

**DISCURSOS DE USUÁRIOS DE CAPS SOBRE PRÁTICAS
TERAPÊUTICAS E RELIGIOSAS**

*DISCURSOS DE USUARIOS DEL CAPS SOBRE LAS PRÁCTICAS
TERAPÉUTICAS Y RELIGIOSAS*

SPEECHES OF CAPS USERS ON THERAPEUTIC AND RELIGIOUS PRACTICES

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p302>

Halline Iale Barros Henriques

Centro Universitário do Vale do Ipojuca, Caruaru/PE, Brasil

Pedro de Oliveira Filho

*Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande/PB; Universidade Federal de Pernambuco,
Recife/PE, Brasil*

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a construção discursiva das relações entre práticas terapêuticas e religiosas de evangélicos usuários de CAPS I e CAPS II da cidade de Campina Grande-PB. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, tendo como respaldo teórico-metodológico a abordagem da Psicologia Social Discursiva. Para tanto, foram realizadas oito entrevistas narrativas e uma roda de conversa com oito usuários. Percebeu-se a relação entre a procura pelo sistema biomédico e a busca por serviços religiosos. Analisou-se que não somente os CAPS fundamentam o cuidado com o sofrimento psíquico, mas também os espaços religiosos. Considera-se que há necessidade da construção e invenção de novas práticas em saúde mental, sendo preciso a promoção de encontros entre os campos psi e os saberes religiosos, assim como a reflexão sobre as articulações possíveis entre eles, na tentativa de se atender aos anseios e significados, engendrados pelos usuários dos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: discurso; religião e saúde mental; igreja pentecostal.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la construcción discursiva entre las prácticas terapéuticas y religiosas de personas evangélicas, usuarios del CAPS I y CAPS II de la ciudad de Campina Grande-PB. Set trata de una investigación cualitativa, con el apoyo teórico y metodológico del enfoque de la Psicología Discursiva Social. Para ello, realizamos ocho entrevistas narrativas y un círculo de conversación con ocho usuarios. Percibimos la relación que existe entre la demanda de sistema biomédico y la búsqueda de servicios religiosos. Analizamos, que no sólo en los CAPS se prioriza la atención al sufrimiento psíquico, sino también en los espacios religiosos. Se considera que existe la necesidad de la construcción y la invención de nuevas prácticas en materia de salud mental y que esto requiere de la promoción de encuentros entre campos psi y los saberes religiosos, así como reflexionar sobre la posible conexión entre ellos, en un intento de responder a las necesidades y significados engendrados por los usuarios de los servicios de salud mental.

Palabras clave: discurso; religión y salud mental; iglesia pentecostal.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the discursive construction of the relationship between therapeutic and religious practices of evangelicals that use services of CAPS I and CAPS II at Campina Grande-PB. This is a qualitative research based on the Discursive Social Psychology theoretical-methodological approach. Therefore, we performed eight narrative interviews, as well as conversation circles with eight users. It was noticed a relation between demand for a biomedical system and the searching for religious services. We analyzed that not only the CAPS services provides care to psychological distress, but religious spaces also. Considering that there is a need for construction and invention of new practices in mental health, it becomes necessary to promote a meeting between Psychology fields with religious knowledge, as well as a reflection on the possible links between them, in an attempt to meet the desires and meanings of mental health services users.

Keywords: speech; religion and mental health; pentecostal church.

Introdução

O Brasil encontra-se entre alguns países pioneiros na construção de uma reformulação das práticas psiquiátricas, sendo fortemente influenciado pelos movimentos da antipsiquiatria e da tradição inaugurada por Basaglia, na Itália.

Amarante (2003, 2007) discute estratégias e dimensões do campo da reforma na saúde mental e atenção psicossocial. Para tanto, atualiza a reforma psiquiátrica brasileira a partir de quatro dimensões: epistemológica ou teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-político e sociocultural.

A primeira diz respeito ao campo do saber/fazer psiquiátrico-psicológico, na sua produção de conhecimento, fundado em um contexto epistemológico em que a realidade era considerada um dado natural. A título de ilustração, cabe mencionar os conceitos elaborados e frequentemente utilizados como: doente mental, normalidade/anormalidade; isolamento, terapêutica e cura, dentre tantos outros. Todavia, com a prática da desinstitucionalização, há uma “superação” paradigmática, no tocante ao contexto discursivo acerca da loucura e do sofrimento humano.

A segunda dimensão explora questões relativas ao que atualmente se refere ao cuidado, lugares de acolhimento, de trocas sociais, mas, que, no modelo assistencial clássico, encontrava-se calcado na tutela, custódia, disciplina e vigilância. A terceira deriva das correlações da loucura à periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade civil em que o “doente mental” era considerado um sujeito desprovido de direitos.

Por fim, o quarto campo reflete os reais objetivos dessa reforma, tratando-se de uma dimensão estratégica, que promove a transformação do lugar social da loucura e sua relação com a sociedade. Exemplos deste processo é o dia Nacional da Luta Antimanicomial; as associações de usuários e familiares, rádios comunitárias, dentre tantos outros movimentos e eventos socioculturais.

