

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES**

NARA PATRÍCIA MENDES DA SILVEIRA

**PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM COMPLEXO
PSIQUIÁTRICO: religião, religiosidade e espiritualidade no trato de pessoas com o espectro
da esquizofrenia**

JOÃO PESSOA - PB

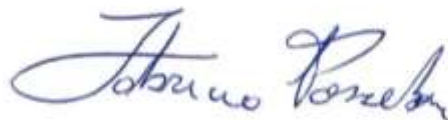
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

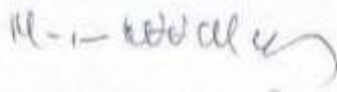
*PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM COMPLEXO PSIQUIÁTRICO:
religião, religiosidade e espiritualidade no trato de pessoas com o espectro da esquizofrenia.*

Nara Patrícia Mendes da Silveira

Dissertação apresentada à banca examinadora formada pelos seguintes especialistas.



Fabricio Possebon
(orientador)



Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz
(membro-externo/UFPB)



Maria Lúcia Abaurre Gnerre
(membro-interno)

Aprovada em 14 de dezembro de 2020.

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S587p Silveira, Nara Patrícia Mendes da.

Prática profissional do assistente social em um complexo psiquiátrico : religião, religiosidade e espiritualidade no trato de pessoas com o espectro da esquizofrenia / Nara Patrícia Mendes da Silveira. - João Pessoa, 2020.

101 f. : il.

Orientação: Fabricio Possebon.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE.

1. Religião. 2. Religiosidade. 3. Espiritualidade. 4. Saúde mental. 5. Assistentes sociais. I. Possebon, Fabricio. II. Título.

UFPB/BC

CDU 2(043)

AGRADECIMENTOS

O meu desafio em escrever a presente dissertação, também utilizando essas páginas para agradecer várias pessoas que fizeram parte e me apoiaram na minha trajetória de vida. E não foi fácil chegar a este momento tão precioso com muita luta e dedicação em minha vida. Desde do processo seletivo com muito estudo, fé e confiança caminhando a um sonho realizado para a aprovação até a finalização do mestrado. Uma caminhada de muitas lutas, choros, dias em claros, não foi fácil, mas certamente muito cativante, carinhos, apoios, incentivos e a certeza de realizar meu sonho nesta existência divina que Deus me proporcionou e entendi que esse é o meu caminho: um caminho de pesquisa e produzindo novos conhecimentos. E permitindo que Deus agisse em minha vida através de bons pensamentos, palavras convenientes, atos e ações. Então, começo a agradecer primeiramente a Deus por ter a dádiva da minha vida, por ter me dado saúde, força e confiança no fazer e permitir que o meu sonho fosse concretizado. Agradeço a minha espiritualidade e aos meus guias numa relação de afinidades de pensamentos e afetividades na experiência transcendental numa ligação de forte e positiva. É nessa força sagrada que me fez superar as dificuldades, por meio do fenômeno religioso e minhas práticas. Sabemos, por nossas vivências em constelações familiares, eu honro e aceito meu pai, Raimundo Nonato da Silveira e minha mãe, Francisca Pereira Mendes da Silveira, que sempre primaram pela minha educação e realização profissional e ao meu amor eterno a eles. Com esse entendimento dos meus pais voltei a minha ordem, então me aproximei dos meus sucessos que resultou no que é hoje minha realidade de êxitos e agradeço aos meus pais pelo o nascimento, pelo amor incondicional e pelo incentivo. Estou agradecida pelo crescimento e evolução espiritual, transmutando energias desejáveis em luz e vibrações positivas contribuindo assim, para a minha cura emocional nas minhas experiências, enquanto pesquisadora e ser humano. A todos os meus familiares, irmãos e irmãs, principalmente minha irmã primogênita, Maria Salete Pereira da Silveira, que Deus colocou nas nossas vidas, enquanto irmã, por ter acreditado em mim e custeou todos os meus estudos e por ter abdicado de sua vida em prol da nossa família, das nossas realizações, da nossa felicidade, preocupação, apoio, segurança e incentivo. Nada teria acontecido e nem sentido se minha família não existissem em minha

vida, obrigada por tudo. Ao prof. e poeta Irismar de Lira, por sentenciar ao espiritual o meu sucesso profissional e acreditar no meu potencial para a docência.

Meus agradecimentos a esta Universidade Federal da Paraíba (UFPB) que proporcionou meus horizontes na graduação e pós-graduação pelo aprendizado, ética, amor e mérito de chegar ao mestrado. Ao meu Prof. Orientador Dr. Fabrício Possebon pela orientação, pela oportunidade, por acreditar em mim, és o modelo em que procuro me espelhar e por me proporcionar o conhecimento, ensinamentos, principalmente por me fazer aprender nas aulas, desde quando eu era aluna especial do mestrado em Ciências das Religiões e me orientou nos seminários, muito obrigada por ter me corrigido quando necessário nas apresentações na sala de aula. Os meus agradecimentos especialmente a minha professora Elisa Gonsalves por fazer parte da minha formação, pelos livros maravilhosos que li de sua autoria que contribuíram para o meu aprendizado, pela confiança depositada em mim em ser meu exemplo profissional. Agradeço aos meus professores por me proporcionou o conhecimento, aprendizado, incentivo, garra, força e amor à educação no meu processo de formação profissional e o empenho de dedicado ao ensino, ensinando a ser nobre na essência no processo de habilidades, competências, conhecimentos e novos saberes.

Aos professores Prof.^a Dr^o Arnaldo Correia de Medeiros e Prof. Dr^a Maria Lúcia Abaurre Gnerre, a minha reitora, Profa. Dr^a Margareth Diniz pelo incentivo, orientação, apoio, confiança, reconhecimento e suporte as quais aceitaram compor minha banca de qualificação e de defesa, pelas sugestões, correções, ajustes e análises relevantes que eu acatei as recomendações na interpretação definitiva do texto da dissertação.

Meu muito obrigada ao secretário do programa PPGC – Filipe Moura de Lima pela solicitude, pela ajuda profissional em manusear os equipamentos sempre prestativo, agradeço pelas palavras de confiança e incentivo, vibrações positivas e por me escutar sempre. Grata a Avany Enéas Costa pelo apoio, incentivo e acreditou que eu seria capaz de superar cada etapa de estudo e desafio que enfrentei e atenção dispensada que se tornou importantíssima para a minha aprovação. Meus agradecimentos ao meu amigo Marcel Alcleante, meu companheiro de estudos e irmão na amizade que faz parte da minha formação e da minha vida. Ao prof. Gerson da Silva Ribeiro, um grande amigo-irmão, sempre

presente nos momentos árdios com palavra de apoio, atenção e pela ajuda e paciência com a qual você me guiou ao meu aprendizado. Ao Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões (PPGCR) imprescindível no meu processo de estudo e profissional, pela dedicação, tudo que aprendi ao longo desses anos no Mestrado, um sonho realizado. Gratidão à profa. Márcia Fonseca por ter contribuído valiosamente para a minha vitória acadêmica, obrigada pelos ensaios passados e ensinamentos pertinentes. Aos meus amigos e amigas pelo carinho e conversas de aconselhamento, apoio, amizades presentes em todos os momentos, muitas informações e companheirismo com muito café nos intervalos das aulas, meu muito obrigada. Agradeço à Marcia Cardoso (funcionária da PRPG/UFPB) sempre maravilhosa comigo cheia de luz, paz e pela amizade com vibrações positivas por se alegrar com a minha conquista. Meus agradecimentos aos profissionais na área de saúde mental: as assistentes sociais do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira pela receptividade, acolhimento e carinho.

Por fim, agradeço a todos e todas que me incentivaram que foram pessoas significativas, importantes que confiaram e marcaram minha vida e que estão presentes na minha trajetória acadêmica que tornou possível esse grande sonho que foi a realização da minha dissertação, muito obrigada.

RESUMO

Aborda uma pesquisa com assistentes sociais que trabalham no campo da saúde mental e versa a importância da religião, religiosidade e espiritualidade na recuperação e sustentação para o enfrentamento do transtorno mental. A finalidade desta dissertação é investigar como os profissionais da área da saúde mental, assistentes sociais, lidam com a religião, religiosidade e espiritualidade como ferramenta relevante no tratamento, fortalecimento e melhor saúde mental dos pacientes. Desdobrou-se por meio de uma pesquisa qualitativa efetiva pela metodologia de análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Está organizado em três capítulos. O primeiro aborda uma contextualização acerca da religião, da religiosidade e da espiritualidade. Seus pressupostos filosóficos e implicações ao espectro da esquizofrenia. O segundo capítulo é de discussão sobre o conceito da esquizofrenia. O terceiro é a pesquisa junto aos assistentes sociais. Realizado a partir de três questionamentos que giram em torno da religião, espiritualidade e religiosidade e com trato da pessoa com espectro da esquizofrenia. Conclui-se que para o campo da religião, espiritualidade e religiosidade no tratamento da pessoa com transtorno mental é necessário cautela e prudência ética.

Palavras-chave: Religião. Religiosidade. Espiritualidade. Saúde Mental. Assistentes sociais.

ABSTRACT

It approaches a research with social workers working in the field of mental health and addresses the importance of religion, religiosity and spirituality in recovery and support for coping with mental disorder. The purpose of this dissertation is to investigate how mental health professionals, social workers, deal with religion, religiosity and spirituality as a relevant tool in the treatment, strengthening and better mental health of patients. It was developed through a qualitative research effective by the methodology of analysis of the Collective Subject Discourse. It is organized into three chapters. The first approaches a contextualization about religion, religiosity and spirituality. Its philosophical assumptions and implications to the spectrum of schizophrenia. The third is research with social workers. It was carried out from three questions that revolve around religion, spirituality and religiosity and with treatment of the person with schizophrenia spectrum. It is concluded that for the field of religion, spirituality and religiosity in the treatment of people with mental disorders, caution and ethical prudence are necessary.

Keywords: Religion. Religiosity. Spirituality. Mental Health. Social workers.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 Objetivos	11
1.2 Metodologia	11
1.2.1 Tipo de pesquisa	11
1.2.2 Local da pesquisa.....	12
1.2.3 População e amostra da pesquisa.....	13
1.2.4 Instrumento para coleta de dados.....	13
1.2.5 Procedimentos para coleta de dados.....	14
1.2.6 Análise dos dados	14
1.2.7 Desfecho primário.....	15
1.2.8 Desfecho secundário	15
1.2.9 Posicionamento ético da pesquisadora	15
1.2.10 Aspectos éticos da pesquisa e estrutura deste trabalho	16
2. RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE	18
3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ESQUIZOFRENIA	36
3.1 Breves considerações acerca da Saúde mental	45
3.2 Esquizofrenia	46
3.3 Sobre o espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	50
4. O TRIPÉ ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E ASSISTENTE SOCIAL NO TRATO COM PESSOAS COM DISTÚRBO MENTAL.....	58
4.1. Questionário e respostas: elementos da metodologia que constituem o trabalho	59
4.1.2. Bloco 1: O que o(a) assistente social entende sobre a espiritualidade e religiosidade?	61
4.1.2.1. Descritores para a espiritualidade	63
4.1.2.2. Descritores da religiosidade que foram pertinentes ao serviço social	64
4.1.3 Bloco 2: Como o(a) assistente social entende o conceito de espiritualidade e religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?	67
4.1.3.1. Contribuição da espiritualidade para o tratamento do assistido	68
4.1.3.2. Religiosidade e tratamentos para saúde mental	70
4.1.4 Bloco 3: Como o(a) assistente social pode distinguir uma manifestação da espiritualidade e religiosidade como um distúrbio mental?	72
4.1.4.1. Como distinguir os distúrbios mentais das manifestações espirituais e religiosas?.....	73
5. CONCLUSÃO	76
6. REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES	84
ANEXOS	87

1. INTRODUÇÃO

O fascínio pela temática desta dissertação aconteceu através de uma roda de conversas sobre religião¹, religiosidade² e espiritualidade³ no quarto de uma residência universitária, a qual eu morava no período da minha graduação em Serviço Social, em uma das falas das minhas amigas que dividíamos a moradia, era uma estudante do curso de licenciatura em Ciências das Religiões explicava-me as questões e problemáticas em abordar no campo das disciplinas das Ciências das Religiões nos estudos dos fenômenos religiosos, sobre seus métodos, objetivos, debates e repostas.

Nosso interesse acentuando-se, principalmente pelas referências que foram mencionadas, constatou que esse era o caminho a ser seguido e um sonho a ser realizado pela pós-graduação em Ciências das Religiões. Então esperava com ansiedade nossas rodas de conversas à noite para discutirmos sobre as aulas do curso de Ciências das Religiões, principalmente acometer esta essência da religião e o sujeito da religião (o ser sagrado).

Fixamente eu ficava a contemplar estes discursos de acesso a neutralidade, muitas vezes questionada e a minha subjetividade, nesse encontro do objeto e do sujeito. Questionando várias vezes a minha manifestação, experiência e compreensão do fenômeno religioso na nossa vida. Nesse momento compreendi ou confundi a autonomia da religião capaz de evidenciar transformações significativas no meu modo de pensar e de agir.

A partida desta compreensão foi estudar como aluna especial no mestrado em Ciências das Religiões as abordagens e pressupostos teóricos. Nossa pretensão acentuou-se, daí ingressamos na disciplina “Espiritualidade, Saúde e Educação”, como aluna especial, onde percebemos como a espiritualidade interfere na saúde mental dos indivíduos. Até mesmo questioneei-me minhas vivências religiosas e o

¹ A começo de conversa entende-se por religião o sistema de crenças, ritos e símbolos de uma determinada cultura; surgida em um contexto, podendo ter um livro sagrado ou não; um fundador ou organizador.

² Por religiosidade compreende-se a vivência/ relação de um devoto para com a religião em prática. Assim, podemos salientar que as orações, a participação em rituais religiosos são entendidos por religiosidade.

³ O termo espiritualidade está fundamentado na busca pelo bem estar. É uma força interior que da sentido ao dia a dia.

científico, a importância desse diálogo existencial por meio da comparação e da compreensão.

Tendo em vista isso, as Ciências das Religiões, sendo caracterizada como uma ciência multitransdisciplinar permite abordar, também, um objeto multidisciplinar, neste caso, a prática do (a) assistente social no trato da pessoa com espectro da esquizofrenia e suas evidências religiosas e espirituais.

Os debates sobre o assunto foram mais à frente da sala de aula, ultrapassando os espaços acadêmicos. Iniciei a tomar parte do aprendizado com os profissionais da saúde mental e com minhas amigas de trabalho. Então passei a exprimir e como incluir a religião, religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico dos pacientes e como os profissionais lidavam com a recorrência religiosa da pessoa com transtorno mental.

É um debate com várias problemáticas, um campo de antíteses do agir profissional, com ampla literatura importante. O exercício profissional é o foco da pesquisa, a instituição psiquiátrica assegura com suporte e meio das práticas profissionais. Proporcionar um estudo trabalhando a religião, religiosidade e espiritualidade incluindo-as no processo terapêutico dos pacientes com transtorno mental, relatando como os profissionais da área da saúde lidam com a religiosidade e espiritualidade como ferramenta relevante para prevenção de doenças, cura e melhor qualidade de vida dos pacientes.

Percebem-se as habilidades em que os profissionais exercem em lidar com as crenças religiosas dos pacientes relacionadas a melhor saúde no caminho da cura de muitas doenças. Sobre saúde, a OMS apresenta a seguinte ideia:

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

A partir dessas ideias, é caracterizada uma investigação na fala dos profissionais no que diz respeito ao ato de compreender e potencializar a religiosidade e espiritualidade dos pacientes sendo suporte nesse processo terapêutico e de saúde.

O tema desta pesquisa está circunscrito na prática dos profissionais que

trabalham em saúde mental, neste caso assistente social⁴. Perpassa esta prática a espiritualidade e religiosidade dos profissionais. Isso constitui um debate com várias problemáticas, um campo de antíteses do agir profissional e ampla literatura. O exercício profissional é o objeto deste estudo dissertativo. A instituição psiquiátrica pode assegurar o suporte das práticas profissionais e ser o nosso campo de pesquisa. Por se tratar de um estudo com os (as) assistentes sociais, relatar como os profissionais da área da saúde mental lidam com a religião, a religiosidade e a espiritualidade como ferramenta relevante para prevenção de doenças e melhor qualidade de vida dos pacientes.

Correlacionando as habilidades com as crenças religiosas dos profissionais encontram-se um campo de possibilidades para melhorar a saúde nos pacientes em atendimento. Provoca uma investigação de natureza verbal dos profissionais que potencializam a religião, a religiosidade e a espiritualidade dos pacientes como suporte no tratamento.

Para o indivíduo buscar sentido para vida, ele privilegia as suas crenças religiosas e apoia-se no poder superior que determina as coisas no universo. Nas palavras de Rubens Alves (2008) notamos que “a exigência de um sentido para a vida trazia às religiões certa identidade e lhes dava vida.” (ALVES, 2008, p. 9). A religião como experiência vivida do compreensível, acontece como base da existência humana e só é permitido através da relação do indivíduo com o transcendente. “[...] Pois se existe um campo da experiência humana que apresente algo próprio, que apareça somente nele, esse campo é religioso.” (OTTO, 2007, p. 35). É na religião que se situa o caminho para decifrar suas vivências e estabelecer suas ações, atitudes e comportamentos.

Nas atitudes do ser humano é evidenciado a natureza divina. Seria possível dizer, já que um profissional em saúde mental, também é ser humano, que suas atitudes podem dizer de suas crenças? Além disso, tem sentido as intervenções das assistentes sociais junto aos esquizofrênicos, em matéria de atitude, como evidência do sagrado? Qual a relevância da religião na espiritualidade do esquizofrênico?

⁴ Chamamos atenção ao fato de que é o assistente social quem primeiro tem contato com a pessoa com o espectro da esquizofrenia. No trabalho de Appel (2017, s/p.), *O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção*, temos: “a Saúde Mental tem sido um desses espaços que vem ampliando a atuação do Serviço Social, onde o maior desafio que o profissional enfrenta frente às expressões da Questão Social, são as diversas formas de violação de direitos sociais.”

Existe uma argumentação existencial para o estudo da religião focado no trabalho das (os) assistentes sociais (os) junto às pessoas em estado de esquizofrenia? No universo religioso das (os) assistentes sociais (os), como o sagrado lhe é apresentado à consciência? Em meio a esse fenômeno é possível descrever e explorar experiências subjetivas que apontam para um importante caminho para melhoria e prevenção de doenças mentais.

Em meio a esse desafio temático, encontramos nas palavras de Gerard Van Der Leeuw (2009), o seguinte:

Com efeito, devemos nos representar que tudo que se apresenta a nós, não se dá imediatamente, mas somente como signo de um sentido a interpretar, como qual quer coisa que queira que nós a interpretemos. Ora, esta interpretação é impossível se nós não tivermos vivido o que se mostra, e vivido não apenas involuntariamente e meio consciente, mas experimentado e vivido. (LEEUEW, 2009, p. 181).

A religião é classificada como parte fundamental da subjetividade e cheia de interpretação ao sofrimento mental, outrossim comunica-se com os transtornos mentais e a saúde. Além disso, a recorrência religiosa à espiritualidade se justifica pela busca do sentido vital para a identidade e integralidade de muitos indivíduos e é, também, utilizada para lidar com medos, frustrações, isolamento, raiva, surto, alucinações, delírios e, também, transtornos mentais.

A relação entre religião, religiosidade, espiritualidade e saúde mental proporcionam um diálogo acerca da rotina de um assistente social no tratamento dos pacientes com o espectro da esquizofrenia. É mais favorável incluir as crenças religiosas e suas práticas que estão correlatadas à melhor saúde mental e menos procura aos serviços de saúde. Percebe-se que o assistente social além de acolher, participa do processo de encaminhamento dentro de uma abordagem integrativa, pois vê a pessoa com o espectro da esquizofrenia em sua integralidade.

É uma perspectiva vasta, mas pautada em uma metodologia adequada é possível chegar aos resultados que se busca com as preocupações deste trabalho. No recorte é claro que: “O tema espiritualidade, não está direcionado a sacralidade ou ligado à religiosidade, mas como aquilo que dá ao homem a capacidade de unicidade e de busca de sentido.” (SOUZA; GOMES, 2012, p. 50 - 57). Manifesta-se as crenças, os quais atribuem significado e sentido à vida.

Existem no ser humano inseguranças referente à vida, questionando-o pelo

sentido de viver, contestar sobre as coisas e principalmente sobre sua vida, sua existência. Refletir a espiritualidade, é aquilo que mais essencial na vida e saber superar e enfrentar a vida e suas inquietações. Podemos considerar o espiritual como uma dimensão que faz parte do ser humano, pois o ser humano é biopsicosocioespiritual. Nesse propósito, a dimensão espiritual tem a ver com a busca de sentido. Nessa busca, o ser humano se sente bem, com vontade de viver. A estrutura do eu não se desmorona ante os problemas que são lhe são inerentes. “Para que intervenções religiosas espirituais apropriadas possam vir a ser inseridas em planos de tratamento de saúde, ressaltam-se a necessidade e a importância da avaliação religiosa/ espiritual.” (BURTON, 1998, p. 121 - 128).

Espiritualidade é importante e caminha com o ser humano. Pode, inclusive, trazer uma resignificação para a vida de quem a cultiva. Nas palavras de Koenig (2005) temos: “Falar das necessidades espirituais dos pacientes significa que os médicos devem aprender a levar a história espiritual de uma maneira centrada no paciente e com respeito às crenças do paciente.” (KOENIG, 2005, p. 19). Reconhecer a espiritualidade como uma prática integrativa é fazer o ser humano transcender ao seu próprio eu, aí curar-se e do interior para o exterior deixar nascer novas perspectivas humanas.

Não se pode confundir essa dimensão espiritual com a religiosa, que em parte pode incluir a espiritual, mas que contém algumas características como as da revelação como intervenção direta de Deus e de um tipo de organização social que dessa forma são estranhas ou não necessárias à dimensão espiritual. (ROHR, 2005, p. 15).

A espiritualidade não pode ser reduzida à religião. Com espiritualidade, estamos tratando de uma busca permanentemente pelo significado da vida na correlação com o todo. Uma procura, cura e identificação com a essência. Fazer-se necessário pesquisas científicas no âmbito espiritualidade. Testar e desvelar sua importância na promoção da saúde. O intuito é incorporar os profissionais de saúde mental na formulação de estratégias de intervenção visando a melhoria da saúde daqueles que são cuidados por eles.

A pesquisa é para fortalecer a crença e a espiritualidade no impacto da saúde dos seres humanos. “O propósito é entender as crenças do paciente e o papel que as crenças do paciente e o papel que elas têm junto à saúde e a doença, sem julgar ou tentar modificar estas crenças ou a falta delas.” (KOENIG, 2005, p.

13). A espiritualidade pode-se influenciar na melhoria na saúde como ferramenta pertinente e adequada.

1.1 Objetivos

Temos como objetivo geral, investigar os profissionais do campo da saúde mental, neste caso, a categoria 'assistente social'; para compreender como os homens e mulheres da assistência social lidam e incluem a religião, a espiritualidade e a religiosidade no cuidado com seus pacientes. Levando em conta as possibilidades de atendimento, tratamento e suporte da pessoa com o espectro da esquizofrenia. Para conseguir alcançar esse objetivo, vamos perpassar pelas seguintes concepções, denominados, objetivos específicos:

- ✓ Abordar o conceito da religião, espiritualidade e da religiosidade;
- ✓ Tratar da categoria 'espectro da esquizofrenia';
- ✓ Verificar a prática profissional do assistente social e sua relação com a religião, a espiritualidade e religiosidade no trato das pessoas com o espectro da esquizofrenia.

