seu santo/terreiro. A saúde é, então, restaurada por meio do recurso aos rituais do candomblé visando o fortalecimento de laços com as entidades sagradas.

No pentecostalismo (aqui a análise se refere especificamente à igreja neopentecostal “Deus é amor”), o entendimento de doença é oriundo de causa espiritual podendo ser causada por demônios, pecado ou provação do próprio Deus a fim de testar a fé do seguidor. A doença e a cura são elementos essenciais para a libertação e também para o fortalecimento no poder de Deus. Há uma proposta de reorientação social do sujeito que deve se abrir para Deus saindo do plano do mal, isto é, deve ser converter e aderir à comunidade dos fieis.

E no espiritismo, a doença pode ser entendida como sinal de fraqueza moral a corrigir ou resultado de intervenção de espíritos menos desenvolvidos, obsessores. Então, a pessoa em aflição, assim como os espíritos inferiores, deve ser conduzida a uma atitude serena, equilibrada, rumo à evolução, por meio de uma série de terapêuticas mediúnicas.

Em outra pesquisa, realizada por Minayo (1998), intitulada “Representações da cura no catolicismo popular”, a autora conclui que as situações de máximo sofrimento ou desespero frente à doença e/ou morte é o que impulsiona para a religião dos milagres. Assim, a fé é o fundamento para o fenômeno da cura no catolicismo popular. E por acreditar, ter fé, ele se reposiciona de forma unificada e ordenada.



Podemos inferir desses estudos, mencionados acima para ilustrar a diversidade religiosa brasileira que há um reenquadramento da experiência de aflição, sendo assim o sofrimento do sujeito ganha um sentido, é passível de ressignificação dentro do campo religioso. Apesar de cada religião ter o seu modo próprio de operar e por isso possuem diferenças marcantes, todas propõem uma reconstrução da experiência de sofrimento, oportunizando ao sujeito um novo modo de ser-no-mundo.

Aquilo que para a medicina, por exemplo, é descrita por alterações nos processos biológicos, fisiológicos e bioquímicos e isenta de qualquer perspectiva existencial, no âmbito religioso possuirá outro olhar, ressaltando, como já foi dito, que será diferente de religião para religião. Portanto, é necessário procurarmos ver, como descreve Canesqui (1994), o sujeito em sua plenitude e a saúde-doença-sofrimento não de forma abstrata, mas como experiências vividas pelo sujeito.

### **1.3 DISCURSO RELIGIOSO**

A escuta clínica se dá primordialmente pela fala e é por ela é que temos acesso ao sujeito que sofre. A importância de ficarmos atentos à linguagem é que o sujeito se apropria dela de modo peculiar acentuando os aspectos da religião que estão em harmonia com seus desejos, carências e necessidades subjetivas (ALETTI, 2007/2012), bem como revelando aspectos da sua psique assim como as interpretações tanto coletivas quanto pessoais (KOVÁCS, 2007; CARVALHO, J., 2001).

Aletti (2007/2012) expõe que a linguagem fica no encargo de nomear as experiências que são pré-verbais, isto é, primeiro o sujeito tem a experiência corpórea, proprioceptiva, sensorial, emotiva, relaciona para somente depois tentar descrevê-la. E quando ele traz a experiência que vivenciou em palavras ou traz o discurso institucionalizado da religião que pratica é porque para ele constitui um sentido e é importante, portanto, não podemos eliminar esse importante aspecto da vida da pessoa julgando o que pode e o que não pode ser expresso no contexto clínico ou mesmo desqualificando suas crenças (Neubern, 2012).

Assim, o discurso religioso não é um elemento passivo, mas sim uma construção ativa desse sujeito (SCHNITMAN, 1994/1996) com significados e sentidos que constituem a sua subjetividade. Nas palavras de González Rey (2005c, p.213):

Os discursos como sistemas semióticos de natureza social são importantes, não como um fim em si mesmo, mas como via que nos permite a construção de dimensões ocultas do social. O discurso é uma das formas da subjetividade social, e está organizado dentro de inúmeros sentidos subjetivos, em cuja totalidade aparece todo o seu valor heurístico para a compreensão da realidade social. O emprego das palavras é uma expressão simbólica, que além de mostrar um ou vários sistemas discursivos, significa também a história única de quem fala, o que diferencia as emoções associadas do emprego das palavras, dando lugar ao seu sentido.

Podemos concluir então que o discurso religioso faz parte da configuração subjetiva do sujeito, pautando seu funcionamento e expressando como o sujeito organiza a rede de significados para suas experiências (BALTAZAR, 2003), principalmente quando está em sofrimento. Esse discurso está carregado de símbolos, sentidos e significados, não existindo em si mesmo (ALVES, 2003), mas construído por cada sujeito quando se apropria das práticas de sua religião. Então, retirar e/ou generalizar o discurso religioso, ou não dar atenção a ele é desconsiderar parte do sujeito, é aniquilar aquilo que ele construiu de significativo para si e esse não parece ser o objetivo da nossa prática.

#### **1.4 AS CONTRIBUIÇÕES DE DIFERENTES DISCIPLINAS**

Parece-me interessante ressaltar, como afirma Vergote (2001), que “a psicologia não tem competência para se pronunciar sobre a realidade ontológica de Deus e da revelação divina, mas ela leva em consideração as convicções das pessoas estudadas” (p.129). Ouso dizer que isso tem se colocado como um desafio em relação ao discurso religioso, uma vez que parece que ele tem sido descartado na psicoterapia ou mesmo desvalorizado, como afirma Neubern (2012) “(...) como o despreparo de profissionais para lidarem com o assunto ou as próprias contradições humanas comuns em vários campos de inserção, nos quais as ações não acompanham os discursos” (p. 148).

Para amenizar esse despreparo, acredito que se torna imperativo ser crítico e contextualizado para que possamos suscitar reflexões que contribuam em como lidar com o aspecto religioso trazido pelo sujeito. A interdisciplinaridade entre as ciências sociais e a psicologia, segundo afirma González Rey (2005c), coloca-se como um caminho possível para conhecer a subjetividade humana, pois permite rescindir com o paradigma de que o sujeito é separado do social.

Não parece possível que o olhar apenas por um lado do prisma dê condições de analisa-lo por completo. De forma análoga não devemos olhar somente uma faceta do sujeito, aplicar uma teoria ou técnica na ilusão de que esta dará conta de toda a complexidade dos fenômenos e do próprio ser humano. Por isso devemos nos apropriar das contribuições vindas da sociologia, antropologia, filosofia e da psicologia para tentarmos compreender o sujeito de uma forma mais abrangente.

O sujeito faz uma constante renovação de sua produção de subjetividade na tensão que se cria entre a sua configuração subjetiva e os significados subjetivos compartilhados nos espaços sociais (GONZÁLEZ REY, 2005b), uma vez que significado e sentido andam sempre juntos. O significado já está dado, é uma produção social, ou seja, um discurso social ou mesmo institucionalizado enquanto que o sentido é uma produção individual que se alimenta do significado compartilhado, ou seja, alimenta e é alimentado pelo significado (MITJÁNS MARTÍNEZ, 2005). Então, a produção de sentido envolve processos simbólicos, bem como emoções vivenciadas em cada espaço que circula. Sendo assim, a produção de sentido se articula de forma simultânea no sujeito individual e na subjetividade social, de modo que a produção subjetiva de um influencia no outro com a ação do sujeito e na produção social. (GONZÁLEZ REY, 2005a, 2005c).

Como estamos falando de espaço social, não há como não trazermos o conceito de cultura. Para isso, gostaria de abordar o conceito proposto por Geertz (1989): um sistema imbuído de signos e códigos públicos que orientam o comportamento dos indivíduos e que implica a singularidade dos indivíduos, com seus significados próprios em relação aos conteúdos comuns a todos. Ou seja, as pessoas se comunicam, perpetuam e se desenvolvem por meio de um sistema de concepção que foi herdado e simbolicamente transmitido uns aos outros. Como afirma Mahfoud (2001), os modelos culturais trazem informação e ao mesmo tempo também proporcionam significado às realidades sociais e psicológicas. O ser

humano depara-se a todo instante com significados produzidos por ele mesmo na cultura, que envolve o cotidiano dos seres humanos em sociedade (GEERTZ, 1989). Esse autor propõe que a religião seja compreendida como sistema cultural e nesse sentido devemos ficar atentos aos graus de extensão, profundidade de como as crenças religiosas influenciam na postura do sujeito diante da vida e nos processos psicológicos. Malinowski (1978), em consonância com isto, afirma que:

(...) magia e a religião não são meramente uma doutrina ou uma filosofia, não apenas o cerne da opinião intelectual, mas um modo especial de comportamento, uma atitude pragmática impregnada de razão, sentimento e vontade em partes iguais. É um modo de ação, assim como sistema de crença, um fenômeno sociológico, bem como uma experiência pessoal.

E se é uma experiência pessoal, a dimensão religiosa, então, é igualmente importante, como qualquer outra dimensão do ser humano para sua realização e, então, merece, com certeza, toda a nossa atenção. Dessa forma, devemos procurar entender o que significa para o sujeito o discurso religioso (e não somente o discurso religioso) para assim compreender melhor a sua existência e possibilitar que esse sujeito integre melhor os diversos aspectos da sua vida (GIOVANETTI, 1999).

## **1.5 PSICOTERAPIA**

Considero importante falar da psicoterapia nesse trabalho uma vez que abordarei nesta pesquisa como se dá a intervenção psicoterápica quando o sujeito em sofrimento traz o discurso religioso.

