

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

Cíntia Jaqueline Rodrigues Bezerra Galiza

DE ONDE VEM MINHA FORÇA:

Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Coutinho de Sales

João Pessoa/PB
Dezembro/2010

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

Cíntia Jaqueline Rodrigues Bezerra Galiza

DE ONDE VEM MINHA FORÇA:

Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba a ser realizada no dia 16 de dezembro de 2010, no horário das 14h:30min, sob a Presidência de sua orientadora. Linha de pesquisa: Espiritualidade e Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Coutinho de Sales

João Pessoa/PB
Dezembro/2010

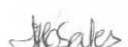
- G161d Galiza, Cíntia Jaqueline Rodrigues Bezerra.
De onde vem minha força : um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais / Cinthia Jaqueline Rodrigues Bezerra Galiza.- - João Pessoa : [s.n.], 2010.
142f. : il.
Orientadora : Ana Maria Coutinho de Sales.
Dissertação(Mestrado) - UFPB/CE.
- 1.Ciências das Religiões. 2.Religiosidade. 3.Familiares/Cuidadores-Doentes Mentais. 4.Loucura e religiosidade.
- UFPB/BC CDU: 279.224(043)

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

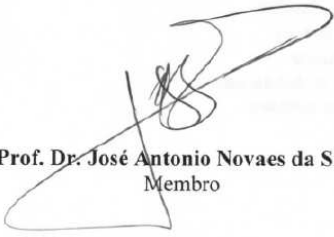
“DE ONDE VEM MINHA FORÇA: UM ESTUDO SOBRE A INFLUÊNCIA
DA RELIGIOSIDADE DOS/DAS CUIDADORES/AS DE PACIENTES COM
TRANSTORNOS MENTAIS”

Cíntia Jaqueline Rodrigues Bezerra Galiza

Dissertação apresentada à banca examinadora constituída pelos seguintes professores:


Ana Maria Coutinho de Sales
Orientadora


Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Membro


Prof. Dr. José Antonio Novaes da Silva
Membro

João Pessoa/PB
16 de Dezembro de 2010

“[...] dar-lhe o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua potencialidade e possibilidade de ser SUJEITO. Enfim, trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja, um SUJEITO de desejos e projetos”

(Franco Basaglia).

DEDICATÓRIA

Dedico a minha tia-mãe Elisa Bezerra Mineiros que ao longo da minha vida ensinou-me a ir em busca dos meus sonhos, e também, deixou-me o legado de amar sempre a Deus, ao próximo e a justiça. Foi a minha maior incentivadora a fazer um Mestrado Acadêmico para seguir seus rastros de grande profissional deixado por ela na Universidade Federal da Paraíba;

A minha mãe Luzinete Bezerra Rodrigues por ser minha melhor amiga em todos os momentos que precisei dela e ainda mais neste momento de conclusão do Mestrado etapa significativa da minha vida;

Ao meu marido Hélio Eloi de Galiza Júnior por ter sido sempre meu amante, companheiro, amigo, confidente de todas as horas, ao longo de nosso relacionamento de namoro, noivado e casamento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre esteve e estará presente a iluminar os meus passos e o meu caminho ao longo da minha jornada da vida pessoal, profissional e religiosa exercendo com plenitude o que me é confiado;

A minha ilustre professora linda, querida, respeitosa, amável, humana, cuidadora, mulher, mãe, avó, orientadora Ana Maria Coutinho Sales por ter depositado em mim tamanha confiança e me apoiar sempre em todo o processo de realização desta etapa da minha vida;

Ao meu professor, co-orientador, inolvidável José Antônio Novaes da Silva homem autêntico, sincero, atencioso, humano, pai, colaborador e amigo;

Ao professor convidado Edmundo Gaudêncio por tamanha gentileza e atenção em aceitar a fazer parte desta minha história de vida;

A professora convidada Maria de Oliveira Ferreira Filha que demonstrou um coração compreensivo e atitude de cuidado para comigo no primeiro momento que lhe pedi ajuda;

Aos cuidadores e cuidadoras que participaram do trabalho de pesquisa que sem eles/elas, este trabalho não poderia ser realizado;

As minhas amigas inesquecíveis do ambiente de trabalho que sempre acreditaram em mim como uma grande lutadora dos direitos e deveres das pessoas em sofrimento psíquico e também, por entenderem a minha essência de cuidadora Ana Vigarani e Mariana Montenegro Leitão;

Aos meus amigos que estiveram e sempre estarão em meu coração Márcia Rique Carício e Lino Vieira Madeira;

Aos membros do Colegiado Gestor Acadêmico da Universidade Federal da Paraíba, professores renomados e mestrandos acadêmicos, que tive o imenso prazer de fazer parte de todas as reuniões desde o momento em que assumi a Vice Presidência da Turma 04 aprendendo a cada reunião sobre os processos acadêmicos;

Agradeço ao Professor Coordenador Fabrício Possebon e a Professora Vice Coordenadora Eunice Simões do Curso de Pós Graduação em Ciências das Religiões pela compreensão, estímulo e presteza a todo o tempo que precisei;

Aos meus novos amigos da caminhada do Grupo de Estudo ‘Cuidando do Cuidador’, aos colegas conselheiros do Conselho Regional de Psicologia 13ª/PB triênio 2010-2013;

Aos meus amigos Jorge Luis Holanda Lôbo, Sumália Lima e Maria Clara de Lima Lôbo que tiveram a paciência e boa vontade em me ajudar na impressão de todo este significativo trabalho e

Aos meus novos amigos que adquiri ao longo do percurso do Mestrado que me ensinaram a confiar cada vez mais em mim, promovendo o despertar de minha força e a auto confiança que existe dentro do meu coração, dentro do meu ser, dentro da minha alma...

RESUMO

DE ONDE VEM MINHA FORÇA:

Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais

Falar do tema religiosidade compreendeu em trabalhar com um tema que trouxe consigo conceitos amplos, intrincados e densos. Porém, talvez por ter sido um tema tão numeroso foi interessante ser trabalhado, pois ele se apresentou como um tema que não se findou. E abordar sobre a temática da saúde mental num novo olhar a partir da reforma psiquiátrica trouxe discussões inerentes aos seres humanos que há muito tempo eram vistos como animais, bichos, como seres não pensantes, sem desejo e/ou mesmo sem direito a vida. A nova legislação federal aprovada de número 10.216 de 06 de abril de 2001 tenta ser efetivada e a todo o momento luta para mostrar que o tratamento para pessoas que tem doença mental pode ser diferente. A Lei especifica sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental fazendo menção a participação da família e da sociedade no tratamento destes pacientes com transtornos mentais. A experiência e prática religiosa, neste contexto, trouxeram uma abrangência real do conceito doença e de ser no mundo com suas relações sociais. Tal atividade desenvolvida teve por objetivo geral: identificar se a religiosidade dos familiares/cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais poderia influenciar no tratamento ofertado pelo serviço substitutivo de saúde mental da cidade de João Pessoa/PB, em especial o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Cirandar. Tratou-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa e quantitativa. Foram entrevistadas 36 pessoas, sendo 86,1% composto por mulheres e 13,9% do sexo masculino, com idade variante entre 22 a 65 anos de idade. Foi verificado que a maioria dos entrevistados pertencia à população negra com percentual de 61,1% e com grau de instrução baixo. Quanto ao perfil religioso observou-se uma alta incidência entre católicos e evangélicos. Utilizou-se para a coleta de dados dois instrumentos: um questionário semi estruturado sócio, cultural e religioso e a Escala de Atitude Religiosa. Para aprofundamento da temática sobre a influência da religiosidade foi realizado um grupo focal com os/as cuidadores/as de pacientes que tinham diagnóstico de transtornos mentais. Os resultados da pesquisa atenderam aos objetivos propostos do trabalho, os quais possibilitaram observar através dos dados coletados, que as pessoas, em sua maioria, expressaram que a religiosidade além de estar presente no cotidiano de suas vidas, ela influenciava nas suas tomadas de decisões e emissão de comportamento de enfrentamento diante da vida. Desses resultados observou-se que 66% dos sujeitos entrevistados demonstraram que a religião influenciava as decisões sobre o que eles/elas deveriam fazer. E um percentual de 89%, indicou que os familiares/cuidadores/as se sentiam unidos a um 'Ser Maior'. Portanto, este estudo visou nortear e ampliar os horizontes em relação a importância que a religião, religiosidade teve na vida dos/as cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais, assim como, mostrou que a religiosidade que os/as cuidadores/as apresentaram em seus discursos, além de propiciar dentro deles um conforto, uma amadurecimento, um saber melhor lidar com as tempestades da vida, deram a eles/elas, a aptidão de melhor cuidar de seus filhos e filhas. Desta forma, a disposição ou tendência para a religião ou as coisas sagradas dos/das cuidadores/as demonstraram que influenciaram no tratamento de seus parentes que apresentaram diagnóstico de transtorno mental.

Palavras-chave: Saúde mental, Religiosidade, Influência da Religiosidade e Familiares/Cuidadores/as.

ABSTRACT

WHERE MY STRENGTH COMES FROM:

A study on the influence of religiosity of caregivers of patients with mental disorders

Speaking of the theme religiosity meant to work with a theme that has brought broad, intricate and dense concepts. However, perhaps because it was a large subject, it was interesting to be studied because it presented itself as a subject that did not come to an end. And the approach on the issue of mental health in a new look, from the psychiatric reform, has brought inherent discussions to human beings, who long ago were seen as animals, unthinking beings, with no desire and /or even without the right to life. The new approved federal legislation of number 10,216 on April 6th 2001 tries to come to effect and strives all the time to show that treatment for people who have mental illness can be different. The act gives specifications about the protection and the rights of people with mental disorders and redirects the care model of mental health mentioning the involvement of family and society to treat these patients with mental disorders. The experience and religious practice in this context brought a real breadth of the concept of illness and being in the world with social relations. This developed activity had as the general objective: identify whether the religiosity of relatives/caregivers of patients with mental illness could influence the treatment offered by the substitute service of mental health in the city of João Pessoa / PB, in particular at Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Cirandar (Juvenile Psychosocial Care Center). This was an exploratory study of qualitative and quantitative nature. 36 people were interviewed, with women comprising 86.1% and men 13.9%, aged between 22 and 65 years old. It was found that the majority of respondents belonged to the black population with a percentage of 61.1% and with low educational level. Regarding the religious profile, it was revealed a high incidence of catholics and protestants. For data collection, the used instruments were: a semi-structured social, cultural and religious questionnaire and the Religious Attitude Scale. For further understanding on the issue of the influence of religiosity a focus group was conducted with caregivers of the patients who were diagnosed with mental disorders. The survey results met the proposed objectives of the work, which allowed the understanding, through the data collected, that most of the participants expressed that religion is not only present in their daily lives, but also influenced in their decision-making and behavior towards life. These results showed that 66% of respondents showed that religion influenced their decisions on their behavior. And a percentage of 89%, indicated that relatives/caregivers felt attached to a 'Higher Being'. Therefore, this study aimed to guide and expand the horizons for the importance that religion, and religiosity had on the lives of caregivers of patients with mental disorders, and showed that the religiosity caregivers presented in their speeches, besides giving them comfort, maturing and a knowledge of how to deal better with the storms of life, also gave them the ability to take better care of their sons and daughters. Thus, the disposition or tendency to religion or the sacred things of caregivers demonstrated its influence on the treatment of their relatives who were diagnosed with mental disorder.

Keywords: Mental Health, Religiosity, Influence of Religiosity and Family / Caregivers.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de cobertura dos CAPS por cem mil habitantes.....	46
Tabela 2 – Distribuição da amostra por gênero (n=36).....	86
Tabela 3 – Distribuição da amostra por estado civil (n=36).....	87
Tabela 4 - Distribuição da amostra por auto identificação dos/das entrevistados/das segundo cor (n=36).....	88
Tabela 5 - Distribuição da amostra por “possui religião” (n=36).....	89
Tabela 6 - Distribuição da amostra por “a pessoa se considerar religiosa” (n=36).....	90
Tabela 7 - Distribuição da amostra por religião professada pelos entrevistados/as (n=36).....	90
Tabela 8 - Distribuição da amostra por faixa etária (n=36).....	91
Tabela 9 - Distribuição da amostra por nível de instrução dos entrevistados/as (n=36).....	92
Tabela 10 - Distribuição da amostra dos familiares economicamente ativos (n=36).....	93
Tabela 11 - Distribuição da amostra dos familiares por renda familiar (n=36).....	93

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do grau de religiosidade presente nos cuidadores/as/familiares (n=36)	95
Gráfico 2 – Distribuição da amostra sobre a “influência da religião na tomada de decisão sobre o que se deve fazer” (n=36).....	96
Gráfico 3 – Distribuição da amostra sobre a “participação das orações coletivas de sua religião” (n=36).....	97
Gráfico 4 – Distribuição da amostra sobre “faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus)” - (n=36).....	98
Gráfico 5 – Distribuição da amostra sobre “quando entro numa Igreja ou Templo despertam-me emoções” (n=36).....	98
Gráfico 6 – Distribuição da amostra a respeito de “como me sinto unido ao um ‘ser maior’” (n=36).....	99

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

CF – Constituição Federal Brasileira de 1988

OMS – Organização Mundial da Saúde

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial com funcionamento semanal

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com funcionamento 24 horas semanais

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas

PASM - Pronto Atendimento em Saúde Mental

RT – Residência Terapêutica

PVC – Programa de Volta para Casa

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

ESF – Estratégia Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

TC – Terapia Comunitária

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética.....	135
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	136
Anexo 3 - Instrumento Sócio Cultural e Religioso.....	138
Anexo 4 - Escala de Atitude Religiosa.....	140
Anexo 5 - Roteiro Norteador do Grupo Focal.....	141

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 AVANÇOS E DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL.....	23
2.1 Saúde mental no mundo e no Brasil.....	28
2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	38
2.3 A saúde mental na cidade de João Pessoa.....	44
3 RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL: entrelaçando fios.....	52
3.1 Religiões e religiosidade.....	53
3.2 Loucura e religiosidade.....	57
3.3 Interface entre o religioso/religiosidade e a saúde mental.....	64
3.4 Religiosidade, saúde mental e cuidadores/as.....	67
4 FAMILIARES CUIDADORES/AS: QUEM SÃO ELES/ELAS?.....	72
4.1 Perfil dos Familiares/Cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais.....	79
4.2 Universo.....	80
4.3 População	82
4.4 Caracterização da amostra.....	86
4.5 Resultados extraídos da Escala de Atitude Religiosa.....	94
4.6 Realização do Grupo focal	100
4.7 “De onde vem a minha força”: influência da religiosidade dos/das cuidadores/as/ familiares de pacientes com transtornos mentais - A descrição das narrativas.....	105
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS.....	124
ANEXOS.....	134

Neste trabalho de dissertação de mestrado teve como temas centrais de atuação: o campo da saúde mental e sua rede substitutiva de atenção à saúde; o campo das ciências das religiões com ênfase nas idéias da religiosidade; e, a atuação do papel importante que os familiares/cuidadores/as apresentaram ter na vida dos pacientes/usuários que faziam tratamento no serviço público denominado Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Cirandar (CAPSi Cirandar) da cidade de João Pessoa.

O meu interesse em querer discorrer sobre o tema de saúde mental, tendo como campo de atuação os serviços substitutivos de saúde mental da cidade de João Pessoa/PB, no cenário que se configura hoje partiu, primeiramente, pelo fato de trabalhar como psicóloga na Coordenação de Saúde Mental do município há seis anos, e de ser uma das colaboradoras na construção de todos os serviços que existem hoje na área de atenção à saúde mental.

Ao longo desses seis anos de experiência prática e forte dedicação, tive o prazer e a satisfação de construir não apenas serviços de saúde com suas estruturas físicas, equipamentos e quadro de recursos humanos, mas, sobretudo, ajudei a reconstruir vidas de pessoas que possuíam diagnóstico de doença mental que há um bom tempo, foram abandonadas e excluídas da sociedade por não terem o direito de adoecer, ou, de não serem vistas como “iguais” aos outros seres humanos, pois carregavam consigo o estigma de serem chamadas “louco (a)s”, verdades absolutas que ouvimos e vemos a todo o momento em nossas vidas, seja enquanto profissional da saúde ou como ser humana cidadã.

Os diversos serviços substitutivos de saúde mental que João Pessoa ora apresenta, demonstram uma nova forma de olhar o doente mental, tratamento ofertado, papel do familiar e da sociedade na recuperação da pessoa em sofrimento mental.

Contribuições advindas dos vários Movimentos Sociais organizados, derivado de uma série de eventos políticos nacionais e internacionais, dentre eles, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, Associação de Familiares com transtornos mentais, Reforma Sanitária - Constituição Federal de 1988 - e no advento do SUS (Sistema Único de Saúde) com a Lei nº 8.080 de 1990, propiciaram uma nova forma de conduzir a Saúde Mental no Brasil, combatendo a internação psiquiátrica em hospícios e asilos manicomialis, o que quer dizer, não, a exclusão do convívio social das pessoas com sofrimento mental (MACHADO, 2006, p. 13a).

O próprio SUS (Sistema Único de Saúde) se fez e continua se fazendo presente, debatendo junto à sociedade os rumos das políticas públicas de saúde mental, concretizado efetivamente a partir da Lei nº 10.216, de 06 abril de 2001, que estabelece os direitos dos pacientes e regula as internações psiquiátricas.

É perceptível a mais de 20 anos que a instituição psiquiátrica (manicômios), como ela se posta, não se coloca à escuta do sujeito, enquanto ser de poder, de desejos, de autonomia, de ser humano, pois, busca, sobretudo, uma patologia, sinais e sintomas, aprisionando o ser humano apenas na objetividade desse sujeito, deixando de lado sua subjetividade, experiências pessoais, singularidades.

Desse modo, com a nova Lei Federal aprovada, as pessoas que possuem transtorno mental são colocadas como pessoas ativas, são consideradas como sujeitos de sua vida, em oposição ao paradigma da nomeclatura de pessoas ‘doentes’ (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Com essa mudança da função da família frente ao tratamento dos pacientes com transtornos mentais, solicitando que esse familiar assuma responsabilidades, comprometimento e participação, são observados no dia a dia da dinâmica do trabalho no serviço especializado que a influência da religião e religiosidade sobre a saúde e, em especial, a saúde mental, é um fenômeno que se faz presente em vários momentos.

Relacionar religiosidade e saúde mental consistiu em um tema interessante e que demonstra estar crescendo cada vez mais em nossa sociedade, conforme publicações especializadas, uma vez que lida muito com foco nas políticas públicas beneficiando muitos brasileiros.

A política de humanização hoje que vigora no Sistema Único de Saúde, apresenta como alicerce a valoração cada vez mais, do ser humano em sua integralidade e complexidade, ao tempo, que também aprecia suas dimensões intrínsecas.

Barreto (2010, p. 29) nos lembra que o ser humano é constituído de um ser biológico - com seus aspectos orgânicos, células e órgãos; um ser psíquico – memórias, símbolos e crenças; um ser social – o homem e suas relações intra e interpessoais e um ser espiritual – espiritualidade enquanto “fonte de esperança e tem permitido às pessoas se sentirem pertencendo a um coletivo, no qual podem encontrar apoio, solidariedade e espaço de partilha”.

A religiosidade é uma das dimensões mais marcantes e significativas da experiência humana cotidiana, o que a torna um objeto de investigação dos mais complexos (DALGALARRONDO, 2009). Em sua essência a religiosidade é permeada por muitos conceitos amplos, intrincados e densos o que dificulta em muitos casos a realização de pesquisas na área em questão. Porém, talvez por ser um tema tão numeroso seja interessante ser trabalhado, pois ele se apresenta como um tema que não se finda.

A religiosidade em vários momentos se faz presente na vida das pessoas sem que as mesmas despertem para isso, talvez por apresentar possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso se mostra influenciando a saúde, através de alguns fatores cognitivos, comportamentais e sociais: estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual (STROPPA e ALMEIDA, 2006).

Na visão de Panzini e Bandeira (2007, p. 127) em estudos realizados descrevem “que crenças e práticas religiosas estão associadas com melhor saúde física e mental”. Os autores ainda verificaram igualmente “resultados benéficos do envolvimento religioso em relação à dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sangüínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade”.

Frente a esta ligação entre a religiosidade e saúde mental que existe dentro da vida do ser humano, despertou em mim interesse em identificar se a religiosidade dos familiares/cuidadores de pacientes com transtornos mentais; que utilizam o serviço substitutivo recém inaugurado de saúde mental; o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil - CAPSi Cirandar, poderia influencia no tratamento dos mesmos.

Tanto discorrer sobre o tema da religiosidade quanto o da saúde mental - num novo olhar a partir da reforma psiquiátrica é emergir discussões inerentes a seres humanos que há muito tempo eram vistos como animais, bichos, como seres não pensantes, sem desejo e/ou mesmo sem direito a vida – permeiam temáticas importantes em que hoje vários autores renomados tentam aprofundar.

A nova legislação federal, aprovada pela Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, tenta ser efetivada e a todo o momento luta para mostrar que o tratamento para pessoas que tem doença mental pode ser diferente. A Lei especifica sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, fazendo menção a participação da família e da sociedade, no tratamento destes pacientes com transtornos mentais.

Há muitos anos as explicações que a psiquiatria arcaica oferecia eram obsoletas sobre o adoecer dos doentes mentais e seus familiares, uma justificativa fragmentada, desconsiderando o doente mental como ser no mundo e a importância da participação da família e do social no seu processo de reconstrução da sua saúde mental.

A experiência e prática religiosa, neste contexto, podem trazer uma abrangência real do conceito doença, e de ser no mundo com suas relações sociais. Segundo Machado (2006,

p.87), “o discurso religioso possibilita ao indivíduo expressar e viver sua pessoa como um todo” de forma integral.

Assim, para nortear a nossa pesquisa acadêmica, *stricto sensu*, foi elencado como objetivo geral: Identificar se a religiosidade dos/das familiares/cuidadores/das de pacientes com transtornos mentais poderia influenciar no tratamento ofertado pelo serviço substitutivo de saúde mental da cidade de João Pessoa/PB, em especial o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi).

Os objetivos específicos foram elencados nesta pesquisa foram: 1) Levantar quantitativamente dados sócio cultural e religioso dos familiares/cuidadores/as que tinham parentes em tratamento no serviço substitutivo público de saúde mental da cidade de João Pessoa/PB – CAPSi e 2) Analisar o grau de envolvimento religioso dos/das cuidadores/as e detectar as formas de interferência religiosa utilizadas pelos familiares/cuidadores/as dos pacientes no tratamento dos mesmos.

Assim, para subsidiar o nosso objetivo geral e seus respectivos objetivos específicos; inicialmente foi feito, através de um questionário semi estruturado, um levantamento quantitativo de dados sócio cultural e religioso dos familiares/cuidadores/as dos pacientes em tratamento no serviço substitutivo de saúde mental, de gestão pública da cidade de João Pessoa/PB, onde se incluíram indagações a respeito das categorias de sexo, renda familiar, “raça”/cor, sobre religião, escolaridade, atividade ocupacional, profissão; enfim, com o intuito de conhecer a amostra a ser trabalhada com maior clareza.

Em seguida, foi aplicado o segundo instrumento elaborado originalmente em português; o questionário semi estruturado; denominado de Escala de Atitude Religiosa construído por Fraga, A. A., França, J. S., Aquino, T. A. A. (setembro, 2002). A Escala de Atitude Religiosa foi compreendida por 15 (quinze) itens. Michener, Delamater e Myers (*apud* Aquino, et al, 2009, p. 233) afirmam que as atitudes se caracterizariam através de três dimensões principais: o componente cognitivo, o componente afetivo e o componente comportamental.

Em um segundo momento, foi analisado o grau de envolvimento religioso dos familiares/cuidadores desses pacientes, e, detectaram-se as formas de interferência religiosa utilizada pelos familiares/cuidadores dos pacientes no tratamento dos mesmos. Ainda para aprofundar o que estava proposto no objetivo geral realizou-se um Grupo Focal com os familiares/cuidadores/as que apresentaram grau de religiosidade considerável, tendo como base o que foi extraído da Escala de Atitude Religiosa.

Para subsidiar a discussão referente à pesquisa de campo, no segundo capítulo deste trabalho, tratou-se por abordar sobre como estava inserido o contexto da saúde mental no âmbito das políticas públicas brasileiras; como se deu o processo de mudança do modelo de atenção em saúde mental no mundo, até culminar no Brasil; definição do que vem a ser a Reforma Psiquiátrica Brasileira; como estava inserida a saúde mental na cidade de João Pessoa na Paraíba. Autores que contribuíram muito para essas discussões: Foucault, Amarante, Rotelli, Baságua, Freire, Nicácio, Pitta e outros tantos.

Já no terceiro capítulo versou um diálogo entre a religiosidade e a saúde mental postas na contemporaneidade, aprofundando sobre a interface entre o religioso e a saúde mental e, em seguida discorreu sobre o contexto da loucura, religiosidade e saúde mental que se mostraram sempre presentes ao longo do contexto histórico da humanidade. Autores citados: Foucault, Berger, Panzini e Bandeira, Faria, Oliveira, Dalgalarondo etc.

No quarto capítulo falou-se sobre o terceiro pilar do nosso trabalho: os familiares/cuidadores/as expondo quem são eles, o significado do cuidar, do cuidado e a importância dele na vida humana, utilizando de base escritores como Boff, Waldow, Betto, Vasconcelos, Gonçalves e Sena, Franco, Merhy, entre outros. Neste mesmo capítulo foram encontrados resultados e discussões acerca da pesquisa da realização do grupo focal, expondo o perfil dos Familiares/Cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais; o universo; a população; caracterização da amostra e dados sobre a Escala de Atitude Religiosa e, por fim, informações sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as/ familiares no tratamento de pacientes com transtornos mentais.

Esta pesquisa teve como alicerce metodológico de desenvolvimento científico, a caracterização de ter sido configurada como um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa e quantitativa. Para tanto este estudo constou de cinco capítulos, incluindo a introdução e as considerações finais.

Importante ressaltar que o título desta dissertação; *De onde vem minha força*, foi extraído de uma das falas expressas por uma cuidadora que participou de nossa pesquisa na realização do grupo focal. Em seu discurso ela fez referência à ligação existente entre a religiosidade e a saúde mental. Ela expôs sua opinião, a respeito de onde vinha a força dela para superar as dificuldades – fazendo menção ao processo de adoecimento de sua filha. Ela falou sobre a presença da dimensão da religiosidade ocupando um lugar de consolo, compreensão, bem estar, segurança, esperança e confiança em Deus:

*Eu aprendi que uma mãe na hora do maior desespero, ela pode dobrar os joelhos no chão, se ajoelhar e pedir a Deus, que ela é mais rápido para ela alcançar. Eu não tenho explicação **de onde vem minha força**, eu só posso dizer que vem de Deus. Além da fé, da força, tem o amor. Que o amor de mãe é acima de tudo. [...] e a mãe é um anjo que Deus coloca na terra para cuidar daquela criança quando ela vem ao mundo até ele se tornar adulto. [...] minha avó, [...] me ensinou que tudo que não vem de Deus a gente tem que deixar de lado. E hoje eu aprendi a lição (Copo de Leite).*

Portanto, este estudo visou nortear e ampliar os horizontes em relação a importância que a religião, religiosidade teve na vida dos/as cuidadores/as de parentes com transtornos mentais, assim como, mostrou que a religiosidade que os/as cuidadores/as apresentaram em seus discursos, além de propiciar dentro deles um conforto, um amadurecimento, um saber melhor lidar com as tempestades da vida, deram a eles, a aptidão de melhor exercer o cuidado para com seus filhos e filhas.

Os/as cuidadores/as que apresentaram possuir religiosidade dentro de sua dimensão pessoal mostraram ser mais cuidadores/as em relação aos seus filhos e filhas, confirmando o que os autores Dalgalarrrondo, Foucault, Koenig e Jung disseram a respeito da religião; que consistia em uma energia propulsora que movia o indivíduo ao encontro de si mesmo, a aceitação de sua totalidade enquanto indivíduo, em seus aspectos positivos e negativos, ou ainda, a religião seria uma função integradora do ser humano.

Neste sentido, a religião aqui foi entendida como um empreendimento pelo qual se estabeleceu um cosmo sagrado, ordenador da experiência e dotado de significado; já a religiosidade foi vista como sendo a qualidade de religioso; disposição ou tendência para a religião ou as coisas sagradas, o qual influenciou no comportamento pessoal dos cuidadores/as e, conseqüentemente no tratamento de seus parentes que apresentaram diagnóstico de transtorno mental.

2 AVANÇOS E DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL

"O hospício é [...] dividido em duas partes simétricas. Tem a forma de um retângulo com um bloco central separando essas duas alas laterais, cada uma contendo dois pátios internos.

Cada divisão está ainda subdividida em três classes.

A primeira classe que dispõe de quarto individual; a segunda, com um quarto para dois alienados e a terceira, que congrega também os indigentes, dispõe de enfermarias gerais para quinze pessoas. E a distribuição dos indivíduos ainda se refina pela divisão dos pensionistas de primeira e segunda classes em tranqüilos e agitados e os de terceira classe e indigentes em tranqüilos limpos, agitados, imundos e afetados de moléstias contagiosas"

(MACHADO *apud* FONTES, 2003, p. 39).

Vários estudiosos do campo da saúde mental tentam extrair algum tipo de definição do que vem a ser essa área de atuação, porém, ela consiste em uma área que abrange vários conceitos, uma vez que ela está inserida dentro de um contexto multidisciplinar.

O conceito de saúde mental abrangeria vários estudos em conjunto: o estudo do comportamento, da subjetividade, da singularidade humana, dos sentimentos, pensamentos e atitudes, enfim, fica a idéia de que a saúde mental compreenderia mais do que simplesmente a ausência de transtornos mentais, mas, muito, além disso.

O que se pode afirmar também é que a saúde mental está intrinsecamente ligada ao funcionamento fisiológico, psicológico e social do ser humano. O cenário que se configura hoje no campo de atuação da saúde mental é visto como tão importante quanto à saúde física, especificamente a partir de um prisma da saúde pública.

Sejam profissionais de saúde, ou não, cidadãos e cidadãs comuns sentem e reivindicam por um melhor cuidado com a saúde, uma vez que; já alguns anos a Organização Mundial de Saúde (2001, p. 28) define a saúde como “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem estar físico, mental e social”, outros ilustres estudiosos acrescentam o espiritual.

Oliveira e Heimann (2004) quando fala sobre a saúde do homem e da mulher, ele vai além, diz que a saúde tem como seu protetor o cuidado de forma integral, envolvendo os cuidados do psicobiológico, o espiritual, o social e o político que estão estritamente ligados, e que na verdade são inseparáveis. Pois o cuidado busca promover, manter e/ou recuperar a dignidade e totalidade humanas. Ou seja, considerar o homem e a mulher, seu meio social, cultural e mundial como sendo amplamente importantes para poder viver bem e melhor.

O teólogo Jean Yves Leloup (_____, 2004, p. 85) nos bem referencia que ao longo do processo da arte do cuidado, muitos especialistas profissionais trazem no seu discurso a necessidade de considerar a “abordagem transdisciplinar holística, aplicada ao campo da saúde integral” [...] interligando as dimensões corporal, psíquica e espiritual do ser humano.

A espiritualidade se refere à experiência de contato com a dimensão que vai além das realidades consideradas normais na vida humana. É “a arte e o saber de tornar o viver orientado e impregnado pela vivência da transcendência” (BOFF, *apud* VASCONCELOS, 2006, p. 30).