1.2 Metodologia

1.2.1 Tipo de pesquisa

Para o desenvolvimento do estudo, foi utilizada a pesquisa do tipo exploratória-descritiva, com delineamento qualitativo. "A investigação científica corresponde a uma série de ações coordenadas por racionalidades e subjetividades que funcionam com base em um sistema de análise e que se propõe a criar leituras, dados e relações, leis acerca de um campo." (GONSALVES, 2018, p. 59). Para Gil (2008) a pesquisa exploratória tem como finalidade ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno. Esse tipo de pesquisa, aparentemente simples, explora a realidade em busca de maior conhecimento para, posteriormente, planejar-se uma pesquisa descritiva. Com relação à pesquisa descritiva, Gil (2007),

esta tem como objetivo primordial descrever as características de uma população ou fenômeno, ou, então, estabelecer relações entre as variáveis.

Na pesquisa descritiva, segundo Andrade (2009), caracteriza-se pelos fatos observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, a pesquisa qualitativa apresenta um caráter inovador, como pesquisa que se insere na busca de significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências sociais. (cf. MINAYO: 2006).

1.2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, que fica localizada na Av. D. Pedro II, 1826, bairro da Torre, João Pessoa-PB. O Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, foi fundado no dia 23 de junho de 1928, e recebeu este nome em homenagem a um dos pioneiros na psiquiatria brasileira, sendo o primeiro professor universitário a citar e incorporar a teoria psicanalítica em suas aulas, além de ter representado o Brasil em congressos internacionais como os de Paris, Berlim, Lisboa e Milão nos anos de 1900.

O Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira disponibiliza de um corpo de uma equipe multiprofissional, formada por psiquiatras plantonistas e visitantes; psicólogos; fonoaudiólogos; assistentes sociais; enfermeiros; técnicos de enfermagem; cuidadores; nutricionistas; bioquímicos; odontólogos; médicos do trabalho e clínico geral.

O complexo possui 232 leitos psiquiátricos, sendo 132 leitos masculinos e 100 femininos; 12 são direcionados à internação de adolescentes com transtorno mental associado ou não à dependência química, sendo seis masculinos (Ala Clifford B) e seis femininos (Ala Clifford A); 28 leitos são direcionados ao acolhimento de dependentes químicos adultos, dos quais 16 são masculinos (Espaço Inocência Poggi) e 12 femininos (Alas Clifford A e Clifford B); 16 leitos são direcionados ao cuidado de pacientes geriátricos e moradores do serviço; 102 leitos são direcionados aos pacientes adultos do sexo masculino com transtornos mentais não associados à

dependência química ou, salvo casos especiais, associados à dependência química (Alas Ulisses Pernambucano e Luciano Ribeiro de Moraes); 74 leitos são direcionados à pacientes adultas com transtornos mentais não associados à dependência química ou, salvo casos especiais, associados à dependência química.

A escolha do local deve-se ao fato da referida instituição ser referência em todo o estado da Paraíba, no tratamento dos transtornos mentais. Esse local pode ser hospital, instituições de saúde, associações comunitárias, laboratórios, dentre outros. (cf. MINAYO: 2006).

1.2.3 População e amostra da pesquisa

A População foi constituída pelos assistentes sociais com atuação no Complexo Psiquiátrico, instituição escolhida como campo de pesquisa. Enquanto a amostra será constituída de doze assistentes sociais que externarem o interesse em participar voluntariamente da pesquisa. Para a seleção da amostra serão definidos os seguintes critérios de inclusão: ser assistente social e atuar no serviço escolhido como cenário da pesquisa há pelo menos 06 meses, nos turnos diurno e noturno. Quanto aos critérios de exclusão, elegemos o fato do profissional se recusar a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

1.2.4 Instrumento para coleta de dados

Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizado como instrumento de coleta de dados, um questionário, com perguntas abertas. Ele está organizado com três perguntas. Estão relacionadas com o discurso da importância da religião, da religiosidade e espiritualidade sinalizando a necessidade de compreensão, fortalecimento e melhoria da saúde mental nos espaços de atendimento e tratamentos nos pacientes em sofrimento mental na instituição psiquiátrica. Com relação aos questionários e formulários, Andrade (2009) explica que a principal distinção entre eles é o fato do questionário poder ser respondido pelo informante sem que seja necessária a presença do pesquisador, enquanto que o formulário exige que o pesquisador faça as perguntas, já que através desse instrumento pretende-se obter respostas mais abrangentes e mais informativas.

1.2.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após a aprovação da proposta de trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Universidade Federal da Paraíba, durante o mês de fevereiro de 2019, em dias úteis, no turno matutino e noturno, realizando-se da seguinte forma: Contato prévio com cada entrevistado, onde serão explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual será assinado pela pesquisadora responsável e pelo participante da pesquisa. Haverá um cuidado prévio da pesquisadora responsável de realizá-la em local calmo, privativo, sem interferência que prejudiquem a coleta de dados (cf. ANEXO).

1.2.6 Análise dos dados

Os dados obtidos durante a coleta foram analisados a luz do referencial de Lefèvre e Lefèvre (2005). A fonte coletada foi disposta de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo⁵ (DSC), sendo este um procedimento que retrata as expressões das falas dos pesquisados, o que viabiliza o pensamento em forma de síntese e possibilita interpretações para fundamentar os resultados. (cf. LEFÈVRE; LEFÈVRE, TEIXEIRA: 2005).

Para os mesmos autores a técnica do DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos. Esta técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as *Expressões Chave* que são trechos mais significativos destas respostas.

⁵ Para compreender melhor esta abordagem, faz-se necessário entender que DSC “[...] é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos.” (LEFEVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003, p. 70). Desde modo, eficaz na abordagem às assistentes sociais que lidam no acolhimento das pessoas com o espectro da esquizofrenia. Na tabulação se evidencia os elementos subjetivos de um processo. Esses elementos unidos a outros enunciados dispõem de um saber basilar e de suma importância para a Ciência. Percebe-se que esse método pode contribuir na análise de dados. Dados esses coletados na visita ao campo de pesquisa. Cada formulário tem disponibiliza um modo de pensar sobre o determinado assunto. Neste caso, encontramos expressões chave que são oportunas para essa discussão.

A essas *Expressões Chaves* correspondem às Ideias centrais que são a síntese do contexto discursivo manifestado nas *Expressões Chaves*. Com o material das *Expressões Chaves*, das Ideias Centrais, constroem-se discursos sínteses, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. (cf. LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA: 2005).

1.2.7 Desfecho primário

Estima-se que os resultados obtidos com o presente estudo nos levaram a identificar a prática profissional do assistente social em um complexo psiquiátrico: religião, a religiosidade e a espiritualidade no trato de pessoas com o espectro da esquizofrenia.

1.2.8 Desfecho secundário

Os dados obtidos na presente pesquisa foram divulgados publicamente por ocasião da defesa da dissertação, assim como foram publicados através de periódicos existentes, como também em eventos científicos. Em cumprimento ao determinado pela Resolução 466/12 do CNS, assim como pela Norma Operacional nº 001/2013MS/CNS, os dados também serão divulgados junto à direção do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira.

1.2.9 Posicionamento ético da pesquisadora

A pesquisa só foi iniciada após encaminhamento e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Desse modo, os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (cf. Apêndice B). Vale ressaltar que os instrumentos para coleta de dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve permanecer sob a

responsabilidade da pesquisadora responsável durante 05 anos. A presente pesquisa oferece riscos considerados “mínimos” aos sujeitos participantes, limitando-se a possibilidade de desconforto psicológico. Os benefícios obtidos com este estudo serão traduzidos em esclarecimentos para a população estudada, após defesa da dissertação com a publicação de um artigo científico.

1.2.10 Aspectos éticos da pesquisa e estrutura deste trabalho

Na pesquisa, levar-se-á em consideração, as sugestões éticas indicadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Refere-se das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. Para dados de comprovação, antes da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, por meio Plataforma Brasil obtendo parecer de aprovação sob o protocolo de pesquisa nº 2.942.806 e CAAE 97826918.70000.518. (cf. Apêndice B).

É de nosso saber que estabeleceremos um recorte e que o cerne de nossa análise e sujeito principal em estudo é o (a) assistente social que atua no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, no município de João Pessoa – Paraíba e atendidos no Sistema Único de Saúde.

As informações coletadas e analisadas são provindas de questionários aplicados junto aos profissionais. Os profissionais escolhidos com o objetivo institucional da psiquiatria referente ao exercício profissional. A utilização da técnica da entrevista semiestruturada possibilitará uma descrição da conversa orientada. Primeiro, acerca da Influência das dimensões religiosas e espirituais no tratamento dos pacientes; segundo, estabelecer diálogo profissional / paciente a respeito da prática religiosa e espiritual melhor qualidade de vida e bem estar à condição de enfrentamento nos transtornos mentais.

Estes discursos do mesmo sentido, reunidos num mesmo único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular buscam produzir no leitor de coletividade falando, fazendo com que uma ideia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo, encorpado, desenvolvido, enriquecido e desdobrado. (LEFÉVRE, LEFÉVRE; MARQUES, 2013, p. 1193 – 1204).

Tendo em vista estas palavras ditas nessa citação, comunicamos que

organizaremos nossa apresentação da seguinte forma: Esta introdução onde tratamos dos pressupostos iniciais deste trabalho dissertativo. Os objetivos gerais e específicos. Inerente às preocupações iniciais, a metodologia para coleta e análise de dados. Por fim, segue este esquema geral acerca desta dissertação.

No primeiro capítulo trataremos da ideia de religião, religiosidade e espiritualidade. É uma ocupação conceitual. Buscaremos nos pressupostos filosóficos o entendimento da tendência do ser humano em buscar as coisas do alto. Após saber que os filósofos antigos já discutiam a atividade da alma para as coisas transcendentais, fez-se necessário falar sobre religião, a religiosidade e sobre a espiritualidade. No trato com essas três distintas variáveis, autores dispõem de suas contribuições. E nesse processo investigativo, perceberemos que as três categorias se apresentam em particularidade. Religião como sistemas, religiosidade como a subjetividade intrínseca e extrínseca do homem religioso. Já no tocante a espiritualidade, perceberemos que é importante na constituição do ser, pois fala do sentido da vida.

Com o segundo capítulo trataremos do espectro da esquizofrenia. Será uma parte mais conceitual. Não será tratado de um aparato aprofundado clinicamente deste espectro. Mas, termos que possibilitem abordar o trabalho do assistente social no trato com pessoas sem sanidade mental.

Pelo terceiro capítulo averiguaremos a relação do assistente social com a pessoas com o espectro da esquizofrenia, mas não esquecendo que o assistente social é uma pessoa religiosa e que sua religião ou igreja exerce alguma influência em seu trabalho. Será um capítulo que dialogara com três questionamentos. Esses questionamentos perpassarão pela metodologia DSC. Assim, desvelaremos as expressões chave e sua importância para o saber científico, de modo especial para as Ciências das Religiões. No dizer de Miotto e Lima (2009, p. 23), “[...] a dimensão política é inerente ao projeto profissional e está diretamente relacionada aos projetos societários presentes, e em disputa em um determinado momento histórico.” Esperamos que a religião, a religiosidade e a espiritualidade possam estar presentes na prática profissional do assistente social como um projeto social e inerente aos encaminhamentos que esse profissional executa neste caso a vivência com a pessoa com o espectro da esquizofrenia. Passemos, pois a verificação do que essa introdução se propõe.

CAPÍTULO I

2. RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Com este capítulo, traremos presente o primeiro objetivo específico de nossa proposta, a saber: o conceito de religião, religiosidade e espiritualidade. Vejamos que no processo de indagação acerca dos termos religião, religiosidade e espiritualidade se faz conveniente esclarecer os contextos e suas definições. A religião é representada por um conjunto de símbolos, que anunciam o sagrado. A religião proporciona um universo em que o retorno e o sentido qualificam o indivíduo que busca, constata e completa. A religiosidade é a manifestação da espiritualidade de cada indivíduo. A religiosidade e a espiritualidade são categorias importantíssimas no trato com pessoas em estado de debilidade mental. A religiosidade oferece a certeza, que há uma dimensão suprema que pode auxiliar na vida do indivíduo. Podendo ajudá-lo a encerrar os desafios da vida. A diminuir o estresse, a ansiedade, o sofrimento e os problemas vitais. “Assim, a espiritualidade pode ser compreendida como algo transcendente, capaz de tocar em profundidade a vida e a experiência humana, atribuindo a forças superiores o cuidado e proteção diante de situações adversas”. (MEDEIROS; BARRETO, 2016, p. 58). Com essa apropriação torna-se mais simples a retomada conceitual quando estivermos tratando dos resultados da pesquisa de campo.

Inerente a isso, desvelam-se as diversas dificuldades encontradas no processo de distinção conceitual quando nos submetemos a uma pesquisa qualitativa. Nesta busca pelos conceitos, podemos considerar a multiplicidade e a complexidade deles. Mas, as Ciências das Religiões, com seu método de investigação próprio, a comparação, são importantes neste momento de simplificação conceitual.

Começamos tratando do conceito de religião. Após essa abordagem um trato da religião em seu aspecto funcional e fenomenológico. Por fim do que estamos entendendo por Religião/ religiosidade e espiritualidade. Lidando, neste momento, com uma preocupação conceitual, sabemos que esta iniciativa nos permite dialogar com vários autores os quais procuram definir e caracterizar os elementos constitutivos de um sistema religioso. A partir da pesquisa qualitativa, efetuada pela leitura de textos

referentes ao conceito, notamos uma dificuldade, dos mesmos, em interagir com o conceito de religião de modo homogêneo. A definição do termo Religião, quanto a sua definição, é distinta.

Numa concepção histórica do objeto religião, corremos o risco de afirmar que é no século XIX que encontramos o pressuposto de que a Religião aportou fatos ocorridos na história do ser humano em seus elementos constitutivos. Esses elementos se fazem presente no precursor ou, possivelmente, de inúmeros fundadores, se assim pode ser dito.

Quando falamos da matriz ocidental, percebemos que, em meia à pesquisa campo, as especulações que giram em torno da ideia 'religião', encontram-se pautadas no anseio da alma pelo ser sublime. Numa volta a Grécia Antiga, especialmente em o *Fédon* de Platão (427-347 a.E.C.), a religião é compreendida como uma atividade intelectual. Vamos entender melhor como Platão pode nos ajudar no conceito de religião.

No discurso do *Fédon* (XXIX), podemos citar o seguinte:

Ao passo que a alma, a porção invisível, que vai para um lugar semelhante a ela, nobre, puro e invisível, o verdadeiro Hades, ou seja, o Invisível, para junto de um deus sábio e bom, para onde também, se Deus quiser, dentro de pouco irá minha alma: essa alma dizia, com semelhante origem e constituição. (PLATÃO, *Fédon*, XXIX).

E ainda:

Assim constituída, dirige-se para o que lhe assemelha, para o invisível, divino, imortal e inteligível, onde, ao chegar, vive feliz, liberta do erro, da ignorância, do medo, dos amores selvagens e dos outros males da condição humana, passando tal como se diz dos iniciados, a viver o resto do tempo na companhia dos deuses. (PLATÃO, *Fédon*, XXIX).

Na primeira citação que foi mencionada do *Fédon* percebesse que, no discurso, Platão está tratando no mundo *translógico*. Em suas palavras, "invisível". Apreendendo essa categoria que, também, está presente em a *República* por meio da alegoria da caverna; estamos encontrando um aspecto significa para o trato com a religião. No segundo argumento citado, estamos notando, segundo as palavras de Platão, que a alma tende ao que lhe é semelhante. As duas categorias, a saber, invisível e semelhante está presente no conceito de religião. Não se pode deixar de falar de religião sem falar do universo que tende, pois algo deve ser categórico, não

se explica o que é invisível. Mas se evidencia o que é obvio e diz respeito à religião: o invisível e o semelhante ao invisível.

Na Idade Média, Santo Agostinho (354-430), tem uma contribuição importante para o conceito de religião. Em sua obra *As confissões*, traz uma preocupação interessante. Platão apresenta a alma como invisível e que tende ao que lhe é semelhante, já Santo Agostinho, fala dessa tendência da alma ao que lhe é semelhante por meio do encontro que é possível acontecer com o eu interior. No aspecto da religião, deve-se ficar claro essa concepção que aqui estamos tratando: a religião não pode ser entendida como aspecto institucional e, somente, externo, mas em um encontro com o eu interior. Vários problemas podem ser apontados quando isso é perdido de visto, e vamos tratar disto quando estivermos falando de espiritualidade extrínseca.

Nas palavras de Santo Agostinho:

Mas que amo eu, quando te amo? Não a beleza do corpo, nem a glória do tempo, nem esta claridade da luz, tão amável a meus olhos, não as doces melodias de todo o gênero de canções, não a fragrância das flores, e dos perfumes, e dos aromas, não o maná e o mel, não os membros agradáveis aos abraços da carne. Não é isto o que eu amo, quando amo o meu Deus, E, no entanto, amo uma certa luz, e uma certa voz, e um certo perfume, e um certo alimento, e um certo abraço, quando amo o meu Deus, luz, voz, perfume, alimento, abraço do homem interior que há em mim, onde brilha para a minha alma o que não ocupa lugar, e onde ressoa o que o tempo não rouba, e onde exala perfume o que o vento não dissipa, e onde dá sabor o que a sofreguidão não diminui, e onde se une o que a saciedade não separa. (SANTO AGOSTINHO, X, VI, 8).

O reconhecimento que encontramos em Santo Agostinho acerca do homem interior é a descoberta de um contato com um ser invisível. Com esse olho, o ser humano consegue ver as coisas externas melhores, isso quando existe um eu interior saudável e aberto às belezas da vida. Vejamos que, pela comparação, Santo Agostinho está tratando das mesmas categorias platônicas no *Fédon*. A perspectiva ‘invisível’ e a categoria ‘semelhança’. O termo semelhança pode ser buscado na *Bíblia* como suporte bibliográfico dessa especulação. Citado, a seguir, não como aporte histórico, mas como livro sagrado e que serve de exemplo quando falamos do termo semelhança. As palavras do Gênesis são lidas neste tom: “[...] façamos o homem à nossa imagem, conforme a nossa semelhança [...]” (A BÍBLIA, Gn 1, 26)

Na modernidade, David Hume (1711-1776), em sua obra, *História Natural da Religião*, ainda acerca da discussão do termo invisível, contribui com as seguintes

palavras:

Se os homens fossem levados à apreensão de um poder invisível e inteligente pela contemplação das obras da natureza, eles talvez nunca pudessem nutrir outra concepção senão a de um ser único, que conferiu existência e ordem e esta vasta máquina, e ajustou todas as suas partes segundo um plano regular ou sistema organizado. (HUME, 2004, p. 29).

Hume, em sua obra, traz uma contribuição acerca do conceito de religião quando cita a tarefa da consciência no capo religioso. Na citação é compreensível a tarefa da consciência no que diz respeito ao invisível. Ora, como o invisível pode chegar à consciência? Não queremos aqui fazer como a maior parte dos estudiosos em filosofia faz, dizendo: Hume está tecendo uma crítica à religião. Hume está especulando os aspectos significativos que a religião traz à razão. É por isso, que na obra já citada, sua discussão gira em torno da categoria politeísmo e monoteísmo não deixando de lado as investigações de como isso são absorvidos pela razão.

Na obra de Durkheim, *As formas elementares da vida religiosa*, a religião é pensada no sentido individual e coletivo enquanto fenômeno religioso. Essa abordagem parece completar a contribuição de Hume no que diz respeito as bases da religião. O fundador de um sistema religioso tem consciência individual do ser sagrado. Em sua consciência parece estar bem organizado e certo, quanto aos elementos que estão constituindo um determinado sistema. Na análise de Durkheim, quando as sociedades primitivas, ajudam na compreensão dos sistemas religiosos modernos. Em suas palavras temos:

Ora, a religião que estudaremos mais adiante é, em grande parte, estranha a toda ideia de divindade; as forças às quais se dirigem seus atos são muito diferentes daquelas que ocupam o primeiro lugar em nossas religiões modernas; não obstante, elas nos ajudarão a melhor compreender estas últimas. (DURKHEIM, 1996, XII).

Essas palavras iniciais de Durkheim, quanto a seu objeto de pesquisa, trazem à modernidade uma compreensão sociológica da religião. Como fato social, está no meio da sociedade, ora trazendo benefícios, ora malefícios. Estudar uma religião primitiva parece ser um aspecto antropológico eficiente para ajudar em novos sistemas que surgem na modernidade.

Mas, diante de tantas teorias, estamos fazendo opção pelo conceito de Durkheim acerca do que é religião, enquanto conceito. Não deixaremos de lado as

demais observações tratadas acima, mas por religião dizemos ser todo fenômeno que escapa do domínio da ciência. Pois, primeiro acontece no interior e para um mundo invisível, claro, por estar em meio a sociedade, pois o homem é um ser social; isso não deixa de repercutindo na exterioridade.

Com as palavras de Durkheim (1996, p. 5), temos: “A religião seria, portanto, uma espécie de especulação sobre tudo o que escapa à ciência e, de maneira mais geral, ao pensamento claro.” Dessa forma a palavra religião vem do latim “*religio*” e significa o processo de religar ou unir; abrangendo, assim, a procura de Deus e a participação em Deus por parte dos indivíduos. Nesse direcionamento o termo religião, em sua originalidade está na concepção de vinculação.

Assim a religião é concebida por crenças e ritos que buscam o contato com o transcendente. Seguindo este entendimento podemos dizer sem medo de errar que religião é um sistema muito bem organizado acerca de crenças, de práticas, rituais e símbolos. Esses são destinados a facilitar a aproximação com o sagrado e o transcendente (Deus, força superior ou verdade absoluta). Deste modo, a religião, também, pode ser entendida em seu aspecto institucional. É um coletivo, pois em sua estrutura, organização e hierarquias se encontram diferentes subjetividades. Caminhos que podem ser ditas como religião, pois, religam o homem ao ser que tudo transcende.

Seguindo esse entendimento, a religião poder absorver um conceito inebriado de doutrinas e até mesmo, confundido com uma instituição. Os indivíduos precisam viver de acordo com os dogmas, as regras e preceitos estabelecidos pela instituição. Mas, também, aproxima-se com o transcendente. Nas sociedades ocidentais, está muito vinculada a religião à busca pelo transcendente. É perceptível que, na cultura judaico-cristã, a religião é entendida como ligação do homem ao sagrado. No Oriente, para os hinduístas e para os budistas, o transcendental não está vigente, mas em um Deus, a única realidade verdadeira. A religião não está resumida às autoridades institucionais.

O ser humano, constantemente, procura sentido para a vida. Frankl explica que a “religiosidade é uma expressão mais autêntica do seu profundo, que busca um sentido para sua existência no mundo”. (AQUINO, 2013, p. 107). As palavras de Aquino, sobre o pensamento de Frankl está relacionado a busca pelo sentido. Os indivíduos procuram ressignificar, expressar sua subjetividade e alcançar uma vida

saudável. É comum buscar realizar-se com uma vida de espiritualidade; acreditando que a nossa existência não termina com a morte do nosso corpo físico e o que o sentido da vida humana transcende a nossa existência na terra (cf. ROHR, 2002). O ser humano, na sua integralidade, deixa se revelar na experiência e na prática de atividades espirituais. Convém salientar, o ser humano não só tende a perceber o meio, mas a organização/ instituição que lhe pode fazer refletir acerca do sentido, da reinterpretar dos propósitos da vida humana, seja quanto a sua existência ou quanto as suas relações. Nossos antepassados se relacionavam com as manifestações cósmicas. Suas práticas religiosas proporcionavam significado para o dia a dia. Essa capacidade de buscar significados que se encontram no campo do translógico é o que diferencia o homem dos outros seres vivos. Essa compreensão que o ser humano exprime de várias formas, seja na sua espiritualidade ou na sua religiosidade traz impactos à saúde.