Muitas são as pessoas que procuram em seus familiares, círculos de amizades, colegas, pastores, padres, sacerdotes, guias espirituais algum tipo de ajuda, auxílio, consolo, orientação, conselho de forma informal e, talvez, por isso muitos tem a pergunta silenciosa em que medida isso difere de uma psicoterapia. Segundo Frank (1999), a diferença da psicoterapia para a ajuda informal está basicamente em dois aspectos significativos. O primeiro é que os psicoterapeutas são especialmente preparados para esse tipo de atividade e são aprovados no grupo social a que pertencem. E o segundo é que a atividade do psicoterapeuta é

sempre embasada e orientada por teorias com métodos e técnicas a fim de propiciar um espaço para que o outro fale, se exponha a fim de aliviar suas angustias, sofrimentos, orientando a busca pelo autoconhecimento, dinâmica de funcionamento psíquico, etc.

De todo modo, a psicoterapia também difere dos procedimentos médicos, cirúrgicos por se firmar essencialmente, como já foi dito, nas comunicações simbólicas, enquanto esses outros procedimentos (médicos) agem essencialmente sobre o corpo (FRANK, 1999).

Sendo assim, a psicoterapia é um espaço de interação humana que se coloca como um facilitador na busca do sujeito pelo auto-crescimento e transformações no modo como se percebe, como age, reage e se posiciona nas diversas situações que acontecem em sua vida.

Alguns modelos de psicoterapia são a psicanálise, terapia focal, terapia comportamental e cognitivo-comportamental, terapia centrada na pessoa, gestalt-terapia, sistêmica, etc.. Elas possuem em comum a relação interpessoal e a comunicação verbal, mas o que as torna distintas uma das outras é quanto aos métodos e fundamentos teóricos que são adotados como norteador na prática clínica. Mas todas propiciam uma oportunidade para que o sujeito expresse suas emoções, fale de suas angústias, daquilo que o aflige para ele reconheça seus medos, angústias, convicções compreendendo sentidos e significados. Ou seja, favorecer a transição de um modo de enfrentar os dilemas existenciais em certo contexto para outro que seja fluido, que permita o seu crescimento, amadurecimento e outras interações possíveis (LAX, 1998).

González Rey (2007, p. 146) traz uma reflexão que muito me auxilia quando afirma “a psicoterapia é uma via para que a pessoa se torne sujeito de sua experiência, em relação à qual perdeu a capacidade de produzir sentidos subjetivos alternativos àqueles comprometidos com seu sofrimento”. Então é uma relação dialógica e que possibilita ao sujeito a produção de novos sentidos, novas configurações subjetivas frente aos conflitos vividos propiciando o desenvolvimento de emoções e reflexões outras. Ainda segundo o autor mencionado, a prática terapêutica está centrada no diálogo entre sujeitos, onde o psicoterapeuta não deve ser um reproduzidor de saberes, normas, técnicas ou ritos, mas como sujeito que se implica e tem posicionamento crítico.

A ação terapêutica deve ser dirigida, então, de forma a atuar não só na dimensão individual da subjetividade, mas também na dimensão social permitindo que “a pessoa passe a ser sujeito de suas práticas sociais e de vida, o que implica a capacidade permanente de produção de sentidos subjetivos e de ações pessoais geradoras de novas alternativas e opções em suas atividades” (GONZÁLEZ REY, 2007, p. 205). Ainda para esse autor:

a psicoterapia se estende a todas as áreas da vida de uma pessoa, pois os sentidos subjetivos não respondem parcialmente a atividades distintas; eles representam uma produção subjetiva comprometida com todas as áreas da vida da pessoa, que emerge de forma diferenciada em cada uma de suas atividades concretas” (p. 209).

Em todo relacionamento humano pode haver uma dimensão terapêutica, por exemplo, nas relações com a família, com amigos, com guias espirituais, com sacerdotes, com padres, com pastores, enfim. A disponibilidade para escutar plenamente o outro pode aliviar o sofrimento ou a angústia do momento. Mas não constitui uma relação psicoterápica, pois esta possui teoria, técnica, método e não tem como objetivo aconselhar, mas sim ser um facilitar que o sujeito trabalhe o que para ele está em conflito e que, assim, assuma o seu lugar no processo terapêutico.

Os psicólogos, em sua maioria, consideram a psicoterapia como uma “prática clínica”, dessa forma não é uma técnica construída *a priori*, mas sim é construída no decorrer do processo com o sujeito que é o parceiro de interação e que busca uma mudança devendo ser compreendido e “tratado em sua singularidade subjetiva” (BUCHER, 1989, p.46).

Não sou inocente também ao ponto de pensar que nenhuma teoria/abordagem da psicologia deva embasar o nosso trabalho. As teorias são importantes, cada uma tem suas contribuições e servem para a nossa reflexão sobre o que o sujeito traz. Mas acima de tudo acredito que as teorias não deveriam preceder o discurso do sujeito. Qualquer teoria que seja, por mais completa que se torne, não consegue abarcar a complexidade do ser humano, pois cada conhecimento tem o seu limite e por isso é importante o diálogo entre cada um deles uma vez que geram visibilidade para discussões complexas. Neste sentido, talvez a prática psicoterápica tenha a aprender com a prática etnográfica. Como apontado por Segato (2003), ao tentar um diálogo entre antropologia e psicanálise, pode haver

benefícios em uma prática menos “cativa da teoria” e mais atenta às teorias dos próprios sujeitos acerca de suas experiências.

Assim, penso que as contribuições de diferentes áreas do conhecimento são de suma importância para o nosso atuar e, principalmente, quando o discurso religioso está presente. São esses conhecimentos que nos permitirão uma reflexão crítica e responsável sem reducionismos.

## **1.6- TEORIA DA SUBJETIVIDADE**

A Teoria da Subjetividade de Fernando González Rey norteará esta pesquisa evidenciando os sentidos subjetivos, o impacto da cultura e do meio social na configuração subjetiva do sujeito e que permitem articular as diferentes zonas de inteligibilidade do fenômeno sabendo que a teoria é apenas um pano de fundo que permite a produção de diálogos complexos com o real e a possibilidade de superação dos reducionismos na psicologia.

A teoria de González Rey traz o paradigma da complexidade na psicologia que tem o seu começo por meio do pensamento dialético expresso no enfoque histórico-cultural (MITJÁNS MARTÍNEZ, 2005). Ao entender a psique como produção histórico cultural permite desfazer a definição universal de psique humana (GONZÁLEZ REY, 2005d). Dessa forma a teoria não se coloca como uma verdade única ou irrefutável, o que permite desenvolver outros modelos teóricos e, principalmente, implica o pesquisador no percurso da pesquisa.

Para González Rey, a teoria da subjetividade:

... rompe com a representação que constringe a subjetividade ao intrapsíquico e se orienta para uma apresentação da subjetividade que em todo momento se manifesta na dialética entre o momento social e o individual, este último representado por um sujeito implicado de forma constante no processo de suas práticas, de suas reflexões e de seus sentidos subjetivos (GONZÁLEZ REY, 2005c, p. 240).

Por muito tempo a psique foi vista como um fenômeno de caráter determinista e essencialista e isso embasou várias teorias psicológicas. Mas atualmente procura-se mostra-la em uma nova dimensão complexa, sistêmica, dialógica e dialética

(González Rey, 2005c). A essa nova visão, o autor chama de subjetividade que é “um sistema complexo produzido de forma simultânea no nível social e individual” (p.202). A subjetividade, segundo a definição dada por González Rey (1999, apud MITJÁNS MARTÍNEZ, 2005, p. 15), é:

A organização dos processos de sentido e de significação que aparecem e se organizam de diferentes formas e em diferentes níveis no sujeito e na personalidade, assim como nos diferentes espaços sociais em que o sujeito atua.

Então, o autor se refere à subjetividade social e individual. Ao introduzir a categoria de subjetividade social, sua finalidade era romper com a ideia de que a subjetividade é apenas um fenômeno individual e inseri-la como um sistema complexo e que, por conseguinte, possui formas de organização complexas, vinculadas aos diversos processos de institucionalização e ação dos indivíduos nos mais distintos espaços da vida social (GONZÁLEZ REY, 2005c). Por exemplo, quando o indivíduo age dentro de um contexto social, pode não deixar uma marca imediata, mas haverá reações de outras pessoas que fazem parte desse mesmo contexto social e quem podem resultar tanto em momentos de crescimento social como individual ou como momentos de constrangimento (GONZÁLEZ REY, 2005c). Assim, a subjetividade individual e social se produz simultaneamente, reciprocamente, ou seja, a subjetividade individual acontece em espaços sociais e que estes são constituídos historicamente. Permanentemente a subjetividade individual será perpassada pela subjetividade social.

Ainda segundo o autor supracitado, na subjetividade individual aparece a história única de cada pessoa dentro de uma cultura que foi organizada nas relações pessoais, ou seja, ela manifesta os processos e formas de organização das pessoas. González Rey (2005c), também destaca que a subjetividade individual possui dois momentos essenciais que se integram: a personalidade e o sujeito. Esses dois são constituintes um do outro, um supõe o outro, mas não está dissolvido um no outro. González Rey entende a personalidade como “sistema subjetivo auto-organizador da experiência histórica do sujeito concreto” (p. 241). Ou seja, são os elementos subjetivos atrelados a diferentes experiências do sujeito e que são fonte de permanente emoção.