Entretanto, é válido ressaltar, de acordo com Alverga e Dimenstein (2006), que, em meio aos avanços, a reforma psiquiátrica no Brasil apresenta muitos desafios e impasses na gestão em saúde mental para o cuidar em liberdade, em especial, a constituição dos serviços substitutivos em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A mola propulsora dos novos serviços de saúde mental é que estes devem ser entendidos como

estratégia de reorganização da assistência na promoção de políticas públicas de saúde. Para Amarante (2007), mais do que inovadores, os serviços de saúde mental precisam ser inventados. Dessa forma, a verdadeira desinstitucionalização constitui-se em um processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções.

Conforme o referido autor, este campo não pode ser reduzido às psicopatologias, ao estudo e tratamento de doenças mentais, pois envolve uma complexa rede de saberes e sentidos que não condizem com uma verdade única e definitiva, mas com outros conceitos como transversalidade de saberes, refletividade, complexidade, dentre outros.

Estarão tais serviços desempenhando tal papel? Ou podemos falar em incompletude de práticas que necessitam de novos espaços para que a perspectiva da reforma psiquiátrica possa de fato se efetivar?

Por outro lado, há um avanço crescente, no meio neopentecostal, de instituições que utilizam práticas propriamente religiosas, como oração e doutrinação, para obter objetivos terapêuticos, a “cura” do sofrimento psíquico e de males orgânicos de diferentes tipos e origens.

Segundo Dalgalarro (2008), as igrejas neopentecostais são caracterizadas como verdadeiros “prontos-socorros espirituais”, uma vez que elas se propõem a “curar” as variadas situações que provocam sofrimento psíquico, tais como: “Depressão, angústia e desespero pessoal, alcoolismo e violência dos maridos, usos de drogas e envolvimento com criminalidade dos filhos adolescentes, chegando até a felicidade conjugal e a prosperidade da família” (p. 122).

Estudo realizado por Souza, Próchino, Paradvini e Gonçalves (2008) analisou algumas relações entre as transformações socioculturais ocorridas na contemporaneidade e a demanda de cura nas igrejas neopentecostais. Os autores apontaram a demanda de cura como um dispositivo, ou campo de força agenciador de processos ou modos de subjetivação.

Mariano (2004) enfatiza que os modos de subjetivação são operacionalizados por duas teologias: a Teologia da Prosperidade, com sua ênfase no papel da fé na prosperidade econômica dos fiéis, e a Teologia do Domínio. Esta última refere-se ao universo simbólico de batalhas contra os demônios, presentes nas vidas dos fiéis, universo em que é central a crença de que tais demônios têm a força de promover verdadeiras destruições nas diversas dimensões da existência humana.

Além da busca pela igreja para aliviar ou solucionar os problemas, outro fator que direciona os seguidores à procura por serviços religiosos são as situações nas quais as pessoas se encontram “desenganadas” pela medicina oficial, quando os sintomas já não desaparecem com o uso de medicações.

Guareschi (1995) identifica algumas práticas consideradas terapêuticas presentes em cultos marcados pela mobilização das emoções. O uso de recursos, como músicas, danças, gestos, dentre outros, compõe estratégias de envolvimento para este público, gerando momentos de “catarse” e alívio espiritual coletivo.

Maia (2009)¹ e Rabelo (1993), em estudos diferentes, analisaram a busca de pessoas em sofrimento psíquico por tratamentos médicos e religiosos. Comparando esses estudos, identificaram-se percursos terapêuticos contrários.

O primeiro analisou o discurso de clientes que já se submeteram à psicoterapia e/ou tratamento psiquiátrico, mas que optaram pela cura em terreiros de Umbanda, no município de Campina Grande/PB. Esse estudo evidenciou que os entrevistados se consideravam curados por meio de um tratamento espiritual. Afirmavam ainda que a medicina tradicional não produzia resultados satisfatórios, em casos como os seus, e que os próprios médicos sugeriam a busca por um acompanhamento espiritual para esses casos que tinham mais relação com a espiritualidade do que com o orgânico ou com o psicológico. Os sujeitos da pesquisa usaram expressões como “cirurgia espiritual” e repetiram exaustivamente a afirmação de que os pais, ou mães-de-santo, salvavam vidas, para legitimar a opção pela cura em terreiros de Umbanda (Maia, 2009).

O segundo estudo descreveu como visões de mundo e projetos de cura de diferentes cultos são incorporados no cotidiano de doentes e familiares. Os participantes da pesquisa adotaram diferentes estratégias, que modificavam a maneira pela qual o doente, a família e a comunidade percebiam o problema.

Rabelo (1993) realizou um estudo de caso, que relata a importância de cultos religiosos, enquanto agências terapêuticas entre as classes populares urbanas. O caso descrito revela um percurso terapêutico multifacetado, que se inicia em serviços psiquiátricos, e passa por casas de candomblé, igrejas pentecostais e centros espíritas, resultando em diferentes maneiras de entender e tratar a doença.

A autora concorda com Lévi-Strauss, no tocante à função que os símbolos religiosos assumem para o sujeito e a comunidade. A esse respeito, Lévi-Strauss

(1970) nomeia a “eficácia da magia” como um processo de cura que não acontece somente a partir do doente, mas se estabelece através da percepção coletiva de como ocorre a cura.