Para compreender o fenômeno religioso, é necessário e estar atento aos ritos e aos símbolos contidos nas crenças, o qual se faz presente na relação do indivíduo com Deus. Esses fenômenos são revelados, também, nos templos. A religião perpassa pela experiência do homem religioso e implicada na vivência de sua vida interior, pois somos compreendidos como seres abertos ao que transcende. A maioria das pessoas se interroga: como definir religião? Algumas respostas habituam-se em acreditar em Deus, a um ser extranatural, fora das leis naturais ou até mesmo vida após morte. A afirmação da existência do sagrado, é um ato experiencial. Nesse ponto de vista, a religião representa uma prática de fé, crença, devoção ou tudo aquilo que é considerado sagrado e integra as pessoas num mesmo espaço sagrado. Vale destacar outro conceito que pode estar interligado aos supracitados:

O termo *religio*, enquanto observância escrupulosa do rito, um zelo constante em relação aos deuses, dizia respeito aos atos do próprio cotidiano; cotidiano que, por sua vez, deveria se configurar por esse cuidado constante em relação aos deuses. Talvez essa característica explique por que, inicialmente, *religio* era um termo ordinário do vocábulo romano; pois, parece-nos que todos os atos faziam parte do âmbito de *religio*, constituída pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular). (CHAUÍ *apud* AZEVEDO, 2010, p. 92).

A contribuição de Chauí para as discussões acerca do é religião está no aspecto causal da religião. Com suas palavras, o prefixo *re* e o verbo *ligare* falam do

fim da religião. O seu fim está em religar o que não está ligado. Um aspecto intermediário. A religião estaria elevando o homem ao seu mais íntimo e aí encontrar o ser que está acima de todos os seres. Desta maneira, um sistema religioso compartilha práticas, crenças, símbolos, arquétipos, valores, congrega e vive uma fé. A religião, sendo caracterizada como vivência religiosa, relaciona-se com o divino, por meio da prática de um agrupamento social e cultural; evidenciando-se por símbolos inerentes à vivência do ser humano. A vivência religiosa é uma das mais sublimes experiências que o ser humano pode sentir. Por isso, a dificuldade de conceituar o termo religião.

O conceito de religião está contextualizado na multiplicidade de significados que acompanham o homem. Admitimos que existam múltiplos conceitos. A propósito desta dificuldade conceitual, faz-se opção por não conceituar o termo religião, no sentido restrito da expressão, mas desvelando sua base para constatar seu campo de atuação. É perceptível que o termo religião causa suspeita. Sabe-se, outrora, perfeitamente, explicá-lo, também, diferenciá-lo da política, contabilidade, economia, inclusive afirmar, de forma radical, a não possibilidade unitiva entre a religião e a política. Mesmo sem conceber um conceito exato sobre religião. Uma definição do que é religião é impossível no início das investigações fenomênicas.

As definições de religião, religiosidade e espiritualidade não podem estar desconexas no que diz respeito às especificações e direcionamentos das interferências no campo da saúde mental. Nesse sentido, normalmente encontra-se pouca clareza e distinção no emprego dos conceitos acerca da religião, religiosidade e espiritualidade. Isso permite dizer que há necessidades de maiores entendimentos e compreensões acerca das diferenças, relações e significados na vida de outrem. Entende-se que os termos estão interrelacionados; conceituar tais termos é pensar em uma bricolagem conceitual.

A necessidade de se empregar algum conceito, é preciso analisar a que exigências esses conceitos buscam atender. Antes os conceitos ao mesmo tempo são frutos da história, acabam também por construir a história. Portanto mais que o estudo etimológico, o peso das palavras se revela no seu desenvolvimento. (PIEPER, 2018, p. 04).

Para o esclarecimento desta diferenciação e aplicação das definições, em relação às temáticas, transcorre-se o conhecimento e clareza da distinção e vinculação. Visto que espiritualidade, religiosidade e religião têm suas raízes desde

a Idade Antiga e que estão ligadas à atenção dos indivíduos, fundamentam-se no que é invisível e interior, acabam influenciando na condição física do ser humano. Deste modo, a temática espiritualidade, religiosidade e religião dispõem de definições equivalentes em muitas definições ainda não fechadas.

Quando se perpassou por uma tentativa de definição, caímos em uma problemática conceitual. Por conseguinte, as definições destas temáticas têm o intuito de contextualizar para indicar um problema de campo a ser refletido no terceiro capítulo desta dissertação. Diante das pesquisas de campo o que fica evidente é que as temáticas estão vinculadas e correlacionadas. “Muitas conceituações são construídas a fim de tentar limitar e objetivar o que é realmente este fenômeno. Junto a ele, os conceitos de religiosidade e espiritualidade flutuam num mar de roupagens.” (ALMEIDA, 2015, p. 79).

No momento em que estamos apresentando o termo religião, percebemos que este termo é inerente ao termo sagrado. É um elemento amplo que preenche a essência do indivíduo. É atribuição da vivência do indivíduo, mesmo sendo o indivíduo religioso ou não religioso. Assim por diante, encontram-se disparidades nas possibilidades de manifestações religiosas e a religião está vigente em todas as culturas e ao meio social. De modo geral, concordamos que a religião pode estar nas demonstrações culturais, na simbologia, nas práticas institucionalizadas, nos ritos, nas ações religiosas dos indivíduos e nas instituições com seus dogmas.

A discussão do século XX, feita por Otto (1985), começou por meio de uma busca, entre os estudiosos, acerca dos pesquisadores que se propuseram a estudar o fenômeno religioso. Este objeto, portanto, é estudando pelos cientistas das religiões; neste caso sua relação com a saúde mental. A intenção de Otto é demonstrar em uma divisão bastante melindrosa os dois elementos, a saber, o racional e não racional existente nas religiões. Os indivíduos são conduzidos ao sentimento religioso e a benevolência do sagrado. Por esta via, Otto (1992) verifica um resgate com finalidade de uma filosofia da religião e a teologia do século XX, o elemento não racional (*numinoso*) da religião, incógnita do exagero da racionalidade. Portanto, a tomada de consciência poderá ser preenchida pela essência da religião que é compatível com a obrigação de alcançar a experiência humana originária. Para Otto (1992), o divino pode ser claramente captado pelo nosso entendimento e passar para o domínio dos conceitos que nos são familiares e susceptíveis de

definição. A experiência quando se é vivida é caracterizada como junção do indivíduo ao sagrado. Desse modo, o elemento não racional, esquematizado através das noções racionais, dá-se por meio da categoria complexa do sagrado. Em sentido pleno da palavra, dar-se na totalidade do conteúdo experiencial.

Sentimentos, exclusivamente religiosos não derivados de outros sentimentos naturais. Dessa forma, para descrevê-los não é possível utilizar conceitos e evoluções em forma de graduação de sentimentos naturais; só é possível identificar tais sentimentos onde acontece a experiência religiosa. Portanto, só é possível uma relação com os sentimentos naturais por meio de analogias ou de metáforas. (BIRCK, 1993, p. 32).

A principal proposição de Otto é a concepção do sagrado entendido como um acontecimento divino, discordante da existência que não esteja próximo da racionalidade. Resgatar o *numinoso* como algo que se perdeu ante o racionalismo. Na concepção de Otto (1992), o sagrado não pode ser racionalizado, porque o sagrado é imensurável. Um objeto invisível e compatível com a transcendência. Isso não significa que as ciências das religiões não são irracionais. É uma ciência puramente racional. Estabelecendo-se no elemento ‘fascinante’, misterioso e o tremendo. Nas pesquisas das religiões primitivas, dois autores tradicionais como Otto (1869 - 1937) e Mircea Eliade (1907 - 1986), perfazem uma comunicação independente da teórica e, necessária, para manifestar o fenômeno religioso. “A experiência tornou-se mais concreta, quer dizer, mais intimamente misturada à vida, no sagrado.” (ELIADE, 1992, p. 63).

Nas palavras de Guimarães, “Eliade volta seu interesse, fundamentalmente, para compreender a visão existencial e ontológica que está implicada em todas as expressões religiosas da humanidade.” (GUIMARÃES, 1980, p. 18). Devido à relevância do método fenomenológico, o fenômeno religioso é estudando numa perspectiva metódica e mais próxima ao ser humano. No tocante ao sagrado, em qualquer comunidade, é um fato autêntico, transcendente, pleno e intenso na vida dos indivíduos, o trato com o sagrado. Na proporção em que o sagrado se coloca em oposição ao profano, tem-se o caos. Constantemente, comporta-se em oposição ao meio real e irreal. É, portanto, fácil de compreender que o homem religioso deseje participar da realidade, saturar-se de poder. O homem moderno ressignificou o que é sagrado e possibilitou ao seu mundo assumir, também, uma existência talvez considere profana.

Não tardará a dar-se conta de que o sagrado e o profano constituem duas modalidades de ser no Mundo, duas situações existenciais assumidas pelo homem ao longo da sua história. Esses modos de ser no Mundo não interessam unicamente à história das religiões ou à sociologia, não constituem apenas o objeto de estudos históricos, sociológicos, etnológicos. Em última instância, os modos de ser sagrado e profano dependem das diferentes posições que o homem conquistou no Cosmos e, conseqüentemente, interessam não só ao filósofo, mas também a todo investigador desejoso de conhecer as dimensões possíveis da existência humana. (ELIADE, 1992, p.15).

Com o propósito de viver no cosmos, é conveniente constituir-se. Uma constituição se dá pela demonstração do sagrado, ontologicamente, em meio ao mundo que o concebe, permanentemente, possível na indicação da homogeneidade do profano com a finalidade de vivenciar a realidade. Nesse sentido, Eliade (1999), forma uma relação com o relato das religiões das civilizações, congregando a procura das heranças culturais das sociedades arcaicas e atuais. Isso faz com que a atuação dos indivíduos se motive nas práticas dos deuses em contato com os indivíduos e o universo.

Nas comunidades primitivas, os indivíduos atinavam as religiões com suas legítimas realidades. “O homem das sociedades arcaicas tem tendência para viver o mais possível no sagrado ou mais perto dos objetos consagrados”. (ELIADE, 1992, p. 18). O sagrado é absorvido nas experiências vivenciadas por eles. O sagrado é autêntico na busca pela transcendência. É evidente que se trata de realidades sagradas, pois o sagrado é o real por excelência. “Tudo o que pertence à esfera do profano não participa do Ser, visto que o profano não foi fundado ontologicamente pelo mito, não tem modelo exemplar.” (ELIADE, 1992, p. 50).

Com relação ao homem religioso, perdura uma separação entre o que Eliade pondera e a oposição do espaço sagrado com o espaço profano. Esse rompimento do espaço sagrado corresponde com o espaço profano e é homogêneo e neutro. Tendo em conta isso, para o homem religioso, essa não homogeneidade não está relacionada com a manifestação da oposição com o espaço sagrado, que é autêntico, que é comprovado e de uma realidade plena. No momento, em que, o sagrado se revela, estabelece-se ontologicamente o cosmo. Dessa forma, percebe-se que, nas relações primitivas, o homem, restitui e fortalece o simbolismo cosmológico e, pelo espaço consagrado com seus símbolos e rituais, garante a base das religiões.

Mircea Eliade (1999) trabalha com o conceito de *hierofania*. Trabalha esse conceito referindo-se ao ato de atuação do sagrado. O sagrado é manifestado, independentemente, do lugar onde é passado. Para Eliade o aspecto ontológico da existência, perpassa uma angústia quando sente a falta do sentido da profunda insatisfação do homem com sua situação atual, de sua condição humana. O autor indica uma ontologia religiosa para explicar as crises existências dos indivíduos. Essa manifestação do sagrado, que é uma manifestação religiosa para o homem religioso, segundo Eliade (1992, p. 17) dar-se pela *hierofania*. As *hierofanias* são percursos que levam em conta as manifestações nas práticas sagradas. “A revelação é um aumento do Ser, uma agregação, um marco que divide o observador em um antes e um depois do encontro com a obra. É a relevância deste conteúdo, para o Ser e para o Mundo.” (VARGAS, 2004/2005, p. 20).

O homem ocidental moderno experimenta um certo mal estar diante de inúmeras formas de manifestações do sagrado: é difícil para ele aceitar que, para certos seres humanos, o sagrado possa manifestar-se em pedras ou árvores, por exemplo. Mas, como não tardaremos a ver, não se trata de uma veneração da pedra como pedra, de um culto da árvore como árvore. A pedra sagrada, a árvore sagrada não é adorada como pedra ou como árvore, mas justamente porque são hierofanias, porque revelam algo que já não é nem pedra, nem árvore, mas o sagrado. (ELIADE, 1992, p. 13).

Na fenomenologia da religião apontamos a perspectiva intencional da manifestação religiosa. A interpretação da experiência é engrandecida com afinco na concepção de Husserl (1913-2006). Esse determina a intencionalidade da fenomenologia e abrange um estudo dialético no mundo; desejado e seu elemento intencional no ser humano e onde se captou o sentido. O conhecimento da intencionalidade resulta em afirmar que a experiência procedente do mundo, no que aparece. A expressão ‘experiência’ é um ato vivido, uma ligação do ser humano com o mundo. Um estudo comparado, digamos assim, das diferentes formas das quais o fenômeno se apresenta à razão humana enquanto objeto de estudo. O ser humano percebe que o sagrado é exteriorizado, que o sagrado está em oposição ao profano. Dessa maneira, o ser humano, com referência ao seu espaço, expande os mitos e rituais sagrados, que também se remetem à realidade do que é profano. Deste modo, a religião exprime parte fundamental na vivência dos indivíduos, ou até mesmo, em sua na coletividade, podemos afirmar.

A análise do método hermenêutico nos XIX e XX possibilita uma afinidade

nesta investigação fenomênica. O papel do ser humano no mundo, sobre a religião e sua simbologia, vem sendo estudado tanto na filosofia, como na linguagem, como na fenomenologia. Concebe sentido para algo. Todas as coisas podem ser interpretadas pelo ser humano.

O tempo cosmológico é o tempo do universo; tempo, no entanto, que se junta e permite a existência do universo. A hermenêutica, determinada, por Paul Ricoeur (1988) e a de Mircea Eliade direciona para a função de estudar o que é simbólico. O simbolismo é a base da hermenêutica. A originalidade de Eliade (1999) na filosofia, fenomenologia e centralidade da ontologia está na experiência espiritual. A condição de estudar o indivíduo, sua vivência, sua conduta, seus valores estão justificados na ontologia, na fundação da existência do ser. Para Paul Tillich (2009) se conduz a ontologia básica como a essência do sujeito-objeto em uma essência eu-mundo como uma conexão básica do ser, corroborando com o que a vivência hermética e simbólica transcende. Aí se encontra uma via possível para a religião. O existencialismo resgata para a ontologia, o retorno às mesmas coisas. A fenomenologia em si já é uma forma de ontologia. “A Fenomenologia tem como característica a tentativa de uma descrição direta da nossa experiência como tal, como ela é.” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 662.). É significação da existência humana, essa significação é de ordem espiritual. Que importa, nesta análise, é a significação da existência humana e essa significação é de ordem espiritual. A ontologia é necessariamente religiosa, pois o único movimento possível, na história são as questões mais profundas e existenciais do movimento religioso.

Podemos descrever, acerca do princípio ontológico, que a filosofia da religião de Paul Tillich ratifica que os seres humanos são conscientes do incondicional. Inicialmente está na separação e interação do sujeito e do objeto, seja na teoria ou na prática. Enquanto a ontologia de Eliade confere uma visibilidade para o mundo e uma abertura do ser numa situação de desejar às coisas.

Nesse ínterim, Eliade, quando trata dos mitos, faz uma correspondência entre a condição existencial em relação ao ser fundamental. Percebe que na essência das pessoas e na sociedade, dependendo do sentido comum, vivo e presente, anima sua relação humano-divino. Nessa concepção, o texto de Eliade, apesar de religioso e arcaico, apresenta mais que dados e informações, são registros do homem religioso. Sendo assim, a hermenêutica de Eliade é caracterizada em ontológica.

Está posicionada no debate do ser e nas preocupações humanas como ponto de partida. Em sua narrativa, o mito assume um lugar especial por encontrar-se na origem do ser humano.

O homem religioso das sociedades arcaicas estabelece-se no centro do Mundo e na originalidade de uma realidade plena que lhe confere diálogo como os deuses. Esse homem religioso reproduz a obra dos deuses e encontra a santidade original. Com em relação ao homem não religioso, aquele que recusa a sacralidade do mundo e assume uma existência profana, purificada de toda pressuposição religiosa. Por estar fixado em outra lógica de vida, concebe o tempo sempre como uma experiência puramente humana, onde não é atribuída aos Deuses nenhuma participação.

À medida que provocamos essas discussões, em relação ao passado, percebemos a importância temática desses dois campos conceituados de forma bastante divergentes e, também, com tratamentos diferentes. As diversas mudanças da ciência proporcionaram a construção de uma perspectiva científica da religião. As definições, conjugadas entre a ciência e a religião se validam de acordo como a categoria que se perpetuam, conseqüentemente, geram tensões e, ao mesmo instante, relações. É sustentado na pesquisa científica uma espécie de religiosidade que se interessa pela evolução histórica da religião e sua relação com a ciência. A pesquisa científica tem manifestado que a crença e a vivência religiosa não conseguem ser desconsideradas ou suprimidas de estudos. Ciência e religião, sendo considerada uma adversidade na civilização ocidental, surgiu na atualidade forte. Consegue-se garantir que ciência e a religião podem conciliar suas discussões. Isso pelo bem da humanidade.

O diálogo modela relações mais construtivas entre ciência e religião. Pode emergir da consideração dos pressupostos da especulação científica, ou da abordagem das semelhanças, entre métodos da ciência e da religião ou análise dos conceitos de uma análoga aos da outra. (BARBOUR, 2004, p. 38).

Após várias épocas de diversidade de divisão entre Ciência e Religião, ver-se que no final do século XX, essa aproximação entre a ciência e a dimensão espiritual, contribui para o bem viver do ser humano. A espiritualidade é um empenho na busca pelo conhecimento, a vivência espiritual e religiosa e um novo olhar para as coisas internas e externas, em síntese. Sendo assim, em meados dos anos 1950, foram

expressas as experiências religiosas vividas por Einstein que geraram proximidade com a ciência e o universo religioso. O valioso é que a ciência e a religião sejam possíveis de aproximação. Um estudo científico no campo religioso credita aspectos benéficos da atitude religiosa, que em diferentes aspectos tem a função maléfica na vida social do indivíduo. Chega-se a um ponto importante no diálogo entre religião e ciência, a saber, a compreensão inter-relacionada e interdependente do saber religioso no universo científico. O universo religioso define o sentido para vida que está diante da sua própria existência. O desenvolvimento da espiritualidade é um elemento fundamental no processo de formação humana, pois a espiritualidade une sabedoria e conhecimento no modo de viver do ser humano.

Para o homem, enquanto, religioso e arcaico, essa não homogeneidade, consistente é uma oposição do espaço sagrado, que é considerado real. Contrário a isso, o homem não religioso é caracterizado por uma experiência religiosa homogêneo, neutro e linear. A procura por significação e propósitos, evidencia o indivíduo religioso em sua inquietude ontológica. O real e, a oportunidade de ser no âmbito do sagrado, forma o *homo religiosus*. Para Eliade o *homo religiosus* tem um olhar peculiar acerca da temática religião. Essa é uma diferença entre os seres vivos. O *homo religiosus* tem uma qualidade específica: captar as coisas sagradas e viver em seu interior o que sagrado, manifestando-o exteriormente. O ser humano vive a indivisibilidade da categoria do sagrado na veracidade da existência do seu ser. Esse conceito de *religiosus* não procedente de Eliade, pois há muito tempo, movimentos protestantes e teológicos do século XIX, tais como Friederich Schleiermacher e Max Sheler haviam tratado desta categoria religiosa da espécie humana. O homem religioso é uma expressão imprescindível nos conceitos antropológicos de Schleiermacher e Sheler. Para Max Sheler o *homo religiosus* é um exemplo próprio de característica do ser humano. E essa característica direciona o *homo religiosus* ao sagrado. O homem moderno parece estar disperso na quantidade de informações exteriores. O homem religioso deseja viver no centro do mundo, experimentando a descontinuidade do espaço e tempo pela dialética do sagrado e do profano. “O sagrado é aquilo que é separado do mundo ordinário, das coisas experimentadas e por uma participação ontológica.” (TILLICH, 1955, p. 84). “O sagrado é uma experiência ao lado de outras experiências.” (OTTO, 2007, p. 224). A espiritualidade é a experiência ou o encontro com o *Ser Transcendente*. Experimentar a

espiritualidade é corresponder saudavelmente à subjetividade e, por meio disso, contribuir para uma religiosidade mais saudável. “Acredita-se que a espiritualidade é uma das fontes primordiais de inspiração, de uma alvíssara, de geração de um sentido pleno e de capacidade de transcendência do ser humano.” (BOFF, 2001, p. 12).

A espiritualidade é propícia a construir modificações na estrutura do homem religioso; oferecendo-lhe boas melhorias e boas percepções para a vida. Essa melhoria de vida reverbera na mudança individual. Revela uma espiritualidade que foge do nosso entendimento e transcende o nosso eu ao *numinoso* (sagrado, misterioso, sobrenatural). Corresponde àquilo que nos é estranho e nos desconcerta. Está absolutamente fora do domínio das coisas habituais compreendidas. É o que se opõe à ordem das coisas familiares e, por isso, nos enche de espanto nos paralisa.

O alcance da espiritualidade e da religiosidade se realiza através da experiência, em direção à tentativa de definir os termos, recusar ou não essa experiência, retirar-se da aparência e absorver a existência. A indagação da correlação proporciona o indivíduo no ponto central da vivência humana e a experiência tem mostrado que a correlação fortalece a vivência espiritual. Em síntese, a experiência religiosa, demonstra uma transformação profunda. Um toque no mais íntimo do nosso ser, do espiritual.

Religião e religiosidade tem a finalidade de buscar o sentido para a vida e a essência da vida. Sua definição está atada ao conceito de religiosidade. As particularidades das religiosidades podem ser apresentadas por meio de justificativas, observações da realidade, da conduta do ser humano, com sua significação, ritos, símbolos e mitos. Assim temos:

“[...] ao se aderir a uma denominação religiosa e envolver-se com padrões de religiosidade, adere-se a um conjunto de valores, símbolos, comportamentos e práticas sociais, enfim, adere-se a um amplo e complexo ethos religioso [...]” (DALGALARRONDO; SOLDERA; CORRÊA FILHO; SILVA, 2004, p. 89).

Com as palavras de Koenig (2012), esclarece-se que:

Religião pode ser definida como um sistema de crenças e práticas observados por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, idolatram, comunicam-se com, ou aproximam-se do Sagrado, do Divino, de

Deus (em culturas ocidentais) ou da Verdade Absoluta da Realidade, ou ainda, do nirvana (em culturas orientais). A religião normalmente se baseia em um conjunto de escrituras ou ensinamentos que descrevem o significado e o propósito do mundo. (KOENIG, 2012. p.11).