Para esse autor, portanto, a noção de sujeito, implica atenção à emocionalidade, que é uma condição permanente. A categoria de sujeito permite



entender os sentidos e significados dentro dos distintos espaços que frequenta, com diferentes atividades e relações, pois está sempre localizado em um espaço da prática social. Assim, é possível romper com a ideia de um sujeito naturalizado, cristalizado e descolado do meio social e conceber o sujeito com sua história, fenômenos, vivências. González Rey (2005c) afirma que:

A ideia de sujeito recupera o caráter dialético e complexo do homem que de forma simultânea representa uma singularidade de um ser social, relação esta que não é uma relação de determinação externa, mas uma relação recursiva em que cada um está simultaneamente implicado na configuração plurideterminada dentro da qual se manifesta a ação do outro. O conceito do sujeito é incompatível com o determinismo mecanicista causalista, pois a ação do sujeito é imprevisível. No entanto, o momento atual é constituinte da configuração subjetiva da ação que tem lugar nesse momento. A relação entre o sujeito e o social é contraditória por natureza e nessa contradição encontra-se a possibilidade de desenvolvimento de ambos espaços: o social e o individual (p.224-225).

Assim, ser sujeito é estar em constante atividade, é ser singular e também social. E, dessa forma, vão se produzindo os sentidos subjetivos que são entendidos como produções singulares que articulam emocionalidades e significados sociais. Essa categoria é de fundamental importância na Teoria de González Rey. O sentido subjetivo envolve complexas combinações de emoções e de processos simbólicos e que estão combinados a diferentes âmbitos e momentos da vida, portanto, “existe como momento processual de uma atividade e também como formas mais complexas de organização psíquica denominadas por nós de configurações subjetivas” (GONZÁLEZ REY, 2005d, p. 41).

O sentido subjetivo sobressai indiretamente na qualidade da informação e por isso não surge diretamente na expressão intencional do sujeito (GONZÁLEZ REY, 2005a) e por isso deve o pesquisador estar atento a todas as dimensões de forma simultânea. Essa categoria permite uma representação complexa da subjetividade evitando, assim, os reducionismos e permitindo apreender elementos da vida do sujeito, da sua história e dos diversos cenários de sua vida, ou seja, é possível captar a multirreferencialidade da psique humana (GONZÁLEZ REY, 2005d). Por exemplo, duas pessoas em sofrimento (ou não) e que são praticantes de uma mesma religião vivem a experiência religiosa de forma inteiramente peculiar com valor emocional totalmente diferente uma da outra e que tem influência da sua

história de vida, valores, etc. É possível resgatar a emocionalidade que marcará a produção de sentido da prática religiosa.

Falar de sentido subjetivo remete a falar sobre configuração subjetiva. A configuração subjetiva do sujeito é a rede de elementos que o influenciam, nos diferentes espaços sociais em que o sujeito permeia, ou seja, os distintos momentos e os recursos subjetivos integrados funcionando organicamente e não apenas aquilo que constitui a personalidade, mas também a subjetividade social (MITJÁNS MARTÍNEZ, 2005). A configuração subjetiva se “constitui de um núcleo dinâmico de organização que se nutre de sentidos subjetivos muito diversos, procedentes de diferentes zonas de experiência social e individual” (2005c, p. 204), ou seja, a maneira mais complexa de disposição dos sentidos subjetivos. Vale lembrar que nem todos os processos da vida do sujeito se tornam uma configuração subjetiva, não há linearidade, há vários sentidos subjetivos que foram produzidos em momentos diferentes da vida do sujeito; alguns participam diretamente, outros, indiretamente na ação atual do sujeito (GONZÁLEZ REY, 2005a).

Diante do discurso religioso a teoria da subjetividade permitirá olhar os processos de produção de sentido e suas diferentes maneiras de organização para esse sujeito, conseqüentemente refletindo na nossa maneira de intervenção.

### **1.7- PENSAMENTO COMPLEXO**

Acredito ser interessante começar pensando na simplicidade para depois pensar no problema da complexidade. A simplicidade – ou paradigma simplificador – como denomina Morin (2005) coloca ordem no universo no intuito de eliminar a desordem e a ordem torna-se uma lei, ou princípios e tudo obedece a esses princípios. Assim, tende a separar o que está ligado ou unificar o que é diverso (MORIN, 2005).

Agora pensando na complexidade, esta é uma das possibilidades de problematizar a realidade e é impossível omiti-la, uma vez que ela é intrínseca aos fenômenos (PENA-VEGA, NASCIMENTO, 1999). Não está associada ao antônimo de simplicidade, mas no pensamento de que as ideias avançam na contradição e

devemos unir a simplicidade com a complexidade, o uno e o múltiplo, como afirma Morin (1999):

O problema não é reduzir nem separar, mas diferenciar e juntar. O problema-chave é o de um pensamento que una, por isso a palavra complexidade, a meu ver é tão importante, já que *complexus* significa “o que é tecido junto”, o que dá uma feição à tapeçaria. O pensamento complexo é o pensamento que se esforça para unir, não na confusão, mas operando diferenciações (p.33).

Para Morin (2005) a complexidade conjuga parte de incerteza, mas sem se reduzir a esta, ela é “a incerteza no seio de sistemas ricamente organizados” (p. 35) e que sustenta a comunicação entre as partes que nomeamos o real.

O autor supracitado postula três operadores que modelam o pensamento complexo: dialógica, na ideia de entrelaçar coisas que são aparentemente separadas, ou seja, associar simultaneamente termos complementares e antagônicos; recursividade, a causa produzindo o efeito que produz a causa, isto é, algo sendo produto e produtor simultaneamente; e holograma no sentido de não ser possível dissociar a parte do todo (CARVALHO, E., 2006). Tudo isso forma uma totalidade, não uma totalidade fechada, mas uma totalidade aberta que pode ser mais ou menos que a soma das partes (CARVALHO, E., 2006).

Ainda segundo o autor acima citado, esses três operadores juntamente com tetragrama organizacional tornam-se fundamentais na base de construção do pensamento complexo. Carvalho, E., (2006) explica que qualquer atividade de qualquer sistema vivo é guiada por uma tetralogia que envolve relações de ordem, desordem, interação e reorganização; que Morin denominou de tetragrama organizacional. Assim, o pensamento complexo procura busca compreender as permanentes mudanças sem negar a multiplicidade, a casualidade e a incerteza, e sim conviver com elas; baseando-se na recusa, isto é, recusando a separação entre razão e emoção, ciência e mito e outras, abandonando explicações simplistas, ideias fechadas, acabadas, pois todo conhecimento é uma reconstrução e uma tradução.

Para Morin (1996b) o ser humano é de natureza multidimensional e não se pode eliminar a parte dos mitos, as aspirações, os sonhos, as fantasias, fantasmas e loucura, pois são elementos integrantes do ser humano. Afirma, ainda, que "devemos contextualizar cada acontecimento, pois as coisas não acontecem

separadamente. Os átomos surgidos nos primeiros segundos do Universo têm relação com cada um de nós" (MORIN, s.d. p.1).

Dessa forma, acredito tendo como pano de fundo a teoria do pensamento complexo, haverá possibilidade de ricos diálogos que permitirão reflexões para uma atuação mais crítica, acolhendo o discurso religioso e dando relevância a ele para a ressignificação subjetiva do sujeito.

## CAPÍTULO DOIS – METODOLOGIA

### 2.1- EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA

Por meio da epistemologia qualitativa, pretendo analisar a produção subjetiva de profissionais sobre a intervenção psicoterápica com sujeitos que trazem uma perspectiva religiosa. A epistemologia qualitativa evidencia o caráter construtivo interpretativo, bem como singular e dialógico na pesquisa qualitativa, o que permite ver o conhecimento como uma produção humana, ou seja, uma construção acerca da realidade complexa e não algo já dado, pronto, acabado como se a realidade fosse ordenada. Aqui o conhecimento é concebido como uma permanente construção que se dá no confronto entre o pensamento do pesquisador com a pluralidade de eventos empíricos que convivem no processo investigativo (GONZÁLEZ REY, 2005a).

A pesquisa qualitativa não se define pelos instrumentos utilizados, mas sim dá ênfase aos processos implicados na construção do conhecimento implicando tanto o pesquisador como os sujeitos da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2005b).

A epistemologia qualitativa, segundo González Rey (2005b), é sustentada por três princípios que são separados entre si apenas com finalidades didáticas. O primeiro princípio é o do conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa, ou seja, o conhecimento como uma produção, construção constante e não como apropriação adequada, linear e ordenada da realidade. O caráter interpretativo nasce da necessidade de dar sentido a expressões do sujeito da pesquisa que se dá de forma indireta e implícita pelo pesquisador que vai integrando, reconstruindo e apresentando por meio de múltiplos indicadores que foram obtidos durante a pesquisa sendo, portanto, sem sentido se tomados de forma isolada como meras constatações. A interpretação aqui tem a função de dar sentido a diferentes manifestações, tornando-as instantes específicos.

O segundo princípio é o do caráter interativo do processo de produção do conhecimento, isto é, a relação estabelecida entre o pesquisador e o sujeito pesquisado como condição para se desenrolar a pesquisa. É usar os imprevistos

que acontecem durante a pesquisa, os diálogos informais, a convivência e o envolvimento emocional dos participantes e do pesquisador como situações significativas para a produção de conhecimento e com significado para a pesquisa permitindo reflexões.

O terceiro princípio é o significado da singularidade como nível legítimo da produção de conhecimento. Há que se dizer que não é o mesmo que individualidade. Singularidade proposta como “realidade diferenciada na história da constituição subjetiva do indivíduo” (p. 35), ou seja, o sujeito em sua forma única e diferenciada. O singular abre possibilidades para a construção, além de colocar o sujeito não apenas como fonte de estudo, mas chama atenção para aquilo que ele produz pelos processos de significação que é capaz de gerar sobre o problema estudado. González Rey considera que:

O sujeito é capaz de trazer elementos únicos sobre qualquer problema estudado, já que ele/ela nos apresenta esses elementos em uma dimensão de sentido singular que nos permite visualizar aspectos qualitativos que não estão explícitos em nenhuma das dimensões próprias daquilo que está sendo estudado e que ganham sua significação por suas consequências na produção de sentido do sujeito (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 170).