Rabelo (1993) acrescenta, ainda, que a cura envolve um processo, que ela chama de “negociação”, o qual se desenvolve entre os símbolos religiosos e as práticas sociais. Em suas palavras:

A cura não é o resultado direto de medidas terapêuticas, realizadas ao interior do culto, mas uma realidade por vezes bastante frágil que precisa ser continuamente negociada e confirmada no cotidiano do doente e dos membros de suas redes de cuidado e apoio. (p. 317)

A diferença entre o estudo de Rabelo (1993) e a pesquisa de Maia (2009) é que, naquele, as terapias religiosas não implicaram no abandono do tratamento médico, de forma que os especialistas religiosos concordaram quanto à necessidade de tratamento paralelo com os médicos. O desfecho do estudo de Rabelo (1993) culminou com o abandono das práticas religiosas e o sucesso do tratamento psiquiátrico pelos usuários, enquanto que no estudo de Maia (2009) houve o processo inverso, ou seja, ocorreu o abandono do tratamento psiquiátrico pelos participantes da pesquisa e a preferência desses por tratamentos espirituais.

Os referidos estudos indicam uma crescente procura das pessoas por serviços religiosos, especificamente os de caráter evangélico, em busca de solução para o sofrimento psíquico. Tais instituições suscitam uma demanda que é potencializada pela experiência da fé, por um lado, e pelos imperativos éticos, por outro, que limitam e moldam as condições para o processo de subjetivação de seus seguidores.

Nesse sentido, a partir da observação da crescente procura de pessoas por serviços religiosos, especificamente os de caráter evangélico, em decorrência da pouca resolutividade dos serviços de saúde mental instituídos, e mediante a necessidade de realização de pesquisas científicas sobre religiosidade e saúde mental com foco nos discursos dos usuários dos serviços de saúde, observou-se a importância de se realizar um estudo a respeito do significado das práticas religiosas para usuários de serviços de saúde mental.

Passou-se a questionar se os usuários desses serviços constroem práticas religiosas que têm sido acolhidas ou práticas que têm sido negadas nesses espaços? Nesse aspecto, o presente estudo objetivou analisar os discursos de evangélicos usuários de CAPS I e CAPS II da cidade de Campina Grande-PB sobre as relações entre práticas terapêuticas e religiosas no interior desses serviços.

Método

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, tendo como base teórico-metodológica a abordagem da Psicologia Social Discursiva, perspectiva em que os discursos são vistos, fundamentalmente, como formas de ação social.

De acordo com Potter e Wetherell (1987), são muitas as questões de pesquisa quando se trabalha com o campo discursivo, mas, para todas elas, o pesquisador deve entender o discurso como um potente meio orientado para a ação, e não como um mero canal de informação. É importante levar em consideração o modo como o discurso é organizado e que efeitos são produzidos por ele.

Dentre os princípios teóricos da Psicologia Social Discursiva, destacam-se o interesse em como as pessoas constroem a “realidade”, bem como a função que a linguagem assume nessas construções. É pensando em tal questão que se desdobram três temas básicos que norteiam esta perspectiva: a orientação funcional da linguagem; a construção e a variabilidade (Potter, Wetherell, Gill, & Edwards, 1990).

Essa abordagem teórico-metodológica se constitui a partir destes três núcleos de observações sobre a natureza retórica do discurso (Potter & Edwards, 2001). Dessa maneira, o discurso também está situado retoricamente, dentro de um quadro especial argumentativo. Assim, uma descrição tem sempre, implícita ou explicitamente, uma contra argumentação, ou seja, uma forma alternativa de descrever a mesma coisa, de modo que as pessoas constroem argumentos para algo, fornecendo a justificativa de sua própria posição (Wiggins & Potter, 2008).

Tomando por base essa perspectiva, a pesquisa foi realizada nos CAPS II e CAPS III da cidade de Campina Grande-PB, tendo em vista o maior número de evangélicos usuários em tais serviços, em comparação com o número desses usuários em outros serviços existentes no município.

O procedimento da coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2011, sendo a mesma desenvolvida em dois momentos. No primeiro, foi realizada uma roda de conversa; no segundo momento, foram feitas oito entrevistas narrativas.

O instrumento da roda de conversa prioriza discussões em torno de uma temática, de modo a dar visibilidade às práticas relacionadas à interação cotidiana (Méllo, Silva, Lima, & Di Paolo, 2007). Segundo os referidos autores, a Roda de Conversa:

É um recurso que possibilita um maior intercâmbio de informações, possibilitando fluidez de discursos e de negociações diversas entre pesquisadores e participantes. Inicia-se com a exposição de um tema pelo pesquisador a um grupo (selecionado de acordo com os objetivos da pesquisa) e, a partir disso, as pessoas apresentam suas elaborações sobre ele, sendo que cada uma instiga a outra a falar, argumentando e contra argumentando entre si, posicionando-se e ouvindo o posicionamento do outro. (p. 30)

O segundo instrumento utilizado foram as entrevistas narrativas, essas foram guiadas por um roteiro com perguntas abertas, respaldadas no objetivo da pesquisa. Dentre os elementos utilizados nessa entrevista, destacam-se: “questão gerativa da narrativa”, a qual tem a finalidade de estimular a narrativa principal do entrevistado; seguida do “estágio das investigações da narrativa”, em que são completados os fragmentos da narrativa, que antes não haviam sido detalhados; e a “fase de equilíbrio”, na qual são visados relatos teóricos sobre a vivência, assim como o equilíbrio da história, neste estágio são enfatizadas perguntas abstratas, cujo objetivo é a descrição e argumentação (Flick, 2007).