De forma evidente, as religiões estão fundamentadas em doutrinas que veneram um superior. Tem a responsabilidade de religar o que estava desconexo. Falam de uma epifania e transmutar as experiências negativas do ser humano. Mesmo que os atributos divinos coincidem com as propriedades humanas. “A religião está mais próxima de nossa experiência pessoal do que desejamos admitir”. (ALVES, 1981, p. 4).

Muitos escritores sustentam que a religião se configura como uma exigência social, atendendo algumas particularidades da vida dos indivíduos, que irremediavelmente teve que valer-se da religião, ou a religião sucedeu-se como resultado da sociedade que a reproduziu. Especulando até mesmo, como entender a religião, em relação à sociologia, a religião é vista como solução aos problemas do indivíduo. Atua socialmente no relacionamento com os indivíduos em sociedade. A religião possui “não somente um sistema de ideias, mas um sistema de forças.” (SANCHIS, 2011, p. 41). É essa força que, quando direcionada, na coletividade, ordena através de objetos, os sagrados.

A observação da sociologia da religião percebe a intervenção das instituições sagradas nas atividades sociais e, por conseguinte, a modificação das vivências dos indivíduos. Essa ferramenta sociológica busca integrar e, também, legitimar. Na intenção afirmativa de Durkheim “[...] a própria natureza da sociedade é intrinsecamente religiosa”. (MARTELLI, 1995, p. 32).

As imprecisões e vulnerabilidades acolhem a potência da religião na condução da coletividade em suas funções sociais. O indivíduo religioso enfrenta suas carências e vazios existenciais no sentido e busca da prática institucionalizada. Doutrinas e dogmas, no respeito de uma moderna veracidade do abstrato. Os rituais religiosos traduzem certo sentido para o existir humano, mesmo quando penetrados pela fantasia ou pelo mágico. Não só pela precisão, mas pela realização existencial na prática religiosa.

E essa conexão de ligar o homem à religião tem a intenção de exercer a função prática da espiritualidade e da religiosidade. Essa finalidade transcende o humano. Transforma o caos. A religião, religiosidade e espiritualidade tem seu referencial na manifestação dos sentidos. O termo espiritualidade, não se mostra

impassível, em relação a sua definição, nem sequer ao seu dimensionamento. Pode-se inserir a espiritualidade na religião como uma alternativa cultural. É possível abordar a linguagem espiritual, da religião e da religiosidade. A definição de religião é por si só, sustentado, por uma definição altamente ampliada, pois inserem expressões tradicionais e não tradicional como crenças pessoais e particulares, tal como a busca do Sagrado e do Transcendente. Em que ultimamente, difundiram-se definições de vários autores. “Do mesmo modo, salienta o facto de a espiritualidade aparecer caracterizada como uma linguagem dinâmica, ampla e de convívio e a religião como uma linguagem estreita, axiomática e restritiva”. (SMITH, 2007, p.17).

Apropriando-se do significado, a espiritualidade de um indivíduo, está relacionado a sua integridade, ao ser espiritual. No momento que modifica o comportamento do ser humano, é singular, é geral.

Essa aquisição existencial de sentido não é meramente um ato mental. Envolve a pessoa por inteiro. Exige dela um comprometimento com ela, uma identificação que gera uma sincronia desse sentido com a própria postura de vida que a pessoa assume, quer dizer apropriação existencial de um sentido faz a pessoa agir de acordo com o sentido que adquiriu. É uma característica da espiritualidade. (ROHR, 2010, p. 26).

A espiritualidade não é oriunda de uma prática religiosa. A religiosidade manifesta-se na prática do “fiel” e é correlacionada ao estabelecimento religioso. Tais estabelecimentos podem proporcionar conforto, transformação e uma experiência com o sagrado. Abrange a estrutura do ritual e a crença vivida com a comunidade religiosa. Ao passo que, a Religião pode ser comparada a uma neurose histórica, que o indivíduo carrega consigo mesmo. Uma vontade inconsciente e recalcada. Entram em conflito e evidenciam uma condição patológica, sendo pertinente o aparecimento das neuroses. Propõe ao indivíduo uma elucidação do seu âmbito psíquico. Repercuti no desejo do consciente. O indivíduo precisa ser protegido. Acerca dos sofrimentos que o indivíduo está sujeito, a religião direciona o indivíduo; recompensando-o nas dificuldades da vida. A religião um poder imenso a seu favor. É nas mais fortes emoções do ser humano que a religião pode servir como bons propósitos. A Religiosidade é uma aceitação atada a sua doutrina e a prática correspondentes da instituição ou templo religioso. A religiosidade se apresenta, relativamente, diferente nas suas categorias intrínseca e extrínseca. A primeira vivencia a religião, a segunda o indivíduo desfruta da religião para os seus

próprios fins. As duas religiosidades geram bem-estar e satisfação à vida.

A religiosidade é a expressão vivenciada da perspectiva religiosa. Uma possível transcendência realizada pelos indivíduos. A coletividade manifesta a religiosidade, por meio de rezas, cerimônias, festividades, representações, cultos, liturgias e signos. A religiosidade envolve a influência fundamental no âmbito da experiência, incorporando um tratamento religioso. Definimos como uma estratégia que designa ressignificação da dor, promoção de sentido, percepção de alguns elementos propulsores da própria cura.

Acerca do fenômeno religioso, a religiosidade é uma temática da atualidade. Apresenta-se no cotidiano das pessoas. Relaciona-se a práxis e a doutrina do sobrenatural implica uma religião que ligue o ser humano ao sagrado. A religião, religiosidade e a espiritualidade apontam positivamente no tratamento dos transtornos mentais. Contribui como uma ferramenta significativa nas práticas dos profissionais em saúde mental. É um bom auxílio para a saúde dos indivíduos. A espiritualidade continua presente nas esferas sociais como parte importante da compreensão e tratamento no processo doença-saúde e no enfrentamento das crises subjetivas, familiares, sociais, etc.

A importância da relação entre religião, religiosidade e espiritualidade com a saúde mental ocorreu no término dos anos 1980. Momento em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) investigou esse campo. Incluir o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo a questão no sentido da vida, e não apenas como crença ou prática religiosa. Foi demonstrando uma correlação ousada e fundamental: ambas estão agindo na promoção da saúde mental dos pacientes.

Sabe-se que os profissionais da saúde mental lidam, incluem e influenciam através do seu exercício profissional com a religião dos pacientes. Eles potencializam ou neutralizam a religião/religiosidade/espiritualidade. Usada como suporte no tratamento desses pacientes em sofrimento mental as categorias tratadas neste capítulo são benéficas.

A religião/religiosidade/espiritualidade são elementos salutarres para o bem viver. A subjetividade que está inerente ao trato espiritual é doadora de significado ao sofrimento. Pode, sem sombra de dúvida, melhorar a qualidade de vida de alguém que está perpassando por transtornos mentais. Por isso, neste segundo capítulo pretendemos tratar de um transtorno mental, a saber, a esquizofrenia.

CAPÍTULO II

3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ESQUIZOFRENIA

As atuais definições e exercícios da área da psiquiatria garantem indagações relevantes que atravessam a temática da saúde mental e é direcionada à atenção sobre a loucura dos indivíduos. Observando o avanço histórico que considera, esse percurso, como significativo no conhecimento da literatura acerca do que se pode entender por doença mental, pode-se perceber que o desenvolvimento da saúde - transtorno mental, reforma psiquiátrica, portar-se dos indivíduos. Estamos tratando de um extenso âmbito de aprendizados que possibilitam a composição de modernas maneiras; procedimentos para o enfrentamento da loucura e com formas de tratar o sofrimento mental dos indivíduos. “Doravante, acompanhamos suas mais importantes transformações até chegarmos os dias atuais, questões contemporâneas e das perspectivas nacionais e internacionais pertinentes a este campo.” (AMARANTE, 2007, p. 21).

Temos questionamento em relação à história da loucura no seio familiar, principalmente seu progresso e sua reprodução através dos anos. Surge a pergunta: como as famílias conseguiam acalmar as agitações provindas dos agravamentos psíquicos? As palavras tiradas do artigo *A família e o cuidado em saúde mental* podem nos ajudar a entender essa conjuntura.

Porém, nossa sociedade, bem como as famílias, estão pouco preparadas e amparadas para acolher o portador de sofrimento psíquico, havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental. Por outro lado, muitos são os esforços empreendidos pelos serviços e pelos profissionais da saúde na busca por reverter a lógica de atenção à saúde mental arraigada na nossa cultura, em que prevaleceu por muitos anos, a exclusão e o preconceito. (SANTIN; KLAFKE, 2011, p. 147).

Ocorre que as famílias não tinham recursos e considerava justiça, muitas vezes, o afastamento da pessoa com o espectro da esquizofrenia e isso impossibilitava um contato assíduo para com a sociedade.

O fenômeno da loucura é descrito, primeiramente nos tempos antigos da Grécia e da Roma, ligado às diversas doenças relacionadas com as experiências

associadas à mitologia, às demonstrações do sobrenatural causadas por deuses, deusas e ocorrências demoníacas. Nesse sentido, a loucura era percebida pela intervenção dos dogmas religiosos e pela ação da discriminação dos preceitos sagrados. Para Amarante a loucura e os loucos tinham múltiplos significados seja de demônios sejam endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade, asilos e prisões, igrejas e hospitais. (cf. AMARANTE, 2007).

Na época Medieval, a loucura aponta-se como uma revelação do sobrenatural, em relação aos seres diabólicos, interligados com manifestação dos fenômenos de feitiçarias e bruxarias, por conseguinte, destacou uma caçada aos indivíduos, que eram chamados de pecadores pelos líderes religiosos, uma vez que, a grande autoridade que a igreja possuía, então era chamada de loucos, feiticeiras, bruxas, e pessoas que não estavam de acordo com as determinações da igreja e ação do sinistro. A inquisição oferecia a salvação e a religião era a única estratégia de conforto para preencher o vazio existencial das vidas dos indivíduos. A Igreja possuía uma enorme parcela quando relacionou o demônio, louco e o pecado. “Os homens da Igreja apontavam e desmascaram esse adversário dos homens, levantaram o inventário dos males que ele é capaz de provocar e alista de seus agentes: turcos, judeus, heréticos e as mulheres feiticeiras”. (DELUMEAU, 1989, p. 32).

Assim sendo, a loucura, nesse período, mostrava-se como os tipos e as funções das feiticeiras sejam as prováveis doenças mentais, refletida pela ligação de autoridade da igreja e a mesocracia. Na época do Renascimento, os ditos loucos eram jogados ao rio, como se fossem fardos nos navios, que eram chamadas de Navios da Loucura. Os navios possuíam os ritos executam pelos marinheiros que liberavam os loucos, para que os loucos não andassem sem rumo entre a coletividade que fosse levada para bem longe, evitando os tormentos dos loucos com as embarcações. A relevância de figuras mostradas nas artes e na literatura, a imagem do homem era focada como um louco e ao estilo gótico, movimentos musicais e arquitetônicos, muitas vezes caracterizados como depressivos e animalescos.

O louco, na literatura da Idade Média, do Renascimento ou da época barroca, é um personagem que conta a verdade sem saber que conta a verdade; é um discurso da verdade que, na realidade, não tem a vontade da verdade e não possui nele próprio. (FOUCAULT, 2006, p. 163).

Meados da era do século XV os loucos ficam incluídos no ambiente da moralidade. É nas ilustrações e abstrações que a loucura se manifesta com diversas configurações e o altruísmo torna-se vigentes e os exageros que punem os indivíduos, que eram enfrentados com a sua veracidade e as determinações da natureza e suas autenticidades.

A contar, seguimos com as transformações. No século XVII, era celebrada a loucura como símbolo da divindade, firma-se na situação de suprimir, em relação ao desenvolvimento das cidades e a revolução industrial. A Revolução Francesa foi um movimento marcado na História com diversas mudanças em diversas áreas tais como: na política pública, na análise econômica e politicamente apresentada, o qual é de grande relevância na área da saúde, devido suas alterações na história da loucura e no campo da psiquiatria, em âmbito mundial. No começo dessa época, foram originadas as instituições destinadas para internação dos doentes ditos loucos. Eram instalações que chamavam de hospitais que enclausuravam os indivíduos, pessoas que tinham doenças contagiosas e sexuais, moradores de rua, os loucos, marginais, delinquentes, maus pagadores, em síntese todos aqueles que provocavam bagunça, agitação e desordem em sociedade. “Assim, da palavra “hospitium”, derivou hospício, que designava os estabelecimentos que recebiam ou eram ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis ou insanos.” (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011, p. 205). Ainda sobre esse termo, Amarante contribui quando diz:

O hospital, por mais estranho que isto possa parecer nos tempos atuais, não era uma instituição médica. Foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. Não era de estranhar que um pobre e miserável mendigo não fosse também doente. Por isso, para denominar tais instituições religiosas, utilizou-se a expressão ‘hospital’ que, em latim, significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade (AMARANTE, 2007, p. 22).

Em visto disso, o Hospital Geral, em 1656, em Paris, foi inaugurado pelo Rei da França, um local de muita relevância, que seriam internados os pobres masculino e feminino, os loucos que importavam a sociedade. “De acordo, com Foucault esse Hospital Geral gerou um espaço de importância para um local coletivo para os loucos e a loucura na civilização do ocidente.” Esses estabelecimentos foram

evidentes uma inserção de uma realidade de repreensão e de domínio sobre os desocupados, com a finalidade de resguardar a coletividade das revoltas provocadas pelos loucos. Nesses estabelecimentos, a Igreja utilizava-se na prestação de auxílio aos indivíduos pobres e de internação, próximos está a burguesia, de manter a austeridade, em relação à pobreza, de controlar, corrigir, castigar, excluir e desagregar, estabelecido pela justiça e pela polícia. O louco era assistido com atitudes animais, destituído do racional, de sensibilidade e de dignidade.

Constata-se, que os loucos não tinham nenhum suporte. Como eram considerados animais, os loucos não precisavam da cura e nem de ser reabilitado. Para conter essas atitudes animais era preciso ser domado e subjugar, dado que a essência do louco é diferente da essência dos demais indivíduos.

E a loucura era representada por atitudes humilhantes e abusivas para os internados, então a internação era direcionada apenas para os loucos especialmente. É a psiquiatria, dos ramos da medicina, a que com maior evidência, a loucura está penetrada, gerada e controlada por fatores sociais, políticos e econômicos. (LOSICER, 1982, p. 65-66).

Nessa pensar, a economia, estrategicamente, necessitava sorver os loucos das internações, devido à questão social, o qual era inserido, provendo os menos violentos loucos e os pobres para a convivência com a família e na coletividade. Assim sendo os hospitais começam a ter uma modificação e iniciam-se novas atuações no meio social e politicamente.

Nestas instituições que muitos médicos foram atuar no sentido de humanizá-la e adequá-las ao novo espírito moderno, principalmente após a Revolução Francesa, e acabaram por transformá-las em instituições médicas. O hospital medicalizado; foi transformado na instituição por excelência. Foi assim que os hospitais passaram a ser objeto de profundas mudanças. Primeiro, foram libertados vários internos que ali estavam em decorrência do poder autoritário do Antigo Regime. Por outro lado, novas instituições assistenciais passavam a ser criadas pelo estado republicano (orfanatos, reformatórios, casas de correção, escolas normais, centros de reabilitação). O hospital foi perdendo cada vez mais suas funções de origem de caridade e depois de controle social; na mesma proporção, passou a assumir uma nova finalidade: a de tratar os enfermos. (AMARANTE, 2007, p. 25).

No começo da Contemporaneidade a loucura apoderou-se da linguagem médica. A questão de ser incomum tornou-se doentio. Concebe-se em que a psiquiatria se insere a concepção de transtorno mental. Bem como, o *alienismo*,

precursor no estudo dos transtornos mentais. Quando falamos em *alienismo*, referimos a Philippe Pinel, médico renomado, pai da psiquiatria, sucedeu o *alienismo*.

Depois da II Guerra Mundial mostraram-se diversas questões da trajetória do adoecimento para a loucura, que contribuiu para as interrogações do aprendizado na psiquiatria. Por isso a loucura foi para pauta de questionamentos. É uma enfermidade? Ou é uma euforia psíquica, pública ou orgânica? É uma ação motivada pela conturbação à oposição de uma coletividade abusiva? É está em sofrimento por diferentes causas? Há hereditariedade? Está ligada ao intelectual? São perguntas feitas favoráveis aos saberes, em relação aos saberes.

Se sofrimento mental não é exatamente uma doença, outros saberes não médicos precisa dar a sua contribuição na intervenção a essa problemática, a psiquiatria é solicitada a abrir suas portas aos saberes psicológicos, sociais, antropológicos, entre outros. (BISNETO, 2011, p. 174).

O procedimento passou-se em um tratamento humanizado em benefício dos internos, com a finalidade de tratá-los como público em geral, não só como loucos e pobres, aplicando pesquisas e conhecimentos, desmistificando a afirmação, em relação ao domínio dos demônios.

Foi se percebendo que é necessário discernir sobre a inserção da pessoa com o espectro da esquizofrenia e as possibilidades das diferentes subjetividades que eles trazem consigo. Dado isso, possibilitou uma aproximação libertadora pela perspectiva histórica, ademais de uma ciência positivista, tal como em uma psiquiatria habitual, vinculando a loucura com a trajetória das civilizações. A empiria tem permitido dizer que o comportamento humano varia muito nas diferentes sociedades. Mas, isso, não é ruim; apenas um dado a mais a ser observado nas análises quanto ao lugar que vive a pessoa com distúrbios psíquicos. As atitudes dos indivíduos diferenciam em muitas sociedades, podendo ser tão desigual o que é considerado conveniente em uma sociedade, pode não ser viável para outra sociedade, por isso é contestar a ciência positiva da psiquiatria. A psiquiatria proeminente, em relação, ao procedimento da prática, sendo um mecanismo importante no tratamento, admite-se essa ingerência relativamente à loucura e a instituição hospitalar, apresentando como o início e fundamental no processo de dar estatuto médico, menos nas práticas de assistencialismo e benevolência e sim na

apreensão da loucura permitindo a intervenção médica relacionar as doenças e atentar de um procedimento diferente, uma prática preponderante clínica. Através dessa trajetória, ao inserir o estudo da loucura no âmbito da observação, não apenas na racionalidade e muito menos no elucidativo, mas como um tratamento moralista dos indivíduos, alterando suas percepções, paixões e até mesmo, sua realidade social, subsidiar um procedimento asilar e de uma completa segregação na sociedade, que essa omissão da liberdade, ocorre a alienação, capacidade que o indivíduo tem de observar o real, fora do contexto, fora de si próprio. “Quando a dificuldade ou a impossibilidade de objetivação se verifica e, por mesmo, o estado de alienação se estabelece e se desenvolve.” (LOYELLO, 1983, p. 48).

O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do tratamento moral, o princípio do isolamento do mundo exterior, é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada pela prática psiquiátrica contemporânea. Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde eles não podem mais prejudicá-las. (AMARANTE, 2007, p. 29).

Identifica-se, o ajuste moral estava inserido em um o tratamento institucional, internação no estabelecimento no regime completo, com a intenção do louco fosse controlado e tivesse recurso terapêutico pertinente. O ajuste moral destinava-se a aprisionar o alienado, recolher da sua abstração e colocá-lo numa prática do tratamento mental, apartar o alienado de intervenções que poderiam atrapalhar ao tratamento médico, que conseguisse trazê-lo para o autêntico emocional e consciência sadia, era preciso a hospitalização provocar o isolamento para que o alienado ficasse longe de quaisquer intervenções externas e era determinar um exercício médico-hospitalar. “Há um terreno muito fértil nas relações entre sociedade e sofrimento mental, como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalistas.” (IAMAMOTO, 1998, p. 27).

Verifica-se, que a Escola Frankfurt, os discursos freudianos e marxistas proporcionaram aos acontecimentos repressivos desenvolvidos no âmbito familiar e na coletividade, constatarem suporte na composição que o sistema capitalista designava, na exploração da classe trabalhadora e domínio da propriedade privada e o comedimento das pessoas. Incrementar os fundamentos psicanalíticos das obsessões dos indivíduos tornou-se inserida no contexto social e dos

acontecimentos da história, propiciou importante aplicação para os portadores das doenças mentais que vigora até os tempos atuais.

A psicanálise enquanto prática liberal dirigiu-se para os segmentos da classe média, orientada para o indivíduo como um valor, com relações seguras no mundo do trabalho e com condições estáveis para suportar a estrutura da família conjugal moderna. (ROSA, 2011, p. 60).

Desse modo diversas instituições aplicam instrumentos de intervenção na infraestrutura sociais e no dia a dia dos loucos nas instituições asilares. Posteriormente, a Segunda Guerra Mundial possibilitou que a coletividade reverberou com o crescimento na economia e construções sociais, possibilitou também mudanças psiquiátricas, e que o estabelecimento hospital deve ser reformado e o corte do protótipo da psiquiatria vivenciado no decorrer dos tempos. Efetuaram-se, numa procura em uma instituição psiquiátrica com condições dignas, igualitárias, justas, serviços médicos comprometidos com seu fazer profissional e o direito dos indivíduos e familiares na rede hospitalar, com extensas mudanças no internamento asilar e no hospital psiquiátrico e com eficácia nos tratamentos culminou nas primeiras tentativas da reforma psiquiátrica.

O Movimento de reforma Psiquiátrica nas suas várias vertentes tem como ponto comum a inter-relação entre o social e o sofrimento mental, e a ênfase na transformação das instituições sociais que intervêm no tratamento dos transtornos psíquicos: as organizações asilos, hospícios, manicômios; as instituições psiquiatria, psiquiatria, psicanálise, psicologia, psicoterapia. (BISNETO, 2011, p. 181).

Moveram-se muitas as tentativas que ocorreu em diversos países. Umas, passaram muito acentuada por sua alteração e embate, com possibilidade de transcorrerem com muitas visibilidades e sugerir na contemporaneidade. “O novo viés desinstitucionalizante enfatiza o componente de desconstrução como necessário a um movimento constante de renovação de todo o sistema de saber e cuidados com doença-cura”. (VASCONCELOS, 2010, p. 40).

Um caminho resolutivo nesse sentido foi direcionado com a decretação da Lei 10. 216 em 6 de abril de 2001. Não obstante o texto primário foi desconsiderado, muito tempo depois, há cerca de dez anos o texto, enfim aprovado. Porém, o texto não permitiu como estava no texto primário, a principal pretensão que era a “o fechamento gradualmente dos manicômios. O manicômio não passava de um depósito humano que agrupava uma série de pessoas que dentre muitos estigmas

carregavam também ditas improdutivas para toda a sociedade.” (BASAGLIA, 1991, p. 326). “Tratou-se de um projeto que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ficou conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira.” (AMARANTE, 2007, p. 70).

No entanto, grupos de indivíduos estão na luta pela constituição da emancipação e inovação de novos métodos de aplicar o convívio mais digno para convívio dos indivíduos. A interferência italiana no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira possibilitou definições e entendimentos que surgiram desde a vinda de Franco Basaglia, que induziu as práticas com os indivíduos em sofrimento mental. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, líder da Psiquiatria Democrática que tinha como proposição foi:

A proposta de Franco Basaglia foi a de colocar “a doença entre parentes” para que se fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência vivida. A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico – conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana. (AMARANTE, 2007, p. 67).