Considerando essa afirmação opto, então, pela análise de um caso singular para refletir sobre as relações entre prática psicoterápica e discurso religioso.

## **2.2- DINÂMICA CONVERSACIONAL**

Como já dito anteriormente, é de fundamental importância a comunicação entre o pesquisado e o sujeito da pesquisa. Assim, para ser ter atenção aos processos de construção do sujeito pesquisado fiz a opção pela dinâmica conversacional por ser um processo ativo, vivo, estar em constante movimento possibilitando ao pesquisado falar sobre sua experiência pessoal, profissional, suas necessidades, conflitos, reflexões, processos que envolvem emoções e, também, por propiciar acesso a diversos indicadores, a elementos constitutivos do sentido subjetivo, da subjetividade social, daquilo que envolve o sujeito, seu sistema de crenças, valores, símbolos, cultura, mitos e também suas condições históricas, sócio econômicas específicas (GONZÁLEZ REY, 2005a; MINAYO, 2000)

A dinâmica conversacional é uma comunicação aberta, portanto, terá participação ativa do pesquisador que primará em manter vivo o diálogo e os desdobramentos. Dessa forma, não terá um roteiro pré-estabelecido a fim de que se crie um espaço para a livre expressão do sujeito. Como afirma Turato (2003), não poderíamos obstruir as respostas dos sujeitos em alternativas, temos que permitir que elas falem, expressem a partir do assunto apresentado para podermos interpretar os sentidos e as significações.

Importa ressaltar que o processo da dinâmica conversacional diferencia-se da entrevista. Apesar das duas terem como matéria-prima a fala dos sujeitos pesquisados, na entrevista há um destaque na pergunta do pesquisador, há uma intencionalidade expressa, as perguntas já estão pré-estabelecidas, responde-se apenas ao que é perguntado. Mesmo quando se trata de entrevista semi-estruturada, que possibilitam que o sujeito pesquisado discorra mais abertamente sobre o tema, há o pré-estabelecimento de questões (questões-guias) (MINAYO, 2007). E isso pode dificultar que o pesquisador perceba outras questões que surgem no decorrer do diálogo ou até mesmo que o sujeito pesquisado entre em outras questões que possam ser significativas para a pesquisa.

Sendo assim, primeiro busquei estabelecer uma relação de confiança, respeito, afetividade com os sujeitos da pesquisa para que pudessem estar à vontade para compartilhar suas experiências.

### **2.3- CENÁRIO DE PESQUISA**

Esta pesquisa foi feita com profissionais graduados em psicologia que atuam na área de saúde, garantindo-lhes o anonimato. Segundo Silva (2008) a montagem de um cenário de pesquisa baseia-se em desenvolver um clima em que o sujeito participe voluntariamente do e que atue no processo e não seja, apenas mais um sujeito passivo no processo. Assim, o cenário de pesquisa busca despertar o interesse daqueles que participarão do processo para que se envolvam e se impliquem na discussão do tema por meio de suas experiências, o que possibilitará a manifestação de emocionalidade, posicionamentos, opiniões e construções e que

também permitirá o surgimento de uma relação entre o pesquisador e o sujeito que participa.

Por se tratar de pesquisa com profissionais de psicologia e que não necessariamente deveriam estar vinculados a alguma instituição, o contato com eles foi feito por indicação e também por anúncio público do tema de pesquisa. Não houve manifestação voluntária para participação da pesquisa, então, fiz a abordagem pessoal mediante indicação de pessoas do meu círculo de convivência e que foi estendido por onde estes possuíam trânsito.

#### **2.4- CONVERSA COM PSICÓLOGOS**

É interessante ressaltar que alguns profissionais, em um primeiro contato, manifestaram interesse pelo tema e até mesmo disponibilidade em participar; mas também percebi que alguns retrocederam quando houve a formalização do processo investigativo. Não sei dizer o porquê desse fato. As hipóteses que cogitei foram se não desejaram expor a forma de atuação por medo de julgamento, se não quiseram se implicar no processo, se o tema é desconfortável a eles para debater. Não há como dizer. Mas o que me levou a tais pensamentos foi que nas conversas informais o assunto era plenamente debatido, conversado, mas na formalização da pesquisa a disponibilidade já não era a mesma.

Contudo, não acredito que a pesquisa tenha sido prejudicada pelo número de profissionais que não se dispuseram a participar uma vez que o número reduzido de participantes pode ser justificado por estar em consonância com as estratégias de investigação qualitativa propostas nesta pesquisa. A legitimidade do conhecimento que será produzido não está na quantidade de sujeitos investigados, pois, um estudo com um único sujeito já pode ser capaz de produzir informações significativas e de valor científico, não se tornando necessário definir uma quantidade de sujeitos (GONZÁLEZ REY, 2005a).

Em dado momento tinha a possibilidade de realizar quatro dinâmicas conversacional. Mas ao final realizei apenas duas. Dentre essas duas, o material de uma tornou-se riquíssimo com subsídios para serem trabalhados nesse curto



trabalho. Assim, optei, então, por usar apenas esse material produzido e que atende ao que se propõe a pesquisa.

Para a dinâmica conversacional já havia estabelecido vínculos com o sujeito de pesquisa e tivemos alguns momentos de conversas informais, troca de experiências. Mais tarde, munida do TCLE e depois de marcado encontro no melhor lugar e horário para o sujeito comecei formalmente o processo investigativo. As conversas foram momento de produção, debate, relato de impressões e experiências que para esse trabalho são de suma importância.

Para preservar o sigilo quanto à identidade do sujeito dessa pesquisa, será utilizado um nome fictício. Aqui a nomearei de Macla - intencionalmente por ser um nome hebraico e que significa “confiança”. Essa é a impressão que Macla causou em mim desde o nosso primeiro encontro. Alguém confiante, que conhece o trabalho que faz e não apenas isso, faz o que faz porque gosta, tem prazer nisso e a possibilidade de estar disponível ao outro faz com que seus olhos brilhem. Macla é psicóloga, trabalha na clínica e também em uma maternidade de um hospital em Brasília/DF há oito anos. Hoje, no hospital, atua especificamente na UTI-Neonatal, mas já esteve também em outros setores. Macla gosta de conversar e também de saber outros olhares sobre um mesmo caso e fazer do debate a respeito do caso um espaço para produção de conhecimento, um espaço para aprender e também ensinar, um espaço para fugir dos “*a priori*” e ampliar o horizonte para novas possibilidades.

## CAPÍTULO TRÊS – CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

Realizei a transcrição após a dinâmica conversacional para assim elaborar a construção das categorias analíticas a partir dos indicadores empíricos (GONZÁLEZ REY, 2005a). Essas categorias foram se destacando para mim no momento da transcrição. Até realizá-las, não havia nada preestabelecido, até porque não haveria como isso acontecer uma vez que essas construções apareceram na fala de Macla e que foram por mim percebidas como importantes. Como já foi ressaltado anteriormente, a pesquisadora está profundamente implicada no processo de produção da pesquisa e não apenas o sujeito pesquisado.

### 3.1- RELIGIÃO/DISCURSO RELIGIOSO

A expressão subjetiva de Macla em relação ao tema do discurso religioso na clínica parece bem aberta sugerindo uma não generalização acerca da religiosidade dos pacientes, por exemplo, quando afirma que “cada um tem a sua forma de lidar com a religiosidade e tem pessoas que são extremamente religiosas, né, carolas. Tem pessoas que tem uma religiosidade como fundo, né?! Tem pessoas que não tem religiosidade alguma”. Mas percebo que isso muda de acordo com contexto de atendimento.

Para Macla, o discurso religioso e a religião têm sentidos diferentes para cada pessoa, portanto, não tem todos a mesma tônica. Ao deparar-se com eles, ela procura se tornar disponível em entender o que a religião daquele sujeito significa para ele e o quanto esse discurso está implicado no seu sofrimento: “pra cada uma é individual e também a forma como ele vê e lida com isso também vai partir dessa intensidade da religião na vida dela. Então, para cada um vai ter um significado”.

Reconheci na postura de Macla, em um primeiro momento, a atenção à singularidade dos sujeitos, curiosamente em consonância com o que é proposto por autores sensíveis à questão religiosa, como Neubern (2012) ou Alves (2003). Mais à

frente, com o decorrer de nossas conversas percebi que essa posição é favorável no contexto do atendimento da clínica e menos no contexto hospitalar.

Ao buscar olhar o sujeito e “a questão da religiosidade como um todo”, em suas palavras, percebo que Macla se organiza no sentido de tentar compreender o sujeito em sua totalidade, tentando considerar todo o contexto que o sujeito vive: “mas isso tem que ser levado para a individualidade de cada um, de cada caso” (Macla). Ao mesmo tempo, se contrapõe a esta posição em outro momento, falando sobre a religião, quando declara: “é claro que a gente vai falar de uma maneira geral”.

Quando há a sensibilidade de considerar a vivência singular do sujeito, então, são diminutas as chances em ter uma intervenção que desvalorize aquilo que o sujeito acredita, o seu sofrimento e a sua forma de enfrentá-lo ou negá-lo. É abrir possibilidades para um olhar mais amplo e, possivelmente, com poucas chances de intervenções reducionistas, explicações simplistas e ideias fechadas ou acabadas.