A transcendência estaria muito presente nas ações e atitudes que o ser humano apresentaria no seu dia a dia da vida. Seria a dimensão de se colocar aberto para o outro; demonstração de uma força interior, energia para romper barreiras, transpor os limites e

superar proibições. Esta espiritualidade que assumiria a transcendência como divina, revelando-se na presença do outro; permeando a alma humana desse outro, se caracterizaria na opinião de Vasconcelos como religiosidade.

É um conceito que vem ganhando importância uma vez que um número crescente de pessoas valoriza a experiência religiosa em suas vidas, mas que não se identifica com nenhuma tradição religiosa particular. Elas têm uma religiosidade, mas não têm religião, pois não aceitam nenhum sistema de ritos, práticas, doutrinas e nem se ligam a uma comunidade religiosa em particular como caminho importante de sua ligação com o divino. Incorporam elementos rituais e doutrinários de diferentes religiões, em arranjos bastante pessoais. Não se enquadram em nenhuma religião específica, mas se orientam nas formas de vivência religiosa que diversas tradições criam, organizam e administram, tendo, portanto, uma relação de dependência para com elas. Este fenômeno revela a dificuldade das tradições religiosas responderem aos anseios religiosos no atual contexto cultural de tantas transformações (LIBÂNIO, apud VASCONCELOS, p. 45).

Percebe-se então, que nos séculos XX e XXI a valorização da dimensão religiosa está fortemente colocada nas práticas cotidianas de saúde. Começam a se apresentar por grande parte da população em geral, por vários usuários dos serviços saúde e também pelos profissionais de saúde a utilização da religiosidade, no enfrentamento de vários tipos de problemas de saúde.

Através de estudos realizados pela medicina do comportamento; área interdisciplinar que estuda os conhecimentos das ciências comportamentais, psicossociais e biomédicas, aprofundam sobre o entendimento entre o processo saúde e doença. O que recentemente a medicina do comportamento descobriu foi a forte conexão entre a saúde física, a saúde mental e a saúde espiritual, ou em outras palavras chamada por Vasconcelos (2006, p. 29) “como sendo a revalorização do religioso na sociedade contemporânea [...] uma busca de experimentação pessoal da transcendência por caminhos bastante variados”.

Exemplos de interações relacionadas com a saúde física e saúde mental já comprovadas, foram através de estudos realizados por Spiegel et al (1989 *apud* OMS, 2001) quando verificou que mulheres que apresentavam câncer de mama, já em estágio avançado, e que, participavam de terapias de grupo de apoio, estas, viviam mais tempo do que aquelas mulheres que não participavam de nenhuma atividade.

O conceito de Saúde, que vigora recentemente no Ministério da Saúde¹ (2010a), baseia-se na Política de Humanização do Sistema Único de Saúde² (2010b), a qual defende a saúde integral com suas mais diversas formas de se expressar e ser no mundo.

¹ O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. É função

Estudos recentes defendem que alguns sintomas, como, a angústia e a depressão podem desencadear algumas mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunológico do sujeito, como muitas outras situações como é o caso de que o estresse em algumas situações pode prejudicar a cicatrização de feridas (KIELCOT-GLASER et al., 1999 *apud* OMS, 2001).

Outro fator interessante é a interrelação, também, entre os fatores genéticos juntamente com os fatores ambientais. “O cérebro não reflete simplesmente o desenrolar determinista de complexos programas genéticos, nem é o comportamento humano mero resultado do determinismo ambiental” (OMS, 2001, p. 35).

Porém, mesmo que muitas pessoas tenham esta consciência de que a saúde física é tão quanto importante que a saúde mental, uma pequena minoria dos 450 milhões de pessoas do mundo que apresentam transtornos mentais e de comportamento procuram algum tipo de tratamento (OMS, 2001).

Mesmo diante de tantos progressos científicos e tecnológicos da pós modernidade, estudos avançados da neurociência e do comportamento humano avaliam que muitas doenças físicas e doenças mentais resultam efetivamente de uma complexa e intrigante permutação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais. A partir desta concretização é preciso investir cada vez mais nestas discussões: a de promoção da saúde mental nas pessoas, ao invés da doença mental.

Este cenário descuidado com os seres humanos que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico se alastra por inúmeros países. Estimativas revelam que recursos orçamentários são poucos investidos nesta área, por entenderem que isto não seja prioridade, talvez não haja necessidade de dimensionar uma quantificação: qual programa, qual necessidade de saúde precise ser atacada a priori, mas é preciso, que investimentos sejam disponibilizados para esta área do cuidado que lida essencialmente com as necessidades básicas a contento.

do ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro. Missão: “Promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania” (Site do MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, s/p).

² O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros (Site do MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b, s/p).

De 12% da carga mundial de doenças, menos de 1% de seus gastos globais, na maioria dos países estão voltadas para a saúde mental. Mais de 40% dos países necessitam de sua investidora de políticas públicas voltadas para o trabalho com a saúde mental e, ainda, 30% deles, nem se quer apresentam propostas de desenvolvimento de programas na área específica (OMS, 2001).

Mais alarmante ainda, se dá o percentual de 90% dos países não possuírem políticas públicas de saúde mental voltadas para a infância e juventude. Sem mencionar o adoecimento mental de seus familiares e, que mais adiante, só refletirá na sociedade como um todo. Tal problemática torna-se ainda mais agravante para a população de baixa renda, por não ter a oportunidade do acesso a busca por tratamentos especializados.

Nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas com transtornos mentais graves a tarefa de carregar como puderem o seu fardo particular de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Em termos globais, muitos se transformam em vítimas por causa da sua doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação (OMS, 2001, p. 27).

Um grande número de pessoas das classes populares não são beneficiadas por uma boa política de assistência em saúde mental. Entendendo que pobreza consiste não apenas na falta de dinheiro e/ou de bens materiais, mas, inclui-se aqui a falta de recursos sociais e educacionais, como por exemplo: a falta de emprego, o baixo grau de instrução das pessoas, falta de moradia, investimentos em programas de emprego e renda e outros.

Mesmo em países ricos, a pobreza, juntamente com fatores associados tais como falta de cobertura de seguros, nível de instrução mais baixo, desemprego e situação minoritária em termos de raça, etnicidade e idioma, pode criar barreiras insuperáveis à atenção. O desnível de tratamento para a maioria dos transtornos mentais, que já é alto, mostra-se efetivamente enorme para a população pobre (OMS, 2001, p. 40).

Por isso, dar-se a importância da ampliação dos equipamentos de serviços de saúde de base regionalizada³ na comunidade, especialmente no tocante a atenção primária, evitando tratamentos que estejam pautados em instituições psiquiátricas, espaços que mais se assemelhariam a lugares de prisão e de exclusão social.

³ A regionalização é o eixo estruturante da implantação do Pacto pela Saúde. É também elemento fundamental para obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais e serviços de saúde. Ao atribuir aos municípios um papel central no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde, contribui para que cada espaço regional possa diagnosticar e responder às suas necessidades. A implementação progressiva da regionalização, mesmo abaixo do necessário, estimulou a articulação entre os pequenos municípios para organizarem os serviços de média e alta complexidade, garantindo assim maior acessibilidade (CENTRO DE EDUCAÇÃO E AVALIAÇÃO POPULAR, 2009, p. 18).

Ainda hoje, se vê em muitos países pobres, a escassez de investimentos em serviços de saúde mental. Daí a grande necessidade de maiores diálogos por parte da sociedade civil, instituições formadoras e serviços de saúde na construção de propostas de Políticas Públicas voltadas para a inclusão social da população de baixa renda, sobretudo no que diz respeito à saúde mental das mesmas.

2.1 Saúde mental no mundo e no Brasil

A doença mental teve seus estudos aprofundados na história da humanidade nos últimos 200 anos (GONÇALVES e SENA, 2001). Pode-se dizer que foi dada mais atenção ao doente mental a partir do século XVIII, por este período quando o homem se preocupou especificamente com a forma de viver, sua condição humana e sua interação com a humanidade. Marcada por dispositivos de tratamento que eram a medicalização e a terapeutização da prática médica existente (BIRMAN, 1992 *apud* AMARANTE, 1995).

Mesmo assim, a loucura sempre fez parte da contextualização da humanidade, desde que o mundo é mundo. Sempre existiam locais demarcados para tratar os loucos na sociedade. Esses espaços se configuravam por muitos nomes: asilos, templos, domicílios, locais afastados da comunidade e vários outros tipos de instituições. A estrutura física da instituição psiquiátrica, conhecida hoje, foi tomando espaço físico no contexto social apenas a partir do século XVIII.

Esse período se caracterizou especificamente pelo o que viria a ser definido como o igual e o diferente. Aquele que não seguia o que era chamado de normal, padrão de regras seguido pela maioria das pessoas, era considerado diferente.

Por interesse em manter uma ordem social organizada e limpa de qualquer sujeira, o louco passa a ser visto como alguém incompatível com o que a sociedade da época gostaria de ter. Ele, neste contexto, passa a ser considerado algo que vai deixar a cidade feia, pois era aquele que provocava desordem, conflitos e perturbação no meio social. Assim, eles eram considerados ameaças para as outras pessoas, ditas normais.

A solução entendida pelo contexto social da época era que aqueles que apresentavam doença mental que fossem “afastados dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade” para outros espaços bem longe daqueles que não tinham características de loucura (GONÇALVES e SENA, 2001, p. 49). Foi neste dado momento

histórico que iniciou a construção de famosos, imensos e frios espaços de tratamento para os ditos loucos.

O tratamento oferecido, no período da época clássica eram os hospitais gerais, os quais eram essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, que tinha em sua essência, além da prestação da assistência, a de separação e exclusão. O pobre por se só se apresentava como carente de assistência, na condição de 'doente', é dissimulador de contágio e torna-se assim, perigoso.

Assim, o hospital incorporou a função de recolher os doentes mentais, como para proteger os outros do perigo que ele apresentava. Para Foucault (1979) a função essencial do hospital até antes do século XVIII não era de curar o doente, mas de prestar assistência ao pobre que estava morrendo. O hospital era o lugar onde se promovia o auxílio material e espiritual àqueles pobres, dando-lhes os últimos cuidados e o último sacramento. Era um espaço não destinado à cura.

Em seu livro *a Microfísica do poder* Foucault (1979) descreve que após o desaparecimento da lepra, os hospitais permaneceram com seus locais que foram ocupados, séculos depois por aqueles que não eram economicamente ativos: os pobres, miseráveis, vagabundos, presidiários e os loucos - "cabeças alienadas" que arcaram por assumir a função abandonado do lazarento. A exclusão dos loucos surge com suas raízes a serem penetradas tanto na terra, na cultura, como nas mentalidades humanas.

Porém, lembremo-nos que antes desses lugares serem ocupados pelos alienados, foram ocupados por aqueles 'doentes' de sífilis e outras doenças infecto contagiosas, doenças venéreas etc.

O internamento começa a se apresentar no século XVII sob a égide de cura das doenças. As doenças venéreas, assim como a loucura, além de se isolar do contexto médico, foram ocupando um espaço moral de exclusão na sociedade. A loucura pelo período de quase dois séculos permeou como um grande mal a sociedade, aliadas a elas; emergiram reações de divisão, exclusão, purificação (FOUCAULT, 1978).

Os loucos quando identificados pelo poderio das cidades eram encaminhados a fazerem uma viagem de navio, do qual só era lhe apresentado a passagem de ida, sem data marcada para voltar. Eles eram remetidos a lugares de peregrinação, espaços que tinham muito evasão de pessoas estranhas, e assim, eles poderiam ser largados nestes lugares e não mais trazidos as suas cidades de origem.

O hospital ainda permanece por um bom tempo como um lugar de internamento de completa mistura dos doentes, loucos, devassos, prostitutas etc. Uma espécie de espaços de

exclusão, discriminação, repressão, reclusão e, sobretudo, isolamento social. Forte marca, nestes espaços, estavam centralizados na figura daqueles que não possuíam a razão. A função do médico não era exercida, pois se priorizava a consulta privada. A medicina neste período era basicamente individualista.

Esse panorama histórico passou a ser modificado com o tempo, à medida que o modelo de tratamento em instituições psiquiátricas já começavam a dar sinais de fracasso frente a recuperação da doença mental e suas subjacências.

É importante diferenciar a compreensão que se dá no período histórico da época Clássica e da Idade Média, pois é bem sutil, porém significativa e construtora de mudança de práticas no lidar com o doente mental.

Nas décadas da Idade Média, a interpretação dada à loucura através da percepção social era diferente do que vinha a ser propriamente o conhecimento sobre a loucura. Diferentemente da época Clássica que denomina o internamento do louco como sendo um espaço da prática de proteção e guarda do mesmo. Desta forma, só a partir do século XVIII, é que se configura a internação psiquiátrica como prática médica e terapêutica. Pois saberes como: percepção, dedução e conhecimento se entrelaçavam.

Especificamente na metade do século XVIII, a pessoa sem razão, ia perdendo gradativamente seu lugar, enquanto ser de poder, e passava a ser visto como aquele provocador da desordem social. O campo da prática psiquiátrica tornava-se objeto fundante do percurso da instituição psiquiátrica.

Seria ali o momento marcado pelo surgimento da ciência psiquiátrica. E esta, tomou corpo e disseminou confiança na sociedade. Ocorreu o que se chama na visão de Amarante (1995, p. 24) de “desnaturalização e desconstrução do caminho aprisionador da modernidade sobre a loucura”. Em outras palavras, é neste momento que apareceram as respostas em massa sobre os questionamentos sobre o porquê enlouquecer, através de uma gama de classificações e terapêuticas consideradas científicas, dentre eles; o autor cita a subserviência da singularidade humana, presa as normas da razão e da cientificidade da psiquiatria que eram controladas pelas relações de biopoderes e disciplinas que explicavam a fisiologia da loucura.

Pairou a imagem de que o louco causava periculosidade e risco social à sociedade, para isso, a saída foi a de construir um espaço “adequado” para se armazenar, colocar, jogar as pessoas como forma de se buscar uma tranquilidade e equilíbrio no meio social para aquelas pessoas que não sofriam com alienação mental. Nasceu ai uma relação forte entre as áreas da medicina e da justiça.

“A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulada pela medicina, proporcionou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata” (BARROS *apud* AMARANTE, 1995, p. 25).

Robert Castel (*apud* AMARANTE, 1995, p. 24) em sua obra *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo* faz menção a esse tipo de reação comportamental disparado dentro daquele contexto histórico, como também, caracterizou-se pela consolidação da “classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica entre médico e doente, o tratamento moral”.

O louco passou a necessitar de cuidados através de uma tutela, perdeu sua autonomia, e indicado para ser tratado dentro de uma estrutura manicomial centrada por espaços físicos territoriais de segregação, descaso, morte e ausência da sua real verdade de loucura, lugar de correção.

Philippe Pinel ficou conhecido como sendo o primeiro profissional na área da medicina psiquiátrica a utilizar métodos mais humanizados no tratamento dos doentes mentais, quando foi superintendente do asilo Bicêtre em Paris, foi bastante influenciado pelo enfermeiro Jean Baptiste Pussin, que também se mostrou bastante revoltado frente aos procedimentos utilizados pelos hospitais para tratar pessoas com sofrimento psíquico (WIKIPÉDIA, 2010f).

Pinel começara a se questionar frente ao que acontecera aos pacientes quando estes queriam urgentemente fugir daqueles espaços desumanos e sem o mínimo cuidado integral com eles. A fuga e a perseguição policial aos internos era um verdadeiro massacre holocaustal. Advogava que era preciso desenvolver medicamentos que pudessem aliviar as dores das pessoas com sofrimentos psíquicos.

Na mesma época, William Tuke, na Inglaterra, introduzia uma nova forma de tratar os doentes mentais; através de métodos terapêuticos, pela conversa; e troca de informações e experiências existenciais, como novo método, terapêutico psiquiátrico, semelhante ao trabalho que os padres da igreja católica apostólica romana já faziam; nos confessionários, à quase já dois mil anos. Nos também, chamados por eles por esses pioneiros no tratamento terapêutico, de confessionários. E a paralela evolução científica, da prática, desenvolvida pela Psicanálise (WIKIPÉDIA, 2010f, s/p).

A figura do médico denominava-se diferentemente, principalmente no ano de 1793, com a prática do médico clínico francês, Philippe Pinel e sua tecnologia pineliana, afirmava que a doença mental era como um problema da ordem moral. Pinel foi considerado o precursor de mudanças positivas, mas também, negativas.

Quanto a questão positiva, pois ele, no contexto da Revolução Francesa, que tinham como eslogan: Liberdade, Igualdade e Fraternidade; Pinel, tentou libertar os loucos de suas algemas nos hospícios garantindo-lhes outro espaço, mas de caráter fechado e autoritário – as famosas colônias de alienados, porém, a esses não foram dados o espaço de liberdade propriamente dito, pois os classificavam nosologicamente como doentes.

Outra interpretação dada por Amarante (1995, p. 27) ao contexto das construções de imensas colônias de tratamento é que na verdade, elas serviram para transpor a imagem da “importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional”.

Mas, foi com o surgimento de pensamentos de espaços para tratar o doente mental que começaram a surgir propostas da criação de vários outros dispositivos de tratamento que poderiam melhor atender as necessidades dos doentes mentais. Foram várias as correntes de trabalho que ao longo da história da saúde mental se constituíram:

- a) Comunidade terapêutica (Inglaterra 1959) e a prática da psicoterapia institucional (França, 1952) conhecida como a pedagogia da sociabilidade.

O seu surgimento foi datada no período pós guerra. A discussão sobre a comunidade terapêutica chamou a atenção da sociedade da época para refletir sobre a forma de tratamento deprimente ofertada pelos então, hospitais psiquiátricos, os quais muitos deles chegavam a ser comparados a campos de concentração nazistas, por compreenderem um espaço de violência e desrespeito aos direitos humanos.

A estrutura asilar já não estava sendo aceita, pois se caracterizava por estruturas que propiciavam o desperdício de qualquer resquício humano produtivo que poderia existir na pessoa com transtorno mental. Eram locais provocadores de cronificação das mais diversas doenças mentais.

Como resquícios ainda da guerra que acabara de terminar; a população vivenciara muitos efeitos devastadores como danos psicológicos, físicos e sociais imensuráveis, e por estas experiências a sociedade da época necessitava resgatar pessoas que se apresentavam sadias para reconstruir a cidade que começava a se reerguer enquanto nação.

Político e economicamente, precisava-se de mãos humanas para a reconstrução da nação, e por este motivo também, a sociedade não disponibilizava de recursos financeiros para manter estruturas asilares, pois esta sociedade passava por momentos caracterizados de crises profundas.

O objetivo de promover a recuperação dos doentes mentais, muitas vezes, foi em virtude da necessidade de se investir menos recursos financeiros em locais de enclausuramento, os quais apenas provocavam o agravamento das doenças mentais.

Para Birman (*apud* AMARANTE, 1995, p. 28) “a praxiterapia [...] seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais, pois mediante o trabalho se estabeleceria um sujeito marcado pela sociabilidade da produção”. A idéia de comunidade terapêutica pautava-se na tentativa de tratar grupos de pacientes como se fosse um único organismo psicológico. Na visão de Baságlio a comunidade terapêutica daquela época era entendida como:

[...] um local em que todos os componentes (e isto é importante), doentes, enfermeiros e médicos estão unidos em um total comprometimento, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde germina a ação terapêutica recíproca. É o jogo das contradições – mesmo no nível dos médicos entre eles, médicos e enfermeiros, enfermeiros e doentes, doentes e médicos – que continua a romper uma situação que, não fosse isso, poderia facilmente conduzir a uma cristalização dos papéis (*apud* AMARANTE, 1995, p. 31).

Tal experiência se mostrou bastante representativa, porém não discutiu a fundo a questão da exclusão, ocorrendo assim, a manutenção da estrutura asilar, de segregação e de rejeição.

Da mesma forma, a psicoterapia institucional, pregava que era preciso manter a instituição psiquiátrica, o que necessitava era apenas uma grande reforma, eficiente, principalmente no tocante a prática terapêutica, alcançando assim a cura do doente mental e só depois ele seria inserido no meio social.

- b) A psiquiatria de setor (França, anos 60, pós II Guerra Mundial) e a psiquiatria preventiva: o ideal da saúde mental (Estados Unidos, 1963).

Para Fleming (*apud* AMARANTE, 1995, p. 34) o setor caracteriza-se por

um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se conseguem no interior de uma estrutura hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional etc. Trata-se portanto de uma terapia in situ: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento.

A idéia surgida para tentar se construir uma psiquiatria de setor, deu-se a partir de uma avaliação feita também depois do período pós guerra. Novamente discutiu-se que a manutenção da instituição asilar onerava os cofres públicos, sua inadequação para atender as

reais necessidades de cura dos pacientes e a melhor oferta de propostas de tratamento para a área do campo *Psi*⁴.

Surge então; em vários espaços geográficos, a formação de equipes pequenas, compreendidas por profissionais psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros para fazerem atendimento aos doentes mentais no próprio meio social e cultural, seja ele advindo, ou não, da instituição psiquiátrica. Estes profissionais tinham por objetivo assegurar o tratamento, a prevenção e a pós cura dos transtornos mentais.

Todavia, tal experiência não resultou adesão dos intelectuais da época por inúmeros motivos, dentre eles: por estarem arraigados a uma proposta de trabalho mais tradicional e o medo dos loucos tomarem conta novamente do espaço social.

A psiquiatria preventiva ou também chamada de psiquiatria de base comunitária, em sua versão contemporânea nasce nos Estados Unidos, tinha por apoio o trabalho voltado para a profilaxia das doenças mentais, trabalhando em um foco na promoção da saúde mental.

Este período histórico da psiquiatria preventiva constitui-se em um marco significativo no contexto da psiquiatria, por ser este momento decisivo para dar margem a trabalhar melhor com o enfoque, agora, na saúde mental, e não, na doença mental.

Esta revolução dada nos Estados Unidos se deu em virtude de que nesta década de 50 e 60, o país vivenciava turbulências no seu contexto cultural, social, político e econômico, pois passara pelo período da Guerra do Vietnã, o qual ocorreu um aumento do índice do uso de drogas por jovens e seu envolvimento em grupos de gangues.

Acarretou a necessidade por parte, até mesmo, do próprio Presidente da República da época – John Kennedy – “instituir a primeira política nacional americana de cuidados comunitários para a saúde mental, [...] buscando uma humanização e desenvolvimento de programas de reabilitação, visando inserir o paciente na comunidade” (PITTA, 1984, *apud* AMARANTE, 1995, p. 37). Mais tarde, essas ações, serviram de modelo de intervenção para outros países, inclusive como critérios norteadores para a Organização Mundial de Saúde e para a Organização Panamericana de Saúde.

No Brasil, esta noção de cuidado em saúde mental de base comunitária iniciou-se com a criação do Sistema Único de Saúde, através da Constituição de 1988, na qual a população brasileira adquiriu o direito de possuir um atendimento universal e equânime, no tocante a saúde (LYRA, 2007). E mais adiante, com a implantação do Programa Saúde da Família, na década de 90 hoje é considerado como sendo não só um Programa, mas uma Estratégia Saúde

⁴ *Psi*, nome dado a letra Ψ do alfabeto grego, é o símbolo da Psicologia (WIKIPÉDIA, 2010, s/p).

da Família (ESF) (conceito ampliado), e ainda, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família que em 2008 obteve a aprovação regulamentada da inserção dos profissionais da saúde mental para integrar a composição mínima da ESF.

A proposta de atenção comunitária na saúde mental, com nova nomenclatura, NASF, tem o objetivo de prestar assistência aos usuários na atenção básica estruturada em eixos fundantes da psiquiatria preventiva da época, caracterizada pela tríade: A) Prevenção primária; B) Prevenção secundária e C) Prevenção terciária.

Retomando a discussão sobre a história da construção de atuação da saúde mental no mundo é importante discorrer sobre a terminologia ‘desinstitucionalização’. Este termo surgiu nos Estados Unidos, período de reestruturação da lógica do cuidado para com os pacientes com transtornos mentais. “No contexto do projeto preventivista, para designar o conjunto de medidas de ‘desospitalização’” (AMARANTE, 1995, p. 40).

Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal, precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de reflexão e crítica sobre valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade excludente na qual estamos inseridos. É uma discussão permanente que deve estar presente, alicerçando as diversas propostas de políticas e práticas em saúde. Trata-se de um outro modo de estar na vida e, como tal, de produzir práticas em saúde. Este é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos tornam subjetividades anestesiadas, sem liberdade de criação, destituídas de singularidades (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2005 *apud* SANZANA, p. 176, 2006).

O processo de desinstitucionalização traz aos diversos setores da saúde pública e da saúde mental uma grande reflexão e profunda mudança no lidar com os usuários de saúde mental.

Os espaços dos hospitais psiquiátricos começavam a se tornar obsoletos, uma vez que, iniciou-se o processo de instauração de oferta de serviços voltados para os ambientes extra hospitalares: centros de tratamento em saúde mental, hospitais de permanência diurna, enfermarias psiquiátricas localizados em hospitais gerais, entre outros dispositivos. Além disso, outro importante marco consistiu na descentralização do poderio médico.

Para Frankl (1985), a atração que a psiquiatria exercia, nos médicos imaturos, residia na promessa de obter, através do saber, poder sobre os outros. Este poder lhe atribuía um status pessoal/social e o tornava, com raras exceções, incapaz de perceber-se como um ser humano, inserido num contexto da multipluralidade, tomado também de suas limitações.

O processo de desinstitucionalização emergiu novas mudanças de práticas dos próprios médicos, e iniciava-se a formação de outros profissionais (além do médico psiquiatra) que também apresentavam funções de co-responsáveis ou co-participantes pelo tratamento ofertado aos usuários de saúde mental, a exemplo: o psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, apoio administrativo. Começa o início da inserção do usuário; pessoa com sofrimento psíquico que necessitava de tratamento no serviço de saúde, como ser ativo no seu processo de tratamento.

Esta nova forma de tratamento ofertado aos usuários de saúde mental compreendia na visão de Paulo Amarante “a existência de uma ‘atualização’ e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até a moderna ‘promoção da sanidade mental’, como conhecemos agora” (1995, p. 41).

- c) Antipsiquiatria (Inglaterra, período dos anos 60, pós II Guerra Mundial) e a Desinstitucionalização na tradição basagliana: desconstrução e invenção (Itália, anos 70).

A antipsiquiatria consistiu em um movimento de ruptura radical com o saber psiquiátrico da época que supervalorizava a nosologia. Seguiu os critérios dados pela classificação das doenças e aderiu muito ao tratamento químico e físico. A antipsiquiatria teve por objetivo identificar e analisar o discurso posto pelo paciente, sem que este fosse interrompido por medicação.

Este processo trouxe algumas contribuições para as práticas de desinstitucionalização. A antipsiquiatria trouxe a discussão sobre a relação existente entre a razão e a loucura, sendo que a segunda era entendida como parte do meio social e não como integrante do ser humano.

Paralelo a este momento da antipsiquiatria na Inglaterra, na mesma década de 60 e 70, ocorria outro movimento na Itália tendo como frente o psiquiatra, Franco Basaglia, o qual discutia a respeito de como estava se dando a assistência psiquiátrica e suas nuances sociais, políticas e humanas. Conhecida como a psiquiatria democrática italiana.

A psiquiatria democrática italiana (PDI) fundada na Bolonha em 1973 encabeçada por Basaglia teve início em 1971 na cidade de Trieste; na Itália, com a edificação de novos espaços que lidassem melhor com o sofrimento mental, em oposição aos das estruturas manicomiais.

Colocava em ‘cheque’ as práticas realizadas pela psiquiatria tradicional, trazendo a tona discussões a respeito da relação que a sociedade demonstrava e agia em relação ao sofrimento psíquico, a loucura, ao conceito de ‘normalidade’, a relação com o diferente. Neste

mote, o processo de desinstitucionalização compreendeu em um processo maior, amplo e plural.

Desinstitucionalização não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (NICÁCIO, 1990 *apud* AMARANTE, 1995, p. 49).

Dentro das discussões políticas e ideológicas, esta conjuntura vivenciada na Itália, consistiu no maior marco da história mundial no campo de atuação da saúde mental. Ela trouxe a tona propostas profundas de mudança e transformação social. O lidar com a assistência psiquiátrica envolvia não apenas a forma de tratamento dos doentes mentais, mas com toda a estrutura sócio cultural da época.

Amarante (1995, p. 45) coloca-nos que cartografar essa experiência de Baságlio compreende, por parte dos interessados pela área da saúde mental, na “produção de um olhar sobre os fatos, cenários e atores no contexto de suas práticas, delimitando os processos de constituição de suas críticas ao dispositivo psiquiátrico tradicional”.

Não há como deixar de considerar que todas estas mudanças das estruturas de tratamento da psiquiatria envolveram disputas diversas, sejam de poderes ou de ideologias dominantes. O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) possibilitou o exercício de uma prática importante, a liberdade de denunciar as práticas simbólicas e concretas de violência institucional. O movimento também provocou a reaproximação entre a cidadania dos seres humanos com o exercício da justiça.

Ocorre aqui a ruptura real entre a psiquiatria tradicional focada no dispositivo alienante (doença, patologia, passividade) do ser humano e a entrada firme da nova psiquiatria centrada no dispositivo da saúde mental (ser ativo, ator).

Existe uma diferença fundamental entre o Movimento da Psiquiatria Democrática e a teoria prática de Franco Baságlio. A primeira caracteriza-se como

[...] um movimento político constituído, a partir de 1973, com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana, em todo o território italiano (AMARANTE, 1995, p. 50).

As novas práticas de tratamento e suas novas estruturas de acolhimento ofertadas aos pacientes com sofrimento psíquico foram regulamentadas apenas sete anos depois do Movimento da Psiquiatria Democrática pela lei Baságlia aprovada no dia 13 de maio de 1978. A partir desse marco histórico a saúde mental nunca mais foi a mesma no ocidente; especialmente no Brasil, a saúde mental começa a traçar novos passos na história.

2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve início na década de 70 com o intuito de mudanças dos modelos pautados nas estruturas asilares; modelo centrado no hospital psiquiátrico.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi marcado fortemente pela eclosão do Movimento Sanitário. Neste período histórico; várias instituições e forças de diferentes origens participaram da estruturação de novos modelos de saúde: conselhos de várias categorias profissionais, a opinião pública em geral unida por um único objetivo em comum; conseguir alcançar mudanças significativas e estruturantes para a área em questão.

A grande defesa discutida na época da década de 70 e 80 era a mudança dos modelos de “atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b, p. 06).

O processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi defendido desde seu panorama internacional até os contextos brasileiros com diretrizes pautadas na superação da violência ocasionada pelo modelo asilar e segregador.

Ela compreendeu em uma reformulação do processo político, social e econômico singular e, também, complexo, do qual foi e, ainda é, composto por vários atores sociais, instituições e forças de diferentes origens, que atingiu territórios diversos, incluindo os vários níveis de governos das instâncias federal, estadual e municipal, assim como compôs a participação das instituições de ensino; universidades, conselhos profissionais, associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, enfim, vários movimentos sociais que compreenderam a opinião pública brasileira.

A Reforma Psiquiátrica veio, ao longo dos últimos anos, provocando inúmeras transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais no cotidiano da vida das

instituições, dos serviços e das relações interpessoais marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios dentro do contexto saúde x doença.

No ano de 1978, os direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil ocuparam um papel de destaque nas discussões dos movimentos sociais, principalmente pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), este integrado por vários trabalhadores das mais diversas áreas do conhecimento científico.

Segundo Relatório apresentado a Conferência Nacional de Serviços de Saúde Mental em 2005 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

é sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas [...].O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema Por uma sociedade sem manicômios (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b, p. 07).