Toda a experiência de Basaglia e a modificação do exercício médico nos estabelecimentos psiquiátricos, a doença mental, entre parênteses, psiquiatra italiano que orientou em adotar novos conceitos e técnicas de lidar com a doença mental, por um direcionamento mais à condição humana e não mais internação em hospitais sendo, impiedosa, perversa, inepta e precária. “E no tratamento mental as instituições do manicômio e da psiquiatria, são também instituições de violência, é necessário desospitalizar a loucura e desinstitucionalizar a hegemonia médico-psiquiátrica.” (BISNETO, 2011, p. 181). Assim sendo, a vivência que aponta para um ideal de vida que perdura até os seus últimos dias: a transformação radical das práticas e das instituições psiquiátricas. Em consequência dessa influência encontramos no pensamento de Basaglia a preocupação humanizante, uma a reforma psiquiátrica. Percebe-se que o caminho dessa reforma passou a ser gerida pelo lema *por uma sociedade sem manicômios, com a recondução da sua emancipação, independência, autodeterminação, direito, permissão, dignidade e condição de cidadão.*

Desse modo, a atenção em considerar a concepção fenomenológica, o propósito do objeto de estudo, o próprio Ser inserido na prática da medicina, em relação a doença em si, substitui o doente mental. Colocando a doença em parênteses, com intenção viável de inserir o indivíduo na sua experiência. Dado que essa concepção de cidadão, indivíduos construídos de direitos, referente sua experiência e ser protagonista do seu valor. Franco Basaglia (2005) foi influenciado por Edmund Husserl, pai da Fenomenologia e autor do conceito de redução analógica ou de colocar o conceito em parênteses.

No decorrer da história, a coletividade determina certas reflexões sobre as situações, os indivíduos e objetos. Essas buscam dar significado aos objetos e admiração para as coisas que deslumbram, vivenciam ou receiam. A psiquiatria proporcionou bastante para que as pessoas considerassem que o louco é ameaçador, que o espaço do louco é no manicômio, que o doente mental é ilógico. Variados estigmas, discriminações e encolerizações perduram acerca das pessoas em sofrimento mental.

É nessa proporção, que é importante inserir diversas modificações que atravessa as várias possibilidades que são colocadas, o entendimento sobre o doente mental, o perigo, da falta de racionalidade, dentre outros. Devido a isso, a construção de estabelecimentos de condutas, ordem, moralidade, guarda, alerta, cuidado, obediência, tortura, corretivo, castigar e opressora. Ocasionalmente pavor, afastamento, marginalização e rejeição. No entanto, as ideias de Basaglia (1991) persistia que não poderia sinalizar para a complacência ou tolerância, uma vez que resulta em aguentar o seu próximo. Persevera a conveniência do doente mental ser tratado, como cidadão provido de direitos nas instituições asilares. Nesse seguimento, a reforma psiquiátrica não nega a constituição dos serviços substitutivos.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um local de referência e de tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, um de atendimento intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde. (cf. BRASIL, 2004).

Com a construção dos CAPS, está referente a desaprovação das práticas da medicina e da psiquiatria exercida na instituição asilar. Definido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, a condição de cidadão. Compreende-se que os profissionais

utilizem os novos entendimentos teóricos, religiosos, religiosidades e a espiritualidade como ferramenta primordial no tratamento no exercício da prática com as pessoas em sofrimento mental. A complexidade e sofrimento que os transtornos causam na vida da pessoa em sofrimento mental, especialmente a convivência com a esquizofrenia, possibilitando compreender a realidade do existir com a esquizofrenia. Assim como, seu envolvimento para o acometimento pela doença, a partir da definição e vivência.

3.1 Breves considerações acerca da Saúde mental

Para tratar da ideia de saúde mental estaremos dialogando com três referenciais, a saber, a *Constituição da Organização Mundial da Saúde* (OMS: 1946), a obra *História da Loucura* (1978) de Foucault e o artigo *O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo* (2018) de Loraine Vivian Gaino; Jacqueline de Souza; Cleber Tiago Cirineu e Talissa Daniele Tulimosky.

De modo geral falamos de saúde mental como um aspecto ligado a saúde. Esse é um direito do ser humano. Para isso, é preciso entender que essa preocupação é universal. Sendo mundial, a OMS fala de saúde mental com as seguintes palavras: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (OMS: 1946). O primeiro conceito de saúde mental pode ser entendido com essa concepção dada pela OMS. Não podemos perder de vista isso: saúde mental é um bem-estar mental.

Foucault descreve em sua obra *História da Loucura* uma possível trajetória da loucura. Em suas palavras “a loucura é o já-está-aí da morte.” (FOUCAULT, 1978, p. 21). Com isso, fala-se de um mal-estar mental. Viver com a morte é privar o bem-estar mental, não ter a oportunidade de viver cada momento conscientemente. Percebamos que os transtornos mentais são resultados de uma “desestrutura do eu” e muito complexo de abarcar. O que se sabe ao certo é que “a loucura só existe em cada homem, porque é o homem que a constitui no apego que ele demonstra por si mesmo e através das ilusões com que se alimenta.” (FOUCAULT, 1978, p. 30). Essa afirmativa de Foucault carrega um denso peso conceitual. O processo de ensimesmar-se dirige a pessoa humana a um universo alheio a vida social. Desse

modo, sem uma ajuda externa e dependendo da “estrutura do eu” de uma dada pessoa, um mundo não real pode ser vivido. Isso acaba caracterizando a pessoa como alguém que vive um mal-estar mental. O “eu” e a “estrutura do eu” se refletem como em um espelho. É refletida apenas sua própria estrutura, seu próprio eu. “O símbolo da loucura será doravante este espelho que, nada refletindo de real, refletiria secretamente, para aquele que nele se contempla o sonho de sua presunção.” (FOUCOULT, 1978, p. 30).

Após isso, veremos que o conceito de saúde mental nas palavras de GAINO; SOUZA; CIRINEU; TULIMOSKY (2018, p. 110) é assim considerado:

Frente ao exposto, entende-se que há dois paradigmas principais para discussão dos conceitos de saúde e saúde mental, ou seja, o paradigma biomédico e o da produção social de saúde. No primeiro, o foco é exclusivamente na doença e em suas manifestações, a loucura como sendo essencialmente o objeto de estudo da psiquiatria. No segundo, a saúde é mais complexa que as manifestações das doenças e inclui aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Neste paradigma, loucura é muito mais que um diagnóstico psiquiátrico, pois os pacientes com um transtorno psiquiátrico podem ter qualidade de vida, participar da comunidade, trabalhar e desenvolver seus potenciais.

Um primeiro paradigma, segundo os autores, biomédico, está relacionado à loucura. Este está no campo da psiquiatria. Como o nosso recorte é social, então, é de grande valia o segundo paradigma, a saber, aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Em questão, no segundo paradigma encontra-se a religião, a religiosidade e a espiritualidade. Esses fazem parte do segundo aspecto, também, por ser de linha outra cultural, outra social, etc. Sendo assim, os aspectos que compõem o segundo paradigma podem ser aliados ao bem-estar mental como também levar a pessoa a adoecer. Em síntese o conceito de saúde mental está relacionado ao bem-estar de uma pessoa. Passemos, pois, a tratar do tema contrário ao mal-estar, com isso, o espectro da esquizofrenia.

3.2 Esquizofrenia

O conceito que vigora no tempo presente de esquizofrenia sinaliza um estado mental que causa danos a mente, definido pela perda de contatos com as pessoas e com a realidade em que vive. A esquizofrenia é de conhecimento, que uma das doenças psiquiátricas mais intensas, difícil, provocadora, enfurecedora e

desafiante. Sendo considerada, de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) como uma doença que torna o indivíduo incapaz, caracterizando como distúrbio, desprovido de percepção, entendimento, clareza e crônica. Que possibilita dificuldades para a vida cotidiana do indivíduo.

Na esquizofrenia, diz Freud, as palavras estão sujeitas ao processo primário, processo igual ao dos sonhos. As palavras passam por uma condensação, e por meio do deslocamento transferem integralmente suas catexias de umas para as outras. O processo pode ir tão longe, que uma única palavra, se for especialmente adequada a suas numerosas conexões, assume a representação de todo um encadeamento de pensamento. Nos sintomas de esquizofrenia haveria, portanto, uma dominância do que tem a ver com as palavras sobre o que tem a ver com as coisas. (D'AGORD, 2005, p.5).

É caracterizada como um transtorno que exige um cuidado, melhoria da saúde, prevenção e terapia. Que abrangem sintomas de estados psíquicos, patologias diversas de pensamento, sensação, estímulo, sentimento, emoção, alvoroço e conduta na pessoa em sofrimento mental. Procede-se de uma doença muito dominante nos atendimentos psiquiátricos. A esquizofrenia é um transtorno psicótico caracterizado, principalmente, por sintomas como delírios, alucinações, disfunção social / ocupacional, entre outros critérios.

Essas indagações nos provocam a entender, de que forma, foram estruturadas as concepções sobre a definição de esquizofrenia.

O termo esquizofrenia não tem mais de noventa anos, e nesse período, o termo, que fora criado para definir a fragmentação ou dissolução dos processos psíquicos própria de uma forma de psicose, generalizou-se para denominar todos os processos de divisão e fragmentação, seja na esfera da família, da comunicação, ou da sociedade. E, paralelamente, entre os pesquisadores em psicopatologia, o próprio termo começou a ser questionado como termo adequado para definir a doença mental para o qual foi criado. E como resultado, a própria entidade nosológica, esquizofrenia, teve seus contornos de definição revisados. O que revela a dinamicidade da psicopatologia e, ao mesmo tempo, desperta a necessidade de se ter sempre presente a história da psicopatologia. (D'AGORD, 2005, p.1).

Historicamente a definição de esquizofrenia ocorre no fim do século XIX e da narração da loucura precocemente por Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão, criador da moderna psiquiatria e genética psiquiátrica, determinou uma reunião em grupos respectivos o que eram os transtornos mentais que fundamentava no modelo médico. Seu propósito era traçar a presença de doenças

com origem, sintomas, desenvolvimentos e finalidades. Kraepelin designou esse indivíduo de demente que iniciava muito precocemente na vida e atingia a transtornos com a psique, com a mente do indivíduo. As características da sintomatologia estavam as perturbações do comportamento de causa psicológica ou neurológica, alucinações e vazio no campo afetivo, isto é o transtorno era originário a problemas internos do indivíduo.

Para Kraepelin, a demência ou a loucura precoce permitiu distinguir do transtorno maníaco depressivo e do delírio, da perseguição ou de uma conspiração de acordo com suas característica e forma de manifestação dos sintomas. Com a relevância de Kraepelin e sendo forte influenciador das ideias de Euger Bleuler (1857-1939), psiquiatra suíço que contribuiu para o entendimento da esquizofrenia ou demência precoce. Dar origem a palavra 'esquizofrenia' (*esquizo* = divisão, *frenia* = mente) o termo foi modificado de demência precoce, referente a paranoia da mente, emoções e o comportamento do indivíduo afetado, o qual sofriam com a doença pelo curso do pensamento.

Essa regularidade de descobrimento de acepção na esquizofrenia percebe-se um processo completamente aflitivo e complicado, devido ao padecimento e restrições. Existem os sintomas que são ditos sendo da esquizofrenia, caracterizado como positivos e negativos. Os sintomas positivos são caracterizados quando esteja ocorrendo à crise como os delírios, psicoses, alucinações, mudanças de comportamentos, mudanças na fala, catatonia e transtornos de locomoção.

Reconhece-se que os sintomas positivos, principalmente os desvarios (delírios) e as alucinações (as demências, loucura) tem vínculo com as especificidades de cada ser humano afetado, com suas vivências da sua vida, com a realidade exterior, caracterizando o direcionamento que o ser humano tem de se fazer conhecimento seus temores, receios e ímpetos. Enquanto os sintomas negativos são percebidos por aqueles que possuem um dano de um desempenho. Tais como: capacidade de se movimentar motoras e psíquicas, expressando-se emoções, por exemplo, os afetos, perda de ânimo, ato de retrair-se, humor movido pela depressão e falta de interesse na parte pessoal (aparência) e higiênica. As famílias e amigos podem perceber distintas mudanças no comportamento do seu familiar e amigo, nas suas atividades pessoais, contato social e desempenho no trabalho e na escola e isso pode levar a pensar em ser um transtorno psíquico.

É frequente, perceber como o termo consegue ser examinada a depreciativa designação “esquizofrênica” para a pessoa que é diagnosticada esquizofrênica, visto que, a pessoa é estigmatizada na coletividade. No momento, em que a pessoa é excluída, perante a coletividade, a esquizofrenia é manifestada, de forma, diversa. O questionamento sobre a forma que a pessoa com esquizofrenia sofre esses rótulos, a tentativa é desmistificar essa referência e ser manifestado com cuidado e respeito na perspectiva da promoção da saúde.

A exclusão social é um processo sócio – histórico, que se configura pela repercussão em todas as esferas da vida social, mas sobressai como necessidade do eu, como sentimentos, significados e ações subjetivas. Destaca ainda que existem diferentes dimensões da exclusão, como a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento. (BADER, 2002, p. 7 - 13).

As dificuldades apresentadas da esquizofrenia manifestam-se no estado crônico da doença, isto é, nos sintomas negativos e na repetição dos sintomas positivos. Relevantes psiquiatras da Europa, logo no final do século XX afirmavam que a esquizofrenia tinha um cunho hereditário. Um dos primeiros estudos sobre a temática esquizofrenia buscou comprovar essas análises clínicas, estudo foi demonstrado por Ernst Rudin, psiquiatra alemão, geneticista e eugenicista, em 1916. Depois desses estudos, diversos estudos continuaram ratificando muitos casos por parte de membros da mesma família, referente a esquizofrenia. Mas, porém, esses trabalhos abordados inicialmente para estudos mostraram dificuldades em questões na metodologia, por não ter avaliação comprovada para a identificação da esquizofrenia. No entanto, a identificação origina-se das observações clínicas do cientista e as informações da família, frequentemente eram adquiridas por relatos de outras pessoas.

A princípio da década de 80, os recentes trabalhos modificaram novos critérios de diagnósticos para pesquisa, tais como RDC, DSM – III instrumentos que define critérios operacionais para diagnósticos clínicos com os grupos familiares. Entretanto, foi percebido que as novas metodologias empregadas verificaram que as resoluções foram similares aos dos primeiros estudos analisados. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos incluem esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade)

esquizotípica. Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. A categoria transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado são usados nas situações em que o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico. Esses transtornos são definidos por anormalidade em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamentos(discursos) desorganizados, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Esta seção constitui uma orientação básica sobre a finalidade, a estrutura, o conteúdo e o uso do DSM-5. A intenção não é fornecer um relato completo da evolução do DSM-5, e sim proporcionar aos leitores uma visão geral concisa de seus elementos principais. A seção introdutória descreve o processo de revisão pública, profissional e especializada que foi utilizado para avaliar, extensivamente, os critérios diagnósticos apresentados na Seção II. Apresentam-se, também, um resumo da estrutura do DSM-5, sua harmonização com o CID-11 e a transição para um sistema não axial com uma nova abordagem para avaliar incapacidade. A “Utilização do Manual” inclui a “Definição de um Transtorno Mental”, considerações forenses e uma breve visão geral do processo diagnóstico e do uso de codificação e procedimentos para registro.

3.3 Sobre o espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos

QUADRO I - Características Essenciais que Definem os Transtornos Psicóticos

Delírios: Os delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (p. ex., persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza). Delírios persecutórios

(i.e., crença de que o indivíduo irá ser prejudicado, assediado, e assim por diante, por outra pessoa, organização ou grupo) são mais comuns. Delírios de referência (i.e., crença de que alguns gestos, comentários, estímulos ambientais, e assim por diante, são direcionados à própria pessoa) também são comuns. Delírios de grandeza (i.e., quando uma pessoa crê que tem habilidades excepcionais, riqueza ou fama) e delírios erotomaníacos (i.e., quando o indivíduo crê falsamente que outra pessoa está apaixonada por ele) são também encontrados. Delírios niilistas envolvem a convicção de que ocorrerá uma grande catástrofe, e delírios somáticos concentram-se em preocupações referentes à saúde e à função dos órgãos. Delírios são considerados bizarros se claramente implausíveis e incompreensíveis por outros indivíduos da mesma cultura, não se originando de experiências comuns da vida. Um exemplo de delírio bizarro é a crença de que uma força externa retirou os órgãos internos de uma pessoa, substituindo-os pelos de outra sem deixar feridas ou cicatrizes. Um exemplo de delírio não bizarro é acreditar que a pessoa está sob vigilância da polícia, apesar da falta de evidências convincentes. Os delírios que expressam perda de controle da mente ou do corpo costumam ser considerados bizarros; eles incluem a crença de que os pensamentos da pessoa foram “removidos” por alguma força externa (retirada de pensamento), de que pensamentos estranhos foram colocados na mente (inserção de pensamento) ou de que o corpo ou as ações do indivíduo estão sendo manipulados por uma força externa (delírios de controle). Distinguir um delírio de uma ideia firmemente defendida é algumas vezes difícil e depende, em parte, do grau de convicção com que a crença é defendida apesar de evidências contraditórias claras ou razoáveis acerca de sua veracidade.

As alucinações são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vívidas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, embora as alucinações auditivas sejam as mais comuns na esquizofrenia e em transtornos relacionados.

Alucinações auditivas costumam serem vividas como vozes, familiares ou não, percebidos como diferentes dos próprios 88 espectros da esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos nos pensamentos do indivíduo. As alucinações devem ocorrer no contexto de um sensorio sem alterações; as que ocorrem ao adormecer

(hipnagógicas) ou ao acordar (hipnopômicas) são consideradas como pertencentes ao âmbito das experiências normais.

Em alguns contextos culturais, alucinações pode ser elemento normal de experiências religiosas. Desorganização do Pensamento (Discurso) A desorganização do pensamento (transtorno do pensamento formal) costuma ser inferida a partir do discurso do indivíduo. Este pode mudar de um tópico a outro (descarrilamento ou afrouxamento das associações). O discurso pode estar tão gravemente desorganizado que é quase incompreensível, lembrando a afasia receptiva em sua desorganização linguística (incoerência ou “salada de palavras”). Uma vez que o discurso levemente desorganizado é comum e inespecífico, o sintoma deve ser suficientemente grave a ponto de prejudicar de forma substancial a comunicação efetiva. A gravidade do prejuízo pode ser de difícil avaliação quando a pessoa que faz o diagnóstico vem de um contexto linguístico diferente daquele de quem está sendo examinado. Pode ocorrer desorganização menos grave do pensamento ou do discurso durante os períodos prodrômicos ou residuais da esquizofrenia.

Comportamento Motor Grosseiramente Desorganizado ou Anormal (Incluindo Catatonia) Comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal pode se manifestar de várias formas, desde o comportamento “tolo e pueril” até a agitação imprevisível. Os problemas podem ser observados em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, levando a dificuldades na realização das atividades cotidianas.

Comportamento catatônico é uma redução acentuada na reatividade ao ambiente. Varia da resistência a instruções (negativismo), passando por manutenção de postura rígida, inapropriada ou bizarra, até a falta total de respostas verbais e motoras (mutismo e estupor). Pode, ainda, incluir atividade motora sem propósito e excessiva sem causa óbvia (excitação catatônica). Outras características incluem movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, caretas, mutismo e eco da fala. Ainda que a catatonia seja historicamente associada à esquizofrenia, os sintomas catatônicos são inespecíficos, podendo ocorrer em outros transtornos mentais (p. ex., transtornos bipolar ou depressivo com catatonia) e em condições médicas (transtorno catatônico devido a outra condição médica).

Os sintomas negativos respondem por uma porção substancial da

morbidade associada à esquizofrenia, embora sejam menos proeminentes em outros transtornos psicóticos. Dois sintomas negativos são especialmente proeminentes na esquizofrenia: expressão emocional diminuída e *avolia*. Expressão emocional diminuída inclui reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contato visual, na entonação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso. A *avolia* é uma redução em atividades motivadas, autoiniciadas e com uma finalidade. A pessoa pode ficar sentada por períodos longos e mostrar pouco interesse em participar de atividades profissionais ou sociais. Outros sintomas negativos incluem *alogia*, *anedonia* e falta de sociabilidade. A *alogia* é manifestada por produção diminuída do discurso. A *anedonia* é a capacidade reduzida de ter prazer resultante de estímulos positivos, ou degradação na lembrança do prazer anteriormente vivido. A falta de sociabilidade refere-se à aparente ausência de interesse em interações sociais, podendo estar associada à *avolia*, embora possa ser uma manifestação de oportunidades limitadas de interações sociais.

Fonte: MDS, 2014.

QUADRO II – Critério Diagnóstico em relação à Esquizofrenia – DSM – IV

Esquizofrenia - Critérios Diagnósticos 295.90 (F20.9)

A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios.
2. Alucinações.
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou *avolia*).

B. Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento

interpessoal, acadêmico ou profissional).

C. Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).

D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas; não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa; se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total, breve em relação aos períodos ativo e residual da doença e a perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou em condição médica.

F. Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Com conteúdo bizarro: Os delírios são considerados bizarros se são claramente implausíveis, incompreensíveis e não originados de experiências comuns da vida (p. ex., a crença de um indivíduo de que um estranho retirou seus órgãos internos, substituindo-os pelos de outro sem deixar feridas ou cicatrizes).

Fonte: MDS, 2014.

QUADRO III – Critérios Diagnósticos para Subtipos da esquizofrenia do DSM – IV.

A. A presença de um delírio (ou mais) com duração de um mês ou mais.

B. O Critério A para esquizofrenia jamais foi atendido.

Nota: Alucinações, quando presentes, não são proeminentes e têm relação com o tema do delírio (p. ex., a sensação de estar infestado de insetos associada a delírios de infestação).

C. Exceto pelo impacto do(s) delírio(s) ou de seus desdobramentos, o funcionamento não está acentuadamente prejudicado, e o comportamento não é claramente bizarro ou esquisito.

D. Se episódios maníacos ou depressivos ocorreram, eles foram breves em comparação com a duração dos períodos delirantes.

E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica, não sendo mais bem explicada por outro transtorno mental, como transtorno dismórfico corporal ou transtorno obsessivo-compulsivo.

Determinar o subtipo:

-Tipo erotomaníaco: Esse subtipo aplica-se quando o tema central do delírio é o de que outra pessoa está apaixonada pelo indivíduo.

-Tipo grandioso: Esse subtipo aplica-se quando o tema central do delírio é a convicção de ter algum grande talento (embora não reconhecido), insight ou ter feito uma descoberta importante.

-Tipo ciumento: Esse subtipo aplica-se quando o tema central do delírio do indivíduo é o de que o cônjuge ou parceiro é infiel. Tipo persecutório: Esse subtipo aplica-se quando o tema central do delírio envolve a crença de que o próprio indivíduo está sendo vítima de conspiração, enganado, espionado, perseguido, envenenado ou drogado, difamado maliciosamente, assediado ou obstruído na busca de objetivos de longo prazo.-Tipo Catatônico: Um tipo de esquizofrenia é caracterizado pelo menos dois sintomas: Sem movimentação motora; movimentos repetitivos contínuos e excessivos; postura rígida e bizarra; mente com pensamentos negativos e ecolalia ou ecopraxia.