Foi possível notar que, ao menos segundo seu próprio relato, Macla geralmente valida o que é trazido pelo sujeito, a emoção contida nas palavras, nos gestos do sujeito. Ao fazer isso, constrói uma estratégia para que o sujeito se sinta acolhido com todas as suas experiências. Afirma que se preocupa em entender ou tentar acessar o que aquilo significa para o sujeito, qual o sentido e função e, assim, compreender o próprio sujeito. O que não foi dito, entretanto, e que se percebe como sentido subjetivo aqui, para Macla, é o valor de acolher esse sujeito, mesmo sem compreender sua experiência. Parece ser um posicionamento profissional, quase padronizado, uma atitude baseada na premissa de que se você está falando eu acredito. Validar para ganhar a confiança do paciente e não porque o compreende realmente:

Porque, assim, em primeiro lugar se você me traz um discurso, qualquer ele que seja e que eu já nego, qual a abertura que você tem pra mim? Não tem. Por isso que eu falo que a gente precisa validar a dor, a crença, o que quer que seja; porque, em primeiro lugar, é validar o indivíduo por ele mesmo, aquilo tem um sentido para ele. Aquilo tem uma função, tem uma razão de ser. **E se você nega isso em primeiro lugar você não consegue trabalhar mais nada com ele.** [grifo meu]

Por várias vezes, Macla usa o termo disfuncional/funcional. Indagada sobre o que para ela seria disfuncional, Macla define assim: “para mim, disfuncional (um

comportamento, por exemplo) é aquilo que funciona de uma forma não saudável e, pode ser adoecedor. O comportamento em si pode até parecer que funciona (por exemplo, uma birra que faz a mãe ceder), mas de fato acarreta prejuízo para a pessoa e aqueles que convivem com ela”. Pela definição dada por Macla, os aspectos disfuncionais não seriam determinados com base nos valores, conceitos e crenças do profissional e sim pelo que vai surgindo como demanda, como sofrimento na fala do sujeito em atendimento. No decorrer da dinâmica conversacional isso foi se tornando claro para mim, mesmo que em alguns momentos, pareceu que a fala e a ação não andaram na mesma direção e se tornaram destoantes.

Ao relatar um atendimento na clínica, Macla afirma:

“é a minha crença e quem garante que eu estou certa de que as pessoas não reencarnam? Quem? Inclusive, isso é legal porque assim, a prática clínica me ensinou muito, muito, muito de como a minha crença ela está longe de ser absoluta, entendeu?”

Os sentidos subjetivos produzidos a partir da prática clínica de Macla possibilitaram que ela desenvolvesse sensibilidade para escutar a crença do outro: “a gente precisa trabalhar com esse paciente sem invalidar a crença dele porque essa crença, ela está sendo estruturante em vários outros aspectos”. Esse encontro com o outro, foi um espaço que possibilitou a produção de novos sentidos para Macla. Ela produziu novos sentidos e assim se posiciona de modo diferente, mais relativizado, em relação às suas próprias crenças, conseqüentemente, consegue perceber o outro e sua experiência com mais sensibilidade: “é como ela [paciente] vê o mundo, é como ela lida com o mundo”. A partir daí consegue trabalhar, nas palavras de Macla, “aquilo que é disfuncional para ser funcional”.

### **3.2- CLÍNICA (CONSULTÓRIO) E HOSPITAL**

Outro aspecto que me chamou atenção no transcorrer da dinâmica conversacional foi a distinção entre a atuação no contexto da clínica (consultório/psicoterapia) e no contexto hospitalar, pois, segundo Macla “a prática desses contextos, em cada um desses lugares é diferente. Ela é muito diferente”. Na clínica há um espaço favorável para um trabalho mais longo e elaborado:

Ela (paciente) traz um discurso religioso e eu trabalho com ela, dentro do discurso dela, porque no hospital é muito mais intenso do que na clínica.

Percebi que quando o sujeito está na clínica, em processo psicoterápico, Macla possui condições de acolher o discurso religioso e procurar considerar o sujeito em sua totalidade, sua história, como ele vivencia a sua religiosidade e como isso o influencia na maneira de encarar a vida. Às vezes, esse discurso pode até ser usado apenas como instrumento de trabalho, ou seja, como um mecanismo para gerar resultados, geralmente, imediatos. Mas notei que há uma tentativa de perceber as dimensões de subjetividade expressas na prática religiosa desse sujeito, conforme discutido na proposta interdisciplinar de Bizerril e Neubern (2012).

E aí, assim, por exemplo, dentro do consultório, por exemplo, se o paciente é católico ou se ele é espírita, ou se ele é evangélico, eu particularmente sou católica, mas eu não vou lidar com ele com a base da minha religião ou do que eu acho certo ou errado, mesmo até que esse paciente também seja católico. **Porque o meu ser católica não é igual ao dele. Então eu preciso entender a religião dele para ele e no impacto que ela tem na vida dele, né** [grifo meu].

O sentido da prática religiosa de Macla é diferente do sentido da prática religiosa do seu paciente, mesmo quando os dois tem a mesma religião. Cada um pratica a religião de uma forma, ainda que essa prática se dê em um espaço social coletivo. Por estar ciente disso, Macla deixa isso bem claro.

O espaço da clínica é um espaço que se constitui, simultaneamente, como um dos lugares do sujeito fazer suas reflexões, elaborações, fazer escolhas e vislumbrar a melhor maneira de lidar com suas escolhas, mas também – pelo menos no caso de Macla – como um espaço para ela também fazer construções. Tanto psicoterapeuta como paciente são afetados e constroem as produções que se fazem nesse espaço: “Eu já me questionei em consultório. Uma paciente espírita. Se aquilo era uma alucinação ou se aquilo era uma vivência que eu desconhecia”. Essa parece ser uma atitude que nós, psicólogos, deveríamos ter sempre. Questionar a nós mesmos se desconhecemos aquilo que o outro traz como sua verdade. Ao mesmo tempo em que Macla tem essa atitude de desconstruir suas próprias ideias e representações, ela as retoma quando continua dizendo “não foi uma paciente que apresentava nenhum outro tipo de alucinação, não tinha uma personalidade tipicamente psicótica, ela nunca tinha me apresentado qualquer tipo de conteúdo

alucinatório ou mesmo de ilusão, de delírio”. O sentido subjetivo implícito é que se a paciente tivesse apresentado qualquer outro tipo de alucinação, talvez o questionamento não tivesse sido feito ou quem sabe já tivesse sido considerado dentro das psicopatologias e não como uma prática dentro de sua religião.

Essa dificuldade por estar relacionada com a afirmação de Ancona-Lopez (1999, p. 74):

A maior dificuldade que o psicólogo clínico enfrenta, ao buscar conhecer a religiosidade de seu cliente, é a de lidar com seus próprios preconceitos. A consideração das crenças do sujeito, em sua várias configurações e expressões singulares, exige que o profissional ganhe distância das ideias e representações que trás em si das diferentes organizações religiosas.

Já no contexto hospitalar, Macla tem no discurso religioso trazido pelo sujeito um instrumento para trabalhar as questões que estão no aqui e agora para o sujeito. Ainda que haja uma consideração da singularidade do que a religião seja para esse sujeito, do lugar que ocupa na vida dessa pessoa e como pauta a forma que se posiciona na vida, isso não se dá da mesma forma que na clínica.

No ambiente hospitalar, há um olhar mais focal e prático com a finalidade de se ter uma intervenção que alivie o sofrimento e a angústia imediata do indivíduo validando aquilo que o estrutura. Isso não invalida o trabalho que é executado por Macla, mas entendi que esse contexto a coloca em um novo posicionamento. Por ser um espaço social diferente, outros sentidos e configurações vão se formando. Talvez se constitua como um ponto de tensão para Macla a atuação nesses dois contextos diferentes. Por exemplo, a validação do discurso religioso no hospital, na maioria das vezes, soa como uma repetição vazia cujo objetivo é legitimar o que foi falado para dissipar a angústia momentânea.

Eu acho que você precisa validar essa crença sim, pra mãe: de que nada é impossível, de que um milagre pode acontecer. Então, essa mãe que tem esse discurso, né, ela nega essa condição desse bebê, porque, né, enfim, Deus é maior, Deus vai salvar, Deus vai resolver. **Então você primeiro precisa validar isso porque é nisso que ela se estrutura, é nisso que ela está se mantendo de pé e eu não posso tirar isso dela, eu valido isso.** E ao mesmo tempo, né, eu também trabalho com ela que sim, nada é impossível, mas as situações estão em que... Então eu, normalmente, tento buscar o que ela traz no discurso dela, de todos os aspectos que ela vai trazer, né.

Então você pega esse discurso que ela trouxe do médico, da gravidade e aí coloca esse fim, né, pra Deus nada é impossível, mas

as coisas estão difíceis, estão graves e que a gente não sabe os propósitos de Deus. **Ela não precisa se desfazer da crença dela.** Para Deus nada é impossível, é verdade, mas a gente também não sabe os propósitos de Deus, a gente não sabe os desígnios dEle, né, aí, inclusive, esse bebê pode vir a óbito ou não, qual o papel dele na terra. Vai depender muito do que o paciente trazer, né, mas eu uso o próprio discurso religioso pra trazer ela para a realidade de morte desse bebê. **Por que que eu preciso desfazer o discurso religioso? Eu só preciso tornar isso funcional, entende?** [grifos meu]

Essa fala é um pouco extensa, mas para que o leitor tenha uma ideia de como Macla faz a intervenção, foi preciso colocá-la na íntegra. Quando Macla descreveu a intervenção acima, sua postura corporal e o seu tom demonstravam que ela também, assim como a paciente a quem atendia, acreditava que para Deus nada era impossível. Havia emoção em sua fala e também uma preocupação em preparar essa mãe, em fortalecê-la para receber notícias como a morte. Mas também percebi uma discrepância da sua postura com sua fala final. No trecho destacado, eu percebi que houve um distanciamento da emoção com que Macla descreveu a intervenção, concluindo que a fala religiosa aqui não era algo saudável, uma vez que não permitia o contato da mãe com a possibilidade do óbito. Não era saudável na perspectiva de Macla, embora em outro momento ela afirma: “mas o que eu vejo é que essas mães dos bebês inviáveis, elas sabem. A gigantesca maior parte delas sabem”. Se for assim, elas estão em contato com o possível óbito do filho.