O critério de inclusão dos participantes da pesquisa foi que eles compartilhassem de práticas terapêuticas e religiosas, além de frequentarem o serviço de saúde mental, como forma de tratamento para o sofrimento psíquico que apresentavam. Assim sendo, os participantes foram escolhidos, através de indicação realizada pelos psicólogos que trabalhavam nos CAPS, uma vez que esses conheciam a história de vida dos sujeitos que frequentavam os serviços. O número de participantes foi delimitado a partir do critério de ponto de saturação, como sugere Lang, Campos e Demartini (2001). Participaram da roda de conversa oito usuários, sendo cinco homens e três mulheres, e das entrevistas narrativas oito usuários, sendo um homem e sete mulheres.

A coleta dos dados das entrevistas foi realizada com o uso de aparelho de MP4, sendo as conversas áudio-gravadas, mediante a autorização prévia dos entrevistados. Já a roda de conversa foi filmada através de uma câmera fotográfica, tendo em vista possibilitar um melhor acesso às conversas, diante de maior número de participantes, como também foi registrada em aparelho de MP4, com a autorização dos participantes. Os dados foram transcritos na íntegra e submetidos à análise, tendo como referência a perspectiva teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva.

O desenho metodológico desta pesquisa foi orientado pela resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, a qual determina os

princípios éticos a serem estabelecidos. Priorizou-se por uma postura de inserção de cuidados éticos importantes, tais como: o consentimento informado, o anonimato dos participantes, e o resguardo das relações de poder abusivas na interação pesquisador e participante (Spink, 2000). A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba.

Resultados e discussão

Os resultados distribuem-se em torno de três eixos temáticos: *A busca pelos serviços médicos e religiosos; Igreja e saúde mental; O CAPS e a religiosidade.*

A busca pelos serviços médicos e religiosos

Vários pesquisadores (Bobsin, 2003; Koenig, 2007; Vieira Filho, 2005) têm mostrado a existência de percursos terapêuticos, realizados por usuários que circulam entre serviços oficiais de saúde e espaços de cuidados religiosos. Tal fato vem sendo percebido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que tem adotado, nos últimos anos, uma postura de tendência inclusiva, quanto aos serviços “alternativos” de saúde.

O itinerário entre serviços de “tratamento” e espaços de cuidados religiosos está presente na vida dos usuários de CAPS e, de modo geral, na vida de qualquer sujeito que recorre a várias opções de cuidado na busca pela “saúde”. Assim, é comum as pessoas procurarem as várias formas de religião em momentos de dor, sofrimento, doença, principalmente nas situações em que os modelos tradicionais de cuidado não dão retorno aos problemas demandados (Montero, 1985; Rabelo, 1993; Silveira, 2008).

Dois trechos da entrevista de Cícera enaltecem essa relação:

E fui curada também que... De uns dias assim... Não sei bem assim a data. Um certo dia o meu menino, o mais velho, ele se enxugando, ele estava assim secando o cabelo e ele não me viu, né, cobrindo o rosto. Quando ele fez assim com o braço, bateu com o cotovelo no meu seio. (pausa) No meu seio direito, aí tudo bem, fui para a mastologista, né? Que eu fiquei preocupada, uma pancada assim... Que doeu, na hora doeu. Aí ela disse não, isso ficou doendo porque foi a pancada, né? Ficou dolorido, né? Examinou meu seio, tudo bem... Só que essa dor com um tempo eu fui sentindo, ela era assim, tipo uma cólica! Uma cólica mesmo, né? Era aquela dorzinha, uma dorzinha incomodando do lado do meu seio. Aí na igreja também, aqui tem uma irmã que ela tá com uma enfermidade no seio dela. E essa dor não é grande não, é uma dorzinha assim...

Pouquinha. Mas logo, logo ia se agravar, ia ter que amputar o seio dela. Naquele momento eu não pensei duas vezes, eu levantei a minha mão, porque eu sabia que era eu, no momento em que eu levantei a minha mão, para glória de Deus, nunca mais eu senti aquela dor. Eu sei que o Senhor me curou e, quando Jesus cura, você... Depende da sua fé. Se você... Se foi com você aquilo ali, você não tinha que duvidar do Espírito Santo porque ele não mente. E ali para glória de Deus quando eu levantei minha mão, depois eu disse: Senhor, muito obrigada, Jesus, por saber que depois eu ia ter que amputar meu seio e eu não sabia. Aquela dorzinha, bem pequenininha, não era dor grande não. (Cícera, Igreja Deus é Amor/Só Jesus Salva)