-Tipo Indiferenciado: Esse tipo de esquizofrenia com seus sintomas que caracteriza o Critério A estão evidentes; -Tipo Residual: É um tipo de esquizofrenia caracterizado no Critério A, enumerados nesses critérios: catatônicos, comportamentos e ideias; perturbações muito presentes, crenças estranhas e confusas. Desenvolvimento e Curso. A idade habitual de início do transtorno esquizoafetivo é o começo da fase adulta, embora possa ocorrer a qualquer momento da adolescência até mais adiante na vida. Uma quantidade significativa de indivíduos diagnosticados com outra doença psicótica inicialmente receberá diagnóstico de transtorno esquizoafetivo mais tarde, quando o padrão dos episódios de humor tornar-se mais aparente. Com a presença atual do Critério diagnóstico C,

espera-se que o diagnóstico para alguns indivíduos se converta de transtorno esquizoafetivo em outro transtorno, conforme os sintomas de humor tornarem-se menos proeminentes. O prognóstico para transtorno esquizoafetivo é um pouco melhor do que para esquizofrenia, porém pior que aquele para transtornos do humor. Pode ocorrer transtorno esquizoafetivo em uma variedade de padrões temporais. Apresenta-se, como exemplo, um padrão típico: um indivíduo pode ter alucinações auditivas pronunciadas e delírios persecutórios durante dois meses antes do início de um episódio depressivo maior proeminente. Os sintomas psicóticos e o episódio depressivo maior completo estão, assim, presentes durante três meses. Em seguida, o indivíduo recupera-se completamente do episódio depressivo maior, mas os sintomas psicóticos persistem por mais um mês antes de também desaparecerem. Durante esse período da doença, os sintomas do indivíduo atendem, ao mesmo tempo, aos critérios para episódio depressivo maior e ao Critério A para esquizofrenia, e, durante esse mesmo período da doença, estiveram presentes alucinações auditivas e delírios antes e depois da fase depressiva. O período total da doença durou cerca de seis meses, com sintomas psicóticos isolados presentes durante os dois primeiros meses, sintomas depressivos e psicóticos nos três meses seguintes e apenas sintomas psicóticos presentes durante o último mês. Nesse caso, a duração do episódio depressivo não foi curta em relação à duração total da perturbação psicótica; a apresentação se qualifica, portanto, para um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo. A expressão dos sintomas psicóticos ao longo da vida é variável. Sintomas depressivos ou maníacos podem ocorrer antes do início de uma psicose, durante episódios psicóticos agudos, durante os períodos residuais e após o término de uma psicose. Por exemplo, um indivíduo pode se apresentar com sintomas pronunciados de humor durante o estágio prodrômico da esquizofrenia. Se padrão não necessariamente indica transtorno esquizoafetivo, uma vez que é a concomitância de sintomas psicóticos e de humor que é crucial para o diagnóstico. Para uma pessoa com sintomas que claramente satisfazem os critérios de transtorno esquizoafetivo, mas que no seguimento apresenta somente sintomas psicóticos residuais (como sintomas psicóticos subclínicos e/ou sintomas negativos proeminentes), o diagnóstico pode ser mudado para esquizofrenia, uma vez que a proporção total da doença psicótica comparada com sintomas de humor torna-se mais proeminente.

Fonte: MDS, 2014.

Verifica-se que nos grupos familiares se observa outros transtornos tais como: esquizofrenia, psicose e alterações no comportamento bastante modificado em relação ao controle de diagnóstico. Portanto, cientistas passaram a induzir que a hereditariedade tem associação com a esquizofrenia, chamando essas doenças de Transtorno de Espectro da Esquizofrenia. Portanto, surgimentados dois tipos de sintomas é consciencioso pelas manifestações da convivência interpessoais com a esquizofrenia absorvidas pelos afetos que são vividos, social, com os familiares, entre os amigos e financeira, a desistência dos seus sonhos em sua vida, a exclusão do ser humano na coletividade, transtorno de pensamento provocando o isolamento e desenvolvendo sentimentos e emoções de não ser percebido e nem compreendido no âmbito familiar e com os amigos.

Os importantes motivos de mortalidade na esquizofrenia ocasionam por suicídios, desastres e outras enfermidades que provocam o indivíduo. Diversos elementos que ocorrem que são de riscos, por exemplo: o excessivo consumo de drogas, não procuram a instituição psiquiátrica, devido ao preconceito, depressão, confiança em si mesmo, exclusão, falta de esperança e acontecimentos negativos na vivência do indivíduo. O indivíduo que sofre de esquizofrenia manifesta-se questões cognitivas, como desatenção, alheamento, dificuldade na memória, problemas na comunicação, comprometimento em aprender.

Entretanto autores acima citados, que em seus estudos afirmam que a esquizofrenia permanece sendo uma doença complexa, devido a sua identificação, por essa razão, a esquizofrenia é identificada, conforme os diversos tipos de condutas e sintomas são revelados no indivíduo. Quando é diagnosticada considera-se um choque para seus familiares e para o paciente que muitas vezes não sabe como lidar por estarem em situação de vulnerabilidade e fragilidade.

Após tratar, com o primeiro capítulo, da religião, religiosidade e da espiritualidade; seus pressupostos e fundamentos, bem como aquilo que tangencia essas variáveis, foram tratados, com o segundo capítulo, da ideia de espectro da esquizofrenia. Os elementos que nos permitem entender, embora superficial, esse traço clínico. Resta agora saber como estão relacionados na ação do assistente social. Por isso, o terceiro capítulo terá essa pretensão. Passemos a leitura da pesquisa.

CAPÍTULO III

4. A RELIGIÃO, A ESPIRITUALIDADE, A RELIGIOSIDADE E O (A) ASSISTENTE SOCIAL NO TRATO COM PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Com este capítulo tratamos da pesquisa de campo. Foi observado elementos importantes na visita de campo. Uma pesquisa com seis idas a campo e em contato com diferentes assistentes sociais. As diferenças consistem em profissionais mais experientes e outros em desenvolvimento profissional. A figura capacitada deste ator social é basilar. Antes que a pessoa com transtorno mental receba a assistência em um centro especializado, faz-se passar pela assistente social. Esse detalhe aponta a importância de uma boa formação e disponibilidade para lidar com esse público. Uma espiritualidade sadia pode ser um aspecto diferenciador.

Vale lembrar que na introdução foi sinalizado o método a qual a pesquisa se submeterá. Uma técnica desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre e que valoriza, qualitativamente, o pensamento de quem se está estudando. Levando em consideração isso, elencamos três questionamentos para que possamos trabalhar a religião, a espiritualidade, a religiosidade, o (a) assistente social e a pessoa com transtorno mental. Tais perguntas estão relacionadas a prática profissional da categoria em questão. Sobre o método, o artigo *Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali quantitativa* de Figueiredo, Chiari e Goulart (2013, p. 130), traz a concepção de que a DSC “[...] representa uma mudança nas pesquisas qualitativas porque permitem que se conheçam os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos.” Essa intenção é a que predomina nesse capítulo. Desvelar uma preocupação acerca no nível da religião, a religiosidade e espiritualidade do campo profissional dos (as) assistentes sociais.

No primeiro capítulo, havíamos tratado do universo onde estamos contextualizando a pesquisa. A religião, enquanto sistema de crenças e símbolos é um campo multidisciplinar que desponta questionamentos, sobretudo, acerca da

relação entre cuidador e cuidado, especificamente, o trato de pessoas com transtorno mental. As perguntas: onde começa os aspectos inerentes à vida religiosa e onde dar-se início a um diagnóstico de transtorno mental? Como o trabalho do assistente social tem características propedêuticas, pressupõe-se que fazendo uma pesquisa com esse público tenhamos respostas para os questionamentos que surgem quando dialogamos com assistentes sociais acerca do tratamento da pessoa com transtorno mental e acolhida em um hospital psiquiátrico.

No segundo capítulo falamos do espectro da esquizofrenia. O conjunto de elementos que interagem com a esquizofrenia dispõe de uma aproximação com a religião e seus adereços. Percebo uma confusão conceitual entre o que diz respeito a esquizofrenia e a religião. Por misturarem muito os dois patamares, a razão humana acaba associando os mistérios na religião a vida esquizofrênica. Por isso, neste quarto capítulo a proposta de apresentar os elementos dessemelhantes e que contribuam para as pesquisas em espiritualidade e saúde.

Para tanto, estaremos dialogando com os autores Figueiredo; Chiari e Goulart (2013); Chistina Grof e Stanislav Grof (1990); Ratzinger (2005); Volcan et al. (2003); Silva (2016); Jeff Levin (2001); Medeiros e Barretos (2016); Villani et al. (2019; Stefanelli et al. (1982); Melo (2006). Esses trazem conceitos que se aproximam das contribuições recolhidas junto aos assistentes sociais e que aqui são evidenciados. Tendo em vista essa pretensão passemos a tratar do conteúdo.

4.1 Questionário e respostas: elementos da metodologia que constituem o trabalho

Sabemos que a pesquisa qualitativa tem a preocupação de oferecer respostas a questionamentos específicos. Para uma pesquisa de cunho subjetivista tem um significado dentro dos parâmetros científicos e cunho de veracidade. Com as palavras de Figueiredo; Chiari e Goulart (2013, p. 131), têm:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes; com um nível de realidade que não pode ser totalmente quantificado. O desafio a que o DSC busca responder é o da auto-expressão do pensamento ou opinião coletiva, respeitando-se a dupla condição qualitativa e quantitativa destes.

Com essas proposições, temos fundamentos para dizer sobre o interesse na pesquisa de campo. Pois, junto aos assistentes sociais, questiona-se sobre a opinião deles acerca da religião, da espiritualidade e da religiosidade. Além disso, a relação desses com a pessoa com esquizofrenia. As pesquisas em torno dessa relação nos permitem pensar a imensurabilidade dos ecos da mente. Chistina Grof e Stanislav Grof (1990, p. 242-243) relembra essa complexidade com as seguintes palavras:

As decorrências das últimas décadas sugerem fortemente que a psique não é limitada à biografia pós-natal e ao consciente individual freudiano, e confirma a verdade perene, encontrada em muitas tradições místicas, de que os seres humanos podem ser comensurados com tudo o que existe.

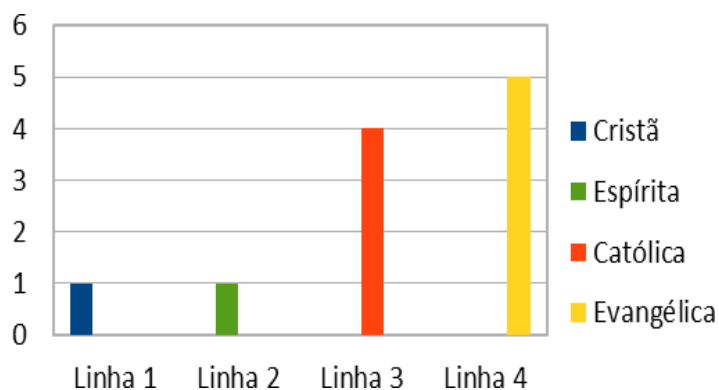
Sigamos para os questionamentos e nos permitamos perceber esse aspecto comensurável do ser humano ao que lhe rodeia. Não distante da dimensão espiritual, a mente humana pode, também, buscar sustento para seu equilíbrio no que lhe faz bem quando se relaciona com o sagrado. Os questionamentos são:

1. O que o(a) assistente social entende sobre a espiritualidade e religiosidade? 2. Como o(a) assistente social entende o conceito de espiritualidade e religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos? 3. Como o(a) assistente social pode distinguir uma manifestação da espiritualidade e religiosidade como um distúrbio mental? (CADERNO DE CAMPO, arquivo pessoal, 2020).

Essas perguntas foram dirigidas a doze assistentes sociais. O público em estudo tem seus princípios religiosos e, em conversas informais, notifica-se que professam uma fé. Por fé, no contexto cristão, religião predominante nesta pesquisa, entende-se a partir das seguintes entonações teológicas:

Ter fé significa decidir que no âmago da existência humana há um ponto que não pode ser alimentado e sustentado pelo que é visível e tangível, mas que toca a fímbria daquilo que não é visível, a ponto de este se tornar tangível para ele revelando-se como algo indispensável à existência. (RATZINGER, 2005, p. 39).

Nesta circunstância, as palavras de Ratzinger (2005) se aproximam do que aqui mencionamos acerca da fé. Levando em consideração que a prática religiosa tem seus benefícios e que tais benefícios são reconhecidos pelos profissionais assistentes sociais. Podem-se representar, graficamente, o resultado das conversas acerca das religiões e igrejas deles com o seguinte gráfico:

Figura 1 - Quadro de Igrejas e Religiões

Fonte: Autora desta dissertação.

Das doze assistentes sociais 50% se dizem evangélicas. Apenas 1% se diz espírita. Subentende-se que, a que se diz cristã, não aderiu a uma Igreja, mas ao projeto Jesus Cristo. Realizadas no mês de agosto de 2020, por causa do COVID – 19 impossibilitou um maior desfecho para a constituição deste capítulo. Apesar disso, o questionário, conforme anexo, foi realizado. Assim, passemos a leitura das respostas das três perguntas em doze opiniões, as quais também se encontram em anexo para aferição.

4.1.2 Bloco 1: O que o(a) assistente social entende sobre a espiritualidade e religiosidade?

A1 Q1

Falar sobre a espiritualidade é muito complexo, pois cada pessoa referencia de uma maneira. Espiritualidade é quando você está bem humorado, tem ferramentas positivas, reage verdadeiramente. A religiosidade é quando se pratica com muita fé. É a vivência em sua religião. De uma forma presente. Esta é a minha opinião.

A2 Q1

Espiritualidade é da alma, essência, nascemos com ela; vem do espírito. Algo natural. Religiosidade essa nós adquirimos com passar dos anos. Apegamos-nos a algo e que faz com que despertemos para uma crença.

A3 Q1

Cada pessoa tem uma reflexão a sugerir, mas há uma confusão entre a espiritualidade e a religiosidade. No meu entender são questões de conhecimento.

A4 Q1

Espiritualidade se apresenta como catálogo de regras e como crenças proibidas. Religiosidade é algo que predomina a voz exterior da autoridade.

A5 Q1

Entendo que qualquer que seja a religião tratamos sobre a fé. A espiritualidade é acreditar na vida após a morte, entretanto, religião é participar de missas, coisas santas, etc.

A6 Q1

A espiritualidade tem a ver com a gestação do ser enquanto embrião até o nascimento da criança. Desenvolve-se após o seu nascimento e enquanto viver. Religiosidade tem a ver com o meio em que se nasce, cresce e morre. Através da base familiar, o ser desenvolve a sua religiosidade do ser ou não ser religioso.

A7 Q1

O assistente social entende que a espiritualidade é a busca do sentido existencial de cada pessoa. Pode estar ligada a religião ou não. E a religiosidade, para o assistente social, é a prática ou convivência da espiritualidade, vivenciada por cada ser, que é único.

A8 Q1

São distintas, porém diferentes: espiritualidade é o que você acredita. Pensamento firme com mudanças e realizações; quanto à religiosidade é o que você acredita: ser invisível e atuante na vida.

A9 Q1

Espiritualidade é a essência de todo ser humano e a sua ligação com o criador. A religiosidade é quando o homem opta para se seguir aquilo no qual acredita e faz bem a sua existência.

A10 Q1

Espiritualidade é a forma como as pessoas se relacionam com Deus (FÉ). É a intimidade criada através da oração e da leitura da palavra (BÍBLIA). Religiosidade se constitui através da prática com a religião A ou B.

A11 Q1

Como profissional percebo que a espiritualidade e a religiosidade estão muito presente no nosso cotidiano, dentro da saúde mental. Entendendo que trabalhar a espiritualidade se dá na concepção do equilíbrio do ser, do entendimento, da singularidade do indivíduo, no meio social. Já religiosidade está interligada às crenças e rituais muitas vezes repassados nas gerações familiares.

A12 Q1

A espiritualidade é inerente a todo ser humano. É a busca de uma força superior que emana de uma divindade. Poderá superar as necessidades humanas, através da fé, da esperança e até cura. Otimista modificação de seus padrões vibratórios potencializando as energias curativas ou de libertação.

4.1.2.1 - Descritores para a espiritualidade

Após ler as respostas da questão implicada, podemos notificar alguns elementos que se fazem comuns em falas aqui apresentadas. Percebe-se que A1; A8; A10 e A11 desenvolveram a ideia de espiritualidade como aquela que perpassa pela concepção das relações interpessoais. Estão ligadas ao humor, as vibrações positivas, às relações e ao equilíbrio. Esses assistentes sociais desenvolveram um conceito que perpassa por aquilo que está intrínseco ao ser humano em seu dia a dia. Momentos de tranquilidade são resultados de uma espiritualidade que aflora em seu contato com o outro. Mas, um contato relacional pautado por uma boa energia. Chama atenção essa concepção acerca da espiritualidade, pois tem um via horizontal. A8 precisa da espiritualidade para que ele evolua em seu tratamento.

Para A2 e A12 a espiritualidade tem uma característica filosófica. É uma atividade da alma e inata ao ser humano. É algo natural. Ele nasce com o germe da espiritualidade. Dai a necessidade de buscar a força divina para poder se recuperar. Consiste em uma busca superior pela divindade. Encontramos uma concepção de espiritualidade ligada à moralidade, as regras com as respostas de A4. A compreensão perpassa por um catálogo de regras. Com a resposta de A5 percebemos sua aproximação com a crença do sistema religioso espírita. Está ligado à vida pós-morte. Em A6, a espiritualidade, tem uma relação com o todo do ser humano. Ela é orgânica. É preciso de um acompanhamento de perto da esfera religiosa. Pois, existe uma contribuição pertinente por parte das instituições. Com A7, desdobra-se uma questão existencial. A espiritualidade tem esta entonação: fazer pensar a existência. Uma vivência. Por fim, A9, traz proposições que interligam a espiritualidade à essência. É, portanto, uma perspectiva ontológica. Está ligado a divindade.

A ligação da espiritualidade com as relações interpessoais tem uma porcentagem maior nesta análise. Uma espiritualidade sadia desdobra-se em uma pessoa também em harmonia. Essa contribuição sinaliza uma vertente prática da

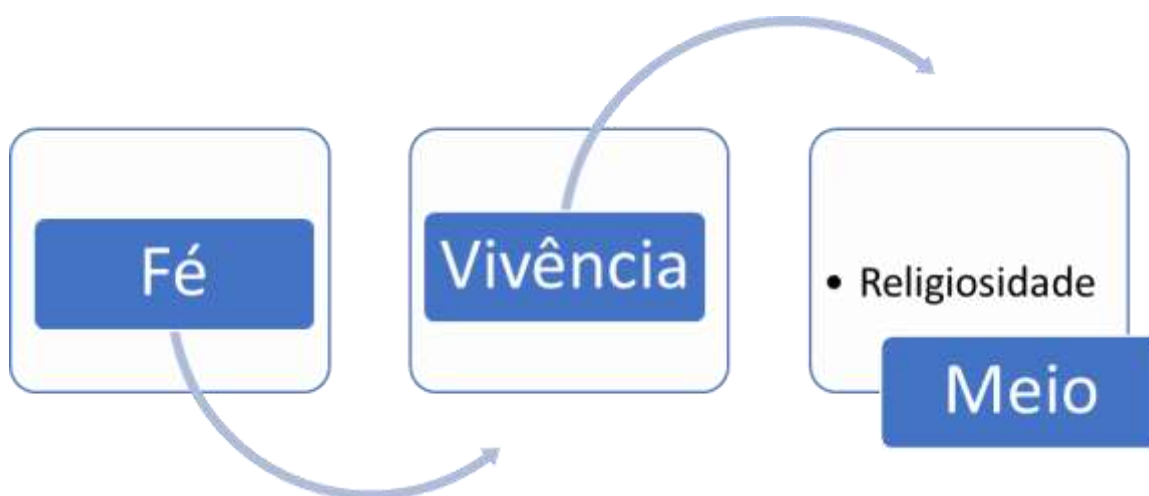
espiritualidade. Desmistificando sua ligação, apenas, com a Religião. No artigo *Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal* ler-se alguns descritores aqui mencionados. Neste caso, a vertente da espiritualidade que aflorou nesta pesquisa e que se faz presente nas seguintes palavras:

Assim, visto que a espiritualidade é considerada um recurso psicossocial individual – e possivelmente comunitário – de promoção de saúde mental, é recomendável o incentivo à prática de atividades espirituais e religiosas materializado em ações que, além de benéficas, não são onerosas aos sistemas de saúde. (VOLCAN; SOUSA; MARI; HORTA, 2003, p. 445).

As práticas espirituais que podemos dar entonação a partir da concepção de Volcan; Sousa; Mari; Horta (2003), quando em atenção a uma pessoa com o espectro da esquizofrenia, tem seu espaço, nas práticas saudáveis de relações interpessoais, importante, salientar, de outrem o cuidado e o bom relacionamento para com o esquizofrênico. Nesta ocasião, bom humor, vibrações positivas, uma relação, pois ali temos um 'outro' que merece ser respeitado como 'outro'.

4.1.2.2 - Descritores da religiosidade que foram pertinentes ao serviço social

Para os assistentes sociais, o termo religiosidade, gira em torno de três aspectos da vida humana. Essas características podem ser descritas da seguinte maneira:

Figura 2 - Sistema Religioso

Fonte: Autora desta dissertação

A religiosidade é um meio a qual a fé tem sua vivência. Nas palavras de Brito, podemos entender, assim:

A religiosidade pode ser uma maneira da espiritualidade se manifestar, mas não é a única maneira, ou seja, do mesmo modo que há pessoas de intensa religiosidade e pouca espiritualidade, há pessoas de nenhuma religiosidade, como um ateu ou um agnóstico, por exemplo, que podem manifestar uma intensa espiritualidade. (BRITO, 2009, p. 74).

Brito (2009) apresenta, com seu texto *Espiritualidade e Religiosidade: Articulações* premissas norteadoras da distinção e relação da religiosidade com a psique. Temos a concepção de que a saúde é um patrimônio do ser humano. Implica a ressalva que saúde engloba um complexo de coisas. Após fazer tal pontuação passa a distinguir o conceito religião de religiosidade. A religião é um sistema social construído historicamente com crenças, práticas, rituais e símbolos que ligam as pessoas a Deus. A religiosidade refere-se às práticas na religião. A espiritualidade tem uma base no sentido dado às coisas. Defende a tese de que a dimensão espiritual deve ser incluída nas condutas dos profissionais da saúde. A espiritualidade é a oportunidade de assistir integralmente o ser humano. Para o grupo de pessoas pesquisadas a religiosidade tem sua importância assim como

salienta Silva em *A espiritualidade na prática do profissional da saúde*. O problema está em usar do espectro da esquizofrenia para tirar proveito religioso⁶. Às aflições mentais à forças translógicas e necessitadas da interferência das autoridades religiosas. Nesse caso, a prática de exorcismos, etc. Mas, apesar disso, a prática religiosa aliada ao tratamento age beneficemente.

Sobre tal harmonia encontrada na religiosidade, Jeff Levin (2001, p. 9) traz as seguintes contribuições: “a maioria das pessoas fora do âmbito da medicina não tem dúvida de que práticas religiosas tais como o culto, a prece e a meditação são importantes para a saúde, e com frequência elas se perguntam sobre o motivo de tanta agitação em torno dessas questões.” Concordamos com Jeff Levin (2001) que a prática religiosa é importante para o tratamento das pessoas com o espectro da esquizofrenia. O problema a qual Jeff questiona em sua fala está no campo da qualidade das práticas religiosas. Não são as práticas religiosas em si, porém, o conteúdo desequilibrado que é possível encontrar no culto, na prece e na meditação. A exemplo, as missas de cura e libertação. Entra em evidência o lenço santo de pastores de igrejas evangélicas...