Abaixo se ilustra uma pintura feita por Victor Frond no século XIX, início dos anos 80, o qual faz referência ao primeiro hospital psiquiátrico contruído no Rio de Janeiro, chamado Colônia Juliano Moreira, enorme asilo que dispunha de mais de 2.000 internos.



Fig. 01: Hospital Pedro II, gravura de Victor Frond, 1852.

Fonte: CD-Rom Projeto Memória da Psiquiatria, 2000 *apud* Fonte (2003, p.38).

Foi então, na cidade de Santos, em São Paulo, que surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, inicialmente chamado de Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) no ano de 1987, com funcionamento 24 horas. Dois anos depois da implantação do primeiro serviço substitutivo iniciou-se um processo de intervenção junto ao Hospital Psiquiátrico, chamado de Casa de Saúde Anchieta, no ano de 1989.

O processo de intervenção teve como seus precursores os atores pertencentes da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, dos quais indignados com a informação da ocorrência de maus tratos, violência e até mortes dos pacientes que ali estavam internos. Tal ação teve repercussão nacional, sendo este um marco para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, onde a sociedade teve a oportunidade de enxergar a forma ineficiente de tratamento ofertado pelo Hospital Psiquiátrico.

Foi a partir dessas denúncias de violência física/psíquica e violação dos direitos humanos dos pacientes com ‘doença mental’ que se iniciou gradativamente a rede de cuidados em saúde mental; espaços como o NAPS, associações, residências destinados a melhor tratar os usuários que acabara de sair do hospital psiquiátrico.

No mesmo ano, 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada junto ao Congresso Nacional o Projeto de Lei que pautava exatamente as diretrizes do que prezava a Reforma Psiquiátrica, de garantir os direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Em outras palavras, é colocar em prática o que muitos e muitos trabalhadores, familiares e pessoas com transtornos mentais almejavam.

No mesmo período, vários outros movimentos no campo de atuação da saúde, educação, assistência social, segurança pública, entre outros, se mobilizavam para a quebra de muitos paradigmas excludentes para a formulação de novos modos de viver com cidadania.

A década de 70 e 80 foi considerada a mais frutífera, marcante e promissora época histórica para todos os brasileiros. Foram momentos que apontaram a entrada efetiva da Democracia, da criação do Sistema Único de Saúde (formado por várias instâncias governamentais e a inserção de instâncias não governamentais, participação de trabalhadores e os próprios usuários imitando suas opiniões), da inserção do poder do controle social, realizado através dos conselhos comunitários ou conselhos locais e muitos outros projetos.

Já na década de 90, os movimentos sociais de alguns estados brasileiros começavam a pressionar os poderes públicos em prol da regulamentação de leis que garantissem uma atenção de qualidade aos usuários de saúde mental, inspirados no Projeto de Lei Paulo Delgado.

Mas, foi na II Conferência Nacional de Saúde Mental e a assinatura da Declaração de Caracas que o Brasil passou a colocar em prática algumas formas de tratamento ofertados aos usuários de caráter diferente do que vinha sendo apresentado. Surgem os primeiros serviços como atenção diurna. Apesar de não se ter ainda definida uma forma de financiamento para estes serviços ‘alternativos’.

Neste momento histórico, as idéias de mudança vinham à tona, porém a prática para este exercício na garantia do orçamento financeiro ainda estava incipiente e passava por sérias dificuldades. Cerca de 93% dos recursos advindos do Ministério da Saúde estavam voltados para a cultura hospitalocêntrica. E mesmo com toda esta dificuldade ainda conseguiu-se implantar neste período histórico 208 CAPS.

Depois de quase 20 anos de luta por melhores tratamentos às pessoas com transtornos mentais, passaram-se 12 anos até o Projeto de Lei Paulo Delgado ser sancionado no Congresso Nacional, inteirado com algumas modificações.

A Lei de número 10.216, a Reforma Psiquiátrica foi aprovado em 06 de Abril de 2001, tendo como diretrizes o redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando e oferecendo tratamentos em serviços de base comunitária, dispondo também sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Ainda sem clareza de que forma seria feito isso.

Foi com a III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de saúde mental do governo federal começou a consolidar-se. Foram inseridas algumas diretrizes que viabilizava o financiamento, a partir da demarcação de linhas específicas que priorizassem serviços abertos, substitutivos ao hospital psiquiátrico. Para acompanhar este processo de expansão de novos serviços foram criados mecanismos para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos, em todo o país.

A partir desta transposição o processo de desinstitucionalização das pessoas que estavam internas por anos e anos ininterruptos começava a mudar. A rede de atenção à saúde mental crescia e criava raízes que até hoje não tem como mais serem arrancadas.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção

comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. [...] os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b, p. 09).

A Saúde Mental no Brasil consolidou-se a partir das contribuições dos vários Movimentos Sociais e com a Reforma Sanitária, que foram decisivos na Constituição de 1988, e versavam sobre “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198 *apud* MATTOS, 1997). A Constituição Federal de 1988 ficou muito conhecida como a Constituição Cidadã, tendo como suas marcas o reconhecimento de muitos dos direitos de cidadania.

A saúde passou a ser vista como direito de todos e como um dever do Estado.

De acordo com texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde a todos, através de políticas sociais e econômicas, voltadas tanto para a redução do risco de doença e de outros agravos, quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. [...] Este sistema único de saúde estaria organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade (MATTOS, 1997, p. 01).

A assistência no campo da saúde mental no Brasil tem avançado gradativamente rumo a uma proposta mais cidadã e terapeuticamente mais expressiva quando comparada há séculos passados com o modelo hospitalocêntrico (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A ascensão de um novo olhar para a Saúde Mental no Brasil trouxe forte o lema de combate a internação psiquiátrica em hospícios e asilos manicomiais, o que quer dizer, não a exclusão do convívio social das pessoas com sofrimento mental (MACHADO, 2005).

Os diversos atores que compunham o próprio SUS (Sistema Único de Saúde) se fizeram presentes, debatendo junto à sociedade os rumos das políticas públicas de saúde mental, concretizando-se a partir da Lei n.º 10.216, 06 de abril de 2001, que estabeleceu os direitos dos pacientes e regulamentou os critérios para as internações psiquiátricas.

O atual modelo de gestão pública da saúde mental preconiza a descentralização dos cuidados, bem como, uma proposta de assistência que se pautar por uma lógica extra hospitalar. A consolidação da rede extra hospitalar de assistência às demandas da saúde

mental é acertadamente uma importante estratégia para democratizar e descentralizar as práticas da mesma (MERHY, 2008).

Este recurso extra hospitalar tem se mostrado como outra forma de cuidado com o usuário considerando suas peculiaridades do seu espaço físico em que se encontra. Fala-se aqui da inclusão de diversos profissionais da saúde interagindo e atuando em seu contexto único; o seu espaço físico, estrutural, emocional, familiar, relacional, social, o qual é caracterizado por um cuidado diferencial, individualizado e singular.

Interessante se destacar que essa forma de cuidado a domicílio era feito há séculos atrás (FOUCAULT, *apud* FREIRE, 2008), era o médico que se deslocava para atender seus pacientes no ambiente da família – a casa do paciente.

Hospital, na concepção de Foucault (1979) surge a partir de um dado momento histórico em que instituições religiosas, sem fins lucrativos, de caridade, prestavam assistência aos pobres e desamparados, estas formas de atenção à saúde, se caracterizavam por promover aos seus hóspedes uma boa transição entre a vida e a morte, ou seja, uma boa passagem para a salvação espiritual.

Essas instituições se mostravam como lugares específicos para alojar as mazelas das cidades, que eram os pobres, loucos, leprosos, prostitutas, desabrigados etc. Eram depositados nos hospitais aqueles excluídos e marginalizados pela sociedade da época do século XVIII por não seguirem padrões socioculturais que os demais ditos normais seguiam sem problema algum sendo assim, o hospital apresentava-as não como uma instituição médica, assim como, a medicina também não se configurava numa prática hospitalar (FOUCAULT, 1979).

Esses novos espaços de cuidado integral em saúde mental proporcionam uma descoberta de novas subjetividades, de trocas, de exteriorização de identidades, do recriar, da cidadania, de individualidade, de reencontro com a memória, do nascer para vida (RIBEIRO, 2006).

Lugares acolhedores e promotores de produção de cuidado, não eliminam o que constantemente acontecem e irão acontecer nas vidas das pessoas que apresentam sofrimento psíquico; relações de poder, a verbalização de sentimentos encobertos, as expressões de alegria, euforia, tristeza, revolta, agressividade, conflitos, mas, sem dúvida, promoveram espaços de escuta qualificada, do acolhimento incondicional do outro enquanto ser humano.

2.3 A saúde mental na cidade de João Pessoa

A atual conjuntura brasileira pautada no novo modelo de assistência à pessoa com transtorno mental, vem modificando e reestruturando o cuidado no campo da saúde mental, de maneira a tornar a assistência mais eficiente, e, aliada a uma produção de alternativas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, secularmente consolidado.

A prática tem demonstrado que essa mudança de perspectiva no tratamento tem implicado em respostas mais significativas e duradouras, evitando assim, a cronificação das doenças psíquicas. Nesse sentido, os serviços extra hospitalares contribuem para uma melhoria acentuada na qualidade de vida do usuário, no que diz respeito a avanços significativos nos quadros clínicos dos usuários⁵.

A adoção de novos paradigmas e procedimentos no fazer saúde mental, através da introdução dos serviços substitutivos⁶ ao antigo modelo asilar e segregador vem ao longo dos anos se configurando como uma prática absolutamente mais viável do ponto de vista terapêutico.

A partir de reelaborações e reformulações do modelo assistencial brasileiro evidencia-se o amadurecimento resultante dos constantes fóruns de debate, onde se busca a consolidação da reorientação tanto no campo das concepções acerca da loucura, quanto no âmbito da própria terapêutica psiquiátrica.

A atual realidade da assistência à saúde mental no Brasil é significativamente diferente do que se podia observar a três décadas atrás. Muito se tem avançado no campo das políticas públicas que dão sustentação a um novo olhar. O saldo desse movimento é que já se pode encontrar no país uma Rede de Serviços extra hospitalares absolutamente consolidada.

O panorama proporcionado, por esse movimento de reforma da assistência psiquiátrica em âmbito nacional, demonstra a capacidade dos atores envolvidos de encontrar alternativas ao modelo hospitalocêntrico secularmente hegemônico. Crescem os números de experiências bem sucedidas como também se multiplicam as novas formas de atenção.

⁵ Usuário aqui se refere aquelas pessoas que fazem uso dos equipamentos de saúde que compõe a Rede de serviços.

⁶ Serviços substitutivos de saúde mental refere-se a implantação efetiva de espaços físicos integrados a atenção primária de saúde de base comunitária. Exemplos destes equipamentos sociais são os Centros de Atenção Psicossociais – dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, p.11)

O Estado da Paraíba possui uma população de aproximadamente 3.769.977⁷ de habitantes, para os quais se encontram disponíveis cinco Hospitais Psiquiátricos com 563 leitos⁸, 62 (sessenta e dois) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁹ cadastrados, 20 (vinte) Serviços Residenciais Terapêuticos¹⁰ e 78 (setenta e oito) beneficiados com o Programa de Volta para Casa¹¹ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c, s/p).

O modelo da assistência em saúde mental na Paraíba avançou consideravelmente nos últimos tempos. Na cidade de João Pessoa, nos últimos 05 (cinco) anos o cenário também avançou muito, em comparação com o que se apresentava anteriormente. Mesmo que ainda, a capital do Estado mantenha em seu parque arquitetônico da saúde mental 04 (quatro) Hospitais Psiquiátricos.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹² na rede de cuidados em saúde mental assume o papel de organizador da assistência e tem a função de redirecionar localmente as políticas e os programas de saúde mental.

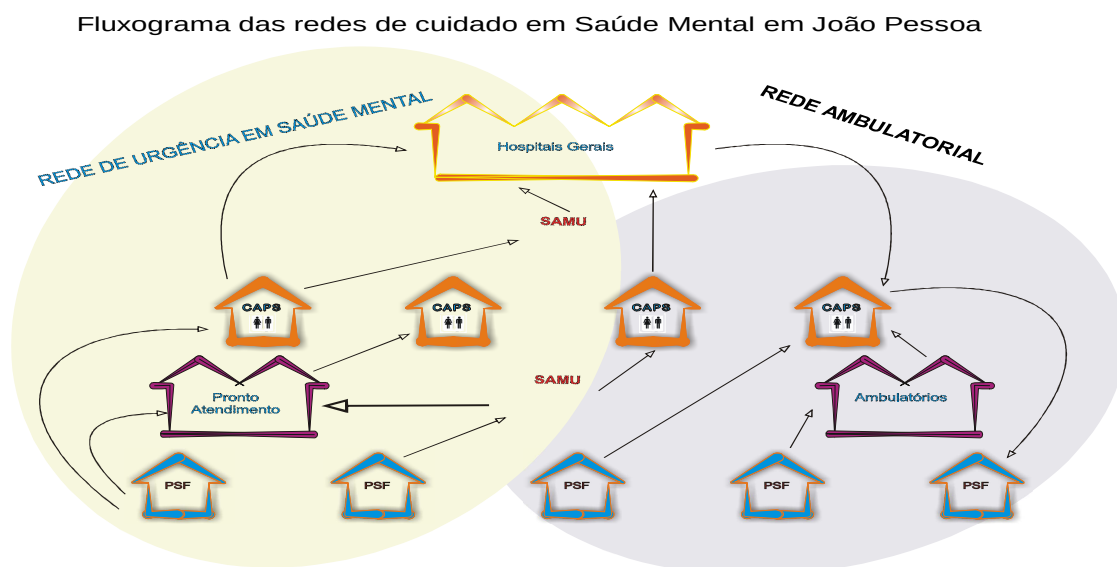


Fig. 02: Fluxograma. Fonte: SMS/DAS, 2009.

⁷ Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008.

⁸ Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/PRH. Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS, dezembro de 2009.

⁹ Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008.

¹⁰ Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS, Maio de 2010.

¹¹ Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DataSUS, Junho de 2010.

¹² É um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, p. 13).

Acima na figura 02, ilustra o fluxograma das redes de cuidado em saúde mental em João Pessoa que se fundamente na descentralização da assistência via CAPS, sendo este dispositivo um desafio, mas que deve ser compreendida como um dos maiores benefícios no processo da reforma psiquiátrica. Tanto do ponto vista político – na otimização da prestação de assistência especializada - como do ponto de vista terapêutico. Estes serviços despontam como o principal recurso a uma assistência não excludente e mais resolutive.

O município de João Pessoa carrega ainda outros dados que lhe conferem uma real situação de fragilidade, quando se trata de estratégias assistenciais substitutivas. A distribuição territorial sanitária está organizada em cinco distritos sanitários, o que implica dizer que a rede substitutiva hora existente na cidade não contempla, sequer, a distribuição territorial da assistência. Evidencia-se, a necessidade de que o modelo seja redirecionado, viabilizando a expansão da cobertura da assistência extra hospitalar para o campo da saúde mental. Na tabela 1 é possível visualizar como o município de João Pessoa avançou no tocante a implantação de serviços substitutivos CAPS, nos últimos cinco anos, apresentando taxa de 0,62, que quer dizer uma cobertura regular/boa, segundo o Ministério da Saúde.

Tabela 1. Taxa de cobertura dos CAPS por cem mil habitantes

Ano	População	Nº CAPS	Taxa
2004	638.614	CAPS II = 1	0,16
2005	660.797	CAPS II = 1	0,15
2006	672.080	CAPS II = 1	0,15
2007	674.762	CAPS i = 1 / CAPS II = 1 / CAPS III = 1	0,52
2010	702.000	CAPS i=1/CAPS II =1 /CAPS III=1/CAPS ad=1	0,62

Fonte: SMS/DAS, 2010.

Em João Pessoa, capital da Paraíba, observa-se ainda presente o modelo hegemônico voltado para as institucionalizações, centrado na internação hospitalar, possuindo ainda um conjunto de leitos nestas instituições, todos financiados pelo SUS. Porém, a partir do ano de 2005, a rede de serviços substitutivos do município deu um salto de qualidade.

A rede de saúde mental do município está constituída pelos seguintes equipamentos:

- a) Hum CAPS II¹³ (Centro de Atenção Psicossocial);
- b) Hum CAPS III¹⁴ (Centro de Atenção Psicossocial III);

¹³ Os CAPS com nomenclatura tipo II são os que têm funcionamento de segunda a sexta-feira, com horário das 8 às 17 horas podendo ter um terceiro turno, para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, p.19).

¹⁴ Os CAPS com nomenclatura tipo III são os que têm funcionamento 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Recomendado para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Este acolhimento noturno e a permanência nos fins semana [...] visam proporcionar atenção integral aos usuários e evita internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou um recurso necessário para evitar que crises emirjam ou se aprofundem. O acolhimento noturno deverá atender preferencialmente os usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS, quando necessário, e no

- c) Hum CAPSi¹⁵ (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil);
- d) Hum CAPSad¹⁶ (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas);
- e) Uma Residência Terapêutica Feminina¹⁷ - que aloja 07 (sete) mulheres egressas do Hospital Psiquiátrico a mais de 02 (dois) anos de internação ininterrupta. Atualmente estão sendo trabalhadas com Projetos Terapêuticos Individualizados, com o objetivo de resgatar sua autonomia, reinserção social e projeto de vida. Na residência terapêutica, as “cuidadoras”¹⁸ participam desse processo de ressocialização, através de orientações em reuniões construtivas, com a equipe multiprofissional, foco principal desse trabalho;
- f) Um Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), com 06 (seis) leitos, sendo 03 (três) femininos e (03) masculinos, funcionando por 24 horas, atendendo a usuários que estão em crise e precisam de um atendimento de urgência e emergência;
- g) Linha de Cuidado Integral¹⁹ em Saúde Mental (ainda em processo de desenvolvimento), uma lógica do campo de saúde, em trabalhar a saúde mental articulando, sensibilizando e capacitando as Equipes Saúde da Família para acolher e atender os usuários que possuem transtorno mental;
- h) Terapia Comunitária²⁰, um novo dispositivo para trabalhar a saúde mental, englobando vários atores sociais, trabalhadores da saúde, comunidade, famílias, serviços,

máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, p. 13).

¹⁵ Os CAPSi atendem a crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. São os que têm funcionamento de segunda a sexta-feira, com horário das 8 às 17 horas podendo ter um terceiro turno, para municípios com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, p.19).

¹⁶ Os CAPSad atendem pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. São os que têm funcionamento de segunda a sexta-feira, com horário das 8 às 17 horas podendo ter um terceiro turno, para municípios com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, p.19).

¹⁷ São casas, “moradias”, localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidade de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. [...] A implantação de uma residência terapêutica exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, e cuidado e delicado trabalho clínico com os futuros moradores(as) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c, p. 06-07).

¹⁸ mulheres que foram contratadas para darem suporte a mulheres que eram internas dos hospitais psiquiátricos da cidade de João Pessoa. O grau de instrução delas é nível médio. Elas apresentam forte identificação em desenvolver esse trabalho junto com as ex internas dos hospitais psiquiátricos, as quais dar-se o nome de moradoras.

¹⁹ Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantido aos usuário, no sentido de atender às suas necessidade de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO e FRANCO, 2010, p. 01).

²⁰ É um espaço comunitário onde se procura compartilhar (ou dividir) experiências de vida com os demais componentes ou membros do grupo. [...] É um momento de transformação da crise e do sofrimento, no qual o indivíduo “re-significa” seus sentimentos, dando origem a uma nova visão dos elementos que o faziam sofrer. É

enfim, com o objetivo de trabalhar na prevenção de doenças psíquicas e orgânicas que possam surgir;

i) Implantação de 14 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)²¹ com a inserção do profissional psicólogo e psiquiatra para dar apoio a 04 (quatro) ou 05 (cinco) equipes saúde da família no que tange ao apoio matricial clínico²²;

j) 04 (quatro) Ambulatórios de atendimento psiquiátrico e dispensação de medicamentos psicotrópicos;

l) 05 (cinco) Ambulatórios com atendimento da psicologia e serviço social.

Vê-se, portanto, em João Pessoa a atuação na prática da política nacional de saúde mental na efetivação da reorientação da assistência no campo da saúde mental como também, a concretização gradativa da redução do número de leitos na rede de alta complexidade – Hospital Psiquiátrico.

É possível perceber nos últimos 03 (três) anos a mudança de práticas dos profissionais da saúde, dos gestores municipais e da Secretaria de Saúde e, principalmente, dos atores que estão mais envolvidos no campo da saúde mental. A reorientação da assistência permite contemplar áreas outrora relegadas ao descuido.

Na figura 03, logo abaixo, é possível visualizar através de uma análise espacial como estão distribuídos alguns dos serviços de saúde mental no município de João Pessoa:

esta dimensão sagrada de transformar o sofrimento em crescimento, a carência em competência, que faz da Terapia Comunitária um espaço sagrado (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2006, p. 40).

²¹ Compreende a formação de no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional que terão suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família para desenvolver um trabalho especificamente na Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.01).

²² Apoio matricial diferentemente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos. [...] Estas atividades não devem assumir características de uma especialização, devem esta integradas completamente ao funcionamento geral do CAPS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, p.25).

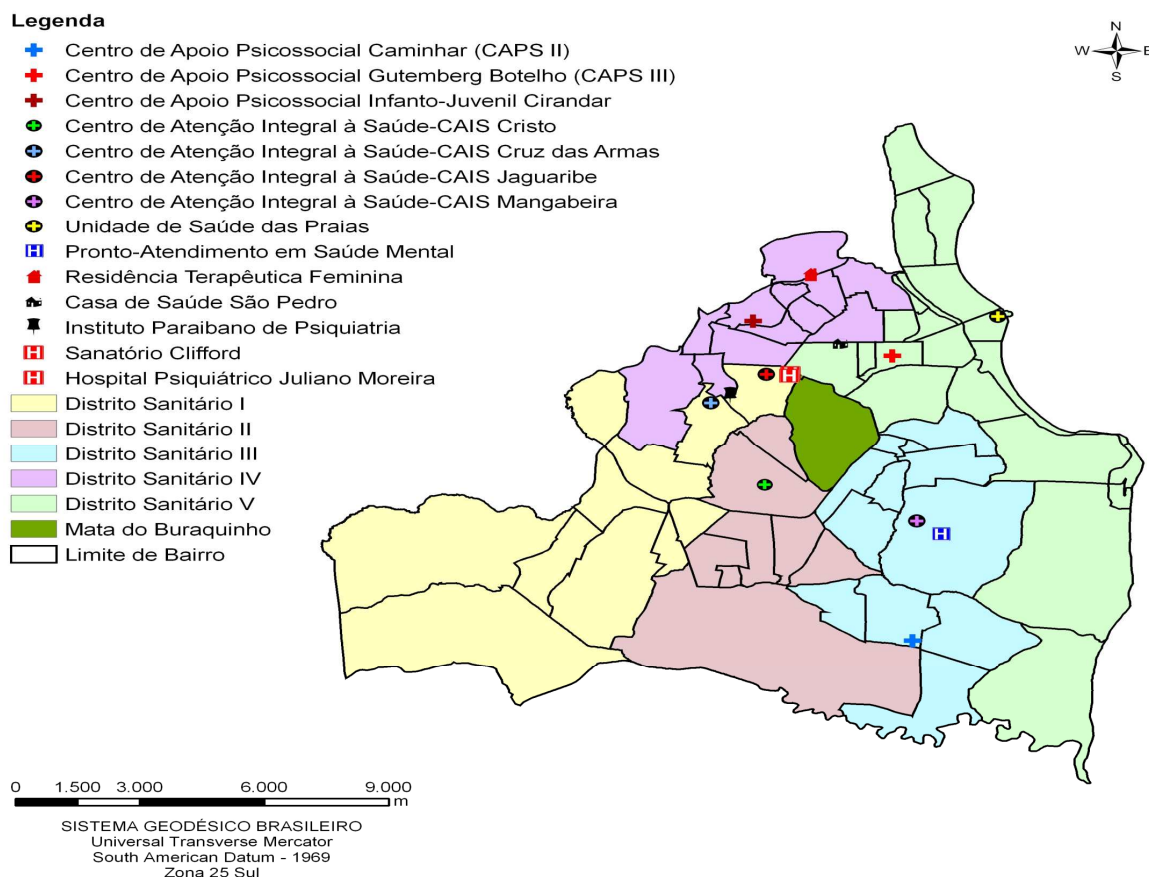


Figura 03: Análise Espacial dos serviços substitutivos de saúde mental. Fonte: SMS/DAS, 2009.

O dilema que o município de João Pessoa vivencia atualmente é o de não poder regular efetivamente a demanda hospitalar exatamente por não dispor de uma rede assistencial consolidada que possa estar atuando nesse sentido.

Assim sendo, para fazer valer o que determina a Lei Federal da Reforma Psiquiátrica Brasileira nº 10.216/2001, em seu artigo 4º que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”. É necessário fortalecer cada vez mais a rede de serviços substitutivos.

A instalação de novos serviços CAPS, com funcionamento ampliado, faz-se mister, neste momento atual no processo de consolidação da rede de saúde mental. Este serviço tem um importante papel na regulação do fluxo de usuários que atualmente é encaminhado quase sempre para o hospital psiquiátrico.

Não se pode conceber nos dias de hoje, em pleno século XXI, que o usuário continue sendo atendido prioritariamente pelo hospital psiquiátrico, exatamente por não dispor de assistência extra hospitalar. Nesse sentido, ainda em João Pessoa e muitos outros municípios

do Estado da Paraíba recorrem ao acionamento de instituições fechadas por não obterem assistência que não seja a hospitalar.

Há necessidade, pois, de ampliação da rede substitutiva e que, em função da realidade apresentada, seja considerada da maior urgência a instalação de mais serviços CAPS III (funcionamento 24 horas) para que os municípios possam efetivamente dar seus passos na perspectiva da reorientação da assistência as pessoas com sofrimento psíquico grave ou persistente.

A primeira questão a ser evidenciada quando se pensa em consolidar novos espaços assistenciais é sempre sobre o financiamento. Certamente no campo da saúde mental os recursos financeiros são razoavelmente suficientes para uma assistência de maior qualidade; entretanto, atualmente estes estão concentrados majoritariamente na assistência hospitalar.

Os recursos destinados ao financiamento da assistência psiquiátrica dos hospitais têm consumido a esmagadora maioria dos recursos destinados à saúde mental. Estas instituições além de representarem um gasto exorbitante, ainda padecem por oferecerem uma proposta terapêutica obsoleta. É necessário que haja inversão desse modelo oneroso, segregador e cronificador por um modelo assistencial que contribua com maior eficiência terapêutica.

Evidentemente o investimento na rede de serviços substitutivos traz uma avaliação de custo/benefício bem positiva para os municípios e para os usuários em si. Para o município poder investir melhor e mais resolutivamente os recursos financeiros de que dispõe, e para os usuários a assistência extra hospitalar é comprovadamente a que presta os melhores cuidados.

A rede de serviços substitutivos está compreendida por amplos serviços que atendem as necessidades das pessoas com transtornos mentais nos mais diversos níveis de complexidade de saúde – alta e média complexidade e atenção básica, são eles:

a) Os diversos tipos de CAPS: I, II, III, CAPSi, CAPSad e, recentemente CAPSad III (com funcionamento 24 horas) b) Serviços Residenciais Terapêuticos; c) Programa de Volta Para Casa²³; d) Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais²⁴; e) Saúde Mental na Atenção

²³ Consiste em um programa de reinserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708/2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio – reabilitação psicossocial. Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da OPAS (Organização Pan-americana da Saúde) e OMS (Organização Mundial da Saúde) para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 01).

²⁴ São todos os recursos de hospitalidade e de acolhimento noturno articulados à rede de atenção à saúde mental: leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010d, s/p).

Básica; f) Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); g) Ambulatórios especializados para dispensação de medicação; h) Terapia Comunitária na Atenção Básica e outras que por ventura se fizerem necessárias.

Desconstruir o manicômio significa bem mais que o simples dismantelamento de sua estrutura física; significa o dismantelamento de toda a trama de saberes e práticas construídas em torno do objeto doença mental, com a conseqüente reconstrução da complexidade do fenômeno existência sofrimento que implica a invenção de novas e sempre novas, formas de lidar com os objetos complexos. (AMARANTE, P. E ROTELLI, F., 1992, P.52).

Sejam quais forem os serviços substitutivos da rede de saúde mental, o maior objetivo dos profissionais da saúde que compõem esta rede é a de não repetir o caminho do modelo antigo institucionalizador. Os serviços substitutivos compreendem em um espaço acolhedor, promotor de escutas qualificadas e da promoção de cuidado, pois estes são considerados um espaço em que se produz o trabalho vivo em ato, do qual é possibilitador de experiências inovadoras, únicas de práticas cuidadoras (MERHY *apud* MERHY & FEUERWERKER, 2010).

Apesar do aumento dos serviços de saúde mental no município de João Pessoa, pode-se dizer que esse processo encontra-se em sua fase embrionária, necessitando de vários pontos a serem pensados, repensados e vividos, que passam por uma caminhada com dificuldades e limitações existentes, seja na estrutura administrativa do dia a dia que se dão os processos de trabalho envolvendo também questões culturais, preconceitos ainda presentes advindos da sociedade, dos trabalhadores de saúde, e que sempre vão existir, como também, questões sociais do lidar com pessoas que são hoje em seu novo espaço de tratamento, pessoas humanas que se mostram aptas para vivenciar seus direitos e deveres como cidadãos.

É certo e notório que o primeiro passo foi dado e se percebe que virão outras ações nesse sentido de ampliação de rede substitutiva em saúde mental, pois isso é pensar na viabilização da construção de novos projetos em parceria com a comunidade, serviços de saúde, outros órgãos, entidades e secretariais, e com os amplos atores da saúde mental e trabalhadores da saúde que têm consciência que terão que fazer certos enfrentamentos na sociedade, nas famílias, pois se vive na cultura do modelo da institucionalização, do modelo hospitalocêntrico como solução para os problemas dessa natureza.

3 REALIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL: *entrelaçando fios*

[...] a loucura é a medida própria do homem quando é este comparado à razão desmesurada de Deus. O espírito do homem, em sua finitude, não é tanto uma fagulha da grande luz quanto um fragmento, de sombra. [...] sua loucura descobre apenas o avesso das coisas, seu lado noturno, a imediata contradição de sua verdade.

Elevando-se até Deus, o homem não deve apenas superar a si mesmo, mas sim desgarrar-se completamente de sua essencial fraqueza, dominar de um salto a oposição entre as coisas do mundo e sua essência divina, pois o que transparece da verdade na aparência não é o reflexo dela, mas sua cruel contradição (FOUCAULT, 1978, p.36).

3.1 Religiões e religiosidade

Durante muitas décadas, os estudos sobre religiões vêm galgando espaços de discussões em vários campos do saber científico, e sua introdução dentro do cenário acadêmico, institucionalizado, vêm sendo constituído concretamente nos meados da virada entre o século XIX para o século XX.

Sejam nos centros acadêmicos, nos espaços de trabalho, ou ainda, nos mais variados setores da sociedade. A necessidade que surge dentro do meio social em estar discutindo, mostra que o estudo científico das religiões “permanece viva e inevitável” (FILORAMO e PRANDI, 1999, p.6).

Compor como estão alicerçadas as concepções históricas e a importância da filologia para a amplitude da visão histórica da religião (USARSKY, 2006), concepções socioculturais, visão internacional, nacional da religião e, também, como temática está sendo estudada dentro do campo científico, se apresenta como de suma importância. Uma vez que o estudo sobre a ciência da religião sempre esteve perpassando várias áreas do conhecimento, ao tempo que vem sendo utilizado como ingrediente de trabalho para vários autores/teóricos renomados no mundo.