Minha mãe foi curada também do coração. ... aquela veia do coração doía, ela também foi curada, recebeu a revelação que estava sendo curada, que Deus estava dando um coração novo a ela. Quando ela sofria do coração, ela, assim... Me sentia muito triste, né? Eu ficava preocupada porque, você sofrer do coração, tu sabe... Aí um dia ela foi revelada. Aí para, o Senhor é tão fiel que ela foi revelada novamente, duas vezes, outro dia. Aí ela pegou foi fazer, o inimigo... Aí assim, ela começou a botar no psicológico dela que estava doendo de novo. Tá entendendo? O inimigo assim, ele é assim... Ele não quer que você receba a sua benção. Quando é coisa, quando Deus faz a obra na sua vida, ele ainda quer duvidar, que você duvide, porque dúvida não é de Deus, aí minha mãe começou a dizer meu coração tá doendo de novo, tá doendo, eu vou para o médico. Mainha, o Senhor já te curou, mainha! O que é que a senhora tá duvidando? Aí ela disse: Não, mais eu vou para o médico. Vá! Resumindo, ela fez um... Outro eletro, né? Do coração e, quando ela recebeu aquele resultado do... Do... Eletro, o médico disse: a senhora tá tão bem do coração que não precisa nem tomar uma água quente! Então isso é o quê? Isso é Deus! É Deus que cura (ênfase), o mesmo Deus que curou no passado ele cura hoje! Só basta você crer. Tá entendendo? (Cícera, Igreja Deus é Amor/Só Jesus Salva)

Na primeira fala, Cícera relata a dor que tinha sentido no seio, em decorrência de uma pancada. Questiona o relato médico, o qual dizia que ela tinha apenas sofrido uma “pancada” e desenvolveu uma “dorzinha”, “pouquinha”. Por outro lado, exalta a intervenção divina, uma vez que Jesus sabia que ela tinha que amputar o seio e a curou, assim sendo, ela ressalta que não é possível duvidar da “glória de Deus”, que sabe o que ela tem (sem dúvidas) e, ainda, a cura de fato.

No discurso acima, o sistema biomédico e os serviços religiosos são avaliados e hierarquizados. O sistema biomédico não é abandonado pelo sujeito, mas é posicionado como um sistema que não responde à demanda desse, que seria pela cura.

Na segunda fala, Cícera salienta a importância da fé para que a cura aconteça, tal cura que é possibilitada apenas por Deus e que não pode ser posta em dúvida. Ela relata o caso de sua mãe, que recebeu uma “revelação” e foi curada, mas duvidou. Nesse momento, ela destaca a questão do inimigo como aquele que faz você duvidar da cura e voltar à doença.

Seu discurso ilustra bem o combate simbólico, discutido por Mariano (2004), entre a fé, as forças dos demônios, o “inimigo”, aquele que promove destruições na vida humana. Fé é essa fundamental na batalha contra o demônio, que fortalece o sujeito na luta para alcançar a cura.

Igreja e saúde mental

A religião é retratada como algo que possibilita a cura de doenças, sobretudo do corpo, mas também dos males do espírito. Assim, muitos usuários de CAPS afirmam recorrer às igrejas para aliviarem seus momentos de “crise”, como podemos observar nos discursos abaixo:

E aí eu ia para a igreja, só que eu ia de zombaria. (pausa) Só que assim, a partir do momento que eu decidi realmente (silêncio), foi numa crise, minha mãe me levou para a igreja da Universal, tudo bem, passei e eu num me sentia bem na igreja Universal, era sempre uma melancolia, era sempre (pausa) uma nostalgia que não me fazia bem. Aí, depois que minha mãe me levou uma vez na Universal, eu não continuei indo, mas o pessoal da igreja Presbiteriana, Pastor Cláudio, ele fez uma oração muito boa, e tanto que eu melhorei! (Joelma, Igreja Presbiteriana do Brasil)

Joelma relata o envolvimento com a igreja, a partir do momento em que ocorre a “crise”, antes disso a mesma ia ao local “de zombaria”. A adesão ao discurso religioso e sua prática de cura se constituiu em decorrência de um fenômeno patológico, ou seja, da caracterização de sintomas definidos pelo discurso médico-psiquiátrico. Porém, o “tratamento” da crise não é realizado nos serviços de saúde mental, fundados no conhecimento bio-médico, mas na igreja, através de “uma oração muito boa”, feita pelo pastor.

Rabelo (1993) afirma que as diferentes estratégias de interpretação da experiência, incorporadas no cotidiano de doentes e familiares, acabam por modificar a maneira pela qual o doente e a comunidade percebem o problema. Nesse sentido, as pessoas constroem um processo de negociação entre as práticas religiosas e as práticas mundanas. Desse modo, os termos do discurso médico-psicológico “crise”, “melancolia”, são utilizados com termos do discurso religioso, “oração”, numa organização discursiva que termina por legitimar

a eficácia dos cuidados religiosos, oferecidos pelas igrejas.

Aí quando chegou na Universal, aí... Tinha lá um pastor desconhecido que eu nunca tinha visto e uma meninas lá que eu também nunca tinha visto que frequentam lá, num é? Num sei se é eles que frequentam... (refere-se aos policiais que a levaram até a Igreja). Aí cheguei lá e saí do carro, aí eles fizeram uma oração pra mim. Aí como aquela coisa ruim que tinha saído, sabe? De mim... Aí... me senti bem melhor! Bem melhor mesmo! Me senti curada! Bem aliviada como se tivesse um demônio, um espírito ruim dentro de mim. Aí, quando eles oraram, aquela coisa ruim saiu. Aí pronto, aí me senti bem. (Cinthia, Igreja Assembleia de Deus)

Cinthia fala sobre “aquela coisa ruim” que sai de dentro dela como se um demônio estive dentro de seu corpo e fosse tirado de lá, a partir das orações que foram feitas na igreja. Novamente, o discurso da cura entra em cena, sendo esta realizada pela oração, a qual possibilitou que a “coisa ruim” saísse.