Os trabalhos de Moreira-Almeida ajudam a entender melhor o que aqui estamos chamando atenção. Discute dois níveis de religiosidade, a saber, a religiosidade intrínseca e a extrínseca. Com as palavras de Medeiros e Barretos (2016, p. 60) podemos assim entender: a “religiosidade intrínseca: é a modalidade de vivência da religião como superior a todo e qualquer outro evento da vida.” Já a “religiosidade extrínseca: a religião é vivida como meio para atingir outros fins, estando direcionada e adaptada às necessidades e objetivos próprios.”

Observar essa diferenciação é valorar o significado das práticas religiosas em ambientes religiosos. Observa-se que na figura 1, temos como predominância a Igreja Evangélica. Questionar e formar esses profissionais para uma religiosidade intrínseca traria uma maior abertura para que as práticas religiosas tivessem sua eficácia no devido local de trabalho. O problema é que pautado por uma religiosidade extrínseca, observa-se que tudo é ação das forças demoníacas e que só Jesus Cristo pode salvar. É preciso separar e pôr cada coisa em seu lugar. Ele equivale as demais matrizes mencionadas na figura 1. Em relevância, a religião

⁶ Com isso, fazemos referência a diferentes acontecimentos que envolvem pessoas com transtorno mental em ritual religioso. É possível conferir em painéis midiáticos o uso destes em eventos religiosos de cura e libertação.

como meio para a vivência da fé é um direito de todos, conforme figura 2, no tocante a esta pesquisa, também, um direito das pessoas com espectro da esquizofrenia. A pessoa com o espectro da esquizofrenia tem o direito de viver a religião, religiosidade e uma espiritualidade; porém as pessoas sem espectro da esquizofrenia não tem o direito de ‘chacoteá-las’.

Desse modo, passemos a analisar a segunda questão para percebermos alguns avanços nessa discussão. Pois, a primeira questão tem a ver com o que se entende. Agora passemos a perceber como o assistente social entende essas duas variáveis.

4.1.3 Bloco 2: Como o(a) assistente social entende o conceito de espiritualidade e religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

A1 Q2

É na espiritualidade que temos uma forte condição de superação. Pois, sendo positivamente contagiante, temos o espírito de superação. A religiosidade deixa o paciente muito delirante com uma religião exacerbada, com pensamentos místicos aflorados.

A2 Q2

Há situações em que os nossos assistentes acreditam muito em Deus e é nessa fé que ele acha que os psicotrópicos vão agir.

A3 Q 2

Há religiões que o paciente não está preparado para enfrentar. Faz confusão na mente, chega até a se queixar quando toma a medicação, pois acha que a religião vai curá-lo.

A4 Q2

Tem religião que os pacientes não estão preparados para enfrentá-la e isso deixa sua mente confusa.

A5 Q2

No momento do surto creio que qualquer religião não contribuiria em seu tratamento, logo que, após o surto. A fé remove montanha. Acredito que procurar sua religião irá sim ajudar na vida e seu tratamento psiquiátrico.

A6 Q2

A espiritualidade pode contribuir no tratamento através de seções (acompanhamentos) em centros espíritas e terapias alternativas como também acompanhamentos psiquiátricos e medicamentos para que o paciente possa viver melhor na sociedade. A religiosidade contribui de acordo com o meio em que se vive. O paciente com transtorno mental precisa do tratamento medicamentoso e a

parte da religiosidade que seja alternativa.

A7 Q2

O conceito de espiritualidade e religiosidade pode contribuir para o tratamento dos assistidos, mediante as formas (sentidos), negativos e positivos. Surge o bem-estar do indivíduo, quando ele se apresenta de maneira contagiante que chega a agradar o meio que se encontra. Este mesmo indivíduo pode apresentar em outro momento seu 'lado' negativo.

A8 Q2

Quanto ao tratamento, a religiosidade ajuda no psicológico do indivíduo, como dedicação, crendo, tendo fé. Vai conseguir a mudança, quanto o conceito espiritualoso encontrar fortalecimento dentro de si e reage com evolução.

A9 Q 2

Um paciente pode ser tratado acreditando que a sua cura está além de medicamentos, em um auxílio divino. A sua recuperação é muito mais rápida do que aqueles que não creem.

A10 Q2

Compreendo *espiritualidade* como resultados positivos na minha prática profissional. Quando o doente desenvolve uma espiritualidade e não sua religiosidade. A cura vem através da sua fé. DEUS como criador, cuidador. Espírito Santo.

A11 Q 2

Quando tratamos os usuários de saúde mental, observamos que a religiosidade está sempre presente, porém distorcida. Ficou alienada a um nível de absorção que desencadeia problemas de ordem psíquica; onde identificamos por delírios místicos. Já no conceito da espiritualidade, trabalhar essa singularidade, esse "se encontrar no mundo", aprender a amar, respeitar e compreender o outro. Tornam-se ferramentas necessárias dentro do trabalho do assistente social, no acompanhamento dos usuários.

A12 Q2

Desde que comecei a trabalhar com os usuários de transtornos mentais, há de 20, que utilizo a técnica empatia religiosa através das atividades com usuários, poesias de autoestima, de informações e consequências psicanalíticas psicossocial e socio familiar, que desencadeiam as doenças psicofísicas, os pensamentos negativos. E com os pensamentos positivos, leva-se às mudanças multissensorial, através de leituras, livros, mensagens, de mídias e músicas.

4.1.3.1 – Contribuição da espiritualidade para o tratamento do assistido

A colaboração dos assistentes sociais ao tema em pesquisa pode ser traduzida em uma compreensão bifurcada. Duas variáveis se apresentam nas falas dos atores pesquisados. O termo *superação* e *aliado* estão presentes na compreensão da contribuição da espiritualidade ao tratamento de pessoas assistidas. Dos 12 entrevistados, 7 desenvolveram a ideia de que a espiritualidade é uma aliada. A palavra aliada tem uma entonação forte. Pode, também, caracterizar a tendência agressora; além disso, uma oportunidade para beneficiar o assistido. Como é comum a concepção de que, até o dado momento, não se fala em cura, mas de tratamento, a espiritualidade, para os entrevistados, é uma aliada, mas junto aos medicamentos.

No processo de tratamento pode-se dizer que a espiritualidade, para os assistentes sociais, é uma aliada benéfica para as pessoas assistidas. Faz entender o ser humano como um ser orgânico e que em sua individualidade carrega uma subjetividade ferida e que, quando doente, precisa ser tratada por completo. Não se pode pensar apenas em medicamentar, mas a inteireza da pessoa assistida. Como foi falado em capítulos anteriores, o ser humano é biopsicosocioespiritual. A espiritualidade pode assim ser compreendida com as palavras de Silva (2016, p. 88) a partir desta visão: “a espiritualidade, enquanto mais um indicador da saúde humana, é uma possibilidade concreta de assistir integralmente o ser humano que está doente.” Vejamos que esse norte salientado por Silva, quando aplicado ao campo da assistência social, não se distanciam. Não se trata apenas de acolher o assistido como um ser que é apenas categorizado como biológico. Mas, de repensar desde o acolhimento que a espiritualidade é um indicador pertinente. Quando o profissional passa a entender essa conjuntura, percebe-se a espiritualidade como preditor positivo. Esse preditor age na subjetividade da pessoa assistida. Não traz a cura, mas corresponde a uma aliada junto aos demais tratamentos clínicos, neste contexto em pesquisa. Sobre isso, observar-se o seguinte:

A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana. (AMARANTE, 2007, p. 67).

Outro aspecto que encontramos nos questionários é a ideia de *superação*. Em que sentido se pode dizer que a espiritualidade é uma via de *superação*? Ela é

entendida como superação por que age no sentido da vida da pessoa assistida. Quando o assistente social entende que a espiritualidade impulsiona o sentido da vida, ele passa a trabalhar com a possibilidade de reorganizar a estrutura do eu da pessoa assistida. O passo de acolher a pessoa com o espectro da esquizofrenia e de modo geral (seus transtornos) pode potencializar a atuação do assistente social para o direcionamento da pessoa assistida, de modo geral.

4.1.3.2 – Religiosidade e tratamentos para saúde mental

Na pesquisa realizada, várias contribuições estão presentes na coleta de dados. Três descritores podem ser analisados neste subtópico. Estão presentes no grupo pesquisado a ideia de *transe*, a *cura* e o aspecto de *contribuição*. No campo da saúde mental, a religiosidade tem uma entonação positiva e, também, negativa. A1 desenvolve a religiosidade no aspecto negativo. Para o mesmo, a religiosidade leva os assistidos a um transe. Perguntamos se, no transe, de fato, a consciência de si está em ordem. Falamos assim por que existe uma discussão da possibilidade da existência de um transe consciente, outro, inconsciente e também consciente-inconsciente. O transe consciente é praticado pelos místicos. Esse tipo de transe é proporcional. Está presente na história do misticismo antigo. Os mistérios de Elêusis é um exemplo. Mas, neste contexto o transe não é provado pelo desejo consciente. É resultado de uma desestrutura do eu. Uma confusão na estrutura ID, ego e superego.

Na contribuição de A2 o elemento cura está intrinsecamente relacionado à vida de fé da pessoa assistida. Com as palavras da assistente social A2 temos: “há situações em que os nossos assistidos acreditam muito em Deus; e é nessa fé que ele acha que os psicotrópicos vão agir.”

Podemos dizer que esta compreensão não está distante das hermenêuticas que giram em torno de Jesus Cristo e com as pessoas por ele assistidas, para os evangelhos canônicos (Mateus, Marcos, Lucas e João). Como a maior parte dos entrevistados é de matriz cristã, as respostas, logicamente, não estariam distantes de um fundamentalismo de matriz cristã, também, nestes ambientes de trabalho.

Para A5 e A11 a religiosidade não contribui para o tratamento da saúde mental. O interessante é que na fala de A5 nenhuma religião pode oferecer uma

contribuição para o processo de prevenção. Em contraposição a essa tomada de posição, A6 e A8 dizem que a religiosidade contribui sim para o tratamento em saúde mental. Deste modo, verifica-se que o número de pessoas que dizem que a religiosidade contribui é o mesmo número que diz que a religiosidade não contribui. Levando isso em conta, podemos dizer que a religiosidade contribui sim e não.

Por fim, A12 desenvolve a ideia de empatia religiosa. A assistente social pensa em uma ajuda mútua. Ajuda essa que se inicia com o acolhimento e perpassa pelos demais internos. Solidarizar-se com o outro é um aspecto inerente da religiosidade. Pois no outro encontramos a imagem de Jesus Cristo. Vejamos que no campo da saúde, o assistente social lida com o paciente de um modo geral. Sem o desenvolvimento daquele conceito o assistente social passa a enxergar quaisquer coisas, menos um ser humano. Relembrando a história, não se pode fazer acontecer o mesmo que fizeram com os homens e mulheres no *Hospital Colônia de Barbacena*, MG. Esse exemplo é um contra valor a uma religiosidade. Além disso, um distanciamento da ideia de empatia. No artigo *Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente* é possível tirar alguns elementos que contribuem nessa discussão. Embora aqui estejamos falando de assistente social, a empatia, tem seu lugar em qualquer ramo do trabalho. Mas, as palavras que contribuem são:

Aceitar não implica em concordar com o comportamento do paciente; implica em tomar consciência do significado do comportamento não aceito socialmente. Demonstrar aceitação pelas manifestações de comportamento do paciente, no momento em que ele as expressa, leva-o a sentir-se aceito como pessoa e, portanto, mais seguro e confiante. (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 1982, p. 246).

Para esses autores a empatia não consiste em aceitar as manifestações dos pacientes, seus transtornos, mas aceitá-lo como pessoa. Isso muda muita coisa, sobretudo, tratar o paciente como 'gente'. Mas, para que isso aconteça, faz-se necessário ter respeito e cuidado no tratamento desses atores sociais. Assim sendo, não os tratando como coisas e seres distantes da conjuntura humana, sim como o outro que merece respeito e solidariedade.

Além disso, a empatia está associada à poesia e a formação. São trabalhos que levam em consideração a arte e a cultura. Para alguns, a relação humano-divino

é muito forte. Diante disso, não se pode quebrar esse vínculo de fé. Sabe-se que mesmo diante de quem delira a crença é uma verdade.

4.1.4 Bloco 3: como o(a) assistente social pode distinguir uma manifestação da espiritualidade e religiosidade como um distúrbio mental⁷ (transtorno mental)?

A1 Q3

A Espiritualidade do paciente tem uma grande eficácia no tratamento, pois dependendo do seu espírito alegre e positivo pode melhorar. A religiosidade às vezes atrapalha, pois os delírios místicos ficam mais fortes deixando os mesmos mais depressivos.

A2 Q3

Em muitos casos, o paciente ao vir para o hospital Psiquiátrico vem porque tem incorporado no "eu" dele Jesus Cristo. Além do mais está cheio de cortes no corpo. Roupas em flagelo, achando que é o próprio filho de Deus. E após dias e dias, com muita medicação e escuta qualificada, ele se desliga do que faz acha que é Jesus.

A3 Q3

Quando o paciente chega a dizer que não acredita em Deus e diz em são espírito e faz uma confusão mental.

A4 Q3

A Espiritualidade é um suporte terapêutico para a manifestação da espiritualidade.

A5 Q3

Através do quadro psiquiátrico.

A6 Q3

Espiritualidade e religiosidade nem sempre andam juntas em uma crise (manifestações). O paciente em crise apresenta várias situações que dependem muito do surto no momento.

A7 Q3

⁷ A psiquiatria passou a experimentar novas definições e mais recentemente optou por adotar os termos ' transtorno mental' (em português e espanhol) e ' desordem mental' (em inglês). A legislação brasileira utiliza a expressão 'os portadores de transtorno mental'. Não nos dá a ideia de alguém carregando um fardo, um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito? Se formos levar ao limite a ideia de portador, poderíamos considerar que todos nós carregamos o fardo de nossa personalidade e caráter. Por outro lado, uma pessoa com transtorno mental é uma pessoa transtornada, que é o mesmo que possessal. Em inglês o termo mental *disorder* nos remete a pensar em não-ordem, quebra da ordem, sem ordem, e aí vamos ao princípio da questão: qual é a ordem mental? O que é normalidade mental? Por estas razões no campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos 'em' sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nós remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito. (AMARANTE, 2007, p. 68). Esperamos que essas palavras de Amarante nos permita compreender melhor a problemática quando ao termo.

A distinção ou manifestação da espiritualidade e religiosidade, como distúrbio mental, são vivenciadas pela prática. O assistente social precisa de tempo e convivência com o indivíduo com sofrimentos de certos distúrbios mentais. Pois, cada indivíduo tem sua espiritualidade e religiosidade.

A8 Q3

As manifestações dos distúrbios mentais são frequentes com a espiritualidade, por pressão psicológica. Onde o indivíduo perde o controle emocional por vários fatores.

A9 Q3

A meu ver um assistente social não consegue distinguir tal fato, pois, antes de espiritualidade o profissional procura a resposta na ciência. Pois, não cabe ao profissional intervir na religião de seu usuário internado.

A10 Q3

Um delírio místico é compreendido como um surto, discurso repetitivo, religioso, movimento exacerbado das suas práticas religiosas ou mesmo espirituais. Este momento não é possível intervenção dentro desta perspectiva da espiritualidade.

A11 Q3

Atualmente, devido às experiências adquiridas dentro do Hospital é visível a distinção das manifestações. Podemos observar através da fala, do comportamento e da própria interlocução com o indivíduo. Quando seus rituais religiosos ou distinguem do apenas crê em Deus. Que a necessidade de desenvolver um trabalho com o usuário, a fim de trazê-lo para si. Como também na orientação aos familiares, que levam os seus para rituais seja ele em religiões afrodescendentes ou protestantes, desencadeando transtornos que antes estava só na via psíquica.

A12 Q3

Nem a espiritualidade nem a religiosidade poderão ser consideradas como distúrbio mental. Todavia, algumas religiões, digo dirigentes religiosos, poderão levar a desencadear transtornos mentais inerentes ao mesmo. Entretanto a espiritualidade poderá contribuir para a melhora psicossocial e espiritual do ser.

4.1.4.1 Como distinguir os distúrbios mentais (transtorno mental) das manifestações espirituais e religiosas?

Percebe-se que esse questionamento é de distinção. Uma manifestação espiritual e religiosa tem uma proximidade com o transtorno mental. Observa-se isso, em momentos de oração. A pessoa entra em transe e tem um comportamento fora do normal. Mas, quando o transe acaba; ela está ciente de si mesma. No questionário aplicado. Percebe-se que as assistentes sociais, em sua maioria, conseguem perceber a diferenciação. A6 diz que essa distinção ocorre por meio do

quadro psicológico. A6 ele fala que depende muito da manifestação individual de cada um para que aconteça a distinção. Diante da reposta de A6, questiona-se: quais os critérios que fazem parte desse quadro psíquico? Temos duas respostas a esse fato. A10 e A11mística muito suas ideias, mas diante das distinções é inviável a intervenção. Mesmo assim, a vivência do assistente social é pertinente. Assim a distinção ocorre quando:

Um delírio místico é compreendido como um surto, discurso repetitivo, religioso, movimento exacerbado das suas práticas religiosas ou mesmo espirituais. Este momento não é possível intervenção dentro desta perspectiva da espiritualidade. (A10).

Atualmente, devido às experiências adquiridas dentro do Hospital é visível a distinção das manifestações. Podemos observar através da fala, do comportamento e da própria interlocução com o indivíduo. Quando seus rituais religiosos, ou distinguem do apenas crê em Deus. Que a necessidade de desenvolver um trabalho com o usuário, a fim de trazê-lo para si. Como também na orientação aos familiares, que levam os seus para rituais, seja ele em religiões afrodescendentes ou protestantes, desencadeando transtornos que antes estava só na via psíquica. (A11).

A *fala* aparece como uma constante na ideia das duas entrevistadas. Acompanha a *fala*, a repetição. Neste processo de repetir, temos o comportamento. Isso é distinto de outros fenômenos. Percebe-se que no êxtase o religioso outrora dispõe de uma falação e em outro momento de um silêncio. Mas, esse fenômeno não é constante. É diferente, é distinto. Vejamos que A2 menciona em sua fala que existe a incorporação de Jesus Cristo, além disso, cortes no corpo. O delírio é o próprio ser divino. Incorporando a divindade, a religiosidade está presente na fala. A pessoa com transtorno mental sofre diferentemente quando relacionada à pessoa em experiência mística. Em síntese, com o transtorno mental não se consegue fazer esse salto. É por isso, que A1 fala em delírios. A religiosidade é forte e leva a atrapalhar o paciente, deixando-o mais em depressão. Mas, a distinção, segundo A7, ocorre quando se convive com eles. Necessita da experiência do profissional para que a distinção possa ser efetuada.

O artigo de Sara Sigmaringa Melo (2006), *Delírios persecutórios: uma descrição das teorias e de estudos empíricos* chama atenção no tocante ao tema aqui em discussão. Sabe-se que, no universo religioso, as histórias são de pessoas bem aventuradas. Estas histórias, surtos e estados místicos, acabam se

condensando na vida da pessoa com esquizofrenia. Sara, com um contexto distinto, traz algumas aproximações quando diz.

A cotação das respostas de cada participante era feita na base deste ter sido capaz de inferir acertadamente o que estava subentendido na insinuação da personagem da história. Os participantes com paranoia revelaram-se menos capazes de inferirem as intenções das personagens das histórias, quando comparados com os restantes grupos-controlo. (MELO, 2006, s.p).

Melo (2006) sinaliza um aparato técnico nesta concepção quando diz acerca da capacidade de inferir a intenção dos personagens das histórias. Percebe-se que envolvendo religião, religiosidade e espiritualidade a pessoa com o espectro da esquizofrenia não dá conta de separar a intenção dos personagens das histórias. Pelo contrário, existe a insinuação de serem eles. Essa identificação e permanência é um problema. Pois como ajudar alguém que não está em si? Por isso, a importância da empatia.

Voltado a tabela que traz presente as falas do questionário 3 temos ainda dois posicionamentos. A9 diz ser impossível distinguir as manifestações religiosas e espirituais dos transtornos mentais. Não conseguindo distinguir, faz-se necessário estudar e pesquisar as teorias, por isso, é inseto da conjuntura religiosa. Depois de entender, não interfere na vivência do paciente. É A12 que faz pensar, com sua fala, acerca dos líderes religiosos. Esses precisam administrar o sagrado com equilíbrio e não provocar cada vez mais transtornos mentais. Os líderes religiosos contribuem para que o quadro do paciente chegue a se desencadear.

5. CONCLUSÃO

O conceito de religião, religiosidade e de espiritualidade estão ligados à ideia de saúde mental no que concerne ao possível auxílio ao tratamento da pessoa com o espectro da esquizofrenia. O assistente social é responsável, desde o acolhimento a encaminhar, intervir e direcionar o usuário que procura o (a) assistente social em um Hospital Psiquiátrico. “O assistente social deve ser uma referência com conhecimento do social e da ética societária.” (BISNETO, 2011, p. 204).

A terminologia tem seus fundamentos nas coisas contidas no campo do translógico, quando tratamos de religião, religiosidade e espiritualidade. É um campo misterioso e que pode coincidir com o invisível, a dimensão interior. A religião, com isso, está relacionada às crenças, práticas e, também, com os símbolos que permitem o exercício da transcendência. A religiosidade pode ser tratada como toda e qualquer prática que acontece na relação humano-divina. A espiritualidade condiz com o sentido que sustenta todas as coisas, a coluna vertebral das dimensões do ser humano.

Foi percebido que o humano precisa ser considerado com um ser altamente desenvolvido. Carrega consigo a mente que pode se apresentar com transtornos mentais ou não. Nas palavras de Chistian e Stanislav Grof (1990, p. 240), “a atividade mental é baseada na informação acumulada pelos órgãos sensoriais e armazenados no sistema nervoso central”. Com isso, acaba acumulando, também, uma religiosidade e uma espiritualidade desequilibrada; pode resultar em transtornos mentais.

Com as palavras de Grof e Grof (1990, p. 241), “um cérebro humano que funciona de forma natural deveria refletir o universo correto e precisamente.” No trato com o transtorno mental isso não está bem articulado. Essa possibilidade nos permite pensar o espectro da esquizofrenia.

O transtorno mental tem acompanhado a espécie humana. Pode variar quando em análise. Mas, de qualquer modo, o trato para com a pessoa com o espectro da esquizofrenia precisa ser humanizado. A ciência apresenta maneiras de tratar a pessoa com transtorno mental. Tais inferências a deixam dependentes de medicamentos. Com as informações acumuladas acerca da religião/ religiosidade e espiritualidade aparecem os elementos intrínsecos a essa prática não deixando de

evidenciar suas dificuldades e abordagens. Isso não é impossível de se apresentar.

O profissional, dentre eles, o assistente social, quando lida com esse fenômeno precisa ter claras as funcionalidades da sociedade. Reconhecer, com isso, que uma dessas funcionalidades é a tendência ao sagrado que, mesmo com o transtorno mental, a pessoa tem direito à religião, a religiosidade e a espiritualidade como aliada ao tratamento. É uma escolha, pois não é impossível de com ela lidar e medicar. É possível haver um diálogo terapêutico entre as esferas em discussão.

Com a pesquisa realizada junto ao assistente social foi possível perceber que o desafio do profissional de saúde mental consiste em: apropriar-se do agir profissional, pois quando lhe é claro isso é possível interagir com as suas crenças e com o paciente. É necessário apoderar-se melhor de sua ação, do seu desempenho, enquanto prática profissional, apropriando-se do seu saber para que interaja com a retomada à religião, religiosidade e a espiritualidade e com os discursos dos pacientes; consistindo-se a fé, em termos religiosos, preceitos e vivências da pessoa com sofrimento mental e a sanidade mental do assistente social pode ser significativa para o acolhimento da pessoa com o espectro da esquizofrenia.