No século XIX, consistiu em um período marcado por um processo de ramificação das ciências naturais e também das ciências humanas. Este período histórico foi apontado como uma época registrada por transformações amplas, recheadas por grandes contribuições em diversos setores econômicos, sociais e políticos.

No período da Revolução Industrial, aconteceram as conquistas coloniais, expansão da cultura européia, os primeiros contatos de trocas culturais estabelecidos através das relações de domínio e de intercâmbio com outros continentes (FILORAMO e PRANDI, 1999).

O termo Ciência da Religião se apresentou inicialmente através de ilustres estudiosos como: Abbé Prosper Leblanc em 1852 e F. Stiefelhagen em 1858, todavia, num sentido estrito iniciou-se com o filólogo alemão Max Muller, com a publicação de um livro no ano de 1867, na cidade de Londres, o qual ele oficialmente introduziu o termo Ciência da Religião como disciplina própria, acadêmica (USURSKI, 2006).

O escritor Camurça (2008) nos remete a importante contextualização histórica sobre o que vem a ser Ciência da Religião, Ciências da Religião e Ciências das Religiões. Na sua visão, a primeira se caracterizaria como uma terminologia já ultrapassada, uma vez que não se reúne com a pluralidade disciplinar ou interdisciplinar que deve ser considerado o fenômeno religioso, já a segunda; pesa aqui a idéia da divergência de opiniões em relação à polissemia

de abordagens; já a terceira nos remete a ver que o estudo das Ciências das Religiões traz o conceito de pluralismo metodológico e pluralismo do objeto.

O campo de estudo das Ciências das Religiões compreende o estudo não “apenas numa unidade do objeto (a religião) e a unidade do método (a compreensão hermenêutica)” (FILORAMO e PRANDI, 1999, p. 12), mas compreende em uma estrutura flexível e que se apresenta em constante metamorfose. Havendo a necessidade de sobremaneira de se trabalhar com um modelo de integração de saberes.

Como já havia basicamente intuído Max Weber, a contraposição entre explicação e compreensão vai sendo progressivamente substituída por um modelo de integração baseado, de um lado, na necessidade de um pluralismo metodológico que encontra no interior de cada trajetória as garantias da própria ‘cientificidade’ e, do outro, na necessidade de levar em conta os aspectos ‘subjetivos’ da pesquisa, que fazem parte integrante dela e, com frequência, são seus fatores decisivos (FILORAMO e PRANDI, 1999, p. 11-12).

Não é de outra forma, porém, que a Ciência da Religião, Ciências da Religião, Ciências das Religiões começam a sentir a necessidade de trabalhar com outras áreas afins, como é o caso das frutíferas contribuições da psicologia, sociologia, filosofia, ciências da saúde, dentre outras.

A fortaleza dos estudos das Ciências das Religiões permite a interface com a interdisciplinaridade no campo do saber. Diferentemente de outros tempos, o contexto de estudos das Ciências das Religiões e suas áreas afins, ganha um perfil sistêmico, integral e global de ser trabalhado. Ao mesmo tempo, toda esta dinamicidade solicita um desmembramento dos outros campos do saber; mesmo que continue integrando a pluralidade de saberes, para poder ser aprofundado, pesquisado e valorizado, chegando ao ponto de ser destacado como uma disciplina considerada autônoma e “que deve ocupar um lugar institucional específico no mundo acadêmico” (USARSKI, 2006, p. 09).

Segundo Soares (*apud* USARSKI 2006, p. 07) esta interlocução “só poderá ser benéfica ao progresso dos Estudos de Religião em nossas universidades e centros de pesquisa”. Sendo a Ciência da Religião, uma área recente dentro do campo do conhecimento científico, na visão de Edmund Hardy (*apud* USARSKY, 2006, p. 15), não existe “espaço suficiente para recapitular adequadamente a história dessa disciplina”.

Da mesma maneira se faz presente, então, a necessidade de estudar a fundo os conceitos sobre o que vem a ser religião/religiosidade/espiritualidade. Como esta dinamicidade espiritual influencia nossos comportamentos e atitudes? Como ou de que forma esta construção histórica está entrelaçada com as culturas humanas?

Exemplo desta experiência citada anteriormente, diz respeito ao que foi vivenciado no curso de pós graduação do departamento da ciência da religião na Universidade Federal de Juiz de Fora. Primeiro programa de doutorado de Universidade Pública brasileira sobre ciência da religião.

Na defesa de Camurça (2008), o mesmo coloca que o programa não consistiu em um mero deslocamento do curso de Teologia, como também não foi criado para fins apologéticos, sujeitos a influências teológicas fenomenológicas, proselitismos, ou para construção de espaços confessionais. Mas procurou demonstrar que o próprio nome Ciência da Religião estaria ultrapassado, uma vez que não coaduna com a pluralidade disciplinar, ou interdisciplinar, que deve ser considerada no fenômeno religioso, a exemplo de experiências bem sucedidas nas Universidades da Inglaterra, Austrália, Estados Unidos e Canadá.

Camurça (2008) relata ainda que o programa da Universidade a qual ele fazia parte fora comparado a programas de outras instituições acadêmicas, a exemplo da Metodista da cidade de São Paulo, como também da Pontifícia Universidade Católica – PUC, daquele mesmo Estado, conhecido como Ciências da Religião.

Ainda na opinião dele, afirma que sempre haverá polissemia de abordagens, interesses e pertencas a relativizar e flexibilizar o campo de estudo da religião, de forma que, todos esses questionamentos se dão com a finalidade de redimensionar a identidade do programa de pós graduação que se situa com a sua conseqüente visibilidade exterior.

Já especificamente no curso, *stricto sensu*, Ciências das Religiões na academia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB; único curso de Mestrado Público até o momento, busca esforços constantes e enfáticos para construir um debate científico que esteja emancipado do discurso confessional, o que não quer dizer que não se possa falar sobre algumas religiões específicas, porém, não focalizar em uma determinada teologia confessional como merecedora de destaque em detrimento a outra religião.

O papel hoje assumido por esta instituição acadêmica, a Universidade Federal da Paraíba - UFPB constitui-se, em mostrar para outros campos do conhecimento científico aspectos importantes e que necessitam de um aprofundamento, prioritariamente no tocante a propositura de estar dialogando com diferentes grupos religiosos e diferentes campos científicos do saber ao mesmo tempo. Pode-se dizer que esta iniciativa se assemelhou muito, há tempos atrás, quando da época da inauguração da primeira cátedra de História das Religiões que foi criada fora do campo de estudo da Teologia, datada do ano de 1873, na Faculdade de Letras da Universidade de Genebra.

Tal experiência encontrada no espaço do ensino da instituição pública da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, afirma Rubem Alves (2008, p. 12) que:

É fácil identificar, isolar e estudar a religião como o comportamento exótico de grupos sociais restritos e distantes. Mas é necessário reconhecê-la como presença invisível, sutil, disfarçada, que se constitui num dos fios com que se tece o acontecer do nosso cotidiano. A religião está mais próxima de nossa experiência pessoal do que desejamos admitir. O estudo da religião, portanto, longe de ser uma janela que se abre apenas para panoramas externos, é como um espelho em que nos vemos. Aqui a ciência da religião é também ciência de nós mesmos: sapiência, conhecimento saboroso.

Hoje em nossa capital Paraibana concretiza-se um espaço de construção e debates sobre a temática da religiosidade, sobre o conceito de religião, como defende Usarski (2006, p. 23) afirmando que “onde há seres humanos, a religião está por perto”, característica intrínseca dos seres humanos. Ou seja, aqueles “cientistas que investigam o ser humano, seja como indivíduo, seja como ser social, deparam-se também, mais cedo ou mais tarde, com o objeto religião”.

A religião para Schlessinger; Porto (*apud* Silva, 2009) consiste na maneira mais concreta, visível e social do relacionamento comunitário existente do ser, enquanto pessoa em relação com Deus. A palavra religião é originária do latim *Religio* e significa fidelidade ao dever, lealdade, consciência do dever, escrúpulo religioso, obrigação religiosa, culto religioso, práticas religiosas, religião. Para Santo Agostinho (*apud* Silva, 2009) religião vem da palavra latina *religare* que quer dizer ligar, apertar, atar.

Compreende na busca por algo, que no passado, estava extremamente ligado, e que de alguma forma foi quebrada ou desfeita. A religião na sua etimologia condiz com uma constante busca do homem em religar-se a algo que está para além do corpo físico/material; religar-se a um ser superior.

Para Manuel Castells (*apud* DALGALARRONDO, 2008, p. 20) o sentido da religião, diz respeito a:

[...] um atributo da sociedade, e ousaria dizer, da natureza humana, se é que tal entidade existe, encontrar consolo e refúgio na religião. O medo da morte, a dor da vida, precisam de Deus e da fé n’Ele, sejam quais forem suas manifestações, para que as pessoas sigam vivendo. De fato, fora de nós Deus tornar-se-ia desabrigado.

A religião permeia algo já institucionalizado, diferentemente da religiosidade. É importante aprofundar estas duas terminologias, ao tempo que estão bastante intrincadas. Pode-se dizer que toda religião precisa ser vivificada pela religiosidade.

Religião é a realização sócio individual (doutrina, costume, frequentemente ritos) de uma relação do homem com algo que o transcende e a seu mundo, ou que abrange todo o mundo, que se desdobra dentro de uma tradição e de uma comunidade. É a realização de uma relação do homem com uma realidade verdadeira e suprema, seja ela compreendida na maneira que for (Deus, o Absoluto, Nirvana, Shûnyatâ, Tao). Tradição e comunidade são dimensões básicas para todas as grandes religiões: doutrina, costumes e ritos são suas funções básicas; transcendência (para cima e para dentro, no espaço e/ou no tempo, como salvação, iluminação ou libertação) é sua preocupação básica (SANDRINI, 2009, p. 19).

A religião manifestaria o lado objetivo e social da experiência religiosa. A religião consistiria como a resposta e a religiosidade como sendo a pergunta. A religião por ser considerada uma dimensão antropológica do ser humano, ela estimula a presença da religiosidade e as duas entrelaçam fios de complementariedade.

Para Assis e Pereira (2010) o pluralismo religioso contemporâneo estabelece as diversas formas de identidades socialmente construídas e os espaços demarcados permeados por um círculo rodeado de reelaborações complexas e que se modificam constantemente. Tal colocação afeta diretamente a experiência religiosa, por estar envolvida nas questões do cotidiano dos seres humanos, neste início de milênio, vincula as diversas noções que se tem sobre a terminologia religião.

O nosso foco central diz respeito a refletir sobre o sentimento religioso e suas variáveis expressões que possam se apresentar no cotidiano dos seres humanos, lembrando que esta pode ser vista como construção do próprio homem através de sua busca por Deus, por meio da fé, da doutrina, das obras ou da graça sacramental.

3.2 Loucura e religiosidade

Na Grécia antiga, Sócrates (*apud* PELBART, 1989), retrata que existiam duas configurações de loucura, marcadas por dois gêneros diferentes: a) A primeira seria um tipo de loucura chamada: a loucura humana que provoca o desequilíbrio do corpo, evidenciando um caráter organicista, trabalhando no foco de pensamento nos conceitos defendidos por Hipócrates, e b) A segunda pode ser descrita como a que estaria ligada à uma intervenção divina. Sócrates, fundador da filosofia ocidental, dedicou-se aos estudos das experiências maiêuticas dos seres humanos, nos fala um pouco sobre a loucura divina:

A loucura divina, diz Sócrates, subdivide-se nas quatro espécies seguintes, correspondentes, cada uma delas, a uma divindade específica: a loucura profética (Apolo), a ritual (Dionísio), a poética (as Musas) e a erótica (Afrodite). Desta série a mais bela é a última, pois leva, como se sabe, à filosofia (PELBART, 1989, p. 24).

Vê-se que a loucura se apresentando com uma variante classificação e a forte presença das figuras divinatórias que ainda nos dias de hoje se fazem presentes com suas diversas formas de manifestação, através dos estudos da fenomenologia da loucura.

Agostinho, na visão de Pessotti, discorre alguns pensamentos que tentam justificar por parte da Igreja as práticas radicais exercidas pela Inquisição aos detentores da loucura, na Idade Média.

Quando se queimarem centenas de mulheres histéricas ou psicóticas, ou simplesmente ignorantes e crédulas sob a acusação de estarem mancomunadas com o demônio ou possuídas por ele, a “teologia” que embasará os “julgamentos” e interrogatórios será basicamente a de Agostinho, consolidada e aperfeiçoada por Tomás de Aquino (1994, p. 87).

Os protestantes relatavam que a única possibilidade visível de afastar o diabo das pessoas que tinham doenças mentais era rezando, orando e rogando para que Deus afastasse tamanho sofrimento (THOMAS, 1991). Em muitos casos era o exorcismo praticado pela Igreja católica, considerado como uma prática terapêutica possível e que na época era acreditada pelas pessoas, dado após uma classificação de todos os sinais e sintomas que a pessoa descrevia, dentre eles a revelação da presença e ação de Satã, este ritual foi mais desenvolvido na Contra Reforma.

Nota-se que do aspecto simbólico o diabo em sua grande maioria estava apresentado de forças destrutivas e maléficas, “ele é a síntese das forças desintegradoras da personalidade. O papel do Cristo, ao contrário, é de arrancar o gênero humano do poder do diabo pelo mistério da cruz” (CHEVALIER, 1998, p. 337).

Já no século XIX, nasce uma psiquiatria que assume um papel enquanto ciência médica, detentora dos saberes patológicos e nosológicos. Tal espaço de poder dos profissionais psiquiátricos era de “fundamentar cientificamente uma prática de exclusão e moralização, como fazer uma pedagogia do desvio derivar de uma racionalidade médica?” (PELBART, 1989 p. 218).

o louco é um fracassado em sua sociabilidade — leia-se, em sua humanidade. A nova psicopatologia será construída com as noções de "predomínio das paixões" e "lesão da vontade", que representarão, conjuntamente, o obstáculo maior a essa sociabilidade ideal no interior da qual a nova psicologia pensa a vida normal e humana do sujeito. É curioso observar como a nascente psiquiatria articulará o conceito de sociabilidade e o de afeto. São os afetos que possibilitam as trocas sociais (instinto sexual, amor maternal, sentimento de piedade), e só o fazem quando funcionam na intensidade ideal, isto é, quando são regulados pela vontade. Quando esta define, os afetos viram paixões, violentas, egoístas, buscando apenas o prazer e escapando aos preceitos básicos da convivência e da sociabilidade. A vontade teria função de autoridade, de regulação da intensidade, de legislação moral, e seria socialmente determinada, tanto pela educação e família, quanto pela cultura. (PELBART, 1989, p. 219)

O alienado, o louco, a loucura passam a ser tutelados pelo cientificismo da psiquiatria. É um momento em que a psiquiatria não sabe muito bem como lidar com os vários contextos de tratamento que vão surgindo e, novas práticas de cuidado em saúde. Essa desorientação médica de como lidar com a etiologia e terapêutica da loucura, são vivenciadas conjuntamente ao modelo organicista e, ainda, com um modelo incipiente da prática psicodinâmica. O modelo mítico-religioso na compreensão da loucura neste dado momento histórico se finda (PESSOTTI, 1994).

No ocidente, especificamente na Idade Média, o sofrimento mental retoma sua relação forte com a experiência religiosa e a loucura fica sendo atribuída a presença das intervenções do demônio, com o pecado. A loucura passa a ser predominantemente mítica e religiosa.

Passado os séculos XVIII, XIX e entrando no século XX e XXI, a loucura apesar de ter dado grandes saltos fundantes e estruturantes, ainda se mostra engatinhando nos seus libertários sócio, político e ideológico. Mas as várias experiências vivenciadas das terapêuticas serviam de modelo para que hoje, não fossem mais tomadas como prioridades nas práticas cotidianas dos profissionais da saúde.

A loucura na década de 60 e 70 no contexto americano, assim como em outra conjuntura do século XVIII, é descrita como um fato efetivamente político, econômico, social e cultural. O louco colocado na visão de Amarante (1995) é destacado como um ser “vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado” (1995, p. 44).

O século XVIII, no ocidente, foi marcado por muitos acontecimentos que tinham suas raízes na busca constante pelo sagrado. O espaço divino se fazia presente na tentativa de

explicar todas as coisas ou circunstâncias que o homem não sabia elucidar. Prática muito presente, aquilo que não se pode explicar aos olhos da ciência, aplicava-se ao sagrado.

Essa experiência de atitudes e comportamentos desenvolvidos por esta cultura da época persistiu até o século XIX, onde dá início a formação da psiquiatria e psicopatologia modernas (DALGALARRONDO, 2008).

Ainda hoje, é visível a estreita relação entre a loucura e suas respostas determinantemente religiosas, em especial com o demônio. Isso se dá na literatura cristã, desde os séculos XV e XVI. Thomas (1991) lembra de circunstâncias que aconteciam nos fenômenos da possessão neste período e como se apresentavam seus efeitos físicos e morais acometidos àqueles, nos quais os maus espíritos haviam entrado. Esse ser

[...] sofreria de ataques histéricos, convulsões e contorções descontroladas, analgesia, vômitos estranhos e até mesmo de paralisia total. Da boca saíam as vozes de demônios, que emitiam delírios obscenos e blasfemos, ou falavam fluentemente línguas estrangeiras que a vítima desconhecia (THOMAS, 1991, p. 388).

A descrição de como o demônio poderia interferir no ser mortal é “mediante a produção de alterações nos objetos e no corpo, no ânimo ou no humor da pessoa, de modo a causar alucinações, temores, cegueiras e doenças inexplicáveis para a Medicina” (PESSOTI apud CHERUBINI, 2010).

Estes comportamentos, muitas vezes, mantinham sob controle os homens e as mulheres em sociedade. Como forma de deter de certa forma, os desejos, prazeres, vontades eminentemente humanas, o sagrado, o divino, o Deus, assumia um papel de regulador de toda estrutura e práticas humanas. Isso muito ocorreu pelo fato de que os homens neste período viviam uma fase do medo; medo do que poderia acontecer, medo dos fenômenos sobrenaturais, medo do mar, medo de eventos catastróficos, enfim, era conhecida como a civilização do medo no ocidente (DELUMEAU, 2009). Da mesma forma, toda calamidade que ocorria era representação das punições do Altíssimo, encolerizado.

O medo era visto como uma experiência profundamente humana. Todo homem tem o sentimento do medo presente em si. É considerado normal sentir medo, o que não tem nenhuma relação com a coragem.

No sentido estrito e estreito do termo, o medo (individual) é uma emoção choque, frequentemente precedida de surpresa, provocada pela tomada de consciência de um perigo presente e urgente que ameaça, cremos nós, nossa conservação. Colocado em

estado de alerta, o hipotálamo reage mediante mobilização global do organismo, que desencadeia diversos tipos de comportamentos somáticos e provoca sobretudo modificações endócrinas. Como toda emoção, o medo pode provocar efeitos contrastados segundo os indivíduos e as circunstâncias, ou até reações alternadas em uma mesma pessoa: aceleração dos movimentos do coração ou sua diminuição; respiração demasiadamente rápida ou lenta; contração ou dilatação dos vasos sanguíneos; [...] comportamento de imobilização ou exteriorização violenta (DELUMEAU, 2009, 30).

Ao se chegar por volta da segunda metade do século XV, surgiu o medo da morte como imperativo na vida das pessoas, chegando até mesmo a ocupar o maior medo sentido na época. Diante do medo da morte, do fim de sua existência, frente as situações em que estão vivenciando de guerras e pestes, a morte ameaça fortemente o interior humano. Perante tal realidade, em que o homem é reduzido a nada, surge o medo de morrer por antecipação. Quando o homem percebeu que a qualquer momento iria morrer mesmo, os homens e mulheres iniciaram uma disseminação em vícios, prostituição, defeitos e ridículos.

Agora, os elementos inverteram-se. Não é mais o fim dos tempos e do mundo que mostrará retrospectivamente que os homens eram uns loucos por não se preocuparem com isso; é a ascensão da loucura, sua surda invasão, que indica que o mundo está próximo de sua derradeira catástrofe; é a demência dos homens que a invoca e a torna necessária. Esse liame entre a loucura e o nada é tão estreito no século XV que subsistirá por muito tempo, e será encontrado ainda no centro da experiência clássica da loucura. (FOUCAULT, 1978, p. 20).

Mas o medo também se apresenta na vida do homem como estritamente necessário para nos proteger dos perigos. A humanidade não estaria viva hoje se não fosse essa característica que o homem tem de proteger a vida.

A emergência da modernidade na Europa ocidental foi acompanhada de um inacreditável medo do diabo. A Renascença herdava seguramente conceitos e imagens demoníacas que haviam se definido e multiplicado no decorrer da Idade Média (DELUMEAU, 2009, p. 354).

O diabo, já que não é apenas um mentiroso, mas também um assassino (cf. João 8:4), atenta incessantemente contra nossa própria vida e descarrega sua cólera em nós causando acidentes e danos corporais. Daí vem o fato de que a mais de um ele quebra o pescoço ou faz perder a razão; a alguns ele afoga na água e inúmeros são aqueles que leva ao suicídio e a muitas outras desgraças atroz (DELUMEAU, 2009, p. 378).

A doença psíquica, o transtorno mental, a loucura neste contexto representavam, segundo o cristianismo, a manifestação da cólera divina. Santo Agostinho de Hipona estudou com apreço os fenômenos da memória e da consciência, porém por ser um homem religioso, acreditava que existia uma forte presença das expressões sobrenaturais nos comportamentos das pessoas com transtornos mentais.

As doenças mentais nos séculos XI, XII e XIII eram tidas como algo sobrenatural e as práticas médicas consistiam em praticar esconjuros e exorcismos para se ver livre dos corpos dos espíritos malignos. Da mesma maneira, acontecera com as feiticeiras. Elas eram julgadas e punidas, pois estas estavam sob influência demoníaca (WIKIPÉDIA, 2010a; WIKIPÉDIA, 2010d).

A relação presente entre a loucura e a presença demoníaca, dissipada pela literatura especializada em descrever suas ações demonológicas cristãs traz a tona um forte teor reflexivo que é a exteriorização de um aspecto traumatizante; a culpabilização do louco, tendo em vista que o demônio só se aproxima daqueles que não são bons, ou daqueles que não tem piedade, são danosos. Isto traz a tona o aspecto de periculosidade, como também, a falta moral, motivo pelo qual, mais a frente compreenderá um dos motivos prioritários para executar a internação psiquiátrica (CHERUBINI, 2010).

O internamento começa a se apresentar no século XVII sob a égide de cura das doenças. As doenças venéreas, assim como a loucura, além de se isolar do contexto médico social foram ocupando um espaço moral de exclusão. A loucura pelo período de quase dois séculos permeou como um grande mal a sociedade, aliadas a elas; emergiram reações de divisão, exclusão, purificação (FOUCAULT, 1978, p. 12).

Existiam cidades que eram tidas como referência para o alojamento dos loucos, colocava-os em espaços específicos construídos em lugares distantes onde eles eram algemados e mantidos como prisioneiros. Na aldeia de Gheel “tenha-se desenvolvido deste modo: lugar de peregrinação que se tornou prisão, terra santa onde a loucura espera sua libertação mas onde o homem realiza, segundo velhos temas, como que uma partilha ritual” (FOUCAULT, 1978, p. 13).

A partida dos loucos feita de forma escorraçada era vista como de utilidade social ou promoção da segurança dos cidadãos daquele território. A Igreja, quando ficava sabendo que algum sacerdote se tornara insano, não lhe aplicava as sanções que eram obrigadas. Ele era imediatamente expulso com uma particular solenidade, “como se a impureza se acentuasse pelo caráter sacro da personagem, e a cidade retira de seu orçamento o dinheiro que devia servir-lhe de viático” (FOUCAULT, 1978, p. 14).

Via-se neste período histórico muitos loucos serem chicoteados publicamente, perseguidos, escoraçados da cidade a bastonadas. Os loucos, desta forma, eram confiados aos marinheiros na certeza deles serem levados para bem longe, eles se tornavam prisioneiros de sua própria partida. Todo embarque era necessariamente o último. Era para outro mundo que partia o louco em sua barca louca.

Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência. A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer (FOUCAULT, 1978, p. 16).

Com a chegada do período da modernidade européia e sua necessidade de ordem, a loucura é dessacralizada. Os loucos passam a serem considerados como seres inquietantes, não ativos economicamente, suspeitos, que subvertem a ordem pública (DELUMEAU, 2009). Na figura número 04 abaixo: este homem (ou esta mulher)²⁵ se apresenta como a expressão da solidão, da exclusão, do vazio, da prisão, do enclausuramento da vida.



Fig. 04: Corredor de hospital psiquiátrico.

Fonte: Revista Saúde em Debate, 2002 *apud* Fontes, 2003, p. 43.

²⁵ Expresso a afirmação que pode ser “o homem e a mulher”, para fazer refletir de que essa imagem para mim representa a lembrança de todos os pacientes internos que pude conviver ao longo da minha jornada profissional. As mulheres quando estão dentro da instituição psiquiátrica já não tem mais seus cabelos compridos como expressão de sua feminilidade, assim como seu próprio corpo, pois devido ao uso de várias medicações psicotrópicas suas curvas vão se perdendo no tempo da “prisão” em que se encontram.

Entre o período de 1848 até meados do início do século XX eram utilizados procedimentos para tratar os ‘doentes mentais’ como camisas de força e quartos fortes escuros e isolados, choques elétricos, operações no cérebro, e tantas outras torturas desumanas com o objetivo de tentar controlar os pacientes, em especial aqueles que se apresentavam mais agressivos. Era a forma como a ciência psiquiátrica da época entendia que deveria tratar seus pacientes (WIKIPÉDIA, 2010f). Veja abaixo outra ilustração:



Fig. 05: Demonstrativo da utilização do procedimento do Eletrochoque
Fonte: CCS – Mostra Virtual “Memória da Loucura” *apud* Fontes, 2003, p. 41.

Ainda hoje, vêem-se muitas práticas que provocam o calar das pessoas, de seus familiares e amigos que não conseguem enxergar saídas, nem soluções para seus problemas, por não contarem com práticas de saúde mais humanizadoras. Na atualidade, o modelo mítico religioso desaparece da concepção médica, o que não afirma que a relação entre loucura e religião tenha desaparecido em pleno século XXI, mas ao contrário, ela aparece como assumindo outro papel, o da religiosidade enquanto fenômeno de fortalecimento da pessoa, enquanto ser integral.

3.3 Interface entre o religioso/religiosidade e a saúde mental

A história mostra que a forma de tratamento ofertado às pessoas que apresentavam sofrimento psíquico refletia muito os valores morais e éticos emitidos pelas pessoas de uma determinada cultura.

Assim sendo, ao longo dos vários séculos, essas pessoas foram tratadas de várias maneiras diferentes. Uma das interpretações dadas para a pessoa que apresentasse transtorno

mental era atribuir-lhe a denominação de seres elevados, e que tinham o papel de intermediação junto aos deuses e aos mortos.

Na Idade Média, na Europa, entendia-se que era melhor surrá-los e queimá-los na fogueira, ou trancafiarem em grandes instituições por toda a sua vida. Acreditava-se que as doenças mentais estavam muito voltadas para o sobrenatural e as terapêuticas consistiam em praticar os encantamentos e exorcismos para abolir os espíritos maus.

O Cristianismo entendia que a doença psíquica era uma manifestação da ira divina. Santo Agostinho de Hipona (*apud* WIKIPÉDIA, 2010, s/p) afirmava que a doença mental já sofria uma “inclinação original para o pecado e para a concupiscência por desejo de posse e de gozo”.

Neste período histórico os episódios que se apresentavam de obscuridade ou de não entendimento dos fatos ambientais, são descritos na visão de Delumeau (2009) como uma relação intrínseca com o sagrado. Todo acontecimento que ocorria dentro das várias nações ao longo do século XVIII, e em toda história da humanidade, a busca pelo sagrado se fez presente, tentativa de explicação das coisas ou circunstâncias que não existiam explicações.

Este tipo de pensamento era para deter, de certa forma os desejos, prazeres, vontades eminentemente humanas, como também, por justificativa da não realização de ações em virtude do medo não demonstrado. Em muitos momentos entre os séculos XV a XVIII, por ter seus sentimentos reprimidos; homens e mulheres desencadearam várias doenças mentais, ao tempo que, eram entendidas não como sintomas de um dado contexto cultural, mas simplesmente eram tidas como expressões demoníacas e satânicas.

A solução entendida pelo meio social da época é que aqueles que apresentassem doença mental teriam que ser “afastados dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade” para outros espaços bem longe daqueles que não ofereciam características de loucura (GONÇALVES e SENA, 2001, p. 49).

No século XIX, a Europa começou a apresentar muitas divergências em relação aos tratamentos ofertados. A psiquiatria, a partir de observações sistemáticas dos pacientes, deu alguns saltos na descrição da sintomatologia dos sinais apresentados pelos mesmos.

Foi neste dado momento histórico que iniciou a construção de famosos, imensos e frios espaços de tratamento para os ditos loucos. Enormes Hospitais Psiquiátricos - instituições assemelhadas a um carcerário, chamados como os asilos para os loucos ou manicômios - foram construídos e expandidos para outros continentes, além da Europa; como a Ásia, África e as Américas.

A partir da segunda metade do século XX foi que ocorreu uma quebra de paradigmas, dentre eles: um avanço da psicofarmacologia. Novas intervenções psicossociais, início de movimentos em favor dos Direitos Humanos dos Doentes Mentais, mudanças sociopolíticas.

Tempo depois, no Ocidente, em vários países da Europa, Estados Unidos e mais adiante no Brasil começaram a surgir mudanças teóricas e práticas do contexto psiquiátrico ou também chamada da psiquiatria reformada iniciam-se processos de questionamentos e reflexões acerca dos tratamentos e resultados satisfatórios dos diagnósticos e prognósticos das pessoas com doença mental.

Esse panorama histórico passou a ser modificado com o tempo em que este modelo de tratamento em instituições psiquiátricas já começava a dar sinais de fracasso frente a recuperação da doença mental e suas subjacências.

Mas foi com o surgimento de novas propostas de espaços para tratar o doente mental que começaram a surgir propostas da criação de vários outros dispositivos de tratamento que poderiam melhor atender às necessidades dos doentes mentais. Não apenas o espaço físico já se apresentava como ineficaz, mas toda a estrutura assistencial e as práticas utilizadas pelos próprios profissionais.

Assim, como em vários países do ocidente ocorriam movimentos de debates e reflexões acerca da forma de tratamento dado aos usuários de saúde mental; o Brasil, também participou deste processo revolucionário através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Este grupo de profissionais da área da saúde por 12 anos reivindicou junto à Nação Brasileira uma Lei que garantisse melhores condições de tratamento para as pessoas com doença mental. Até que no ano de 2001 foi aprovada no Congresso Nacional Brasileiro e sancionada pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso a Lei da Reforma Psiquiátrica, após muitas discussões e fortes debates.

A Lei de número 10.216 (de 06 de abril de 2001) ocupou um lugar de destaque e subsidiou, desde então, todas as ações de saúde mental do âmbito público. A Lei Federal especifica sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental fazendo menção a participação da família e da sociedade no tratamento destes pacientes com transtornos mentais:

Art 2º Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: Inciso II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar **sua recuperação pela inserção na família**, no trabalho e na comunidade.

Art 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais,

com a **devida participação da sociedade e da família**, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais [...] (BRASIL, 2004, p 17b).