O relato de Cícera, abaixo, usa a autoridade do próprio saber médico-psicológico, personificado numa psicóloga do CAPS, para afirmar a superioridade do saber religioso.

E aqui, como a psicóloga mesmo diz, (pausa) não falamos de cura! Né? É apenas um tratamento, porque a cura é o Senhor que faz! A obra na sua vida. ... Porque aqui (ênfase), como eu já disse, elas falam de tratamento, mas a cura não. Porque a cura só vem do alto. E principalmente, você sabe que é... Tratamento é... É... Psiquiátrico, não é fácil, só Deus mesmo para te libertar. (Cícera, Igreja Deus é Amor/ Só Jesus Salva)

Guareschi (1995) fala acerca de algumas práticas consideradas terapêuticas, que são utilizadas nos cultos, para que se chegue à cura milagrosa. A oração pode ser tomada como um desses recursos, que funciona como estratégia de envolvimento para o público, que busca a resolução e o alívio espiritual do sofrimento que vivencia.

No que diz respeito ao diabo como causador da doença, Santos, Koller e Pereira (2004) destacam que tal ideia é difundida por várias igrejas evangélicas, que utilizam o slogan da “libertação de pessoas endemoniadas”, para discorrer sobre uma verdadeira batalha espiritual travada contra o “demônio” pela igreja, para tornar “visível” a cura dos males vividos pelas pessoas.

Esses relatos religiosos de usuários de CAPS falando de cura ou de alívio da “crise” não podem ser vistos com indiferença pelo campo da saúde mental, descrevem práticas religiosas que disseminam os

objetivos terapêuticos e atuam fortemente nesse campo, constroem um percurso em que, não somente os espaços institucionalizados para o tratamento da saúde mental, como os CAPS, são responsáveis pelo cuidado com o sofrimento psíquico. Na verdade, até veem as práticas curativas de caráter religioso como mais eficazes do que as práticas médicas e psicológicas.

O CAPS e a religiosidade

Temas referentes à sexualidade, violência, religião, política, dentre outros, são geralmente velados, negados e excluídos do cotidiano no interior dos CAPS, em seu lugar, privilegiam-se discussões em torno da clínica psiquiátrica, concentrada em conteúdos do tipo: uso de medicação, internação, crises psicóticas, atendimento clínico e especializado.

Contudo, questões básicas sobre o itinerário terapêutico e religioso, bem como seus significados, constituem experiências potencializantes do cotidiano dos usuários, que frequentam tais serviços e, além do mais, elas se estabelecem enquanto “agências terapêuticas” para essas pessoas.

Nesse sentido, uma das entrevistadas, ao ser indagada sobre como se sente ao falar de suas experiências religiosas no CAPS, menciona que:

Lana: *Eu acho que elas não vão dar credibilidade...*

Entrevistadora: *Por que você acha isso?*

Lana: *Porque eu acho que só vão me analisar, vão analisar o que eu estou falando e vão comentar e eu estou enganada, estou (ênfase) enganada?*

Entrevistada: *Você está?*

Lana: *Eu estou te perguntando, eu, eu fiz isso com você aqui! Sinceramente, você só me analisou ou você vivenciou, teve consideração por mim em algum momento... (Lana, Igreja Presbiteriana do Avivamento)*

A fala de Lana descreve as supostas intervenções patologizantes que os técnicos fazem a respeito das experiências religiosas, evidenciadas nos discursos dos usuários. Descreve também o sentimento que a usuária teria vivenciado ao perceber que de fato não era escutada com “consideração”, mas sim analisada, interpretada, e essa acusação foi direcionada não só aos profissionais de saúde mental, mas também à entrevistadora.

Os especialistas e técnicos que trabalham em serviços de saúde mental, como os CAPS, são embasados em discursos psicologizantes e

patologizantes, que tendem a classificar o “paciente religioso” como sintomático, especificamente psicótico, concebendo o “delírio religioso” como carro chefe em seu diagnóstico.

Silveira (2008) realizou um estudo que buscava compreender os modos de subjetivação da loucura, através das experiências religiosas de usuários pentecostais de um CAPS, localizado no município da Bahia, assim como a articulação entre o serviço e as experiências religiosas desses sujeitos. A autora identificou que os técnicos em saúde mental criticavam o padrão rígido de comportamento moral de evangélicos, ao destacarem que esse gerava conformismo, resignação e crença no determinismo religioso.

Tal perspectiva, adotada pelos profissionais, se configura como uma “negativização” e “negação” da experiência religiosa dos usuários, fazendo com que seja anulada a possibilidade de construção de outras “versões” para as experiências sociais vividas pelos sujeitos.

Os discursos a seguir também descrevem um suposto apagamento ou silenciamento do vocabulário religioso no interior dos serviços.