[No hospital] você precisa de um recurso mais imediato, você não tem o tempo de trabalhar o recurso interno dele para que ele dê conta de uma situação especificamente de crises, tá?! Aí, a gente tem que entender o contexto hospitalar de uma maneira muito diferente. Porque aquele indivíduo, ele está em crise e a sua intervenção, ela está muito restrita a crise. Então, ela precisa ser diferente de uma intervenção na clínica, mesmo que em crise, pois é de um paciente que você permanece.

Acredito também que, devido ao fato do *timing* do hospital ser outro e a possibilidade do sujeito ter alta ou ser transferido ser constante, acredito que isso se constitui como impeditivo para trabalhar questões como o sentido da religião para ele, sua visão, o que sua prática religiosa significa para ele e como isso o impacta e quais as construções de sentido. Isso está presente na fala de Macla quando expressa “é claro que o hospital tem um *timing* e um contexto diferente”. Contudo, mesmo com condições de atendimento mais desfavoráveis no ambiente hospitalar,

notei e senti uma sensibilidade em Macla em querer considerar primeiro o sujeito, a sua fragilidade diante de uma situação que se impõe e não atropelá-lo com aquilo que precisa ser trabalhado: “não é porque o *timing* hospitalar, ele é mais acelerado, ele é mais rápido e pode ser que você não tenha o paciente amanhã que você tem que falar tudo hoje de uma vez. Porque se eu falar tudo hoje de uma vez eu posso quebrar essa paciente. E não ter feito nada”.

Interessante destacar que segundo Simonetti (2004), um dos objetivos da psicologia hospitalar é dar voz ao paciente para poder falar de si, do processo de adoecimento, do sofrimento, do que pensa, do que sente. Isso remete a uma ideia que sempre há tempo suficiente para tudo isso ser trabalhado, mas o que pude perceber na conversa com Macla e também nas minhas observações durante o meu estágio é que, invariavelmente, trabalha-se a demanda do aqui-e-agora exatamente por nem sempre poder contar com um tempo mais longo. Assim, na maioria das vezes, é muito pontual, pois o paciente chega e “joga” para você a angústia dele para que seja aplacada. O psicólogo escuta, suporta essa angústia o tempo que for necessário para que o paciente possa elaborá-la (SIMONETTI, 2004). A realidade de trabalho que se impõe é outra daquela que se encontra descrita nos livros, nos manuais, nas aulas acadêmicas. E por isso disse anteriormente do ponto de tensão que se cria na atuação nestes dois contextos. Vi uma Macla que se desdobra tentando perseguir no contexto hospitalar a mesma atuação do contexto clínico, privilegiando os sentidos e significados para o sujeito e não subordinada à dinâmica hospitalar.

No hospital, o que o sujeito traz em seu discurso é o que será trabalhado, mas nem sempre será possível trabalhar tudo, pois esbarramos na questão do tempo de permanência desse paciente no hospital. Ainda que haja uma previsibilidade do tempo de internação, sempre é perpassado pela possibilidade de alta ou transferência:

E outra, ele [contexto hospitalar] é diferente, o paciente pode ir embora amanhã, mas existe também uma previsibilidade. Tem paciente que eu sei que não vai embora amanhã, a não ser que o



moleque<sup>1</sup> morra, mas a chance dele morrer é muito pequena porque já está no Alcon<sup>2</sup>.

Macla, como já foi dito, usa o que o sujeito traz no seu discurso como instrumento. O discurso religioso é recorrente no ambiente hospitalar. Talvez seja pelo caráter de desamparo existencial inerente à condição humana (SIMONETTI, 2004), mas fato é que Macla percebe que é esse discurso que estrutura e ampara a grande maioria dos pacientes que atende/atendeu. Em uma de nossas conversas Macla diz assim: “Deus é desse tanto estruturante” e cita um exemplo de que quando o sujeito perde tudo, perde suas posses, fica desamparado, esse sujeito procura alguém em quem confia para ter suporte, abrigo. De igual modo, o sujeito em sofrimento vê em sua religião, em sua prática religiosa o suporte, a confiança e o amparo necessário para conseguir se (re)estruturar.

### 3.3- RESPONSABILIZAÇÃO

Nas produções subjetivas de Macla, o cuidado e atenção com o sofrimento do outro pauta suas intervenções. Quando percebe que o sujeito em atendimento traz em sua fala algum indício que não esteja se responsabilizando frente aos acontecimentos que lhe sobrevieram ela tenta trazê-lo para essa posição de compromisso. Fato acontece tanto na clínica como no contexto hospitalar.

É esse aspecto da religiosidade do que Deus quis... blá...blá... é ... Agora, uma coisa que ela<sup>3</sup> mesmo pontuou e eu concordei com ela: às vezes esse paciente e como “porque Deus quis isso” e ele nunca vai fazer uma investigação genética e aí ele tem 1,2,3, 10 filhos que ele perde ou que vem, né, com alguma deficiência porque ela não vai para um tratamento ‘porque Deus quis’, né. E a gente precisa trabalhar com esse paciente - sem invalidar a crença dele - porque essa crença ela está sendo estruturante em vários outros aspectos, que é aquilo que você falou, mas conseguir trabalhar de forma que **ela torne essa parte disfuncional funcional.**[grifo meu]

Entendo a preocupação de trazer a responsabilização das escolhas para o sujeito, também é importante salientar que as concepções religiosas não se fundam

<sup>1</sup> Como afirmado anteriormente, Macla trabalha em uma UTI-Neonatal.

<sup>2</sup> Alojamento Conjunto: enfermaria conjunta para a aproximação, o mais precocemente possível, entre a mãe e o bebê para fortalecer o vínculo afetivo.

<sup>3</sup> Macla se referia a uma médica com quem ela discutiu um caso da UTI-NEO.

sempre na responsabilidade individual. Anteriormente mencionei o fato da fala e ação não terem ido à mesma direção. Percebi que há uma contradição sobre o que é disfuncional e para quem. Aqui, não procurar causas genéticas é disfuncional com base na concepção de Macla, mas talvez não seja para o sujeito. Entendo que pode haver a questão de não assumir a responsabilidade pela situação, mas que nem sempre é vista assim pelo sujeito. É nesse ponto que eu penso que a particularidade, a singularidade da vivência religiosa, os aspectos subjetivos e culturais da sua prática são ignorados, ou pouco compreendidos, ao mesmo tempo em que a concepção técnico-científica de mundo é naturalizada. Neste contexto, profissionais como Macla fazem uma equivalência entre o discurso sobre “a vontade de Deus” e a recusa a ser sujeito e responsabilizar-se pelas situações. Desconstruir isso baseado no que considera disfuncional é ignorar algo que é central na vida da paciente. Acredito também que muitas vezes o sujeito vai usar de todos os recursos que a medicina oferecer, vai aderir ao tratamento médico ou mesmo submeter-se à interpretação médica porque é funcional ou até mesmo a única alternativa sensata.

Você pode, por exemplo, ter uma mãe que traz um discurso de que ‘é o que Deus vai querer’, ‘é o que Deus deseja’, ‘vai querer’, ‘vai designar’, ‘que é o que vai ser melhor’, mas ela aí está assim: ‘está nas mãos de Deus’ eu fico deitada na minha cama de meia noite a meia noite, né, eu não vou, não faço nada, ‘está nas mãos de Deus’. A gente vê muito isso não só no hospital, mas como na própria clínica, uma passividade porque está nas mãos de Deus, e aí de novo, né, eu vou trazer um discurso dentro da religião para trabalhar a responsabilização desse paciente.

Existe uma preocupação de Macla frente a uma passividade do sujeito que é camuflada pelo discurso religioso. Há um cuidado em chamar esse sujeito e implicá-lo em suas escolhas, em tirá-lo de uma posição de assujeitamento e fortalecê-lo para enfrentar a vida, o sofrimento, a dor, a angústia, suas escolhas por mais difícil que isso seja. Esta associação entre o discurso religioso e passividade parece uma visão estreita de religiosidade que considera apenas como instrumento de assujeitamento, esquecendo que justamente a religião pode ser uma forma de conseguir mais elementos de enfrentamento da dor, angústia. Além disso, a religião é uma escolha e desconsiderar isso é desconsiderar o sujeito e considerá-lo incapaz de livre arbítrio de escolher.

Também gostaria de chamar atenção a outro fator ligado à responsabilização. O discurso religioso pode ocultar um estado de negação frente ao sofrimento que,

geralmente, aparece no contexto hospitalar com mais intensidade. Vale lembrar que a pessoa não faz isso propositadamente e que essa negação não é total ou mesmo permanente (SIMONETTI, 2004). Mas é uma situação que deve ser trabalhada para que o sujeito consiga verbalizar e elaborar essa angústia em decorrência do seu sofrimento. Ainda segundo esse autor, é uma posição que deve ser respeitada e, portanto, não confrontada a qualquer preço. Na sua prática, Macla relata:

Eu sempre vou ter uma preocupação se esse discurso de fato está fazendo com que essa mãe ignore as condições do bebê ou não. Só que o que eu percebi na minha prática clínica dentro da UTI-Neo durante todos esses anos é que essas mães sabem da gravidade do bebê. Eu já tive mãe que não sabia? Já. Eu já tive sim, que ela negava. Então eu preciso investigar isso, tá, eu preciso ter uma "segurança" de como essa mãe vê o caso clínico do bebê diante da questão da religiosidade. Porque, às vezes, essa religiosidade está acobertando uma negação do estado do bebê e eu preciso trabalhar isso com ela, tá. Mas o que eu vejo é que essas mães dos bebês inviáveis<sup>4</sup>, elas sabem. A gigantesca maior parte delas sabe.