A partir desta aprovação ocorre no Brasil a priorização por se implantar Redes Substitutivas de serviços de saúde mental, que estivesse focada na conscientização ampliada das necessidades da população brasileira, que constantemente lida com questões voltadas a uma sintomatologia agravante da saúde mental nos tempos modernos como: stress, ansiedade generalizada, depressão, alcoolismo, exaustão mental, entre outros agravantes patológicos.

Neste novo desenho, a saúde pública coloca sua nova forma de olhar o “doente mental”, dando margem a considerar também a espiritualidade como parte integrante do sujeito que necessita ser cuidado e, que se propõe, a fazer um tratamento dentro de um dos novos dispositivos de cuidado e de todos aqueles que o rodeiam.

A religião, neste sentido, no discurso de vários profissionais da área da saúde, em especial da área da saúde mental, ela se faz presente no decorrer da vida humana, e que ela é constituída da subjetividade do ser, mesmo em alguns momentos em que a religião sofra modificações, seja no seu espaço social, cultural e/ou espacial.

É permitido dizer que a religião, como fenômeno da vida, constitui-se como uma das dimensões da vida humana. Para Pelikan (*apud* DALGALARRONDO, 2008, p. 20): “Man, it has been said, is incurably religious”²⁶.

Embora os avanços possam estar sendo vistos, estamos ainda num processo de implantação de novas políticas públicas e mudanças intrínsecas que podem ser vistas no campo saúde, com a adoção do novo modelo assistencial voltado para a produção do cuidado integral ao usuário enquanto sujeito (FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

3.4 Religiosidade, saúde mental e cuidadores/as

Considerando a possibilidade de se trabalhar com a temática da religiosidade, espiritualidade, vemos a religião na sua multiplicidade de áreas de conhecimento: antropologia, história, sociologia, medicina, psicologia, saúde e outras. O curso das Ciências

²⁶ “O homem, tem sido dito, é incuravelmente religioso”.

das Religiões do Programa de Pós Graduação – PPGCR da Universidade Federal da Paraíba - UFPB apresenta como suporte de trabalho metodológico o pluralismo do fenômeno religioso. Muito embora, a metodologia ampliada não se caracteriza em uma forma de atuação fácil de cogitar.

Sendo assim, a área de nossa investigação foi compreendida por trabalhar os temas da religiosidade e saúde mental, versam sobre como a religiosidade de cuidadores/familiares de pacientes com transtornos mentais poderia influenciar no tratamento ofertado pelo serviço de saúde mental na cidade de João Pessoa.

Um dos mais complexos objetos de investigação é a religiosidade, uma vez que ela, para a experiência humana cotidiana se mostra muito marcante e significativa (DALGALARRONDO, 2009).

Existem autores que defendem que religiosidade se diferencia de espiritualidade advogando que a primeira estaria atrelada a “atributos relativos a uma religião específica”, ou seja, adesão às crenças relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada. Já a espiritualidade, diz respeito à “relação estabelecida por uma pessoa a um ser ou a uma força superior a qual ela acredita” (LUKOFF *apud* FARIA, et al, 2005, p. 01).

Outros autores defendem que a religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis e afirmam que a idéia de tentar separá-las não seria saudável para a produção científica (HILL, et al 2000 citado por FARIA, et AL, 2005). É percebido que o tema da religiosidade tem-se constatado como efeito estendido nas universidades e, que hoje isso tende a dissipar-se não só no campo acadêmico, mas também, nos mais variados espaços das relações humanas de trabalho.

Segundo estudiosos, questões relacionadas à religiosidade se mostram na atualidade como possíveis instrumentos de influência no comportamento humano, ligados ao contexto de prevenção e tratamento de doenças. As diversas maneiras como as pessoas podem utilizar da religião para entender os problemas e eventos estressantes podem ser encarados de forma positiva ou negativa.

Koenig (2001b), destacado pesquisador na área, afirma que existem quatro razões para associação entre religião e saúde: crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; a religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida (adolescência/casamento/morte); e crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis (*apud* PANZINI E BANDEIRA, 2007, p. 127).

Segundo Jablonka, (*apud* MACHADO, 1993) Jung acreditava que a religião consistia em uma energia propulsora que moveria o indivíduo ao encontro de si mesmo. A aceitação de sua totalidade enquanto indivíduo, em seus aspectos positivos e negativos, ou ainda, a religião seria uma função integradora do homem. Já na interpretação de Sigmund Freud; pai da psicanálise, considerava a religião como sendo uma neurose coletiva ou dependência.

A religião, aqui é entendida como um empreendimento pelo qual se estabelece um cosmos sagrado, ordenador da experiência e dotando-a de significado (Berger, 1985). Religiosidade, no sentido do presente trabalho como: qualidade de religioso; disposição ou tendência para a religião ou às coisas sagradas, estas podendo influir no comportamento pessoal.

Já para Machado (1993) a experiência religiosa se daria através das atitudes, comportamentos e práticas emitidos pelas pessoas no decorrer de suas vidas. Essas experiências se passam pela relação dada entre o homem e o mundo.

Considerando os dizeres de Machado (1993), ele faz referência de como a conhecimento religioso emite determinados comportamentos nas pessoas, logo, vem à mente vários tipos de reflexões de que forma a experiência religiosa poderia influenciar ou não os familiares/cuidadores de usuários com transtornos mentais em serviços substitutivos de saúde mental? Como se configura os comportamentos dos familiares no novo arranjo organizacional da Reforma Psiquiátrica, que reestrutura toda a rede de saúde mental existente, tendo como marco a transformação no tratamento com os pacientes que possuem algum tipo de sofrimento mental?

A saúde mental da cidade de João Pessoa implantou ao longo dos últimos seis anos uma vasta gama de serviços especializados e inovadores, buscando ofertar aos pacientes com transtornos mentais e, respectivamente seus familiares/cuidadores, nova forma no lidar com a doença mental, seu tratamento e construção de estratégias de prevenção da doença mental.

Essa nova oferta de serviços públicos alicerçada por legislações específicas dada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelas diretrizes do Ministério da Saúde visa um melhor atendimento e envolvimento das famílias no tratamento, buscando a reinserção social do paciente com transtorno mental (MERHY, 2008; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nesta nova dimensão de cuidado o qual fomenta o envolvimento maior dos familiares/cuidadores no tratamento, recuperação e bem estar do paciente com transtorno mental; é possível perceber que existem familiares que cuidam melhor de seus parentes com doença mental e outros que não possuem essa dimensão do cuidado. Existem ainda outros,

que simplesmente não cuidam de forma nenhuma. E quando se refere ao cuidar, quer dizer ser atuante e participante no tratamento ofertado pelo serviço especializado.

Escolher trabalhar com cuidadores/familiares de pacientes com transtornos mentais emprega uma considerável responsabilidade, uma vez que, estes constituem em seres humanos, a priori, como sendo aqueles que possuem uma dimensão do cuidar bastante apurado. Seriam aquelas pessoas que apresentariam ter intimidade com aqueles que eles cuidam; que teriam a sensibilidade de acolher seus parentes com transtornos mentais como eles são, permeados de fragilidades, mas também de muitas virtudes e potenciais. Aqueles que ofertariam cuidado, sossego, tranquilidade, equilíbrio etc (BOFF, 1999).

No início do século XX observou-se um crescente número de estudos que envolveram a relação entre dimensões da religião e a saúde em geral (LEVIN; LARSEN *apud* DALGALARRONDO, 2008). Podem-se citar algumas

associações estatísticas significativas entre maior envolvimento e crenças religiosas e menor frequência de condições como doença cardiovascular, hipertensão, doença cerebrovascular, câncer e doenças gastrintestinais, assim como associações com indicadores gerais do estado de saúde (DALGALARRONDO, 2008, p. 177).

Aprofundar nas temáticas sobre Religiosidade e Saúde Mental compreendem um campo rico e frutífero para amplas produções de saberes e práticas para o conhecimento humano e científico. Principalmente quando se fala sobre saúde mental na conjuntura atual que se apresenta o cenário nacional brasileiro; o qual se caracteriza por abordar questões sobre cuidado integral do ser, melhoria do acesso ao tratamento da saúde mental das pessoas e, sobretudo, outra forma de entender a subjetividade humana considerando trabalhar com características intrínsecas ao ser humano que se expressam através do seu caminhar a vida.

A religiosidade pode ser expressa por gestos, palavras, atitudes e ritos, que por sua vez, são compreendidas como fenômeno, que se denomina fenômeno religioso. Trata-se, portanto do comportamento religioso enquanto fenômeno social.

O fenômeno religioso pode ser expressão da busca de autêntico relacionamento com o transcendente. Este fenômeno está vinculado à cultura e à tradição de um povo. O fenômeno religioso necessita de um rito, ele perpassa todas as dimensões do ser humano. As dimensões do ser humano para o antropólogo, sociólogo e psiquiatra Adalberto Barreto (2010) compreenderia sendo a integração entre o ser biológico, o ser psicológico, o ser sociológico e o ser espiritual. Cada fenômeno tem o seu modo próprio de mostrar-se na verdade do seu ser.

A política nacional de saúde mental que vigora hoje no Brasil mostra à sociedade

novos horizontes a seguir com as novas concepções proposta pela Legislação Federal da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Diferentemente de há alguns anos em que as explicações que a psiquiatria arcaica oferecia eram obsoletas sobre o adoecer dos doentes mentais e seus familiares, uma justificativa fragmentada, desconsiderando o doente mental como ser no mundo e a importância da participação da família e do social no seu processo de reconstrução da sua saúde mental.

Ackerknecht (*apud* DALGALARRONDO, 2008) nos relata que a loucura, doença mental, transtorno mental, alteração mental e comportamental eram na Idade Média consideradas como a apresentação de maus espíritos, deuses, roubos espirituais, possessões, obra de bruxas ou de feiticeiros. Eram reconhecidas nesses povos como sendo a representação da dimensão puramente e plenamente religiosa.

Considerando as dimensões da religiosidade, as transformações do campo saúde mental e a atuante participação da família; a área da saúde mental, há duas décadas, vem constatando, que as formas de cuidados que são ofertados nos dias de hoje aos usuários com sofrimento psíquico - terapêutica voltada para o mundo extra hospital psiquiátrico - são fortes alternativas para o cuidado com o ser humano. Pois, além de não excluí-los do meio social e familiar, possibilitam trabalhá-los numa dimensão da intersetorialidade.

É o que apresenta Faria (2005), quando resgata que a forma de terapêutica ofertada ao doente mental antes da reforma psiquiátrica era fragmentada, o qual era centrada em pedaços de respostas. Aqui é onde entra a ligação entre a religiosidade e saúde mental como compatíveis quando se trata em olhar o doente mental, sua família/cuidadores e o social como um ser completo.

Faria (2005, p. 87) coloca ainda que “a experiência e prática religiosa podem trazer uma abrangência real de sua doença e de seu ser com suas relações sociais”. Fleck et al. (2003) na conclusão de seus estudos sobre espiritualidade, religiosidade e crenças religiosas evidenciou a importância da discussão sobre a dimensão espiritual na vida dos pacientes.

4 FAMILIARES CUIDADORES/AS:

Quem são eles/as?

Cuidado é comunicação entre o coração e o cérebro;
É fonte de compaixão e cuidado profundo;
É dar a mão e sentir com o coração; podemos ajudar a mudar o mundo;
Ajudamos ao outro a dar forma ao mundo; não só com teorias, mas com o nosso ser e nossa atitude;
O paciente é a maior fonte de amor; tragamos o cuidado para a nossa vida, para o nosso trabalho;
Cuidemos da vida; a confiança está posta em nossas mãos
(WATSON, 2010a, s/p).

A terminologia da palavra cuidador a cada dia que passa está sendo mais utilizada, principalmente no que concerne ao âmbito das políticas públicas, adotadas e apreciadas pelos diversos modelos de atenção à saúde modernamente utilizada. “[...] A importância do cuidado nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se para com ela a ação em saúde” (AYRES, 2010, s/p).

Segundo Oliveira e Heimann (2004); existem três tipos de grupos de cuidadores: O primeiro compreende os cuidadores primários, os que são permeados pelas relações de afeto. O nome ‘primário’ identifica-se com aqueles que ofertaram atenção no primeiro momento da vida, são eles: a mãe, o pai, filhos, irmãos, marido, esposa, tios, tias, primos e outros parentes próximos.

O segundo grupo de cuidadores seriam os alicerçados pelas relações solidárias, caracterizados por pessoas que se dedicam a cuidar de outras pessoas adoecidas ou, em carência de necessidades básicas, sem que as mesmas recebam nenhum tipo de remuneração.

O terceiro grupo de cuidadores está sustentado pelas relações profissionais (psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, professores), comerciais e burocráticas. Estes foram colocados desde o processo da revolução industrial com a expansão da economia de mercado. Este terceiro grupo se diferencia do primeiro pelo fato de que estas pessoas recebem remuneração para desenvolver e executar suas diversas funções fundamentadas no cuidar do outro.

Neste contexto, este trabalho de dissertação traz para discussão a importância que foi dada aos cuidadores primários ou ‘familiares cuidadores/as’ que exerciam suas funções de consideráveis cuidadores dentro de seus ambientes domésticos, junto aos seus familiares que possuíam algum tipo de sofrimento psíquico e, que se mostraram presentes também, no cuidado aos mesmos, ao longo do tratamento ofertado pelo serviço substitutivo de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Cirandar (CAPSi Cirandar).

Esses ‘familiares/cuidadores/as’ são pessoas responsáveis por seus familiares que apresentam algum tipo de transtorno mental grave ou persistente, e que batalharam, para serem tratadas em ambientes que objetivavam a inserção social delas, sobretudo, a sua valorização enquanto seres de direitos e deveres, seres humanos em exercício da cidadania.

O cuidado exercido por seus ‘familiares/cuidadores/as’ se apresentou aqui, como um lugar dedicado à preservação das “[...] relações de amor e amizade, expressando uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada [...]” (OLIVEIRA

e HEIMENN, 2004, p. 81). É um processo que ocorreu através da interrelação entre aquele que cuida com aquele que está sendo cuidado.

Em outras palavras, esses familiares cuidadores/as foram aquelas pessoas que declararam uma atitude de cuidado para com a outra pessoa, a qual foi permeada por uma busca ao encontro do outro numa relação de ajuda.

Abordar sobre o exercício do cuidado correspondeu, a um conjunto de termos e categorias que o passar da história contemporânea nos mostrou como essencial fazer este resgate. Frei Betto (*apud* WALDOW, 2005) nos mostrou - sem citar o nome em específico - que o cuidado estava muito relacionado com o que era visto como ético, pois este termo traz a tona à importância do que são considerados valores e necessidades essencialmente humanas. Leonardo Boff acrescenta que

[...] tudo o que humaniza, corresponde, de certa maneira, aos princípios éticos. A ética a partir de uma revisão de valores e de princípios éticos que incluem a solidariedade, o amor, a compaixão, a honestidade, a preocupação e o desvelo e que, em sua totalidade, representam o cuidado. [...] o saber cuidar traduz-se pela ética humana. É uma visão de integralidade, espiritualidade, sensibilidade, uma visão ecológica (*apud* WALDOW, 2005, p. 10).

É preciso ter a noção de que o cuidado vai além do que está para si. O cuidado é sempre uma troca entre e com alguém. O cuidado correspondeu a um voltar-se para dentro de si, sobretudo exigindo que cada ser humano olhasse para si mesmo e pudesse colocar em prática o exercício do cuidar, de si, do outro e com o outro, priorizando o respeito, o amor, o tempo de cada de um, o tempo da vida, enfim respeitando a vida.

Tratar do tema do cuidado humano consistiu em um assunto hoje considerado urgente, pois ele integra uma perspectiva ontológica. Isso está colocado em virtude da nossa conjuntura moderna ou pós moderna. A falta de cuidado se apresenta constantemente no cotidiano da vida humana. Foi o que assinalou Boff (*apud* OLIVEIRA, 2004, p. 79) ao falar que o exercício do cuidado “é lidar com o princípio básico da vida e identidade humanas, visto não haver possibilidade de nos tornarmos humanos sem o cuidado de um outro”.

Oliveira e Heimann (2004) citaram que Heidegger admitiu que o cuidado proporcionava o extravasamento de atitudes, atos, sentimentos, vontades, desejos, impulsos eminentemente humanos. O cuidar foi compreendido de diferentes maneiras no mundo. Para Waldow (2005) a pessoa que é cuidadora, antes de se tornar tal, ela necessitou no passado ter vivenciado este cuidado, ter sentido como é ser cuidado, para só assim saber como é cuidar do

outro. O quanto e o como esta pessoa foi cuidada está intrinsecamente ligada à capacidade de proporcionar o cuidar.

Barreto (2006) colocou que o sofrimento vivenciado por cada ser humano produz um crescimento, esse processo é a carência gerando competência. Ou seja, aquelas pessoas que não receberam carinho, atenção, amor, cuidado podem transformar-se em pessoas aptas para ofertar melhores componentes acolhedores e calorosos para outras pessoas, pois estas vivenciaram a ausência de, e criam dentro delas a experiência para.

Na prática da Terapia Comunitária²⁷ é possível enxergar o processo de transformação da carência gerando competência nas pessoas:

É no espaço comunitário onde se procura compartilhar (dividir) experiências de vida com os demais componentes ou membros do grupo. Cada membro torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam corresponsáveis, na busca de soluções e superação dos desafios diários, em um ambiente acolher e caloroso. É um momento de transformação da crise e do sofrimento, no qual o indivíduo “resignifica” seus sentimentos, dando origem a uma nova visão dos elementos que o faziam sofrer (BARRETO, 2006, p. 41).

Retomando a terminologia do cuidado, este, leva ao ser humano a melhor se relacionar com o outro, para o outro e em função do outro. Todo o processo do cuidado favorece o crescimento, o desenvolvimento e a realização do outro, gerando ao longo do tempo uma relação de confiança mútua. O cuidado relacionado à prática profissional, por exemplo, não compreende apenas a assistir, socorrer ou meramente ajudar o outro, não se resume a desejar o bem, gostar, confortar o outro; o cuidado é isso e mais do que isto.

Já para Mayeroff (*apud* WALDOW, 2005) os elementos essenciais que servem como ingredientes para ‘o cuidar’ são: o conhecimento; a alteração de ritmos; a paciência; a honestidade; a confiança; a humildade; a esperança e a coragem. Desta forma, os ingredientes deste cuidar compreendem: um sal, uma salsa, um coentro, um colorau, extrato de tomate, enfim, estes fazem com que o alimento fique saboroso e pronto para ser deliciado.

²⁷ Terapia (do grego: *therapeia*): é uma palavra de origem grega que significa acolher, ser caloroso, servir, atender. Portanto, o terapeuta é aquele que cuida dos outros de forma calorosa, acolhedora. A palavra Comunidade é composta de duas outras palavras: Comum + Unidade, ou seja, o que essas pessoas têm em comum? Entre outras afinidades, têm sofrimentos, buscam soluções e meios para vencer as dificuldades. A Terapia Comunitária criada por Adalberto Barreto se propõe a ser um instrumento de aquecimento e fortalecimento das relações humanas, na construção de redes de apoio social, em um mundo cada vez mais individualista, privatizado e conflitivo. A comunidade age onde a família e as políticas sociais falam. Nesse sentido, a solução está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro e no respeito às diferenças (BARRETO, 2006, p. 41).

Ao tempo, é importante lembrar que nem sempre a pessoa recebe o mesmo cuidado daquela pessoa da qual cuidou. O cuidado não está permeado fundamentalmente por uma relação de troca simultânea: eu cuido de você e você cuida de mim obrigatoriamente. Na verdade, isso pode ser consequência de um ato, porém não o determina.

Boff (1999, p. 33) definiu o cuidado como o que se opõe ao descuido e ao descaso e acrescenta: “cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”. Elucida que sem o cuidado, o homem deixa de existir. O homem que não teve a possibilidade de receber o cuidado, desde o seu nascimento, e, perpetuar-se até a sua morte, este, naturalmente se desestrutura, perde o sentido da vida e vem a morrer. Por isso o cuidado deve ser entendido como essencial ao ser humano.

Para o filósofo Martin Heidegger (*apud* BOFF, 1999, p. 34) “o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato. [...] cuidado significa um fenômeno ontológico existencial básico”. Para Leininger (*apud* WALDOW, 2005, p. 25) apesar de existir diferentes tipos de cuidado, “o cuidado é um fenômeno universal e essencial para sobrevivência da raça humana”.

Partindo do pressuposto de que o cuidar é essencial ao ser humano, hoje, as políticas públicas brasileiras, de maneira geral, estão colocando o cuidar como também essencial no contexto de trabalho, no campo da saúde e principalmente o da saúde mental. Os profissionais são produtores de atos de cuidados o tempo inteiro. Isso se faz presente, pois ao longo de mais de 200 anos, a racionalidade construiu mais espaços de violência do que espaços de conforto, liberdade e prazeres humanos.

Fazendo uma leitura a partir da Reforma Psiquiátrica essa racionalidade provocou o silêncio, negligência, indiferença àqueles que muito sofreram com a discriminação: ‘doentes mentais’. Além disso, provocou na sociedade e, sobretudo aos familiares/cuidadores/as, uma ineficiência tremenda no lidar com seus familiares que apresentavam essa especificidade mental.

A má interpretação dada há séculos e séculos ao ‘louco’, estabeleceu práticas sociais desqualificadas e desumanas, das quais em sua grande maioria de práticas exercidas foram legitimadas pela própria ciência (BASÁGLIA, *apud* YASUI, 2007). A Reforma Psiquiátrica representou uma ruptura com esta racionalidade médica colocada, como também, apresentou

uma construção de um novo cuidar o qual estivesse alicerçado com práticas que priorizassem a paz.

Yasui (2007, p. 160) parafraseia os dizeres de Boaventura Souza Santos e Mattos quando coloca a necessidade de que construamos “uma ciência prudente para uma vida decente”. É necessário ter prudência na promoção do cuidado “o que caracteriza melhor o cuidado é sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade”.

A filologia da palavra cuidado em sua nomenclatura mais antiga refere-se a palavra *cura* do latim que se escrevera *coera*, a qual era muito utilizada dentro de um contexto de relações humanas baseadas no amor e na amizade. Outros filósofos, diz Boff, que

o cuidado é originado de cogitare-cogitatus e de sua corruptela coyedar, coidar, cuidar. O sentido de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida (1999, p. 91).

Cuidar, não necessariamente, se resume a executar ações que visem tratar a ‘doença’ que se apresenta no sujeito. O cuidador seja ele; o familiar/cuidador/a ou o profissional de saúde/cuidador/a, não é meramente um executor de técnicas e procedimentos. Pois o sujeito não se resume a uma ‘doença’ ou a uma lesão que causa dor. Cuidar, nos coloca em um posicionamento de implicação e comprometimento em relação ao outro, que clama por necessidade de cuidado.

Basaglia (*apud* Yasui, 2007) afirma que é preciso assentar a ‘doença mental’ entre parênteses para que seja possível enxergar o sujeito, o ser humano, a pessoa que ali se apresenta. Para isso, é preciso depositar mais práticas humanizadoras dentro do processo do cuidar em saúde. Ver, ouvir, escutar, acolher o outro que possui

uma história de vida pessoal, marcada por condições sociais, econômicas e culturais de um dado tempo e lugar. Não apenas a doença mental que deve ser colocada em parênteses, mas a doença naquilo que induz e tem como consequência olhares e práticas reducionistas. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos, há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediado ou imediato. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES; ROZEMBERG; MINAYO *apud* YASUI, 2007, p. 161).

Para poder considerar o outro como alguém, e poder ouvi-lo, é preciso que o reconheça o outro como uma pessoa, um ser humano, um sujeito (aquele que é autor de sua própria história) e não como um objeto, uma ‘doença’, uma entidade.

Essa nova prática de cuidado em saúde foi adotada pelos poderes públicos a partir dos anos 80 no Brasil, principalmente com a concretude da 8ª Conferência Nacional de Saúde – também chamada de Conferência Cidadã – que representou a ruptura concreta epistemológica da racionalidade médica que instrumentalizou saberes e práticas hegemônicas, centradas na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente medicamentoso e de caráter biologizante.

Os novos projetos das políticas públicas do campo da saúde e saúde mental colocados em disputa foram: a implantação de estratégias de intervenção que dissipassem projetos de vida marcados pela diversidade. Característica marcada pelo ser humano, um ser complexo, que apresentava inúmeras necessidades a serem preenchidas e saciadas.

Franco (2006, p. 06) traz para discussão a importância do

trabalho centrado nas tecnologias mais relacionais, tratam de conexões que fazem entre si os trabalhadores, e de alta sofisticação e exige uma grande energia a operação deste processo de trabalho. Aqui o trabalho em saúde assume grande complexidade, porque cruza ao mesmo tempo os saberes e fazeres de diversos profissionais, atravessados por singularidades, em permanente processo de subjetivação.

Emerson Merhy abordou o tema ‘trabalho vivo em ato’ para elucidar a potência que se tem através deste trabalho em saúde, “do seu alto grau de governar a produção do cuidado e [...] sobre a teoria do trabalho e as tecnologias de produção do cuidado, onde o trabalho vivo é o elemento central nessa abordagem” (2006, p. 02).

A promoção de tecnologias leves, da tecnologia das relações é permeada pela constante construção de projetos de vida mais autônomos; que não tem como se dá nos espaços onde prioriza as relações mediadas pelo medo, pela mesmice, pela mediocridade. Estes serviços são caracterizados pelos manicomiais, que reproduziam práticas sem expressões e vivacidades humanas.

A partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil as famílias, sobretudo, tiveram que reestruturar o seu lidar com seus parentes que apresentavam algum tipo de transtorno mental. Para a nova política de saúde mental, os familiares cuidadores/as passaram a fazer parte de um dos tripés básicos na ajuda do tratamento ofertado às pessoas com adoecimento mental, nos serviços substitutivos.

Na visão de Gonçalves e Sena (2001, p.49) “acredita-se que as conseqüências da reforma psiquiátrica refletem de forma direta sobre a família do doente mental, principalmente sobre as pessoas responsáveis pelo cuidado”. O cuidado aqui, demarcado a partir das mudanças sociais sofridas, compreende no cuidado não institucionalizado; o qual está se configurando nas últimas décadas, aquele pelo qual a família é algo necessário e importante de se fazer presente.

A concretização desse ato manifestou uma nova modalidade de cuidado na Saúde Mental como a solidificação de um “dispositivo da área de saúde voltado para a reabilitação psicossocial e a promoção da saúde em seu caráter integral” (RIBEIRO, 2006, p. 149).

A experiência de implantação de serviços substitutivos inseridos na comunidade, no meio social; facilitou muitas vezes o êxito do tratamento proporcionado aos usuários de saúde mental e seus familiares, produzindo uma melhora em um menor espaço de tempo.

A produção do cuidado nos espaços de saúde; no CAPS²⁸, correspondeu a possibilidade de promoção do encontro com as inúmeras subjetividades dos usuários com sofrimento psíquico, com as subjetividades dos profissionais de saúde e com as subjetividades dos familiares/cuidadores/as. A perspectiva de ruptura epistemológica com as práticas hegemônicas (modelo médico centrado, por exemplo), significou ter coragem e ousadia para correr riscos, abriu-se para a potencialidade produtiva do encontro. Produção de afetos como sentimento amoroso, também como investigação. A mudança é sem sombra de dúvida produção do cuidado.

4.1 Perfil dos Familiares/Cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais

Considerando as dimensões da religiosidade, as transformações do campo da saúde mental e a atuante participação da família, a área da saúde mental, há duas décadas, vem constatando, que as formas de cuidado que são ofertados nos dias de hoje aos usuários com sofrimento psíquico; terapêutica voltada para o mundo extra hospital psiquiátrico, são fortes alternativas para o cuidado com o ser humano. Pois além de não excluí-los possibilita trabalhá-los numa dimensão mais holística, global e inteira.

Desta forma, este estudo desenvolvido trouxe frutíferas contribuições ao contexto sócio cultural histórico, principalmente no cenário que vem se desenhando em nossa cidade,

²⁸ Centro de Atenção Psicossocial

abrindo-se portas num imenso leque de sentidos e possibilidades dadas às diversas pessoas que lidam com a problemática de transtornos mentais (familiares, vizinhos, amigos), mas que se mostra possível e concretizado a partir da mudança das teorias e práticas vivenciadas pelos múltiplos profissionais da saúde, educação, desenvolvimento social.

A propositura de desenvolvimento científico permeou-se por uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa e quantitativa. Este estudo que integrou informações qualitativas, e depois, elementos de natureza quantitativa foi considerado do tipo exploratório. Foi utilizado observação direta do contexto organizacional em que se davam os processos relacionais dentro do serviço; e também uma análise documental (prontuários, protocolos).

Segundo Polit; Beck e Hungler (*apud* SILVA, 2009) essa interação de informação quantitativa e qualitativa se mostra em destaque, por possuírem em ser arcabouço a complementaridade, pois a abordagem quantitativa apresenta dados com informações mais exata, imparcial e de interpretação possível e, ainda, dar margem a pesquisa ser replicável. Já no tocante a abordagem qualitativa está permeada por traços mais criativos e intuitivos, uma compreensão mais holística de um fenômeno.

Carvalho e Galvão (*apud* SILVA, 2009, p. 46) defendem que a pesquisa qualitativa mescla as naturezas científicas e artísticas, e, amplia a compreensão da experiência humana, dos quais são permeados “em seus cenários naturais, tentando compreender, ou interpretar, em termos dos significados que as pessoas trazem”.

A abordagem quantitativa, de acordo com Tanaka; Melo (*apud* SILVA, 2009), apresenta característica de focalidade, direcionamento e objetividade. Muitas das vezes, são definidas por técnicas de análise indutiva e que podem ser generalizadas, a partir de um estudo em particular. Tal análise permitiu às pessoas integrantes deste tipo de pesquisa a se colocarem em sua essência, expor suas experiências intrínsecas humanas, da forma como elas (os/as cuidadores/as) se dão naturalmente no cotidiano da vida.

4.2 Universo

O universo de nossa pesquisa compreendeu dos serviços de saúde mental que ora a cidade de João Pessoa oferece, de caráter público. Foram eles: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo II, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo III, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e

Outras Drogas, Serviço Residencial Terapêutico Feminino e o Pronto Atendimento em Saúde Mental.

Considerando o espaço de tempo e o interesse em se fazer um estudo de maior qualidade, foi selecionada uma amostra de um desses serviços para aprofundamento em estudo de caso; o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil - CAPSi Cirandar, por atrelar a família como parte integrante do tratamento. Está localizado no Bairro do Roger, próximo ao Parque Zoobotânico Arruda Câmara, conhecido popularmente como Bica.



Fig 06: Serviço Substitutivo de Saúde Mental – CAPSi Cirandar. Inaugurado em 25/03/2008.

Fonte: Setor de Comunicação da SMS/PB/2010.

No serviço CAPSi Cirandar similar a outros CAPSi Infante Juvenis no Brasil; os usuários que fazem tratamento neste tipo de serviço, correspondem a uma população que, segundo estudos realizados pelo Ministério da Saúde, apresentam cada vez mais cedo problemas ligados a questões emocionais, e os seus familiares muitas vezes não sabem lidar com esse conflito: saúde *versus* doença.

4.3 População

A população compreendeu de familiares/cuidadores/as (pai, mãe e avó) que acompanhavam assiduamente seus parentes com transtornos mentais no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Cirandar - CAPSi.