Entrevistadora: *Vocês conversam sobre religião, sobre cura aqui no CAPS?*

Lila: *Não.*

Entrevistadora: *Não... Por quê?*

Lila: *A gente não conversa não (Lila, Igreja Cristã Presbiteriana).*

Entrevistadora: *Rodrigo, e aqui no CAPS, vocês já falaram sobre religião? Sobre cura?*

Rodrigo: *Se já falamos?*

Entrevistadora: *Sim...*

Rodrigo: *Não, nunca falamos não...*

Entrevistadora: *Não?*

Rodrigo: *Não... Falaram assim, que... Oh, gente, o nosso psiquiatra, né? Nilson, né? Ele é evangélico! A gente se engana demais é... Fazer a união da gente... E um jeito engraçado que ele faz, que ele fala, sabe? É mais ou menos assim o jeito que ele fala, é... “Nenhum mal chegará (fala pausadamente) até minha vida, sabe aê”?* (Rodrigo, Igreja Universal do Reino de Deus)

Entrevistadora: *E no caso, a senhora já vivenciou em algum momento aqui no CAPS, já pôde falar a respeito das suas experiências religiosas?*

Josefa: *Não! Ninguém nunca pediu e perguntou e eu também nunca falei* (Josefa, Igreja Assembleia de Deus).

Entrevistadora: *E como você se sente em falar das suas experiências religiosas aqui no CAPS? Você já teve algum momento que você teve a oportunidade de falar da sua religião... Sobre a sua experiência religiosa?*

Duda: *Não... Só as perguntas mesmo... É evangélica, vai para a igreja, assiste culto, né?*(Duda, Igreja Universal do Reino de Deus).

Entrevistadora: *Vocês já chegaram a conversar sobre religião aqui no CAPS?*

Cinthia: *Sim.*

Entrevistadora: *Já?*

Cinthia: *Já ... Era assim... Quando a gente tá debatendo um assunto, aí pronto! Sobre religião... Aí chega um e fala: eu sou evangélica! Eu passei por isto e aquilo outro. Outro diz: eu sou católico, passei por isso e aquilo outro. Pronto!*

Entrevistadora: *E como era que você se sentia quando você falava das suas experiências religiosas aqui no CAPS?*

Cinthia: *Assim... Pra dizer a verdade, essa é a primeira vez que estou contando isso aqui* (Cinthia, Igreja Assembleia de Deus)

Entrevistadora: *É... Vocês conversam aqui no CAPS sobre religiosidade?*

Lana: *Nilson é evangélico, graças a Deus...*

Entrevistadora: *Nilson? Quem é?*

Lana: *Nilson é o psicólogo.*

Entrevistadora: *Psicólogo... E ele conversa sobre isso com você?*

Lana: *Sobre Deus de uma forma geral, sobre o mundo... Muita luz, muita paz...* (Lana, Igreja Presbiteriana do Avivamento)

Os discursos acima constroem um espaço institucional em que as falas que imprimem um caráter religioso ao processo de adoecimento/cura são negadas, ou, quando são mencionadas pelos usuários, não trabalhadas nos CAPS.

Koenig (2007) diz que a religião está frequentemente incluída nas crenças e experiências das pessoas em sofrimento mental, negá-la ou

desconsiderá-la acaba por desqualificar as narrativas de pessoas que buscam, através de suas experiências religiosas, “curas” de seus males físicos/espirituais para a ressignificação de suas vidas. Nas palavras de Bobsin (2003), “precisamos enfrentar o assunto numa perspectiva que considere a religião/religiões como um sistema cultural” (p. 22).

Nesse sentido, Vieira Filho (2005) ressalta que há furos na rede social de apoio aos serviços de saúde mental, que se propõem a trabalhar com o discurso revolucionário e democrático da Reforma Psiquiátrica, o qual questiona os discursos médicos-psiquiátricos tradicionais e as práticas hierarquizadas em saúde mental.

Considerações finais

A partir da análise dos resultados, considera-se que o sistema biomédico não é atacado pelos usuários, mas é retratado como um sistema que não responde à demanda deles, que seria pela cura. Os discursos de cura ou alívio da “crise” constroem um percurso em que esses usuários frequentemente optam pelo tratamento religioso. O discurso religioso é posicionado como um discurso excluído em tais serviços, que privilegiam discussões em torno de uma clínica psiquiátrica ainda nos moldes clássicos.

Os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira têm se expandido e as práticas reformistas no âmbito da saúde mental vêm sendo difundidas. No entanto, o “modelo” brasileiro, especificamente dos serviços substitutivos de Saúde Mental, tem apontado para riscos/desvios graves. Um desses desvios é a descaracterização da reforma psiquiátrica enquanto processo social complexo, reduzindo-a a simples reformulação técnico-assistencial.

Na presente pesquisa, identificou-se que os discursos dos entrevistados apontam para furos na rede social de apoio sobre a qual estes serviços se propõem a trabalhar. Temas religiosos são representados como velados, negados e excluídos do cotidiano e de ações interventivas no interior do CAPS.

Não se está pressupondo que os referidos relatos sejam fiéis ao que acontece realmente no interior dos CAPS. Nem é interesse deste estudo. Todavia, trabalha-se com discursos que constroem uma determinada representação da realidade. E essa representação tem efeitos sobre a ação de tais pessoas na instituição. Assim sendo, se elas posicionam sua religiosidade como excluída, há um problema a ser resolvido.