Para trabalhar a questão da responsabilização tendo como pano de fundo o discurso religioso, Macla utiliza-se de uma história<sup>5</sup> por ser um recurso didático e que se torna bem concreta para o sujeito.

Então, quando a pessoa ela tem esse discurso de que **“está na mão de Deus”**, né, **que é um discurso de pouca responsabilização**, quando eu percebo pouca responsabilização, eu gosto de contar essa história porque ela é muito ilustrativa, muito palpável para o paciente. **E, assim, eu ignorei a religião? Não, cara, eu usei como instrumento de trabalho e porque aquilo para ela é importante.**  
[grifo meu]

A confiança em Deus – “está na mão de Deus” – pode apresentar diferentes configurações e sustentar diferentes posturas diante do sofrimento, que não necessariamente são de passividade ou desresponsabilização, embora Macla já conceba como sendo de pouca responsabilização. E, talvez por isso, a religião foi usada como instrumento de trabalho.

Creio que pode ser válido se isso está beneficiando o sujeito, mas ao mesmo tempo sinto um incômodo que nesse momento a religiosidade do sujeito tenha sido

<sup>4</sup> Recém-nascidos com grande probabilidade de óbito.

<sup>5</sup> Uma história sobre “Deus vai me salvar” que relata a inundações de uma cidade e que a pessoa recusa todos os meios de transporte para se salvar e acaba por morrer e quando se encontra com Deus ela reclama que Ele não a salvou ao que Ele responde: mandei-lhe uma canoa, um barco e um helicóptero... O que mais gostaria que eu fizesse?

apropriada apenas como um instrumento e que a escuta não tenha sido uma oportunidade para refletir quais as construções de sentidos que a prática de sua religião permite. Esta segunda possibilidade é o que propõem Bizerril e Neubern (2012) ao formularem um diálogo entre antropologia e psicologia acerca da questão religiosa.

As expressões subjetivas de Macla aqui analisadas me permitiram perceber, em vários momentos, consonância com as recomendações de autores que tem apontado a necessidade de sensibilidade cultural à religiosidade de pacientes, visto serem um aspecto relevante de suas experiências.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer de todo trabalho houve uma série de pontuações que teve como centro o sujeito e a singularidade da experiência dos processos e fenômenos vividos por ele. No estudo realizado por Rabelo et al. (2002) foi possível apreender a particularidade de cada sujeito com sua vivência religiosa e como isso possibilitou aos sujeitos uma resignificação do seu sofrimento, ainda que inseridos no enquadre proposto pela religião específica que praticam. Para nós, profissionais, leva-nos a necessidade de perceber o sujeito em sua plenitude e o seu sofrimento – qualquer que seja ele – não de forma abstrata, mas como uma experiência que o sujeito viveu (CANESQUI, 1994).

Enquanto realizava o meu estágio, percebi que há uma diferença gigantesca quando você tem o conhecimento um tanto abstrato do sofrimento, por exemplo, a dor da perda de um bebê. Mas totalmente diferente é quando você atende essa mãe e o sofrimento dela é tão palpável, é intenso de tal forma que você é profundamente tocada por ele. Nesse ponto é que avalio que a nossa intervenção e nosso olhar para esse sujeito muda. Muda no sentido de que parece estarmos mais atentos às suas palavras, ao seu discurso e vemos que é uma das muitas expressões desse sujeito e nos colocamos disponíveis para tentar compreender os sentidos e significados que constituem sua configuração subjetiva. E, acredito, que isso nos leva a ter uma intervenção que considera a história única desse sujeito que é complexo assim como todos os fenômenos vividos por ele. Essa é a hora em que deixamos o *a priori* da teoria, do método e da técnica para considerar em primeiro plano as construções de sentidos desse sujeito.

Percebi na produção dessa pesquisa que o discurso trazido nos dois contextos da prática psicológica (clínica e hospital), no caso de Macla, o consultório aparece como mais favorável a considerar a singularidade, as construções de sentido da religião para o sujeito, a contrário do hospital. Talvez seja por ter tantos impeditivos externos e o próprio tempo de permanência no hospital. Talvez também se deva a uma definição um tanto estereotipada do espaço da clínica, como equivalente de consultório.

Não que na clínica não aconteça do discurso religioso ser usado como instrumento, mas pareceu que o ambiente hospitalar se torna mais propício para que isso aconteça. Mesmo não sendo possível garantir, uma vez que as pessoas são diferentes e vivenciam suas experiências de forma singular, acredito que quando o discurso é usado como instrumento, eventualmente, há possibilidade de um afastamento daquilo que o sujeito construiu de significativo para si. Apesar de toda aparência de valorização e compreensão das construções do sujeito, de apreensão da sua singularidade e de como esse discurso produz sentido para ele e como constitui sua configuração subjetiva quando olhado mais de perto, com um olhar mais apurado, percebe-se que não houve condições para entender o que significa para o sujeito a sua prática e o seu discurso. Usado como instrumento, o discurso religioso está longe dos sentidos subjetivos ligados à prática religiosa do sujeito. Se, como afirma González Rey (2005c), a linguagem está carregada de sentido subjetivo e nela transparece emoções complexas do sujeito e também, simultaneamente, pode gerar novas emoções, quando o discurso religioso é reduzido a instrumento pode ser que seja tirada a oportunidade para criar condições de geração de novos sentidos subjetivos. Talvez como alternativa a ignorar, patologizar ou à suposição que o discurso religioso é apenas expressão de passividade seja que nós, profissionais, possamos ser o facilitador que cria condições para que o sujeito se veja como alguém é parte fundamental na construção que envolve toda a sua história, crenças, mitos, cultura.

Assim como tem sido um desafio abarcar o discurso religioso, as experiências religiosas que o sujeito traz, observei que o mais desafiador tem sido fazer isso dentro do contexto hospitalar sem perder os processos de produção de sentido e suas diversas formas de organização para o sujeito. Compreendo todo o movimento que existe no hospital, que o *timing* é outro, que o atendimento, geralmente, é breve e focal, que há demandas pragmáticas que incidem sobre a atuação do profissional de psicologia. Mas, ainda assim, acredito na relevância de estabelecer uma relação mais dialógica entre as exigências da atividade profissional e as demandas dos sujeitos, respeitando sua natureza multidimensional e evitando intervenções reducionistas.

Não estou aqui para julgar se estas intervenções são corretas ou não. Mas trazer essas questões para a reflexão e debate, pois assim há mais condições de

apontar possíveis caminhos. Sei que no momento em que o sujeito está ali na sua frente angustiado é de grande valia, a intervenção que possibilita ao sujeito o escoamento daquilo que o faz sofrer. Contudo, lembro que se contextualizarmos suas experiências poderemos atuar mais criticamente e esse sujeito terá a possibilidade de integrar melhor os diversos aspectos da sua vida.

Atenta às considerações de Bizerril e Neubern (2012) sobre a religião como criadora de realidades nas vidas dos sujeitos, considero que a aproximação ao discurso religioso em termos de sua funcionalidade é um posicionamento um tanto limitado. O que observei que é dada relevância à função do discurso religioso, ao que é disfuncional, mas não sobre o impacto desse discurso de forma concreta. Pareceu-me, em alguma medida, um lugar distanciado que o profissional assume da experiência do sujeito. No entanto, notei que há uma tentativa real, válida em considerar o sujeito em toda a sua complexidade, em validar a emoção, o sofrimento, a angústia que o acomete. Embora não seja suficiente, já é um começo, uma alternativa ao descaso ou à patologização da religiosidade, ainda tão comuns na clínica.

Constatai também haver pouco diálogo com as outras esferas do conhecimento. Ainda que se saiba a necessidade desse diálogo entre as diversas disciplinas e da apropriação desse conhecimento, a prática do psicólogo parece restringir aos aspectos psíquicos, à dinâmica de funcionamento, ao que é funcional ou não e tende-se a perder a complexidade do ser humano e que uma visão advinda apenas de uma área do conhecimento não é capaz de entender. Não percebi a apropriação das contribuições da sociologia, antropologia, filosofia para compreensão do sujeito, do seu espaço e para entender o discurso religioso. Talvez, a área que mais os psicólogos tem se apropriado seja da psiquiatria. Isto leva a ponderar sobre a formação acadêmica e sobre a atuação profissional em psicologia, um campo no qual, apesar de avanços e debates interdisciplinares recentes, para seguir ainda muito autorreferido e pouco sensível à dimensão cultural da vida subjetiva.

Por fim, necessitamos ter como pano de fundo uma formação ampla e um posicionamento teórico e profissional mais aberto à incorporar as contribuições das áreas afins para evitarmos perder tanto a multidimensionalidade do ser humano e sua complexidade e também para romper com o paradigma que o sujeito é separado do

social para termos condições de lidar com o aspecto religioso e com contradições humanas, primeiro em nós e depois nos outros.