Os critérios de inclusão foram os familiares/cuidadores/as responsáveis pelos “usuários” que estivessem admitidos no serviço, com faixa etária variante entre 03 até 17 anos de idade, e que apresentassem diagnóstico de Transtorno Mental Grave e/ou Persistente. Já os critérios de exclusão foram os familiares/cuidadores responsáveis pelos “usuários” que estivessem admitidos no serviço e que apresentassem diagnóstico de Transtorno Decorrente por Uso/Abuso de Substâncias Psicoativas.

Foi importante definir bem, qual seria a amostra trabalhada através dos critérios de inclusão e exclusão, uma vez que o serviço CAPSi, atende dois públicos diferenciados; inclusive em dias distintos, e para isso, cada um requer aprofundamento em uma literatura científica específica. Pois, no que se refere aos critérios de exclusão; estes envolvem questões ligadas com as temáticas de álcool, crack e outras drogas, principalmente, no contexto sob influências de outras ordens sociais no tocante às políticas públicas: tráfico de drogas, crime organizado, ameaça de morte, entre outras.

Desta forma, no início de 2010, foram feitas duas avaliações, através dos seus respectivos prontuários, do quantitativo existente de familiares/cuidadores/as que freqüentavam assiduamente o serviço. Isso foi importante, porque o serviço a todo momento apresentou uma rotatividade muito grande de usuários fazendo tratamento.

Essa definição de assiduidade correspondeu nesta pesquisa, aos discernimentos frente a participação efetiva dos familiares no tratamento de seus parentes, uma vez que, o tratamento não era feito apenas com as crianças e adolescentes que apresentavam transtornos mentais, mas, sobretudo, com a co-participação de três elementos essenciais para extrair bons frutos com o tratamento ofertado; são eles: o serviço CAPSi, a participação da família e dos próprios usuários.

Também foram considerados assíduos os familiares que dentro do serviço, mostraram interação constante com algum tipo de atividade desenvolvida no mesmo, o qual teve por finalidade, o fortalecimento deles no lidar dia a dia com o desgaste físico e mental de seus parentes em sofrimento psíquico.

As avaliações se deram no primeiro trimestre de janeiro a março e a segunda, no segundo trimestre de abril a junho, com o intuito de conhecer melhor o quantitativo existente,

o qual serviu de subsídio para a seleção que foi feita para a pesquisa. Foi identificada uma média quantitativa de 50 familiares/cuidadores, que freqüentavam assiduamente o serviço.

Assim, no mês de julho de 2010 iniciou-se a pesquisa com os familiares/cuidadores/as do serviço CAPSi, o qual teve como norte orientador o demonstrativo prévio.

Para a realização da coleta de dados da pesquisa, fez-se necessário a obtenção da autorização das informações colhidas dos entrevistados, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, Protocolo nº 313/2010, datado no dia 29 de junho de 2010.

Para ficar claro para os participantes da pesquisa, foi falado sobre a garantia da confidencialidade das informações e da privacidade deles na divulgação dos resultados da pesquisa, assim como sua liberdade para abandonar o processo a qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo. O anonimato foi preservado e a cada integrante que participou do grupo focal foi dado uma denominação de uma **flor**. A pesquisa em todo o seu processo deu-se dentro do próprio serviço.

No início, teve-se a intenção de entrevistar todos os familiares/cuidadores/as, porém, definiu-se o verdadeiro tamanho da amostra do estudo no momento em que se percebeu que os objetivos propostos tinham sido alcançados. Principalmente, lembrando novamente que foram considerados os familiares/cuidadores/as que freqüentavam assiduamente o serviço. Outros casos não foram inseridos por própria recusa de algumas pessoas, em não mostrar interesse em participar.

A leitura de toda a execução da pesquisa foi feita em todas as etapas, desde o primeiro momento, em que foi solicitado o preenchimento dos questionários Sócio Cultural e Religioso e o da Escala de Atitude Religiosa, uma vez que, a pesquisadora não sabia previamente quem iria ser selecionado para a última etapa. Da mesma forma ocorreu quando realizou a última etapa: o grupo focal.

Foram utilizados dois instrumentos na pesquisa: o primeiro deles foi a aplicação do questionário sócio cultural e religioso, onde incluíram-se indagações a respeito do gênero, da renda familiar, da “raça”/cor, sobre religião, escolaridade, atividade ocupacional, profissão; enfim, com o intuito de conhecer a amostra a ser trabalhada com maior clareza. O instrumento pode ser visualizado no ANEXO 3.

Em seguida, foi aplicado o segundo instrumento elaborado originalmente em português; o questionário semi estruturado, denominado de Escala de Atitude Religiosa construído por Fraga, A. A., França, J. S., Aquino, T. A. A. (setembro, 2002). A Escala de

Atitude Religiosa foi compreendida por 15 (quinze) itens. Michener, Delamater e Myers (*apud* Aquino, et al, 2009, p. 233) afirmam que as atitudes se caracterizariam através de três dimensões principais: o componente cognitivo, o componente afetivo e o componente comportamental.

O primeiro; o componente cognitivo representa as idéias construídas a respeito do outro seja este algo ou alguém; o componente afetivo está ligado às emoções ou sentimentos que o indivíduo possui a respeito das coisas em geral, são emanados através da experiência afetiva da situação, e, o terceiro componente, é o comportamental, está atrelado aos comportamentos que já estão predefinidos ou que estão predispostos a serem emitidos.

Porém, é importante ressaltar que as atitudes; mesmo tendo um caráter preditor de comportamento, não necessariamente apresenta 100% de resposta determinada. Pois as pessoas podem em algumas situações emitirem comportamentos em que as mesmas se surpreendam, uma vez que o ser humano compreende em uma caixinha de surpresas.

Assim, os 15 itens de múltipla escolha da Escala de Atitude Religiosa diziam respeito a reflexões ligadas ao exercício da prática de atitudes religiosas por parte das pessoas em seu cotidiano. Tal questionário encontra-se no ANEXO 4. Cada item compreendiam 05 (cinco) alternativas de múltipla escolha: (1) nem um pouco; (2) um pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante e (5) muitíssimo. Este instrumento – A Escala de Atitude Religiosa - foi utilizado com o desígnio de obter uma dimensão geral do grau de religiosidade presente nos familiares/cuidadores/as entrevistados/as no CAPSi e, subsequente seleção dos mesmos para realização do grupo focal.

Para Rodrigues (*apud* AQUINO, et al, 2009, p. 233), “atitude é uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, e que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a esse objeto”.

Foi utilizado o programa informatizado *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS para Windows (versão 9.0) para a estruturação da coleta, e também, para análise e interpretação dos dados descritivos. Foi utilizado também o programa Microsoft Office Excel 2007 para construção dos gráficos.

A seleção foi composta por 36 familiares/cuidadores/as que se dispuseram solidariamente a responder ambos os questionários. Em seguida, destes 36 familiares/cuidadores/as constituiu-se a formação de um grupo pequeno e homogêneo, denominado de grupo focal (FRASER; RESTREPO ESTRADA, 1988 *apud* DI CHIARA,

2005), dos quais participaram cinco familiares/cuidadores/as, sendo representativo ao universo da pesquisa apresentada.

Como linha de base para a seleção do montante definido para o grupo focal, foi utilizado o segundo instrumento, do qual se avaliou o grau de religiosidade de todos os entrevistados e extraiu-se aqueles familiares que apresentaram o grau de religiosidade variante entre alto e mediano, suprimindo os que apresentaram o grau de religiosidade baixo.

A realização do grupo focal foi feito para aprofundamento da questão relacionada à influência da religiosidade dos familiares/cuidadores/as no tratamento dos parentes com transtornos mentais; objetivo geral que permeou esta pesquisa.

Grupo Focal corresponde a uma

técnica qualitativa, [...] cujo resultado visa o controle da discussão de um grupo de pessoas. Foi inspirada em técnicas de entrevista não-direcionada e técnicas grupais usadas na psiquiatria. Os participantes não se conhecem, mas possuem características comuns. Nesta técnica o mais importante é a interação que se estabelece entre os participantes. O facilitador da discussão deve estabelecer e facilitar a discussão e não realizar uma entrevista em grupo. O “focus groups” é referido como uma técnica utilizada por profissionais de marketing e que atualmente tem sido apropriada por investigadores de diversas áreas do conhecimento como antropólogos, sociólogos, psicólogos, educadores, enfermeiros dentre outros profissionais (GOMES, 2003, p. 03).

A utilização do método de grupo focal foi por muito tempo, desconsiderada pelo campo científico, sendo preterido a outros métodos de pesquisas. Porém, alguns cientistas sociais se mostraram bastante persistentes, pois cansados pelas formas tradicionais e inflexíveis dos até então questionários utilizados, propuseram continuar suas pesquisas em cima de suas novas propostas.

O método de Grupo Focal foi criado por Robert King Merton no início do século XX, a partir de suas experiências com a sociologia. O grupo focal compreende em uma entrevista não diretiva. É uma técnica bastante utilizada pelas ciências sociais. “Um moderador guia grupos numa discussão que tem por objetivo revelar experiências, sentimentos, percepções, preferências” [...] sobre determinada temática, promovendo a interação de todos os participantes, impedindo-os que se dispersem do que está sendo trabalhado nos objetivos (GOMES, 2003, p. 03).

Para a constituição do grupo focal; foi necessário que os participantes - familiares/cuidadores/as – apresentassem características em comum para poderem se sentir tranquilos e acolhidos para falar a respeito da temática específica, que neste caso, foi o tema da religiosidade e saúde mental. Esta homogeneidade solicitada para se trabalhar dentro do

grupo focal gerou nos participantes interesses em estar dialogando um tema que não os trouxe constrangimento entre si e, que estes, se sentiram a vontade para expor sobre suas experiências, sobre suas idéias, sentimentos, valores, dificuldades etc.

A utilização deste tipo de pesquisa, o grupo focal, teve como escopo compreender determinadas atitudes, preferências, necessidades e sentimentos dos familiares/cuidadores/as frente as experiências vividas com seus parentes em sofrimento psíquico, sobretudo, compreender através de seus discursos, se a religiosidade influenciava, ou não, o tratamento de seus parentes no serviço o qual estavam inseridos. Mais adiante exporei melhor os resultados alcançados com a realização do grupo focal.

4.4 Caracterização da amostra

No período compreendido entre os meses de julho a novembro de 2010 foi conduzido um estudo de campo, o qual se estruturou a partir de entrevistas individuais e/ou coletiva com 36 pessoas, sendo estes, familiares/cuidadores/as de pacientes que tinham diagnóstico de transtorno mental, que faziam tratamento dentro do serviço substitutivo, Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Cirandar na cidade de João Pessoa/PB. As tabelas descritivas da amostra estudada encontram-se logo abaixo.

Tabela 2. Distribuição da amostra por Gênero

Gênero	Número de respostas (NR)	%
Feminino	31	86,1
Masculino	05	13,9
Total	36	100

Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

Na Tabela 2 mostra a frequência por gênero. A maioria da amostra foi constituída de sujeitos do sexo feminino correspondendo a 86,1% (31 trinta e um), enquanto que o sexo masculino representou a 13,9% (05 cinco).

A informação constada pela Tabela 2 corrobora com o que foi defendido por Waldow (2005, p. 20) de que a função do cuidado de seu responsável no tratamento no CAPSi recaiu mais sob a responsabilidade para o gênero feminino, a mãe. A mãe apresentou elementos de reciprocidade, receptividade e conectividade com os/as seus/as filhos/filhas essenciais quando

nos referimos à prática do cuidar muito mais do que o universo masculino; não que os homens não apresentassem tais características.

A palavra gênero surgiu primeiramente entre as feministas americanas que defendiam a qualidade fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. Indica uma rejeição ao determinismo biológico implícito constado nas terminologias das palavras sexo ou diferença sexual. O termo gênero foi utilizado para introduzir uma noção relacional no nosso vocabulário analítico. A palavra gênero também era muito defendida pelo movimento feminista porque tinha por objetivo inserir a pesquisa sobre as mulheres transformariam os paradigmas de cada disciplina (SCOTT, 2010).

A autora Scott demonstrou em seus ensaios, sua preocupação em tratar as relações entre mulheres e homens partindo de uma concepção em que estes dois sujeitos não fossem vistos em separados, mas mostrados juntos. Colocando-se um equilíbrio na balança (SCOTT, *apud* SIQUEIRA, 2008). O uso do termo gênero visa indicar erudição e a seriedade de um trabalho. Em muitos trabalhos ao se abordar sobre a temática das mulheres era substituída pela palavra gênero. Gênero como substituto da palavra mulheres demonstra que a informação dada a respeito das mulheres é necessariamente informação sobre os homens. Designa as relações sociais existente entre homens e mulheres (SCOTT, 2010).

Tabela 3. Distribuição da amostra por Estado Civil

Estado civil	NR	%
Casado/vivendo como casados	18	50
Solteiro	10	27,8
Divorciados/Separado	05	13,9
Viúvo	02	5,6
Não respondeu	01	2,8
Total	36	100

Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

Na Tabela 3, com relação ao estado civil dos sujeitos pesquisados, verificou-se que houve predomínio de sujeitos casados/vivendo como casados com 50%, seguidos dos solteiros com 27,8% da amostra, sendo que os divorciados/separados e viúvos com menor incidência de 13,9% e 5,6% respectivamente. E apenas 2,8%, o equivalente a um sujeito que não respondeu.

Tabela 4. Auto identificação dos/das entrevistados/das segundo cor

Grupo Racial	NR	%
Branco	09	25
Mulato	09	25
Negro	05	11,1
Amarelo	05	11,1
Moreno	05	13,9
Parda	03	8,3
Não especificou	01	2,8
Não respondeu	01	2,8
Total	36	100

Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

Na tabela 4 viu-se a auto identificação dos/das entrevistados/das, segundo a cor.

Inicialmente 4 pontos nos chamaram a atenção: 1) a ausência de pessoas que se auto identificaram como indígenas; 2) o expressivo número de entrevistados (5) que se auto declararam como negros; 3) o quantitativo importante dos que se auto declararam amarelos (5) e 4) a ausência de pretos. Do total de respostas para este quesito temos que 17 optaram por responder utilizando categorias de natureza censitária, sendo 09 brancos, 05 amarelos e 03 pardos. Um total de 14 pessoas optaram por fazer uso de categorias nativas, sendo 09 mulatos e 05 morenos.

A título de discussão enfatizamos que na Paraíba a categoria censitária amarela, comporta-se, na grande maioria dos casos, como uma nativa, uma vez que no estado, de acordo com o censo do ano 2000 o percentual de amarelos não alcança 1% da população. Na presente amostra não foram encontrados descendentes de orientais, chineses, japoneses, vietnamitas, por exemplo, o que reforça o significado bem particular observado em nosso estado. Na mesma contagem populacional o percentual de pardos atingiu 56%, contra 42,6% de brancos. A comparação dos dados da presente na tabela, com os resultados finais do censo do ano 2000, apresenta profundas diferenças destacadas pelos itens 1, 3 e 4.

Em trabalhos que levantam as características de “raça”/cor/etnia é freqüente que categorias nativas como o mulato sejam somadas a censitárias como a parda e também ao auto declarados negros, que no total passam a constituir um grupo denominado de população negra (LOPES, 2004; SILVA, 2007).

No presente trabalho o grupo populacional foi constituído pela agregação de mulatos, negros, morenos e pardos que passam a constituir a população negra formada por um total de 22 pessoas, ou seja, 58,3% do total de entrevistados. Embora grande parte dos números levantados no que se refere a cor das pessoas entrevistadas em comparação com os números do IBGE, encontramos, que na contagem oficial da população, a soma de pardos e negros,

representa 56,2%, ou seja o maior grupo populacional do estado da Paraíba. Valor este que se aproxima do obtido no presente trabalho, ou seja 58,3%. Um maior número de pessoas negras também foi encontrada por Silva, Araújo, Barbosa (2006) e por Silva e Fonseca (2010).

A introdução da variável ‘raça/cor’ corresponde a uma questão que vem sendo muito discutida, debatida e reivindicada pelo movimento negro, bem como por estudiosos da saúde da população negra para que seja incluída nas diversas estatísticas oficiais realizadas no Brasil, em virtude de melhor conhecer o público o qual realmente ainda hoje é pouco visível. Essa atitude foi por muito tempo considerada uma medida discriminatória e/ou racista, por este motivo demorou ser inserida como dado estatístico destacável no contexto brasileiro (GIOVANETTI et al, *apud* SILVA, 2009).

Conhecermos o perfil de nossa população entrelaçado/recortado pelas informações de “raça”/cor é de profunda importância pois: “Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer” (LOPES, 2005, p.18).

Em pesquisas realizadas com americanos africanos (LEVIN, 2005) foi encontrada evidência de conexões interessantes entre a religião, a saúde mental e a raça entre eles. Observou-se também no período dos anos 70 até meados do século XXI, uma conexão entre raça e diagnósticos psiquiátricos. Isto corrobora, quando adentramos em um Hospital Psiquiátrico da própria capital da Paraíba, vê-se um percentual maior da população negra que está interna em comparação com a população branca.

Tabela 5. Possui Religião?

Possui Religião	NR	%
Sim	32	88,9
Não	04	11,1
Total	36	100

Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

Na Tabela 5, a amostra quanto às denominações religiosas investigadas, o percentual dos entrevistados verbalizam possuir religião em 88,9% e 11,1% afirmaram não possuir religião. Religião exposta aqui como sendo aquela professada e exercida pelos cuidadores/as estudados.

Tabela 6. Distribuição da amostra por a pessoa se considerar religiosa

Você se considera uma pessoa religiosa	NR	%
Sim	31	86,1
Não	04	11,1
Não respondeu	01	2,8
Total	36	100

Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

Pode ser visto na Tabela 6 o percentual dos entrevistados de 86,1% se considerara ser uma pessoa religiosa, e 11,1% disseram que não se consideravam uma pessoa religiosa. Incluí-se neste percentual três casos que evidenciaram possuir religião, embora não apresentasse a denominação de se sentir uma pessoa religiosa. E, 2,8% não expressaram sua opinião.

Esta variável foi elencada, especificamente, pelo fato de que, muitas vezes as pessoas declaram possuírem uma religião e, não se sentirem religiosas. Da mesma forma, pode acontecer o contrário; a pessoa pode se considerar uma pessoa religiosa, e não necessariamente pertencer a uma religião. Comparando as informações contidas na Tabela 5 com as da Tabela 6; percebe-se que uma pessoa se declarou ter religião, mas, não se autodenominou como uma pessoa religiosa.

Através das Tabelas 5 e 6 foi possível perceber o que Sandrini (2009) defendeu como que o religioso não pode ser procurado exclusivamente nas religiões, fora deste espaço emerge autêntica religiosidade. A religião seria a resposta e a pergunta na verdade seria a religiosidade. Quando a religião não promove mais nenhum alicerce às pessoas e às sociedades, torna-se inadequada e com o tempo tende a desaparecer. Foi o caso de um dos nossos entrevistados, declarou possuir uma religião e se auto definiu como não sendo uma pessoa religiosa. Provavelmente, esta pessoa não encontra mais sentido no seu exercício de sua prática religiosa, em sua doutrina, costume, ritos.

Tabela 7. Religião professada pelos entrevistados(as)

Denominação da Religião	NR	%
Católica	20	55,6
Protestante/Evangélico	10	27,6
Espírita	02	5,6
Testemunha de Jeová	01	2,8
Outra	02	5,6
Sem Religião	01	2,8
Total	36	100

Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

Na Tabela 7, a amostra em relação à religião houve a presença predominante das religiões cristãs pelos familiares/cuidadores: discriminadamente com 55,6% católicos; 27,6% protestantes/evangélicos; 5,6% espírita; 2,8% testemunha de Jeová. Com 5,6% outra denominação religiosa: sendo um percentual de 2,8% afirmou ser pertencente à religião denominada Congregação Cristã do Brasil e 2,8% definiu “a minha religião é Jesus que está onde eu estou” (fala do sujeito entrevistado - sic). Ainda um sujeito (2,8%) declarou não ter religião.

Importante ressaltar que no questionário sócio cultural e religioso que foi aplicado constavam outros itens de múltipla escolha ligados a outras religiões, a exemplo; da umbanda (religiões afro brasileiras), da religião judaica e religião oriental.

Dalgalarro (2009) afirmou num dado extraído da Tabela 7 de que as religiões, além de possuírem uma condição incurável, caracterizaram-se ao longo do tempo como um espaço extremamente mutável, de um determinado contexto cultural para outro, de um acurado tempo histórico para outro. Foi visto essa reflexão na pessoa que se declarou possuir a religião denominada Congregação Cristã do Brasil, terminologia nova dada a um tipo de religião, que foi sendo constituída ao longo dos tempos.

Existem vários tipos de religiões: animistas, manistas, reencarnacionistas, matriarcas, patriarcais, politeístas; religiões que se apresentam com pouca mística, religiões com infernos e céus e religiões sem a definição clara da sobrevivência da alma após a morte.

A religião foi apresentada aqui como um fenômeno social universal. A maioria possuía religião, marcados por menos crenças mágicas ou fé em uma transcendência, do que pela oposição fundante entre o sagrado e o profano.

Tabela 8. Faixa etária dos cuidadores/familiares

Idade em anos	NR	%
De 22 a 32 anos	07	19,7
De 33 a 43 anos	19	52,8
De 44 a 54 anos	06	16,4
De 55 a 65 anos	04	11,1
Total	36	100

Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

Na Tabela 8, ilustra a faixa etária variante de 22 a 65 anos de idade. Dentro desta amostra verificou-se a predominância entre as faixas de 33 a 43 anos com 52,8%. Em seguida, as faixas de 22 a 32 anos com 19,7%. Mostra-se totalizando essas duas faixas, que os

familiares/cuidadores são adultos jovens. E com menor incidência as faixas de 44 a 54 anos com 16,4% e, subseqüentemente, a faixa etária de 55 a 65 anos com 11,1%.

Tabela 9. Nível de instrução dos(as) entrevistados(as)

Nível	Condição	NR	%
Ensino fundamental	completo	11	30,5
Ensino fundamental	incompleto	9	25
Ensino médio	completo	6	16,7
Ensino médio	incompleto	9	25
Ensino superior	incompleto	1	2,8
Total		36	100

Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

Na Tabela 9, nota-se a prevalência do nível de escolaridade dos sujeitos mostra que 55,5% estudaram até o ensino fundamental completo e incompleto. Entre os cuidadores/familiares, haviam estudado até o ensino médio um total de 41,7%. Apenas uma pessoa apresentou estar cursando o ensino superior. Segundo dados apresentados congregam-se a maioria dos sujeitos com baixa escolaridade.

No demonstrativo das Tabelas 9; 10 e 11 mostraram o que foi dito anteriormente pelo relatório concluído pela Organização Mundial de Saúde no ano de 2001 e que pôde ser visto, o percentual de 90% dos países no mundo não possuem políticas públicas de saúde mental voltadas para a infância e juventude, dos quais, a população mais carente era a população de baixa renda, conseqüentemente sem acesso a um nível de escolaridade benéfico.

Em sua grande maioria os cuidadores/as do CAPSi são advindos de classes populares. Por isso, o maior interesse que a política de saúde mental fosse encarada como prioridade pública, pois as famílias estavam adoecendo, por não ter tido a oportunidade de serem beneficiadas por uma boa política de assistência em saúde mental.

Viu-se, também, que grande parte das pessoas pesquisadas, apresentaram pobreza como sendo não apenas uma falta de dinheiro e/ou de bens materiais, mas, incluí-se aqui a falta de recursos sociais e educacionais, como por exemplo: a falta de emprego, o baixo grau de instrução das pessoas, falta de moradia, investimentos em programas de emprego e renda e outros. A gestão municipal neste sentido mostrou que fez bons investimentos no tocante à implantação de serviços substitutivos de saúde mental voltadas para a inclusão social da população de baixa renda.

Tabela 10. Distribuição da amostra dos Familiares Economicamente Ativos

Familiares/cuidadores que trabalham	NR	%
Sim	18	50
Não	18	50
Total	36	100

Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

Na Tabela 10, no que engloba os sujeitos economicamente ativos, verificou-se que houve uma divisão equânime do percentual dos sujeitos que trabalham com 50%, da mesma forma com 50% dos familiares/cuidadores entrevistados referindo-se àqueles que não trabalham. Aqui estão englobados os que atualmente se encontram na categoria dos aposentados e, que se apresentam como mantenedores das despesas financeiras do lar.

Esse dado é muito significativo, uma vez que, muitos dos familiares vão aos serviços uma vez por semana juntamente com seus filhos e filhas, por não terem o valor financeiro para custear sua passagem mais de uma vez por semana. A consequência disso, em alguns casos, é o comprometimento do tratamento de seu filho, pois se sugeria para ir mais vezes ao serviço, porém não tem como ser custeado esse custo.

Vale ressaltar, que todas as crianças e adolescentes admitidas no serviço CAPSi, possuem o direito de receberem a passagem de ônibus da Secretaria Municipal de Educação; parceria que já vem dando certo há algum tempo. Desta forma, no turno contrário ao horário escolar, as crianças fazem o tratamento no serviço CAPSi.

Tabela 11. Distribuição da amostra dos familiares por renda familiar

Renda Familiar	NR	%
Até 1 salário mínimo (até R\$ 510,00)	26	72,2
Até 2 salários mínimos (até R\$ 1.020,00)	05	13,9
Até 3 salários mínimos (até R\$ 1.530,00)	04	11,1
Até 5 salários mínimos (até R\$ 2.550,00)	01	2,8
Total	36	100

Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da Religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

Na Tabela 11, a renda familiar apresentada pelos sujeitos entrevistados com 72,2% expressaram receber até 01 (hum) salário mínimo. Dentro desta variante, englobam-se três casos de familiares/cuidadores que são beneficiados com o Programa Bolsa Família; como fonte de renda, programa de auxílio financeiro ofertado pelo Governo Federal àqueles famílias que não possuem outro meio de sustento no valor de R\$ 112,00 (cento e doze reais)

para aqueles pais responsáveis que possuem no máximo três filhos. Dentro do questionário estava exposto o item de até 4 salários mínimos, porém não houve escolha por parte dos entrevistados.

Sucedem a frente, os resultados extraídos com a aplicação do instrumento; Escala de Atitude Religiosa, escolhido para averiguação do grau de religiosidade dos familiares/cuidadores. A técnica de análise empregada para a apresentação dos dados foi à utilização dos princípios e procedimentos da estatística descritiva. Por fim, subscrevem as falas das pessoas que participaram do grupo focal.

4.5 Resultados extraídos da Escala de Atitude Religiosa²⁹

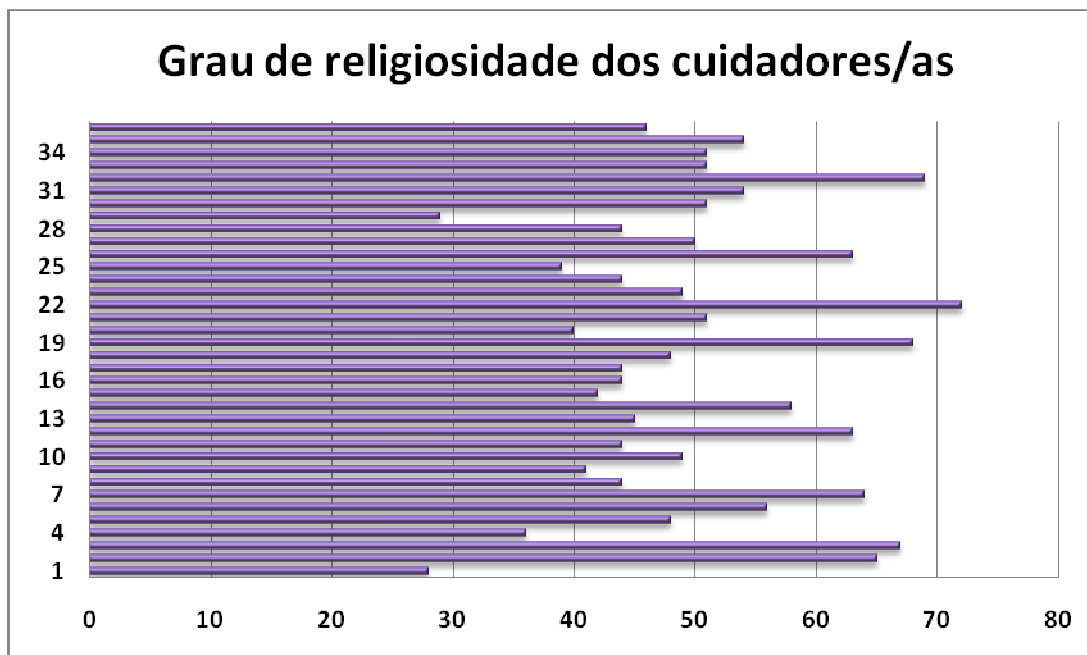
Nos estudos feitos nesta pesquisa foi possível perceber e compreender como a religiosidade se apresentou presente na vida dos cuidadores/as /familiares, tanto através da Escala de Atitude Religiosa, como na realização do grupo focal. Religiosidade aqui foi apresentada como a dimensão mais profunda da totalidade da vida humana. A busca pelo transcendente, àquilo ou àquele que ultrapassava a superfície da vida, o sentido único da existência. Religiosidade compreendeu na abertura, sobremaneira, a busca de sentido na vida.

Observou-se, em algumas repostas dos familiares/cuidadores/as, que apareceram práticas da interferência ou influência da religião/religiosidade nas tomadas de decisões, assim como, eles afirmaram, em sua maioria, acreditarem em uma força superior que lhe confere coragem para conduzir melhor suas vidas. Mostrou-se como lembrou Gruen (*apud* SANDRINI, 2009) e Boff (1999) que a religiosidade compreende em uma atitude dinâmica de abertura para a mais profunda experiência de dor, sofrimentos, alegrias, de fé, enfim, penetra dentro da raiz da vida dos seres humanos na sua totalidade.

A profundidade aqui encontrada foi a maturidade das pessoas religiosas diante das perguntas existenciais colocadas pelos autores Oliveria et al (2007): A Origem da vida? Qual o sentido da vida? Qual a finalidade da vida?.

²⁹ Instrumento elaborado originalmente em português; o questionário semi estruturado, denominado de Escala de Atitude Religiosa construído por Fraga, A. A., França, J. S., Aquino, T. A. A. (setembro, 2002). A Escala de Atitude Religiosa foi compreendida por 15 (quinze) itens. Michener, Delamater e Myers (*apud* Aquino, et al, 2009, p. 233) afirmam que as atitudes se caracterizariam através de três dimensões principais: o componente cognitivo, o componente afetivo e o componente comportamental.

Gráfico 1



Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da Religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”

No Gráfico 1 mostrou como se apresentou o grau de religiosidade dos familiares/cuidadores entrevistados na pesquisa. Oito sujeitos apresentaram alto grau de religiosidade, variando entre 63 a 72, destes, sendo 01 homem e 07 mulheres. Seis apresentaram terem estudado até o ensino fundamental, 06 são donas de casa, 05 vivem com uma renda de até 01 salário mínimo. Vinte e Três sujeitos apresentaram grau de religiosidade de mediano a alto e Quatro apresentaram baixo grau de religiosidade.