A relação do paciente com a religião/religiosidade e espiritualidade gira em torno desta ideia: o assistente social sente-se desconforto em lidar com a religião, religiosidade e espiritualidade do paciente. Uns percebem a necessidade do respeito, outros consideram uma patologia. Além disso, uma racionalização da religião/religiosidade e espiritualidade é perceptível. Também, uma mistura da religião/religiosidade e espiritualidade do paciente com a ótica pessoal do profissional. A compreensão e o aprofundamento dessas categorias seriam o modo de assegurar o paciente em sua particularidade. Além disso, fazê-lo evidenciar o que há de divino na pessoa do outro. Neste exercício ver que no outro existe a possibilidade de ver aquele que é a origem de tudo e que habita a subjetividade de outrem.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. **O que é religião?** São Paulo: Loyola, 2008.

ALVES, Rubens. **O que é Religião?** São Paulo. Brasilense, 1981.

ALMEIDA, Tatiane Ciribelli Santos. Espiritualidade e resiliência: enfrentamento em situações de luto. **Sacrilegens**, Juiz de Fora, v. 12, n.1, p. 72-91, jan-jun, 2015. Disponível em: <https://www.ufjf.br/sacrilegens/files/2016/03/12-1-7.pdf>. Acesso em: 04 agos. de 2020.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico** - elaboração de trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

APPEL, Nicolle Montardo. O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 8., 2017, São Luiz, MA. **Anais da VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas: 1917-2017: um século de reforma e revolução**. São Luís, MA. -- São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudentalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

AZEVEDO, Cristiane. A procura do conceito de religio: entre o relegere e o religare. **Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB**, v. 7, n. 1, 22 dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/religare/article/view/9773>. Acesso em: 10 ju. 2020.

BARBOUR, Ian G. **Quando a ciência encontra a religião**. Tradução Paulo Salles. São Paulo: Cultrix, 2004.

BIRCK, B. O. **O sagrado em Rudolf Otto**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1993.

BISNETO, José Augusto. Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**, 2ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BÍBLIA, Português. A Bíblia Sagrada: Antigo e Novo Testamento. Tradução de João Ferreira de Almeida. Edição rev. e atualizada no Brasil. Brasília: Sociedade Bíblia do Brasil, 1969.

BURTON, Laurel Arthur. A dimensão espiritual dos cuidados paliativos. **Seminários de Enfermagem em Oncologia**, v. 14, n. 2, p. 121-128, maio. 1998.

Bader, S. Inclusão: exclusão ou inclusão perversa? In:_. S. Bader (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social** (pp. 7-13). Petrópolis: Vozes. 2002.

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

DALGALARRONDO, Paulo; SOLDERA, Meire Aparecida; CORREA FILHO, Heleno Rodrigues; SILVA, Cleide Aparecida M. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.2, p.82-90, 2004, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. de 2020.

D'AGORD, Marta Regina de Leão. **Esquizofrenia: os limites de um conceito** 2005 (Artigo publicado na web). <https://www.ufrgs.br/psicopatologia/esquiz1.pdf#:~:text=Esquizofrenia%2C%20os%20limites%20de%20um%20conceito.%20Marta%20D%E2%80%99Agord,processos%20de%20divis%C3%A3o%20e%20fragmenta%C3%A7%C3%A3o%2C%20seja%20na%20>. Acesso em: 18 mar. de 2020.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

DELUMEAU, J. **História do medo no ocidente: 1300 – 1800, uma cidade sitiada**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ELÍADE, Mircea. **O sagrado e o profano**. Tradução de Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FOUCAULT, Michel. Loucura, Literatura, sociedade. In: MOTTA, Manoel Barbosa (Org.). **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 232 – 258, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva; 2012.

FIGUEIREDO, Marília Z. A.; CHIARI, Brasília M.; GOULART, Bárbara N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualitativa. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 1, abr. 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/14931>>. Acesso em: 02 set. 2020.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. 6. ed. Campinas. São Paulo: Alínea, 2018.

GIL, Carlos Antonio. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2008.

GAINO, Loraine Vivian; SOUZA, Jacqueline de; CIRINEU, Cleber Tiago e TULIMOSKY, Talissa Daniele. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 22 out. 2020.

GUIMARÃES, André Eduardo. **A estrutura do sagrado na obra de Mircea Eliade**. 1980. 276f. Mestrado em Filosofia, Belo Horizonte: UFMG. Orientação: Prof. Dr. Pedro Paulo Christóvam dos Santos.

GROF, Chistina; GROF, Stanislav. **A tempestuosa busca do ser**. Tradução de Fátima Regina Machado. São Paulo: Cultrix, 1990, p. 239-254.

HUME, David. **História Natural da Religião**. São Paulo: Unesp, 2004.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, p. 27, 1998.

KOENIG, Harold G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**: por quê, como, quando e o quê. São Paulo: FE, 2005.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Tradução de Iuri Abreu. Porto Alegre: L & PM, 2012.

LEFÈVRE, F. LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDCS, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M.C.; MARQUES M.C.C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p. 111 – 126, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a20v14n4.pdf>. Acesso em: 10 de jun. de 2020.

LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; CRESTANA, Maria Fazanelli; CORNETTA, Vitória Kedy. A utilização da metododologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU", São Paulo - 2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 68-75, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2020.

LEEUW, Gerardus Van der. A religião em sua essência e suas manifestações: Fenomenologia da religião, 1933, Epílogo. **Revista da abordagem gestáltica**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 179-183, dez. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-

68672009000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2020.

LOSICER, Eduardo. Grupos (fantasmas) no hospital. In: BAREMBLITT, Gregório (Org.). **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Graal, p. 65 -66, 1982.

LOYELLO, Washington. Para uma psiquiatria. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

LEVIN, Jeff. Deus, Fé e Saúde: **Explorando a conexão espiritualidade-cura**. São Paulo: Cultrix, 2001.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 2 – 662.

MEDEIROS, W. C. M.; BARRETO, C. L. T. (Re)integrando a espiritualidade na saúde: caminho em construção. In: AQUINO, T. A. A.; CALDAS, M.T.; PONTES, A. M. (Org.). **Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa**. Curitiba: CRV, 2016. p. 47-72.

MELO, Sara Sigmaringa. **Delírios Persecutórios: uma Descrição das Teorias e de Estudos Empíricos**. *Psicologia*, v. 20, n.2, p. 187 – 201, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v20n2/v20n2a09.pdf>. Acesso em: 15 mar. de 2020.

MOSIMANN, Laila T. Noletto Q.; LUSTOSA, Maria Alice. A Psicologia hospitalar e o hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 209-232, jan-jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a12.pdf>. Acesso em: 14 jun. de 2020.

MIOTO, R.C.T; LIMA, T.C.S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista: Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8 n.1 p. 22-48. Jan-jun, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277052156_02_A_dimensao_tecnico-operativa_do_Servico_Social_em_foco_sistematizacao_de_um_processo_investigativo. Acesso em: 11 jun. de 2020.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MARTELLI, Stefano. **A religião na sociedade pós-moderna: entre secularização e dessecularização**. São Paulo: Paulinas, 1995.

MANUAL DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [DSM]. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

OTTO, Rudolf. **O sagrado: os aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional**. São Leopoldo: Sinoda / EST; Petrópolis: Vozes, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS) – 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o->

Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>. Acesso: 22 out. de 2020.

PIEPER, Frederico. O objeto da Ciência da Religião horizontes e limites de um conceito. **Aula ministrada no Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião – UFJF**, 1º semestre, 2018.

PLATÃO. **Fédon**. Tradução de Jorge Paleikat e João Cruz Costa. 2. ed. Rio de Janeiro: Abril Cultural, 1979.

PINTO, Ênio Brito. Espiritualidade e Religiosidade: Articulações. **Revista de Estudos da Religião**, dez. 2009, p. 68-63. Disponível em: https://www.pucsp.br/rever/rv4_2009/t_brito.pdf. Acesso em: 15 set. de 2019.

RATZINGER, J. **Introdução ao cristianismo**. São Paulo: Loyola, 2005

RÖHR, Ferdinand. Formação Humana e cifras da Transcendência – uma contribuição de Karl Jaspers à Educação Espiritual. **XVII EPENN**, Anais. Belém/PA, 2005.

RÖHR, Ferdinand. **Ética Pedagógica na educação Espiritual**. Um estudo comparativo. **Anais do Encontro de Filosofia da Educação do Norte e Nordeste: Desafios para o Século XXI**. Recife. Editora Universitária da UFPE. CD – ROM, 2002, p. 1 – 28.

ROHR, Fernand. Espiritualidade e Educação. In: ROHR, Ferdinand (org.). **Diálogos em educação e espiritualidade**. Recife: Universitária da UFPE, 2010, p. 13 – 52.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Transtorno e o cuidado na família, 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUSA, M. G.G.; GOMES, A. M. T. Sentimentos compartilhados por familiares de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: um estudo de representações sociais, **Revista de enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 20, p. 149 – 154, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4009>. Acesso em: 15 agos. 2020.

SANTO AGOSTINHO. **Confissões, livros VII, X e XI**. Tradução de Arnaldo do Espírito Santo, João Beato, Maria Cristina Castro-Maia de Sousa Pimentel. Covilhã: Lusosofia Press, 2008.

SANCHIS, Pierre. A contribuição de Émile Durkheim. In: TEIXEIRA, Faustino. **Sociologia da Religião**: enfoques teóricos. 4ed. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 36 – 66.

SMITH, L. Conceitualização da dimensão da vida e espiritual: uma perspectiva de liderança pessoal e profissional. In: **O Jornal do aconselhamento pastoral**, XLII, 2007, p. 4 – 21.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde

mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan-jul, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>. Acesso em: 14 mar. de 2020.

SILVA, Gisele de Fátima. A espiritualidade na prática do profissional da saúde. In: AQUINO, T. A. A.; CALDAS, M.T.; PONTES, A. M. (Org.). **Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa**. Curitiba: CRV, 2016. p. 73-92.

STEFANELLI, Maguida Costa; ARANTES, Evalda Cançado; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. **Rev. esc. Enferm**, v.16, n.3, p.245-253, 1982. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341982000300245&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 agos. de 2020.

VARGAS, Antônio. Do valor da prática a prática de valor. **Ponto de vista**. Florianópolis, n. 6/7, p. 11-25, 2004/2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/pontodevista/article/viewFile/1135/1463>. Acesso em: 14 agos. De 2020.

VASCONCELOS, E. F. Avaliação Psicológica e os fatores de risco do suicídio. **Revista Especialize On-line IPOG**, v. 1, n.16, dez. 2018. Disponível em: <https://assets.ipog.edu.br/wp-content/uploads/2019/12/07015607/samara-do-amaral-xavier-51413.pdf>. Acesso em: 1 abr. de 2020.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre; SOUSA, Paulo Luis Rosa; MARI, Jair de Jesus; HORTA, Bernardo Lessa. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev. Saúde Pública**, vol.37, n.4, p.440-445, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. de 2020.

APÊNDICE

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. O que o(a) assistente social entende sobre a espiritualidade e religiosidade?
2. Como o(a) assistente social entende o conceito de espiritualidade e religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?
3. Como o(a) assistente social pode distinguir uma manifestação da espiritualidade e religiosidade como um distúrbio mental?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO PROCESSO TERAPÊUTICO DE PACIENTES EM SOFRIMENTO MENTAL EM UMA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA”, que está sendo desenvolvida por **NARA PATRÍCIA MENDES DA SILVEIRA**, aluna regularmente matriculada no PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES do CENTRO DE EDUCAÇÃO da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, sob a orientação do professor Dr. **FABRÍCIO POSSEBON**.

O objetivo geral da pesquisa é identificar a importância da religião/espiritualidade/religiosidade nos pacientes em sofrimento mental no processo terapêutico como fortalecimento, enfrentamento e redução do sofrimento mental no processo terapêutico dos pacientes em sofrimento mental, mensurando como esses profissionais do campo da saúde mental entendem e lidam com a recorrência à religiosidade desses pacientes, criando possibilidades de diálogo no exercício das suas práticas profissionais. A mesma tem como objetivos específicos: Apresentar as vivências da religião/espiritualidade/religiosidade dos pacientes envolvendo suas crenças e valores; demonstrar como a religião/espiritualidade/religiosidade poderá ser uma estratégia de contribuição para a melhoria da saúde mental e qualidade de vida dos pacientes em sofrimento mental e verificar como os profissionais de saúde mental interagem com a recorrência à religião/espiritualidade/religiosidade dos pacientes nos espaços de atendimento e tratamento.

O estudo justifica-se porque necessário se faz que seja identificada a importância da religião/espiritualidade/religiosidade nos pacientes em sofrimento mental no processo terapêutico.

A sua participação na pesquisa é de fundamental importância, mas será voluntária, não lhe cabendo qualquer obrigação de fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores se não concordar com isso, bem como, participando ou não, nenhum valor lhe será cobrado, como também não lhe será devido qualquer valor. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento dele desistir, nenhum prejuízo lhe será atribuído, sendo importante o esclarecimento de que os riscos da sua participação são considerados mínimos, limitados à possibilidade de eventual desconforto psicológico ao responder o questionário que lhe será apresentado, enquanto que, em contrapartida, os benefícios obtidos com este trabalho serão importantíssimos e traduzidos em esclarecimentos para a população estudada.

Em todas as etapas da pesquisa serão fielmente obedecidos os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil e suas complementares. Solicita-se, ainda, a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos ou divulgá-los em revistas científicas, assegurando-se que o seu nome será mantido no mais absoluto sigilo por ocasião da publicação dos resultados.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, e dou o meu consentimento para dela participar e para a publicação dos resultados, assim como o uso de minha imagem nos slides destinados à apresentação do trabalho final. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelo pesquisador responsável, como trata-se de um documento em duas páginas, a primeira deverá ser rubricada tanto pelo pesquisador responsável quanto por mim.

João Pessoa-PB, _____ de _____ de _____.

Nara Patrícia Mendes da Silveira
Pesquisadora Responsável

Participante da Pesquisa

Pesquisadora Responsável: Nara Patrícia Mendes da Silveira

Endereço da Pesquisadora Responsável: Av. Vasco da Gama, 109 – Ed. Nunes – Apto. 204 – Jaguaribe – João Pessoa-PB - CEP: 58.015-180 - Fones: 99813-8844 - E-mail: nsilveira3@hotmail.com

E-mail do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba: eticaccs@ccs.ufpb.br – fone: (83) 3216-7791 – Fax: (83) 3216-7791

Endereço: Cidade Universitária – Campus I – Conj. Castelo Branco – CCS/UFPB – João Pessoa-PB - CEP 58.051-900

ANEXOS

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

- 1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

Falar sobre Espiritualidade é muito complexo pois cada pessoa interpreta de uma maneira. Espiritualidade quando você está bem humilhado, tem pensamentos positivos, sente verdadeiramente religiosidade sendo praticada com muita fé e vivendo em sua religião de uma forma presente está a minha opinião.

- 2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

Na Espiritualidade que se dá uma forte conexão de se superar sendo positivamente contagiante espírito de superação.

Religiosidade deixa evidente muito debaixo com a religião exercitada, pensamentos muito afetivos.

- 3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

Espiritualidade do paciente tem uma grande aplicação no tratamento pois dependendo do caso espírito alheio e positivo pode melhorar a religiosidade em vez atrapalhar pois o delírio muitas ficam mais fortes deixando o mesmo mais depressivo.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

R: Espiritualidade é da alma, essência, nascemos e morremos; vem do espírito. Algo natural.

Religiosidade: - Éna nos adquirimos com o passar dos anos. Nos apigamos há algo que faz e que despertamos p/ uma crença;

2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

Há situações em que a nossa amizade dos acreditam muito em Deus; e é uma fé que ele acha que os psicólogos vão seguir.

3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

R: Em muitos casos, o paciente ao vir p/ o hospital Psiquiátrico ele vem porque ele tem incorporado no "eu" dele, que é flutuante, está cheio de cortes no corpo, rompas em flagelo, achando que é o próprio filho de Deus. E após dias e dias, ele muda, medita, e sente qualificado, sente se desligado de que o faz achar que é Deus.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

Cada pessoa tem uma religião a seguir, e confunde espiritualidade com religiosidade. No meu entender são questões de conhecimento.

2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

Tem religião que o paciente não está preparado para enfrentar, faz confusão na mente, chega até querer se tratar a medicação achemos que a religião daí creia.

3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

Quando o paciente chega a dizer que não acredita no Deus, diz em San espírito e faz uma confusão mental.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

Espiritualidade no geral aparentes como catilago de angos e como crenças proibidas

Religiosidade: Algo que predomina na voz e atitude da autoridade

2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

Tem religiões que Pacientes não está preparados para enfrentar-la e isso deixa uma mente confusa

3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

Espiritualidade - suporte Terapêutico para a manifestação da espiritualidade

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

- 1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

Entendo que qualquer que seja a Religião
tenhamos todos tudo fi.

A Espiritualidade é baseada na vida após
o morte, também a Religião é participada de
missas, obras, santos etc.

- 2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

No momento do caso não sei qual
Religião não contribui com seu tratamento. Logo
após o caso, a fim de manter a mesma e claro
que o assistido que procura essa religião não
tem o que fazer na vida e seu tratamento psicológico
tudo.

- 3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

Atenção do assistido psicológico.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

- A espiritualidade pra mim tem fontes com a gestação do ser enquanto embrião, até o nascimento da criança, que se desenvolve com suas ações após o seu nascimento enquanto viver.
- Religiosidade tem fontes com creche, escola, família, através da base familiar o ser desenvolve a sua religiosidade do ser ou não ser religioso.

2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

- A espiritualidade pode contribuir no tratamento através de ações (acompanhamentos) em centros espirituais e terapias alternativas com também acompanhamentos psiquiátricos e medicamentosos, para que o paciente possa viver melhor na sociedade.
- A religiosidade contribui de acordo com o meio em se vive. O paciente e/ou transtorno mental precisa do tratamento medicamentoso e a parte de religiosidade que é alternativa.

3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

Espiritualidade e Religiosidade nem sempre aparecem juntos em uma crise (manifestação). O paciente em crise apresentam várias situações que dependem muito do contexto no momento.



INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

O assistente social entende pela Espiritualidade, como a busca do sentido existencial de cada pessoa. Pode esta ligada a religião ou não. E a Religiosidade para o assistente social, é a prática ou convivência da espiritualidade, vivenciada por cada ser, que é único.

2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

O conceito de Espiritualidade e Religiosidade, podem contribuir para o tratamento dos assistidos, mediante as formas (sentidos), negativos e positivos. Sujeito o bem-estar do indivíduo, quando ele se apresenta de maneira contagiante que chega a aguarçar o meio que se encontra. Este mesmo indivíduo pode apresentar em outro momento seu "lado" negativo.

3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

A distinção ou manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como distúrbio mental são vivenciadas pela prática. O assistente social precisa de tempo e convivência com indivíduos, com reflexões de certos distúrbios mentais. Pois cada indivíduo tem sua Espiritualidade e Religiosidade.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

? São distintos, porém diferentes. Espiritualidade é o que você acredita e que tenha pensamento firme com mudanças e realizações. Quando a religiosidade é o que você acredita no ser imutável e atuante na vida.

2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

Quanto o tratamento, religiosidade ajuda no psicológico do indivíduo, como medicações, e criando na fé, que vai conseguir a mudança, quanto o conceito espiritual encontra fortalecimento dentro de si, e nasce com evoluções.

3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

As manifestações dos distúrbios mentais, não frequentes com a espiritualidade, por pressão psicológica, onde a indivíduo perde o controle emocional por vários fatores.

PARA COLETA DE DADOS

- 1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

Espiritualidade é a essência de todo ser humano, e a sua ligação com o Criador. A Religiosidade é quando o homem opta para se seguir a religião na qual acredita, e faz dela a sua existência.

- 2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

Um paciente ao ser tratado acreditando que a sua cura além de medicamentosa, tem um auxílio divino, a sua recuperação é muito mais rápida do que aqueles que não acreditam.

- 3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

Na meu ver um Assistente Social não consegue distinguir tal fato, pois antes da espiritualidade, o profissional procura a resposta na ciência. Pois não cabe ao profissional intervir na religião do seu usuário internado.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

- 1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

Espiritualidade é a forma como as pessoas se relacionam com Deus (Pé) é a intimidade criada através da oração e da leitura da palavra (Bíblia).
Religiosidade - se constitui através da prática com a religião.

- 2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

Compreendo @ como resultados positivos na minha prática profissional. Quando o doente desenvolve uma espiritualidade e não sua religiosidade. A cura vem através da sua fé. Deus como criador, cuidador, espírito Santo.

- 3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

Um delírio místico é compreendido como um surto, discurso repetitivo, religioso, movimento exacerbado das suas práticas religiosas ou mesmo espirituais. Este momento não é possível intervenções dentro desta perspectiva da espiritualidade.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) O que o/a assistente social(o) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

Como profissional acredito que a Espiritualidade e a Religiosidade está muito presente no caso estabam dentro da saúde mental. Entendendo que trabalhar a Espiritualidade se dá na concepção do equilíbrio do ser, do entendimento da singularidade do indivíduo no meio social, já religiosidade está interligado as crenças e rituais muitas vezes repassados nas gerações familiares.

2) Como o/a assistente social(o) entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

Quando tratamos os usuários de saúde mental, observamos que a religiosidade está sempre presente, porém muitas distorcida, ou elevada a um nível de obsessão que desencadeia problemas de ordem psíquica, onde identificamos por ideologias místicas. Já no conceito da espiritualidade, trabalhar essa singularidade, esse "se encontrar no mundo", aprender a amar, respirar e compreender o outro e a terra, ferramentas necessárias dentro do

3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

trabalho do assistente social, no acompanhamento dos usuários.

3) Atualmente, devido as experiências adquiridas dentro do Hospital, é possível a distinção das manifestações. Podemos observar padrões da fala, do comportamento e da própria interlocução com o indivíduo. Quando vemos que seus rituais religiosos, se distinguem de apenas crer em Deus, que a necessidade de desenvolver um trabalho

com o usuário, a fim de
trazê-lo para si. Como também
na orientação aos familiares, que
levam os seus para rituais,
espaço ele com religiões apodocentistas
ou protestantes, desencadeando
transtornos que antes estava só
na via psíquica.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) O que o/a assistente social(a) entende sobre a Espiritualidade e Religiosidade?

Respiritualidade está inerente a
tudo da humano. É o leuça de uma
força superior, que enana de uma di-
vidade, que possui superior, puerri-
doles, humanoides, glaciels do feto, aspenon
e até o ecece, através de manifestações
de seus poderes vibratórios, potencialis-
ando as energias creativas, ou de ilaridade.

2) Como a assistência social entende o conceito de Espiritualidade e Religiosidade que podem contribuir para o tratamento dos assistidos?

[illegible]

3) Como o/a assistente social(o) pode distinguir uma manifestação da Espiritualidade e Religiosidade como um distúrbio mental?

Nem a espiritualidade nem a religiosidade podem ser consideradas como distúrbio mental. Todavia algumas religiões, digo dirigentes religiosos, podem levar ~~as~~ a desenvolver transtornos mentais inerentes ao mesmo. Portanto a espiritualidade pode e compulsa para a melhoria psossial e espiritual do ~~ser~~ ser.