Há muito que se pesquisar, há muito mais desdobramentos do que os que aqui foram considerados. Tomo como norteador para futuras reflexões e para a minha prática profissional, a recomendação de Maurício Neubern (2012, p. 177-178):

*O conhecimentos psy não pode nem deve buscar se arvorar na condição de único saber viável e confiável para a explicação das vivências espirituais das pessoas, mas apenas se constituir como um campo fértil de diálogo entre formas de saberes diferentes.*

Quanto aos subsídios que propus apresentar para uma intervenção mais sensível à religiosidade, considero que o contato com a própria espiritualidade/religiosidade facilitam que a sua escuta seja mais sensível e acolhedora para o discurso religioso do outro. Também acredito que é preciso deixar o *a priori* da teoria, do método e da técnica para conseguir compreender o sujeito e por fim, e não menos importante, considerar em primeiro plano as construções de sentidos do sujeito. Além disso, alguma familiaridade com a diversidade religiosa brasileira, como tem sido apresentada pela literatura de ciências humanas, poderia propiciar uma escuta mais qualificada, produtiva e menos preconceituosa.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLETI, Mario. Novas formas da religião numa cultura plural, à luz da psicologia e da psicanálise. In: **Religiosidade e cultura contemporânea: desafios para a psicologia**. Brasília: Universa, 2012, p. 99-139.

ALVES, Rubem. **O que é religião?** 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

ANCONA-LOPEZ, Marina. Religião e psicologia clínica: quatro atitudes básicas. In: MASSIMI, Marina e MAHFOUD, Miguel (Orgs.). **Diante do mistério: psicologia e senso religioso**. São Paulo: Loyola, 1999, p. 71-86.

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade?** Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental. 2003. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BIZERRIL, José; NEUBERN, Maurício. Experiência religiosa e subjetividade no contexto contemporâneo: diálogo entre psicologia e antropologia. In: FREITAS, Marta Helena de e PAIVA, Geraldo José de (Orgs.). **Religiosidade e cultura contemporânea: desafios para a psicologia**. Brasília: Universa, 2012, p. 231-260.

\_\_\_\_\_, José. Dilemas Classificatórios: Fronteiras entre a Experiência Religiosa e a Psicopatologia. In: FREITAS, Marta Helena de, PEREIRA, Ondina Pena (Orgs.). **Vozes do Silenciado: estudos nas fronteiras da filosofia, Antropologia e Psicologia**. Brasília: Universa, 2007, p. 129-152.

BUCHER, Richard. **A psicoterapia pela fala: fundamentos, princípios, questionamentos**. 3 reimpressão. São Paulo: EPU, 1989.

CANESQUI, Ana Maria. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In ALVES, Paulo César, MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.13-32.

CARVALHO, José Jorge de. A religião como sistema simbólico. Uma atualização teórica. **Fragmentos de Cultura**, v. 11, n. 1, p. 33-54, 2001.

\_\_\_\_\_. O encontro de velhas e novas religiões: esboço de uma teoria dos estilos de espiritualidade. In: MOREIRA, Alberto; ZICMAN, Renée. (Orgs.). **Misticismo e novas religiões**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 67-98

CARVALHO, Edgar de Assis. **Edgar Morin**. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=sonyeGOKUQk&hd=1>. 2006. Acesso em 21 maio 2013.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CSORDAS, Thomas J. **Corpo/significado/cura**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

CORDIOLI, Aristides Volpato; GIGLIO, Larriany. Como atuam as psicoterapias: as agentes de mudança e as principais estratégias e intervenções psicoterápicas. In: CORDIOLI, Aristides Volpato (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 42-57.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Frank (1999) O que é a psicoterapia? In: BLOCH, Sidney (Coord.). **Uma introdução às psicoterapias**. Lisboa: Climepsi Editores, 1999, p. 21-39.

FREUD, Sigmund. **O futuro de uma ilusão**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GEERTZ, Clifford. Descrição Densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989, p.13-41.

GAARDER, Jostein; HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry. **O livro das religiões**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **O Social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_, Fernando. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005a.

\_\_\_\_\_, Fernando. **Pesquisa qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005b.

\_\_\_\_\_, Fernando. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

\_\_\_\_\_, Fernando. **Sujeito e Subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005c.

\_\_\_\_\_, Fernando. O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. In: GONZÁLEZ REY, Fernando (Org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005d. p. 27-51.

JULIEN, Philippe. **A psicanálise e o religioso**: Freud, Jung, Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

KOVÁCS, Maria Júlia. Espiritualidade e psicologia – cuidados compartilhados. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 246-255, abr./jun. 2007.

LAX, William. O pensamento pós-moderno na prática clínica. IN: MCNAMME, Sheila e GERGEN, Kenneth (Orgs.). **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 86-105.

MAHFOUD, Miguel. Reflexões. In: PAIVA, Geraldo José de (Org.). **Entre necessidade e desejo**: diálogos da psicologia com a religião. São Paulo: Loyola, 2001. p. 79-89.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Magia, Ciência e Religião**. Lisboa: Edições 70, 1978.

MAUSS, Marcel. Relações Reais e Práticas entre a Psicologia e a Sociologia. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003, p. 315-344.

MARTÍNEZ, Albertina Mitjans. A teoria da subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. In: GONZÁLEZ REY, Fernando (Org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005. p. 01-25.

MERVAL, Rosa. **Psicologia da Religião**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Casa Publicadora Batista, 1979.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_, Maria Cecília de Souza. Representações da cura no catolicismo popular. In ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.57-71.

\_\_\_\_\_, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, Suely Ferreira e MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 61-77

MORIN, Edgar. A noção do sujeito. In SCHNITMAN, Dora Fried (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996a. p.45-55.

\_\_\_\_\_, Edgar. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN, Dora Fried (Org.). **Novos Paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996b. p. 274-286.

\_\_\_\_\_, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

\_\_\_\_\_, Edgar. O complexo pensamento de Edgar Morin. In: JÚNIOR, Maurício Silva. **Palestra na Fafich**. Disponível em: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1203/pag5.html> Acesso em 21 maio 2013.

\_\_\_\_\_, Edgar. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEGA, Alfredo; ALMEIDA, Elimar Pinheiro de (Orgs.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. p. 21-34.

NEUBERN, Maurício da Silva. O que significa acolher a espiritualidade do outro? Considerações de uma clínica *ethnopsy*. In: FREITAS, Marta Helena de; PAIVA, Geraldo José; MORAES, Célia Carvalho de (Orgs.). **No mundo ocidental contemporâneo**: desafios da interdisciplinaridade. Taguatinga: Universa, 2012. p. 145-183.

PAIVA, Geraldo José de. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 24, n. 1, p. 99-104, jan./ mar. 2007.

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

RABELO, Míriam Cristina Marcilio; MOTTA, Sueli. Ribeiro; NUNES, Juliana. Rocha. Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo. **Religião e Sociedade**. Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 93-121, jun. 2002.

SAMPAIO, Jáder dos Reis. Experiência numinosa e “confissões de fé” em Carl G. Jung. In: MASSIMI, Marina e MAHFOUD, Miguel (Orgs.). **Diante do mistério: psicologia e senso religioso**. São Paulo: Loyola, 1999, p. 163-171.

SCHNITMAN, Dora Fried. Introdução: ciência, cultura e subjetividade. In: \_\_\_\_\_, (Org.). **Novos Paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 09-21.

SEGATO, Rita L. A célula violenta que Lacan não viu: um diálogo (tenso) entre a Antropologia e a Psicanálise. **Clinamen**. Florianópolis, v. 2, p. 121-151, 2003.

SILVA, Giselle de Fátima. **Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer**. 2008. 164f. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

VAISBERG, Tânia Maria José Aiello. Terapias psicológicas e religião: um debate atual. In: PAIVA, Geraldo José de e ZANGARI, Wellington (Orgs.). **A representação na religião: perspectivas psicológicas**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 347-352.

VERGOTE, Antoine. Processos psicológicos – vergonha, sentimento de culpa – e sentimento bíblico do pecado em particular em Romanos 7. In: PAIVA, Geraldo José de (Org.). **Entre necessidade e desejo: diálogos da psicologia com a religião**. São Paulo: Loyola, 2001. p. 127-157.

VERGOTE, Antoine. Reflexões. In: PAIVA, Geraldo José de (Org.). **Entre necessidade e desejo: diálogos da psicologia com a religião**. São Paulo: Loyola, 2001. p. 103-115.

## ANEXO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Psicologia e Discurso religioso: um diálogo possível?  
Reflexões sobre a compreensão da linguagem religiosa no contexto da escuta  
clínica**

**Centro Universitário de Brasília – UniCEUB**

**Professor(a) orientador(a)/Pesquisador responsável: Prof. Dr. José Bizerril**

- Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.
- 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.
- 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 específico deste estudo é propor estratégias para escuta dos discursos religiosos em contexto psicoterápico
- Você está sendo convidado a participar exatamente por cumprir os requisitos de seleção da amostra do estudo.

#### **Procedimentos do estudo**

- Sua participação consiste em relatar/descrever sua prática profissional em contexto de saúde.
- O procedimento é descrever como é a sua atuação com o paciente.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo, nem filmagem e foto para realização deste experimento.

**Riscos e benefícios**

- Este estudo não possui riscos ou desconfortos.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.
- Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre o trabalho do psicólogo frente ao discurso religioso do paciente.

**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.
- O material com as suas informações ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora associada Raquel Alves Trindade com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade.
- 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.

Eu, \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Participante

---

Prof. Dr. José Bizerril 61-3966.1475

Pesquisador responsável

---

Raquel Alves Trindade 61-9303.3937

Pesquisadora associada

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, com o código 248.812/2013 em 19/04/13, telefone 3966.1511, e-mail [comitê.bioetica@uniceub.br](mailto:comitê.bioetica@uniceub.br)