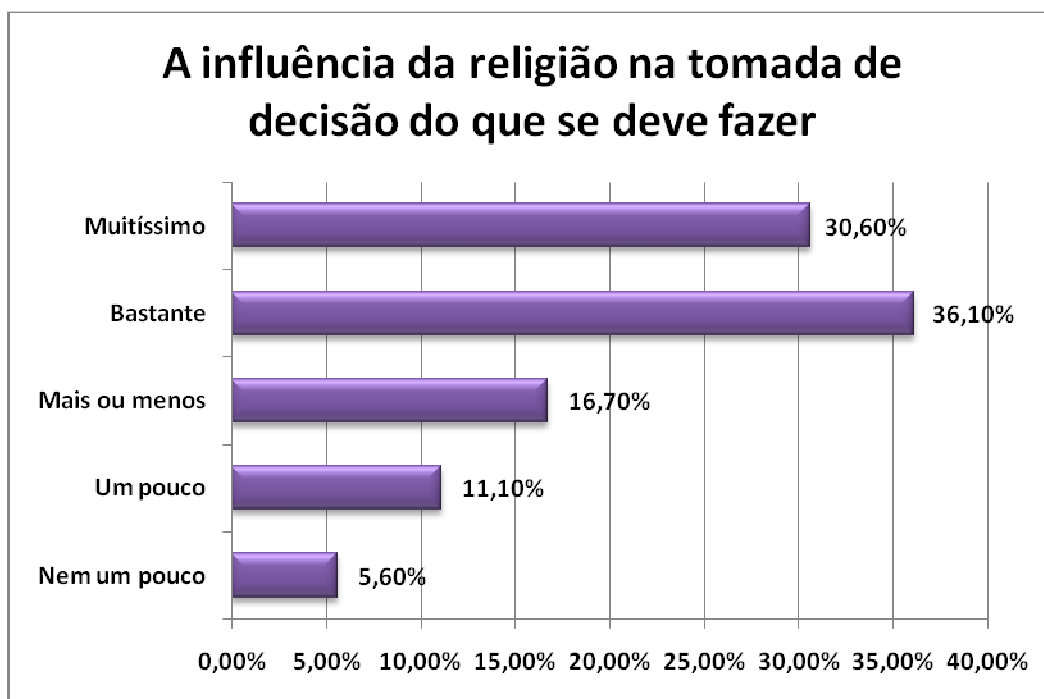
Os oitos sujeitos da pesquisa que mostraram alto grau de religiosidade demonstraram emitirem práticas de atitudes religiosas bastante consideráveis. E de uma forma geral, 32 dos entrevistados apresentaram um intenso traço cultural de práticas e atitudes religiosas.

As atitudes emitidas conscientemente pelos cuidadores/as/familiares na vida demonstraram a possibilidade que eles tiveram de fazer escolhas, tomar decisões, expor suas idéias e opiniões, entre tantas outras permeadas sob a influência de atitudes de práticas religiosas. Panzini e Bandeira (2007) já haviam afirmado que seres humanos são permeado por comportamentos, sentimentos e pensamentos que o influenciam para o enfrentamento das circunstâncias diante da vida.

Desta forma, percebeu-se que as atitudes de práticas religiosas dos familiares/cuidadores ocuparam um espaço considerável em suas vidas, e que no geral, se mostram estar influenciando inúmeras tomadas de decisões e na emissão de certos

comportamentos. Indicou, também, que essas atitudes de religiosidade permearam o seu meio social, seu ambiente e a relação deles com a natureza e com outro.

Gráfico 2



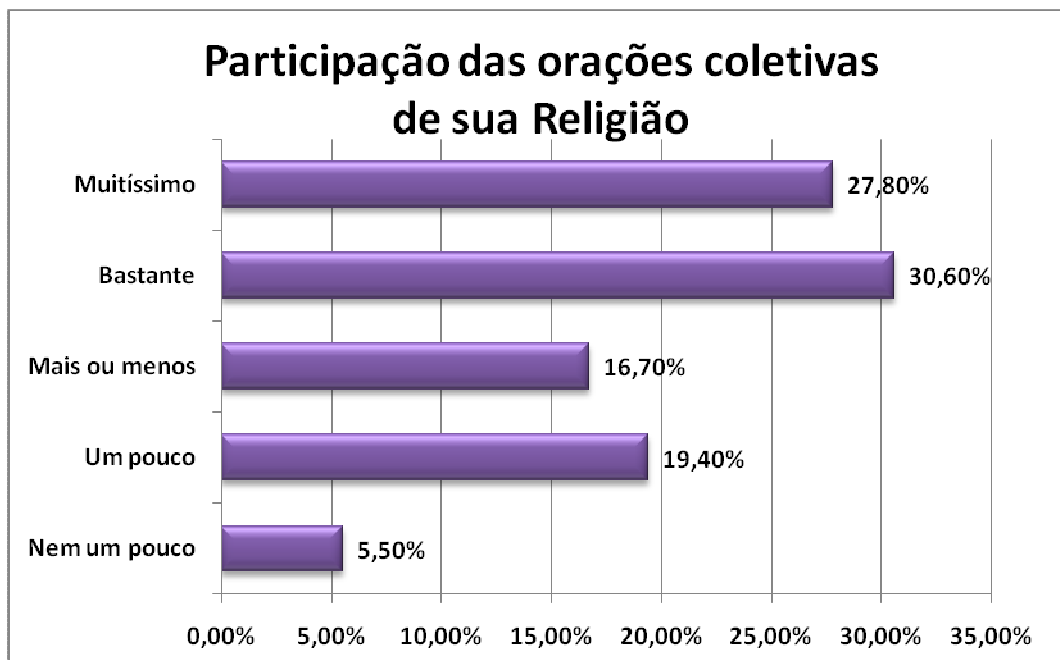
Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

No Gráfico 2 mostrou o percentual de 66% dos sujeitos entrevistados que demonstraram que a religião influenciava as decisões sobre o que eles deveriam fazer. Sendo que 36% escolheram no questionário o item Bastante e 30% o item Muitíssimo.

Para Pargment (*apud* FARIA, 2005) ele havia apontado que muitas pessoas atribuíam a Deus a colocação e a resolução de seus problemas ligados a saúde, ao tempo, que recorriam a Ele também como recurso cognitivo, comportamental e emocional para enfrentá-los da melhor forma possível.

Em virtude disso, no Gráfico 2 apontou que a religião se apresentou determinante, ou em outras palavras, a religião mostrou estar presente na vida da maioria dos familiares/cuidadores/as como uma função de suporte para eles, ajudando-os a melhor lidar com as experiências, fossem elas positivas ou negativas de suas vidas.

Gráfico 3



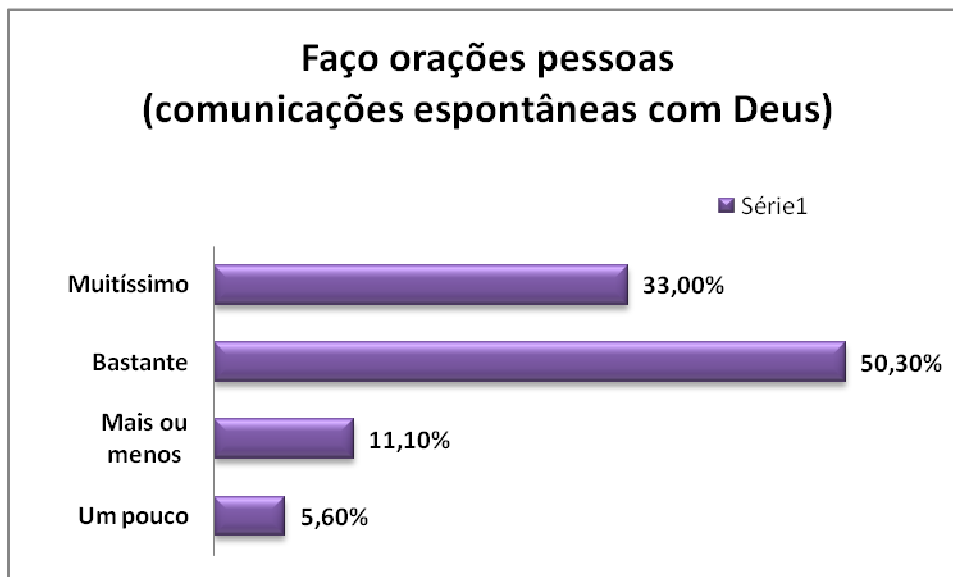
Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da Religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

No Gráfico 3, 59% das pessoas afirmaram participar de orações coletivas de sua religião. Sendo 31% escolheu no questionário o item Bastante e 28% o item Muitíssimo. Em seguida com 19% um pouco e 17% mais ou menos. Este Gráfico 3 demonstrou que os familiares/cuidadores/as exercitavam práticas religiosas.

A religião carrega algo de institucionalizado o que não existe no fenômeno da religiosidade. “Pode-se dizer que a religião é o instituído e a religiosidade o instituinte” (SANDRINI, 2009, p. 19). Religião é a realização socioindividual (em doutrina, costume, freqüentemente ritos) de uma relação do ser humano com o transcendente e o mundo a sua volta, e que se desdobra dentro de uma espaço na própria comunidade religiosa (SANDRINI, 2009).

Tanto nos Gráficos 3 como no 4 exibiram o que Panzini; Bandeira (2007) defendem que o exercício das práticas religiosas gera a capacidade de proporcionar alívio, consolo e conforto às pessoas que apresentam sofrimentos físicos e mentais postos pela vida; como também, dá significado aos problemas relevantes da existência humana, a busca de compreensão de si mesmo através do sagrado.

Gráfico 4



Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

No Gráfico 4 com 83,3%; os entrevistados afirmaram fazer orações pessoas (comunicações espontâneas com Deus). Sendo 50,3% escolheu no questionário o item Bastante e 33% o item Muitíssimo.

Para Sandrini (2009) a consciência de que o religioso não pode ser procurado exclusivamente nas religiões: nem tudo nelas é religioso; e fora delas também cresce e vinga autêntica religiosidade.

Gráfico 5



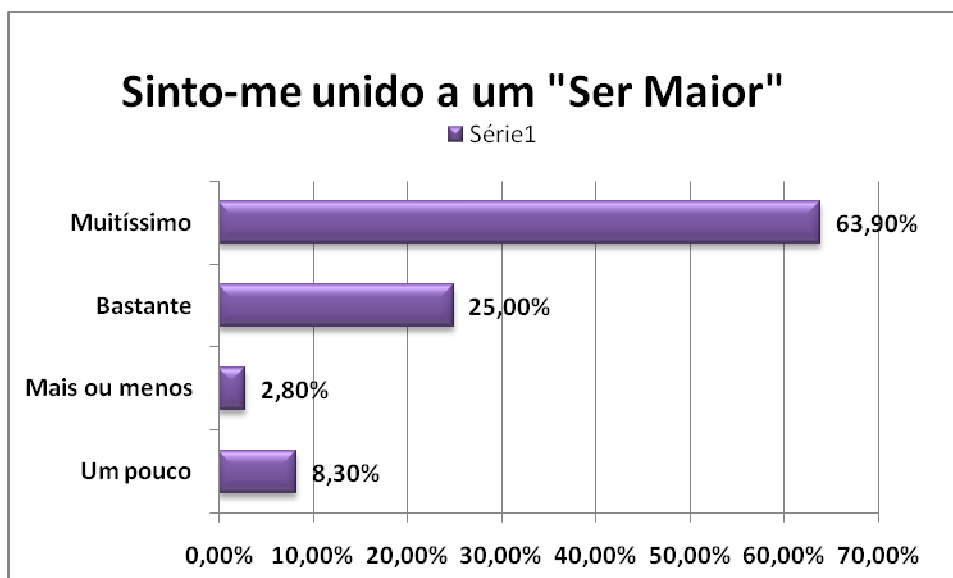
Fonte: Pesquisa “DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da Religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais”.

No Gráfico 5 os familiares/cuidadores asseguraram que quando eles adentravam numa Igreja ou Templo despertavam-lhes emoções; com 80,6% os entrevistados afirmaram que sentiam emoções. Para o item Bastante 50% e o item Muitíssimo 30,6% e ainda, 13,9% o item Mais ou menos.

A expressão da força de uma religião no indivíduo está sustentada pelos valores sociais que ao longo da vida ele adquiriu, dentre eles, os símbolos utilizados pelas diversas categorias religiosas demonstraram serem ingredientes fundamentais, o exemplo disto, corresponde o Gráfico 5, o qual os familiares quando se imaginaram dentro de uma Igreja ou Templo expuseram ter sentido determinadas emoções.

Ao longo de nossas construções históricas, a religião veio se fazendo presente no arsenal de valores sociais que foi passado através de símbolos, dos espaços físicos, no exercício de determinado ritual, estes, promoveram a concretude das crenças e valores de um povo despertando-lhes sentimentos e emoções diante de um lugar que revisitavam em suas memórias sensórias, lembranças; a vicissitude do sagrado, do transcendente (GEERTZ, *apud* AQUINO et al, 2009).

Gráfico 6



Fonte: Pesquisa "DE ONDE VEM MINHA FORÇA: Um estudo sobre a influência da Religiosidade dos/das cuidadores/as de pacientes com transtornos mentais".

Este Gráfico 6, indicou que 89% dos familiares/cuidadores afirmaram se sentirem unidos a um 'Ser Maior', dos quais, com 64% o item Muitíssimo e com 25% o item Bastante.

Ainda neste Gráfico 6 demonstrou, o que afirmaram Oliveira et al (2007) em relação as pessoas sentirem a presença de alguma força exterior ao humano que independe de

qualquer religião, era a ligação dele, enquanto ser humano, a um outro que era colocado fora dele. A busca interior por algo que vai além do que está apresentado na natureza e na vida.

No momento em que foi feita essa indagação aos familiares/cuidadores/as sobre o ‘Ser Maior’, percebi alguns deles, a expressão de seus olhos se reportarem ao ambiente e ao alto, como expressão de que este ser maior corresponderia a tudo aquilo que estivesse a sua volta, em seu entorno: as plantas, o céu, os homens e as mulheres, o espaço físico etc.

4.6 Realização do Grupo focal

O grupo focal ou, também, denominado grupo de foco foi uma conversa orientada realizada entre poucas pessoas com interesses ou características comuns. O propósito do grupo de foco foi testar hipóteses e revelar crenças e atitudes dos cuidadores/as em relação ao tema da religião/religiosidade, saúde mental e a influência da religiosidade dos/das cuidadores/as/familiares no tratamento ofertado pelo CAPSi aos seus filhos e filhas (RUDASILL, *apud* GOMES, 2002).

A elaboração de um roteiro a ser seguido pelo moderador (ou pesquisador) está relacionada com um bom nível de estruturação do grupo. A diretividade assegura o foco no tema, mas pode inibir o surgimento de opiniões divergentes que enriqueceriam a discussão. A flexibilidade facilita a interação do moderador com os grupos, pois cada um deles apresenta uma dinâmica diferenciada exigindo maior ou menor diretividade do pesquisador (RESSEL et al, 2008).

Desta forma foi construído um roteiro norteador. Para testá-lo foi aplicado previamente, com três cuidadores/as primários que não participaram do grupo focal, para que fosse feito os ajustes necessários no tocante à linguagem e entendimento do que queria ser alcançado. O roteiro norteador consta no ANEXO 5.

O tamanho do grupo foi outro aspecto que se destacou. Gondim (2002) nos trouxe a idéia de que o grupo poderia variar de quatro a 10 pessoas, de sete a 12 pessoas, de seis a 10 pessoas, isto dependeria do nível de envolvimento do assunto emitido por cada participante.

Desta forma, foi feita a composição de 07 membros, porém, no dia, por motivos maiores, dois deles; no período da noite, afirmou que não poderia ir, pois teria que levar a mãe ao hospital no dia seguinte, pois se encontrava doente. E a outra pessoa foi ao serviço pessoalmente comunicar que não estava se sentindo bem, e pediu desculpas por não poder

ficar. Em virtude disso achamos por bem realizar com os outros membros, na garantia da confiabilidade gerada e passada pela pesquisadora ao longo do processo da pesquisa.

Assim, ficou uma margem ainda boa de trabalhar. O grupo foi coeso, interagiu muito bem, despertou muito o interesse do grupo, em particular, as pessoas tiveram a oportunidade de falar mais espontaneamente. Outra contribuição, ainda, alcançada no grupo focal foi a obtenção de dados com certo nível de profundidade em um curto espaço de tempo.

Dentro do grupo focal, pode acontecer das pessoas sentirem-se potencialmente influenciadas a modificar o curso do seu pensamento, pelos comentários dos outros. “Muitas vezes as decisões são tomadas em conjunto, depois da troca de idéias, colocando as pessoas em situações reais de vida. Isso não seria possível de se conseguir utilizando-se a técnica de entrevistas individuais” (WESTPHAL, *apud* FERRER, 2007, p. 67).

Porém não foi o que se observou neste grupo. Nas palavras descritas pelas pessoas pesquisadas em suas falas, seus depoimentos, suas experiências emergiram com bastante transparência. As pessoas demonstraram estar mais a vontade para expressar suas idéias e opiniões de forma espontânea, uma vez que, as pessoas integrantes do grupo apontaram algumas características em comum, peculiares de homogeneidade.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada em um único momento. A amostra, como já foi dita anteriormente foi intencional, foram escolhidos/as os/as cuidadores/as primários que apresentaram grau de religiosidade variante do alto ao mediano, gerado a partir da aplicação da Escala de Atitude Religiosa, iniciou-se os contatos com aqueles/as cuidadores/as primários que apresentaram maior grau de religiosidade, e seguindo decrescendo até compor a equipe para a realização do grupo.

O grupo foi composto por 05 membros, sendo 04 mulheres e 01 homem. Desta forma, o grupo focal navegou pela seguinte composição de participantes (os membros foram denominados com nome de flores como garantia de seu anonimato):

	1) Gerbera, 41 anos de idade, divorciada, com 02 filhos, se autodenominou na cor morena, católica, se considera uma pessoa religiosa. Possui renda de até 02 salários mínimos, nível médio incompleto, dona de casa, mora com os dois filhos. Apresentou grau de religiosidade alto;
---	--

	2) Astromeia, 62 anos de idade, vivendo como casada, com 02 filhos, se autodenominou na cor branca, católica, se considera uma pessoa religiosa. Possui renda de até 01 salário mínimo, nível fundamental incompleto, aposentada, mora com a filha e o marido, faz tratamento psiquiátrico e utiliza medicamento controlado. Apresentou grau de religiosidade alto;
	3) Copo de Leite, 34 anos de idade, casada, com 02 filhos, se autodenominou na cor branca, católica, se considera uma pessoa religiosa. Possui renda de até 01 salário mínimo, nível médio incompleto, profissão agricultora e hoje é dona de casa, mora com os dois filhos e o marido. Apresentou grau de religiosidade intermediário;
	4) Crisântemo, 36 anos de idade, solteira, com 03 filhos, se autodenominou na cor branca, evangélica, se considera uma pessoa religiosa, nível médio incompleto, profissão doméstica e hoje é dona de casa, mora com os três filhos, possui renda de até 01 salário mínimo (sobrevive com o auxílio financeiro do Programa Bolsa Família ofertado pelo Governo Federal). Apresentou grau de religiosidade intermediário;
	5) Antúrio, 57 anos de idade, separado, mas vive com a ex esposa na mesma casa (ele cuida da esposa porque ela apresenta diagnóstico de transtorno mental grave), com 05 filhos, se autodenominou na cor amarela, católico, se considera uma pessoa religiosa, possui renda de até 01 salário mínimo, nível fundamental incompleto, profissão soldador, mora com dois filhos e a ex esposa. Apresentou grau de religiosidade intermediário.

O grupo focal foi áudio gravado, o que também constava no termo de consentimento livre e esclarecido. O grupo durou em média 3 horas, incluindo uma dinâmica de acolhimento e uma dinâmica de encerramento. O grupo foi conduzido pela pesquisadora e mais uma colaboradora; pedagoga com vasta experiência com trabalhos em grupos. A transcrição do áudio respeitou a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas.

O grupo focal realizou-se no mês de novembro de 2010, no próprio serviço CAPSi Cirandar, por facilitar o acesso aos familiares/cuidadores. Com o material obtido através das discussões foram construídas narrativas utilizando-se o referencial proposto por Di Chiara, Westphal, Robert King Merton, Gomes, e outros, dando-lhes um caráter interpretativo dos dados colhidos com foco nos objetivos propostos nesta pesquisa.

Ao iniciar o grupo focal a pesquisadora explicou novamente a respeito do objetivo da pesquisa e de como se desenvolveria a reunião do grupo. Após a aplicação do roteiro norteador de forma dialogada, foram avaliados minuciosamente as falas de todo/as, e tentou-se relacionar ao arcabouço teórico junto as práticas vivenciadas com as diversas falas expressas pelos cuidadores/as.

O roteiro norteador não se resumiu à quantidade de questionamentos, mas à qualidade da elaboração e da aplicação, de acordo com os objetivos prévios. Nesse sentido, foi possível também, por meio da observação atenta, manter a discussão em foco, aprofundando, esclarecendo e solicitando exemplos aos participantes.

O grupo focal dialogou sobre o tema religião/religiosidade, saúde mental, influência da religiosidade dos familiares/cuidadores no tratamento de seus parentes que faziam tratamento no serviço substitutivo - Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil da cidade de João Pessoa. Essa técnica possibilitou um bom processo de interação grupal, resultado visto com a elucidação dos dados que foram extraídos.

O problema que foi investigado: Como a religiosidade dos cuidadores/familiares de pacientes com transtornos mentais poderia influenciar o tratamento ofertado pelo serviço CAPSi? A pergunta norteadora central presente no roteiro pré programado correspondeu a: ‘Você acredita que sua religião lhe influencia (ajuda) para melhor suportar este problema do seu filho (a)? E o que tem dentro de você que não a (o) faz desanimar?’ e ‘Você pede ajuda a um ser superior (Deus) para que seu filho (a) fique bom?’.

Abaixo foram descritos os passos seguidos na condução do grupo focal:

1. Definido o local, horário, dia, com duração em média de 2 horas;

2. Na véspera do encontro do grupo focal, confirmou-se novamente, via telefone, o horário e o local do encontro, no sentido de estimular a presença de cada participante;
3. Houve preparação especial do local; agendamento prévio da sala (iluminação, ventilação, cadeiras estofadas, espaço adequado para a realização das técnicas), manutenção do gravador (pilhas e fitas cassete), seleção e preparo antecipado do material específico para o encontro;
4. Foram utilizados no espaço físico: músicas relaxantes e um lanche para ser degustado ao longo do encontro;
5. O objeto do trabalho foi o cuidado com essas pessoas que se prontificaram a estar ali;
6. Foi feita a formação em círculo, permitindo que todos interagissem face a face, um com o outro, o bom contato visual. A moderadora e a colaboradora sentaram-se em lugares que possibilitou uma comunicação não verbal, por meio do olhar;
7. Foi possível sentir que todos os cuidadores estavam a vontade para expressar seus sentimentos e concepções a respeito da temática;
8. Ao final do encontro, foi feito uma síntese dos depoimentos, oportunizando um último espaço aos participantes para acrescentarem, esclarecerem ou mudarem alguma idéia referida na discussão, e se expressarem como se sentiram;
9. Encerrou-se com agradecimentos finais e com uma dinâmica de encerramento de forma criativa, alegre e sem censuras;
10. A colaboradora teve papel fundamental também na realização do grupo focal, pois a mesma exerceu papel de observadora dos comportamentos e expressões não verbais emitidas ao longo do encontro. Além de ter proporcionado apoio logístico na operacionalização do encontro, ela ficou atenta aos sinais e registrou-os no diário de campo da pesquisadora.

Ao término do grupo focal a pesquisadora e a colaboradora trocaram idéias e avaliaram o encontro. Realizaram algumas sínteses por parte das duas, retomando o foco da discussão e confirmando informações.

Neste trabalho, o interessante foi procurar falar pouco e ouvir mais, fazendo intervenções apenas quando fosse necessário, para manter o debate focalizado.

A catalogação das informações foi realizada através das leituras dos depoimentos, que consistiram na ordenação e categorização dos dados, a partir do destaque de temas ou padrões recorrentes de forma indutiva.

As categorias de análise foram agrupadas por afinidade a partir da composição dos temas descritos pelos participantes. Fez-se também uma releitura dos depoimentos dos/das

cuidadores/as com a intenção de tentar entender suas falas, tendo como norte, as hipóteses e inferenciais feitas a partir do referencial teórico estudado previamente.

4.7 “A religião está presente na minha vida em todos os momentos, no adormecer e ao despertar, até no abrir de uma rosa [...]” - A descrição das narrativas

A realização do grupo focal, para mim, foi um momento de extremo crescimento, pois percebi como foi interessante observar a efetiva participação dos/das cuidadores/as, sua vontade de colaborar com a nossa pesquisa. Não se sentiram envergonhados com nada. Vi nos olhos de cada um o imenso brilho e a inteira sinceridade dos fatos expressados por eles/elas em suas palavras. Até mesmo o único homem do grupo não se sentiu inibido de falar de suas questões mais intrínsecas.

Senti-me naquele momento como uma pessoa imersa dentro de uma experiência em que eu estava aprendendo muito. Vislumbrei a alegria em cada instante com aqueles cuidadores/as através de suas falas de sofrimento e de superação de suas dificuldades.

No caminhar das palavras expressas pelos/as cuidadores/as/familiares, emergiu dentro da minha imaginação várias lembranças: as leituras que havia feito ao longo das minhas experiências pessoais e práticas, dentro do campo da psicologia; os resultados de outras pesquisas a respeito das temáticas da saúde mental, religiosidade e influência da religião na vida das pessoas, de forma muito concreta. Ter tido a oportunidade de vivenciar esta experiência, in loco, a respeito de discussões que há muitos anos me causavam interesse em estar aprofundando, foi para mim uma experiência imensurável.

Naquele momento, mesmo conduzindo um debate focalizado, assumi um papel de incentivadora das falas daquelas pessoas, para que elas pudessem expressar de forma espontânea as idéias que elas tinham a respeito dos questionamentos que estavam sendo feitos, ao tempo, em que eles colocavam também seus exemplos de vida, as formas utilizadas para se sobressair dos sofrimentos.

Lembrei-me do que o professor Adalberto Barreto (2010, p. 04) subscreveu em um de seus livros *Cuidando do Cuidador*: “Nada lhe posso dar, que já não exista em você mesmo. Não posso abrir outro mundo, além daquele que há em sua própria alma. Nada lhe posso dar a não ser a oportunidade, o impulso, a chave. Eu ajudarei a tornar visível e isso é tudo”.

Na certeza das palavras de Barreto notei que à medida que as pessoas sentiram aquele espaço como seguro, para alocar suas experiências, percebi no final, após avaliação do

próprio grupo, que deveriam existir mais espaços daqueles em que eles pudessem dividir e aprender com as vicissitudes dos outros que vivenciaram (e vivenciam) histórias de vida similares.

Agora, com prazer e satisfação, segue abaixo algumas das descrições das idéias, opiniões, sentimentos dos/das cuidadores/as/familiares estruturados em três sub tópicos das temáticas que foram abordadas: a) primeiro, a respeito do contexto da saúde mental (e o modelo de atenção a saúde de base substitutiva ao hospital – o CAPSi Cirandar); b) segundo, a respeito da temática religião/religiosidade e, c) terceiro, a influência da religiosidade nos familiares/cuidadores de pacientes com transtornos mentais ofertado pelo serviço substitutivo de saúde mental da cidade de João Pessoa/PB, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Cirandar.

1º “Aqui é um pedacinho do céu”: CAPSi Cirandar

“Aqui é um pedacinho do céu” – Foi assim que ‘Copo de Leite’ denominou o CAPSi.

Se o cuidado à saúde mental no geral foi considerado desafiador, a atenção a saúde mental das crianças e adolescentes foi visto ainda mais, à medida que, há pouca quantidade de espaços especificamente preparados para acolher tal demanda. Isso aumentou a responsabilidade dos municípios, de maior porte, no tocante a incluírem nos seus programas estratégicas ações voltadas ao atendimento desse público em especial.

O desafio da consolidação de estratégias de atendimento às crianças e adolescentes não podia ser desculpa para a não concretização de projetos e políticas públicas para tal população. Ao contrário, tais obstáculos precisaram ser vencidos, uma vez que a atenção e o cuidado à saúde mental das crianças e adolescentes, podia evitar maiores transtornos em idades posteriores.

A experiência acumulada pelo serviço CAPSi que já funcionava segundo a lógica da atenção diária e extra hospitalar indicou que as possibilidades de tratamento e estabilização das patologias da infância e adolescência foram ampliadas quando o atendimento teve início quando começaram a aparecer os primeiros sinais de sofrimento psíquico.

Assim, o CAPSi se apresentou nesta conjuntura pública de saúde como um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com algum comprometimento psicológico ou psiquiátrico. Estão incluídos nesta categoria os portadores

de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, apresentavam estarem impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

O serviço CAPSi Cirandar, segundo as falas dos próprios cuidadores/familiares despertara a confiança deles no serviço, na equipe de profissionais e no tratamento ofertado para seus filhos e filhas. Segue abaixo a fala de ‘Copo de Leite’ quando ela levou sua filha ao serviço CAPSi:

[...] porque eu costumo dizer que depois que eu conheci o CAPSi, isso aqui é um pedacinho do céu aqui na terra. Porque a gente chega aqui, como eu cheguei, totalmente desperdiçada, [...] vinha despedaçada, muito sofrida. Quando eu cheguei aqui eu recebi palavras de carinho, todo o momento eu ouvia, tenha fé em Deus que passa, naquela hora, a gente até pensa assim, eu acho que fica pior do que tá. [...] Minha filha, na primeira semana que entrou aqui, ela tomava 5 comprimidos de um só, hoje ela toma uma bandinha de 05 miligrama, sabe?. Ela tomava 05 de 25 miligrama, hoje ela toma uma banda, quer dizer, ela tá quase sem medicação, agora é só o controle e o risco dela ter uma crise como aquela teve é zero (Copo de Leite).

A priorização pela implantação do CAPSi, parte integrante da Rede Substitutiva de serviços de saúde mental, demonstrou uma conscientização ampliada, por parte da gestão municipal, das necessidades dos pessoenses em lidar com questões atreladas a uma sintomatologia agravante da saúde mental nos tempos modernos: stress, ansiedade generalizada, depressão, alcoolismo, exaustão mental, entre outros agravantes patológicos, dada a importante para o desenvolvimento de uma vida mais saudável.

Outra fala dita a respeito da importância que o serviço CAPSi promoveu na vida de ‘Crisantemo’:

Eu não sei o que seria de mim, que desde de que cheguei aqui, que devido a esse problema que aconteceu com meu filho, [...]fui encaminhada aqui para o CAPSi, é... importante o CAPSi[...] (Crisântemo).

O hospital psiquiátrico há muito tempo se mostrou obsoleto, bastante oneroso e pouco resolutivo para a clínica psiquiátrica no geral, e para o público infantil, este, tem se mostrado ainda mais inapropriado. Nesse sentido houve uma real necessidade de que os transtornos mentais fossem tratados, desde as primeiras ocorrências de suas crises, em espaços abertos e de assistência não hospitalar. Segue abaixo as falas de ‘Astromeia’, ‘Copo de Leite’ e ‘Antúrio’ a respeito do que elas compreendiam no tocante ao Hospital Psiquiátrico:

Eu acho que minha filha está sendo melhor tratada aqui, com certeza, do que em um Hospital Psiquiátrico porque eu já passei no Hospital Psiquiátrico, já fiquei no

Juliano, onde era o Hospital Dia, eu fiquei ali muitos anos, e via o tratamento lá do outro lado onde ficava, né, aquelas pessoas, aí eu acho que não tem futuro, eu acho que aqui (CAPSi) ela tá muito bem tratada, bem acompanhada, entendeu? Inclusive a Diretora pediu pra eu pegar uma declaração ou um laudo para saber trabalhar com ela lá na escola (Astromeia).

O hospital psiquiátrico não é um estabelecimento médico. Era antes de tudo uma estrutura semi jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decidia, julgava e executava o poderio do rei. Muitos lugares construídos para o internamento, eram espaços já estabelecidos dentro dos próprios muros dos antigos leprosários no fim do século XVII (FOULCAULT, 1978).