Os discursos apresentados conduzem à necessidade da construção, ou melhor, da invenção

de novas práticas nos serviços de saúde mental, que possam abrir portas ao processo prático e crítico, sendo capazes de reorientar a ordem até então vigente. Isso possibilita a construção de novos saberes, de estratégias e de intervenções.

Dessa maneira, é preciso promover encontros entre esses campos e a reflexão sobre as articulações possíveis de cuidados *psi's* e cuidados religiosos, na tentativa de atender aos anseios e significados engendrados pelos usuários, por meio de negociações construídas coletivamente, como também a reflexão sobre as articulações em rede possíveis entre eles.

Observa-se, assim, a necessidade de estudos que dialoguem entre os saberes científico e religioso, de forma que não seja construída uma hierarquia entre eles, visto que ambos são discursos que têm contribuído para a construção de práticas terapêuticas em saúde mental. Tal ação se reflete no trabalho desenvolvido nos serviços de saúde, desse modo, ao acolher o discurso religioso como uma das formas possíveis de cuidado, os profissionais passam a ampliar as possibilidades de tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico para além dos serviços instituídos, contribuindo, pois, para a efetivação de práticas de saúde não excludentes, articuladas e centradas no território e nos aspectos sociais, culturais e históricos que fundamentam a vida dos usuários dos serviços.

Nesse aspecto, torna-se importante remeter à necessidade de construir, ou melhor, de inventar novas práticas nos serviços de saúde mental, estando essas fundamentadas em estudos críticos e contextualizados, os quais possibilitem a escuta dos sujeitos investigados numa perspectiva acolhedora, que produza saberes, os quais possam abrir as portas do processo prático, capaz de reorientar a ordem até então vigente.

Nota

- ¹ Maia, L. M. (2009). *Os sentidos da opção pela cura em terreiros de umbanda* [Manuscrito]. Relatório (PIBIC). Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Referências

Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 10, 299-316.

Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 45-65). Rio de Janeiro: NAU.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bobsin, O. (2003). Etiologia das doenças e pluralismo religioso. *Estudos Teológicos*, 43(2), 21-43.

Dalgalarrondo, P. (2008). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.

Flick, U. (2007). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.

Guareschi, P. (1995). Sem dinheiro não há salvação: ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. In P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em Representações Sociais* (pp. 191-225). Petrópolis, RJ: Vozes.

Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(1), 95-104.

Lang, A. B. S. G., Campos, M. C. S. S., & Demartini, Z. B. F. (2001). *História oral e pesquisa sociológica: a experiência do CERU*. São Paulo: Humanitas.

Lévi-Strauss, C. (1970). *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Mariano, R. (2004). Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. *Estudos Avançados*, 18(52), 121-137.

Méllo, R. P., Silva, A. A., Lima, M. L. C., & Di Paolo, A. F. (2007). Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 26-32.

Montero, P. (1985). *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal.

Potter, J. & Edwards, D. (2001). Discursive Social Psychology. In W. P. Robinson & H. Giles (Eds.), *The New Handbook of Language and Social Psychology* (pp. 103-118). Chichester, UK: Wiley.

Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behavior*. London: Sage.

Potter, J., Wetherell, M., Gill, R., & Edwards, D. (1990). Discourse: noun, verb or social practice? *Philosophical Psychology*, 3, 205-217.

Rabelo, M. C. (1993). Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Caderno Saúde Pública*, 9(3), 316-325.

Santos, E. C., Koller, S. H., & Pereira, M. T. L. N. (2004). Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), 82-91.

Silveira, L. (2008). *Para além de anjos, loucos ou demônios: um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais, em um município do interior da Bahia*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Souza, C. C., Próchino, C., Paradvini, J. L. L., & Gonçalves, M. A. (2008). Subjetivação e cura no neopentecostalismo. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(3), 586-601.

Spink, M. J. (2000). A ética na pesquisa social: da perspectiva prescrita à interanimação dialógica. *Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS*, 31(1), 7-22.

Vieira, N. G. (2005). A clínica psicossocial e a atenção de cuidados religiosos ao sofrimento psíquico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(2), 228-239.

Wiggins, S. & Potter, J. (2008). Discursive psychology. In C. Willig & W. Hollway (Eds.), *Handbook of qualitative research in psychology* (pp. 72-89). London: Sage.

Agradecimento

À FACEPE - Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco. Processo N°: IBPG-0261-7.07/10.

Submissão em: 17/01/2014

Revisão em: 21/10/2014

Aceite em: 24/10/2014

Halline Iale Barros Henriques é psicóloga, com especialização em Saúde Mental pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP) e mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora do Centro Universitário do Vale do Ipojuca. Endereço para correspondência: UNIFAVIP - Psicologia. Av. Adjar da Silva Casé, 800. Indianópolis. Caruaru/PE, Brasil. CEP 55.024-740.

E-mail: hallineiale@hotmail.com

Pedro de Oliveira Filho possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba, mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade Federal da Paraíba e doutorado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor (Adjunto III) no curso de Psicologia da Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande e colaborador no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco.

E-mail: pedroofilho@ig.com.br

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo é psicóloga pela Universidade Estadual da Paraíba. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco, com enfoque nos estudos em saúde mental e reforma psiquiátrica. Psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF de Itaporanga-PB. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ (Instituto de Medicina Social-IMS), Rio de Janeiro, Brasil.

E-mail: alessandra_aniceto@yahoo.com.br