Nessas instituições serviam de depositários das misérias que se apresentavam na cidade. Preocupação declarada pela burguesia para pôr em ordem o mundo da miséria e toda uma prática equivocada cujo sentido era de isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vazios desde a Renascença mas repentinamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuros poderes para alojar os loucos, os doentes, as prostitutas, os desafortunados (FOUCAULT, 1978).

[...] eu nunca frequentei Hospital Psiquiátrico, mas na minha família, e na família do meu marido tem vários casos, e eu via parentes, até mocinha que vinham pro Hospital Psiquiátrico e chegavam com delírio, mas lembrava de alguma coisa e dizia que sofria muito. E, se a minha filha já estava sofrendo, não tinha pra que aumentar o sofrimento dela [...] (Copo de Leite).

A ascensão de um novo olhar para a saúde mental no Brasil trouxe forte o lema de combate a internação psiquiátrica em hospícios e asilos manicomiais, o que quer dizer, não a exclusão do convívio social das pessoas com sofrimento mental (MACHADO, 2005).

Os diversos atores que compunham o próprio SUS (Sistema Único de Saúde) se fizeram presentes, debatendo junto à sociedade os rumos das políticas públicas de saúde mental, concretizando-se a partir da Lei n.º 10.216, 06 de abril de 2001, que estabeleceu os direitos dos pacientes e regulamentou os critérios para as internações psiquiátricas.

O atual modelo de gestão pública da saúde mental preconiza a descentralização dos cuidados, bem como, uma proposta de assistência que se pautar por uma lógica extra hospitalar. A consolidação da rede extra hospitalar de assistência às demandas da saúde mental é acertadamente uma importante estratégia para democratizar e descentralizar as práticas da mesma (MERHY, 2008).

Veja abaixo o que ‘Antúrio’ expressa sobre a diferença entre o Hospital Psiquiátrico e o CAPSi:

Aqui (CAPSi) é 100% melhor. Porque aqui são poucas pessoas. E no Hospital Psiquiátrico eles colocam lá, chegam lá e vai jogando. Assim, eu digo porque minha ex mulher, eu não quero mais internar ela. As vezes ele fica no CAPS, lá da Beira Rio, e lá é 24 horas, quando ela tá muito coisada, agente coloca ela no 24 horas tem direito a 15 dias. Mas para internar, eu prefiro deixar ela em casa, sofrendo em casa de que internar, porque todos aqui do CAPSi são 100% melhor do que lá, [...]. Nunca deixe internar, porque lá, eles dão choque, eles judia, você entra bom e sai doente. Ali é triste, eu digo porque sei. Porque conheço pessoas lá de dentro que disse a mim, e é verdade (Antúrio).

‘Antúrio’ expressou sua opinião frente a uma realidade que perdurou por muito tempo na história clássica; retrato de uma grande violência para com os seres humanos que apresentavam doença mental. Para controlar toda a loucura espalhada de forma feroz pelos insanos era-lhes aplicada uma punição em forma de socorro. Normalmente as pessoas eram mantidas acorrentadas às paredes e às camas. Em Bethleem, por exemplo; as loucas agitadas eram acorrentadas pelos tornozelos à parede de uma comprida galeria; utilizando apenas um tecido feito de lã.

Num outro hospital, em Bethnal Green, uma mulher era sujeita a violentas crises de excitação: era então colocada num estábulo de porcos, os pés e as mãos amarrados; passada a crise, era amarrada na cama, protegida apenas por uma coberta; quando autorizada a dar alguns passos, ajustava-se entre suas pernas uma barra de ferro, fixada por anéis aos tornozelos e ligada a algemas através de uma corrente curta. [...] um homem que durante doze anos vivera nessa cela submetido a esse sistema coercitivo. As loucas acometidas por um acesso de raiva são acorrentadas como cachorros à porta de suas celas e separadas das guardiãs e dos visitantes por um comprido corredor defendido por uma grade de ferro; através dessa grade é que lhes entregam comida e palha, sobre a qual dormem; por meio de ancinhos, retira-se parte das imundícies que as cercam (FOUCAULT, 1978, p. 166-167).

É importante lembrar-se sempre que o dispositivo do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Cirandar e outros serviços substitutivos compreendem fundamentalmente uma concretização de um movimento há 20 (vinte) anos percorridos - a Reforma Psiquiátrica no Brasil - e que, em nenhum momento pode ser esquecido, ao contrário, é preciso ter a atenção e clareza da concepção de que tipo de trabalho encontra-se em amplo desenvolvimento na prática, da política que está sendo ampliada nos modos de tratamento agora ofertados para os usuários com sofrimento psíquico e seus familiares.

No relato das pessoas entrevistadas – nossas flores – pôde-se perceber que a mudança do espaço físico, do processo de trabalho dos profissionais, nas novas estratégias de cuidado: acolhimento, escuta qualificada, aceitação dos usuários como sujeitos de ação, possibilitaram a eles outra forma de encarar o tratamento de seus filhos e filhas. Espaço permeado por esperança e resgate da auto estima de toda a família.

2º “A religião está presente em todos os momentos da minha vida”: Religião e religiosidade

Os familiares cuidadores/as da pesquisa demonstraram em seus discursos uma busca constante por Deus, através de sua religião, com intuito de aliviar de alguma forma seu sofrimento. No momento das dificuldades, do desespero de seus filhos e filhas adoecidos mentalmente, com necessidade de cuidado. Pareceu em seus discursos uma busca muito potente pelo religioso. Para eles o religioso se mostrou como fonte de força interna na tentativa de superar suas adversidades; não só em relação aos sofrimentos psíquicos de seus filhos e filhas, mas em relação em tudo na vida. Parece ser algo marcadamente recorrente na experiência deles. Veja abaixo o discurso colocado por ‘Copo de Leite’ a respeito disso:

A religião está presente na minha vida em todos os momentos no adormecer e ao despertar, até no abrir de uma rosa, eu gosto muito de planta, no abrir sair a noite e no outro dia virou uma rosa, ali só Jesus, não tem explicação, e no demais eu sinto pela força, pela fé, a gente tem mais força para enfrentar os problemas, a gente tem mais força quando acontece alguma coisa quando tá em uma situação difícil, mas a gente lembra, mas vai passar, porque Deus não quer isso para mim e Ele vai tirar. E com 5 ou 8 dias você lembra daquele problema, e aí ele passou, aí é que você tem realmente a certeza, de que o amor que você tem por Deus, a fé, a obediência, e tudo aqui ali foi obra de Deus (Copo de Leite).

Soeiro et al (2008) na conclusão de seus estudos sobre a religião e transtornos mentais afirmara que é possível que pessoas sem religião sejam também aquelas com uma pior rede de apoio social ou, que por seu transtorno, se afastem da vida religiosa. A rede de apoio possibilitaria um melhor conforto à pessoa em sofrimento e que demonstra necessidade de cuidado. Esta defesa de Soeiro não pôde ser afirmada nas falas dos cuidadores/familiares que participaram desta pesquisa - em específico.

Ao serem indagados sobre a pergunta: ‘Que outros apoios você conta para ajudar com seus problemas com seu filho (a) que tem problema mental?’, todos eles demonstraram que primeiramente pediam ajuda à religião, à fé, a Deus, e só depois, procuravam outros apoios sociais.

Talvez isso se apresente em virtude deles não terem muito apoio para o enfrentamento de seus problemas, a exemplos: recurso financeiro, apoio de familiares, amigos, que os compreendam. Desta forma, eles disseram se sentirem mais seguros atribuindo a força divina uma alternativa para ajudar-lhes a conduzir suas dificuldades. Veja abaixo o discurso colocado por ‘Crisântemo’ no momento de maior dificuldade que teve com seu filho, a

mesma, não teve ajuda de seus familiares, nem suporte pedagógico e estrutural do colégio de seu filho:

Aconteceu um problema com meu filho no colégio, [...] e de lá pra cá, eu fiquei totalmente arrasada, eu chorava, eu não comia, não tive apoio da família, tive apoio de dois vizinhos, [...], primeiramente de Deus, né, na vida da gente, e depois deles, e da minha família, eu não tive apoio de ninguém. [...] Não tive apoio do colégio, pelo contrário, quando eu pensei que eles iam me ajuda, quando fui falar lá com eles, não acreditaram em mim, me recriminaram, tudo contra ele, dizendo que eu tô inventando conversa, e até hoje eu não sei o que fizeram com essa criança. (Crisântemo).

O envolvimento religioso descrito pelos familiares proporcionaram-lhes um senso de propósito e significado da vida, estes, estão associados a maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças mentais/problemas mentais desenvolvidos por seus filhos. Na verdade, o que foi muito observado é que a religião se apresentou como fator de proteção à saúde, sobretudo quando se fala da resistência e fortaleza que cada pai ou mãe precisa ter para auxiliar, ajudar, cuidar, zelar de seus filhos que necessitam de cuidado integral.

Nos discursos que sub escrevem abaixo, percebe-se a presença da religiosidade na vida dos sujeitos pesquisados. O que salva o ser humano não é a religião, mas o exercício da prática religiosa, da religiosidade no cotidiano da vida deles. Vê-se na fala de ‘Antúrio’ e ‘Astromeia’ a presença do fenômeno religioso.

De todas as maneiras, Deus é a criação, é a natureza, é o ar que a gente respira é Deus, agora a religião em si, não salva ninguém, religião é tudo uma coisa só. Tanto faz uma católica, como protestante, é uma coisa só. Agora eu acho que a natureza, Deus é a natureza, é a gente respira, planta, tudo (Antúrio).

Sim, acredito que sim, que em todas as religiões eu acredito que Deus está presente. Em todas as religiões. Seja ela qual for. [...] Cada um segue sua religião. Porque o Jesus ele é um só. Pra mim, religião é uma palavra muito forte (Astromeia).

A religiosidade popular se fez presente de maneira positiva nas falas de ‘Antúrio’ e ‘Astromeia’ (acima). Eles descreveram em seus dizeres o respeito por toda e qualquer religião que o ser humano professe. Vê-se o respeito à diversidade religiosa, a qual cada religião tem sua importância e significação singular. O Deus, o ser superior, o transcendente se manifesta em todas elas.

Jesus, assim, que me dá tudo força, para me fortalecer, para cuidar do meu filhos, cada dia mais eu busca mais, aprender mais. E sem Ele, não sou capaz de nada. Só com a ajuda Dele é que consigo superar as dificuldades do dia a dia (Crisântemo).

Deus no meu coração, e seu também que Ele está presente comigo, na minha casa, onde estou com certeza. E sempre ta com Ele, ta feliz. No meu dia a dia é maravilhoso porque Ele tá (Gérbera).

Alguns comportamentos como: gestos, palavras, atitudes e ritos, podem ser compreendidos como fenômeno religioso ou como a expressão da religiosidade. Trata-se do comportamento religioso enquanto fenômeno social. O fenômeno religioso pode ser expressão da busca de autêntico relacionamento com o transcendente (OLIVEIRA et al, 2007).

Para Libânio (*apud* SANDRINI, 2009. p. 19) a religião compreende em uma dimensão antropológica, estrutural do ser humano. Neste sentido, sempre haverá religiões que buscam responder a esta dimensão. Ele faz um trocadilho: “a religião responde à religiosidade, a religiosidade pede e provoca religiões”.

Isso corrobora quando os/as cuidadores/as não expressaram em suas falas diferenciação entre o que seria religião e religiosidade. Apresentou-se muito interligado uma com a outra, foi como ao falar de uma se buscava a outra.

Ainda para Sandrini (2009) a experiência religiosa se apresentou sob forma de intuição em vez da razão. O ser humano encontra na religião a ação de alguma coisa maior do que ele. Mesmo que nos dias atuais, a modernidade ou pós modernidade venha combatendo, uma grande parcela da população mundial não se deixou contagiar por esta visão e continua acreditando que a religião ainda continua se colocando nas vidas das pessoas como esperança para o mundo.

A prática religiosa, neste contexto, trouxe uma abrangência real de ser e estar no mundo com suas relações sociais. O exercício de práticas religiosas emitidos por alguns cuidadores/familiares possibilitou-os expressar e viver sua pessoa como um todo de forma integral.

3º “Eu nunca perdi a fé e a esperança”: influência da religiosidade dos/das cuidadores/as familiares

Foi muito observada, nas falas das pessoas, a presença do *coping*³⁰ religioso, defendido por Koenig. O termo *coping* define como sendo o uso de expressões cognitivas e comportamentais religiosos que viabilizam a resolução de problemas e previne ou alivia as conseqüências emocionais negativas de situações de vida estressantes. Em outras palavras, descreve o modo como as pessoas fazem uso de sua fé para lidar com o estresse e os problemas de vida.

Koenig et al averiguou em 225 estudos de pesquisas científicas mostraram associar as crenças e práticas religiosas com melhor saúde física e mental. Ainda em quase 850 pesquisas investigou outra afinidade: o envolvimento religioso está relacionado positivamente com alguns aspectos saudáveis da saúde mental: “maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos e menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias” (*apud* PANZINI e BANDEIRA, 2007, p.127).

Para Faria e Seidl (2005) ao abordar em seus estudos sobre religiosidade e enfrentamento em contextos do processo saúde *versus* doença encontraram que muito se observa que as pessoas atribuem a Deus, tanto, o aparecimento dos problemas de saúde em suas vidas, quanto, a resolução deles, seja através nos aspectos cognitivo, comportamental ou emocional. As estratégias utilizadas pelos seres humanos; sejam elas: cognitivas ou comportamentais, que viabilizem a resolução de problemas, de estresse, advindas da religião ou da religiosidade dessas pessoas, foram definidas por Tix e Frazier no ano de 1998 por enfrentamento religioso.

O enfrentamento religioso pulsionaria fortemente a vida das pessoas ao ponto delas conseguirem melhor lidar com seus problemas, sofrimentos, desafios e transições ao longo da vida, ultrapassando muitas vezes suas próprias capacidades. Desta forma, as crenças e práticas religiosas estariam inseridas neste processo de saber lidar com essas circunstâncias.

Vale lembrar que nem todas as pessoas utilizam de estratégias relativas à religiosidade no seu enfrentamento cotidiano, são mais empregadas por aquelas pessoas que possuem em seu arcabouço cultural crenças e práticas religiosas já presentes em sua vida.

³⁰ O *coping* religioso/espiritual (CRE), pouco estudado no Brasil, está associado à saúde e à qualidade de vida (QV) (PANZINI e BANDEIRA, 2007, p.126).

[...] eu tenho muita fé, acredito que em pouco tempo minha filha vai ficar curada. [...] Acreditar, ter força dentro e dizer: eu vou conseguir, eu consigo. [...] É o amor, a esperança é a fé, e é Jesus na vida da gente. Todo esse amor vem de Deus, não é da gente, para dar aquela pessoa que necessita (Astromeia).

Na fala de ‘Astromeia’, ela demonstra a relação existente entre a religiosidade, a religião professada dando-lhe subsídio para acreditar que a fé em Jesus, possibilitará que sua filha fique boa, saudável, fazendo o tratamento no serviço substitutivo – CAPSi.

Pargmant e Park (*apud* FARIA; SEIDL, 2005) vão além, e dizem que a religião pode se apresentar com várias funções aos seres humanos, dentre eles: a função de proteger o indivíduo da confrontação com a realidade; alívio, consolo; conforto; busca de significado para os problemas relevantes da vida; busca de intimidade; busca por compreensão de si mesmo e, ainda, busca pelo sagrado. Dentro desta defesa, a religiosidade apareceria como parte do processo de resolução dos problemas do outro.

Na fala de ‘Copo de Leite’ expressa sua confiança em Deus para resolver seus problemas ligados à sua filha que apresentava transtorno mental:

Eu aprendi que uma mãe na hora do maior desespero, ela pode dobrar os joelhos no chão, se ajoelhar e pedir a Deus, que ela é mais rápido para ela alcançar. Eu não tenho explicação de onde vem minha força, eu só posso dizer que vem de Deus. Além da fé, da força, tem o amor. Que o amor de mãe é acima de tudo. [...] e a mãe é um anjo que Deus coloca na terra para cuidar daquela criança quando ela vem ao mundo até ele se tornar adulto. [...] minha avó, [...] me ensinou que tudo que não vem de Deus a gente tem que deixar de lado. E hoje eu aprendi a lição (Copo de Leite).

A dimensão da religiosidade demonstrou influenciar as experiências de vida dela, ocupando um lugar de consolo, compreensão, bem estar, segurança, confiança nos três elementos básicos do tratamento: a família, o estado e o social. Mas para isso, antes de tudo, a presença da religiosidade na vida dessa mãe ‘Copo de Leite’ constituiu uma dimensão central na vida dela. Para ‘Astromenia’ suas atitudes religiosas, no geral, promoveu nela mais experiências humanas positivas do que negativas:

Eu peço. Eu não peço assim, algo que eu sei que não vou alcançar: riqueza, pedir móvel para minha casa, para pedir essas coisa assim, eu não peço. Eu peço assim; a saúde pra mim, pros meus filhos. E que Deus dê aquilo que meu filho precisa, trabalho, rezo pela minha família. Eu sei, que objeto, você não deve pedir. Acho que você deve pedir saúde e trabalho, não coisa material (Astromeia).

Já no que concerniu a uma atitude religiosa negativa para lidar com os problemas da vida, na fala de ‘Crisântemo’, logo abaixo, pode-se sentir, que Deus enviou-lhe o problema para ensiná-la alguma coisa de positivo, porém ela precisaria primeiramente sofrer e aprender algo de bom através desse sofrimento permitido por ele. A religião se apresentou aqui de sob efeito adverso, na saúde de seu filho, quando crenças/práticas religiosas foram usadas para justificar comportamentos de saúde que não foram benéficos para seu filho. A religião surgiu aqui para “Crisântemo” como uma punição de Deus. Expressa em sua fala tristeza, ao mesmo tempo foi Deus que enviou, ela teria que suportar. Pois Deus não mandaria algo ruim, se Ele não quisesse dar algo de bom para ela: “*mudar a vida*”.

[...] mas talvez tudo tem o porquê, Deus pode ter criado essa situação pra mudar a vida da gente, mas é, assim, eu não... Ele é o meu primeiro filho, [...] eu amo ele muito (Crisântemo).

Essa idéia expressa por ‘Crisântemo’ corrobora com o que Pargamant et al (*apud* FARIA; SEIDL, 2005) afirmaram a respeito de que a religião pode assumir diversas funções diferentes nos diversos estilos de solução de problemas das pessoas que vão variando conforme a atribuição de responsabilidade e do nível de participação da pessoa na resolução do problema. As autoras afirmam que existem três tipos de estilos de soluções de problemas são eles:

1º Estilo autodirigido: a responsabilidade da resolução do problema é dirigida ao indivíduo; e Deus é entendido como aquele que dará liberdade à pessoa a conduzir sua própria vida;

2º Estilo delegante: quando o indivíduo transfere tal responsabilidade a Deus, entendendo que as soluções dos problemas virão sob o esforço Dele; e o

3º Estilo colaborativo: este a responsabilidade é atribuída tanto ao indivíduo, quanto a Deus, ambos são percebidos como ativos e participantes na solução dos problemas. Exemplo do 3º estilo foi o que falou ‘Gerbera’; que tanto pede a ajuda de Deus, como a dos amigos e também, do serviço CAPSi:

Sim. Peço primeiramente a Deus. As vezes um amigo, um parente quando tá doente. Mas primeiramente Deus. E agora aqui (CAPSi), que tá me ajudando muito no tratamento (Gerbera).

Na fala de ‘Copo de Leite’, abaixo, Jesus é colocado como o 2º Estilo perpassando pelo 3º Estilo. Ela descreve que Jesus abriria as portas do caminho, porém as soluções não

iriam cair do céu, sem que ela pudesse fazer a parte dela. ‘Copo de Leite’ a todo o momento demonstra sua fé no ser superior, mas ao mesmo tempo, vai em busca de ajuda também, faz a sua parte para tentar solucionar sua dificuldade. Ela pede ajuda dos médicos, de outros profissionais da saúde, da família, do grupo religioso enfim, para com responsabilidade, solucionar as adversidades que se apresentaram em sua vida.

[...] Eu preciso levar essa menina pra um psiquiatra, médico de cabeça [...]. Desde o início que eu sentia muita dor, por ser incompreendida, por ver que minha filha clamava pro socorro, é um clamor silencioso [...]. Hoje, quando dá época da crise mesmo, eu vivia assim: Meu Deus a vida da minha filha, agora piorou, e como é que vai ser a minha vida por ela ser dependente de mim, até para eu ir pro banho, eu tinha que deixar alguém pastorando ela. E hoje, chegando no ponto, eu sou uma mãe muito feliz, porque eu vejo minha filha dormir bem, ela se alimenta bem, ela é muito amiga, ela é muito companheira, apesar de ela depender de mim pra quase tudo, né! Mas hoje eu vejo que ela tá tendo tratamento, hoje eu sei o problema que ela tem, todos na família, os amigos tem consciência do que ela tem, aí é que entra a fé, eu nunca perdi a fé e a esperança. Apesar de que eu sentia muita dor, muita tristeza, mas se eu tinha fé, hoje eu digo que eu tenho uma graça alcançada. Porque eu tô vendo que minha filha tá bem, e daqui pra frente ela vai só melhorar (Copo de Leite).

A superação das dificuldades enfrentadas por parte de ‘Copo de Leite’ foi dada pela força divina. A força interior a manteve sempre firme diante das adversidades, lhe auxiliando e lhe dando segurança para viver uma vida com esperança e fé em Deus. A maneira dela se relacionar com Deus por meio do exercício da fé, da esperança e da força de vontade, mostrou uma forma de melhor conduzir sua angústia, sua ansiedade, seu desespero, seu sofrimento, e que até aquele momento estava mais tranqüila em relação à sua filha.

“Rosa” (Cita o nome da filha) quando completou 01 ano eu percebi que ela era anormal. Eu percebi que ela não estava se desenvolvendo normalmente como as outras crianças, porque geralmente criança de 01 ano, ela já anda, ela já diz alguma coisa, conversa pelo menos Papai e Mamãe. E eu tinha amigos que tinha filhos da mesma idade e quando elas vinham na minha casa, que soltava as crianças, as crianças brincavam, tinha um cesto com brinquedo, derramava no meio da sala, e elas brincavam, “Rosa” não, ela pegava um brinquedo e ia pro cantinho, mas ela ia morder as mãos da boneca, arrancar os cabelos, ela destruía mesmo, e ela não andava, só se arrastava pelo chão, ela não falava, e ela só mamava (Copo de Leite).

Na história de vida de sofrimento vivenciado por anos descrito por ‘Copo de Leite’ (acima) em relação a sua filha mostrou que mesmo diante de tantos obstáculos, ela se manteve firme e esperançosa de que a situação iria melhorar, suas crenças religiosas proveram uma visão de mundo que lhe deu sentido positivo às experiências, suas crenças e práticas religiosas

evocaram dentro do seu ser emoções positivas, sua religião e o exercício dela lhe forneceu enxergar possibilidades frente às adversidades.

Eu só peço ajuda a Deus. Eu só tenho Deus. A ciência não acredita em Deus. Mas nem sabe que Deus é a ciência. Eu sou o homem e a mulher da casa. Se Deus me desse força, eu não. Eu tive uma depressão o ano passado, não quero para meu pior inimigo o que eu passei. Mas graças a Deus eu superei, joelho no chão. Hoje graças aqui (CAPSi), depois a Dra. “Margarida” e outras três (Antúrio).

Da mesma forma, o 3º Estilo, se mostrou presente na vida de ‘Antúrio’ (acima). O estilo colaborativo; a responsabilidade dele, dos profissionais de saúde, do serviço e principalmente da ajuda de Deus; sendo Deus considerado por ele como ciência. Todos juntos auxiliam a resolver os problemas e a melhor superá-los.

O exercício do *coping* religioso por ‘Antúrio’ foram descritos pela sua história de sofrimento dado a partir de sua própria experiência traumática do sofrimento mental – a depressão – mostraram que lhe deram conforto espiritual para nos de hoje declarar sua superação de dificuldades. Sua intimidade com Deus possibilitou-o a transformação de sua vida trazendo-lhe um bem-estar físico, psicológico e emocional, e um aumento de sua fé em Deus. Fé na própria ciência, pois para “Antúrio” um não está desatrelado do outro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado só pode ser demonstrado e praticado de maneira eficaz mediante as relações interpessoais. Para que o cuidado seja eficaz, deve promover a saúde como crescimento pessoal e familiar.
(WATSON, 2010a, s/p).

Os conhecimentos adquiridos ao longo da produção desta pesquisa de Mestrado através do Programa da Pós Graduação da Universidade Federal da Paraíba causaram em mim, em especial, uma grande realização pessoal e profissional, exatamente por entrelaçar duas dimensões formidáveis que muito me chamavam a atenção: os campos de estudos da religiosidade e da saúde mental e, também, a curiosidade de tentar entender um pouco essa relação destas duas temáticas, através do olhar dos cuidadores primários dos pacientes com transtornos mentais.

Apesar do número reduzido da seleção quando comparada à dimensão que compreende hoje o universo do campo de cuidado da saúde mental do município de João Pessoa, digo que foi plantada uma semente frutífera dentro do campo de atuação desta renomada Universidade, dentro do serviço substitutivo de Saúde Mental; no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil da cidade de João Pessoa, e também foram inseridas reflexões entre os cuidadores familiares que contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

Vale ressaltar neste instante, que apesar do serviço ter apresentado, no momento de seleção da amostra, um quantitativo maior a ser entrevistado, preferimos, em alguns casos, não inserir aqueles familiares que apenas deixava seu filho no local, ainda com a interpretação de que o CAPSi era um espaço similar a de um colégio.

Estes familiares ainda não tinham a compreensão da importância deles no processo de tratamento de seus respectivos filhos. Ou em virtude das mais diversas situações que a correria da vida se postava sobre eles, àqueles que não disponibilizavam de tempo não só para seus filhos, mas para eles próprios, pois estes eram obrigados a dar conta de estarem em seus empregos para subsidiar o mínimo necessário para viver.

A política nacional de saúde mental que, vigora hoje, trouxe uma postura de redirecionamento de práticas dentro do contexto da saúde pública ligada ao Sistema Único de Saúde. Na verdade; encontra-se na fase da infância; ou seja, a contar a partir do ano de sua regulamentação em 06 de abril de 2001, a Reforma Psiquiátrica Brasileira aniversariou neste ano de 2010 completando 09 anos de idade. Simultaneamente, ainda não está madura suficientemente, embora já tenha uma longa caminhada prévia a sua regulamentação permeada por dificuldades e limitações.

Percebeu-se que apesar da ampliação de serviços substitutivos, tratamento psicossocial e a oferta de cuidado diferenciado por parte da equipe de profissionais, vários pontos precisam

serem pensados, repensados e vividos, ao tempo que perpassam por uma caminhada existente seja em relação as questões culturais, preconceitos ainda presentes advindos da sociedade dos quais ainda vão permear por muito, muito tempo.

Os/as cuidadores/as selecionados foram aqueles que além de vir exercitando o cuidado com outro, necessitavam exercer o cuidado consigo próprio. Assim, foram trabalhados com os/as cuidadores/as que freqüentavam o serviço como parte principal no tratamento de seus filhos e filhas. Pois, estes familiares precisavam também, serem cuidados; eles vivenciaram muitas situações estressantes, de ansiedade, de medo, menos valia. Para isso, o serviço oferecia espaços de trabalhos com as famílias por entenderem que eles são peças fundamentais no tratamento de seus filhos e filhas.

O cuidado que tivemos foi de tentar aprofundar os casos dos familiares/ cuidadores/as que exerciam o cuidado, aqueles que emitiam mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, mas que também, demonstrassem uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com os seus filhos e filhas.

Lembro-me quando adentrei no serviço CAPSi já com o olhar de pesquisadora das Ciências das Religiões, pude perceber que na anamnese utilizada pelo serviço não constava o item: Qual sua religião? E qual não foi minha surpresa ao longo dos estudos, o quanto esta pergunta trazia em seu escopo sua importância no desenrolar do processo da construção do projeto terapêutico individual e coletivo para cada familiar que participava do tratamento psicossocial de seus filhos e filhas.

No que diz respeito à influência da religiosidade dos/das familiares/cuidadores/as de parentes com transtornos mentais que faziam tratamento no CAPSi, não se pode generalizar tais resultados encontrados pelo tipo de pesquisa que foi realizada. Todavia, este estudo mostrou que a religiosidade dos/das cuidadores/as estava presente no cotidiano de suas vidas, e religiosidade dentro de uma dimensão pessoal considerada como uma energia propulsora que movia os sujeitos da pesquisa ao encontro de si mesmo, a aceitação de sua totalidade enquanto indivíduo, em seus aspectos positivos e negativos, ou ainda, a religião como sendo uma função integradora do homem com o transcendente.

Neste sentido a religião, aqui foi entendida como um empreendimento pelo qual se estabeleceu um cosmo sagrado, ordenador da experiência e dotado de significado; já a religiosidade, foi vista como sendo a qualidade de religioso; disposição ou tendência para a religião ou as coisas sagradas, o qual influiu no comportamento pessoal dos cuidadores/as e conseqüentemente no tratamento de seus pacientes que apresentaram diagnóstico de transtorno mental.

Outros pontos interessantes que puderam ser elencados:

- A presença do fenômeno religioso e da religiosidade, do transcendente, do sagrado na vida dos familiares influenciando as tomadas de decisões;
- A força divina, espiritual presente dentro das pessoas como armadura e proteção para sobressair-se das dificuldades apresentadas pela vida, e em especial pelos problemas lidados a seus filhos e filhas;
- A religião como recurso utilizado por eles mesmos, os familiares, no intuito de alívio dos sinais e sintomas de sofrimento;
- Busca pelo sentido de vida através de suas indagações interiores, as quais as respostas eram advindas de Deus, da religião professada por eles, do grupo de oração, enfim da sua religiosidade.

Ao se abordar sobre o tema do religioso, viu-se a importância de enxergar o outro de forma integral, inteira, perpassando sua essência religiosa. Religiosidade como algo fundante dentro da construção da pessoa enquanto ser de poder, de direito, de liberdade, de expressão intrinsecamente humana.

Percebeu-se que trabalhar com a multiplicidade do tema da religiosidade envolveu na prática debates e discussões de natureza ideológica, política, de saúde, de cidadania, entre outros. O espaço do CAPSi, na realização do grupo focal foi um momento de boa oportunidade para entender melhor como essa dimensão da religiosidade se apresentou no andar a vida dos/das cuidadores/as.

Os familiares que participaram do grupo focal expressaram de maneira bem receptiva o seu compreender, sensibilidade, interesse em estar colaborando em algo do que lhe era muito familiar como falar sobre fé, Deus, religião, cuidado e saúde mental. No desenrolar das discussões demonstraram em vários momentos comprometimento e espírito de solidariedade, marcados por suas histórias pessoais e enriquecedoras.

Ter a certeza de que o tratamento desumanizado, excludente, animalesco, ofertado ainda hoje pelos hospitais psiquiátricos, manicômios, ‘prisões’ a crianças e adolescentes, filhas e filhos de cuidadores não vai se repetir com outras crianças e adolescentes, traz dentro de mim a certeza de que a Reforma Psiquiátrica está avançando dentro das mentalidades dessas famílias, dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo.

Isso me reporta a um caso que aconteceu ao longo de minha experiência atuante no campo da saúde mental, com uma paciente que eu acompanhava dentro do hospital psiquiátrico que havia sido abandonada, dentro do manicômio, quando ainda tinha 08 (oito) anos de idade. Uma criança que cresceu, amadureceu, envelheceu dentro de uma instituição

psiquiátrica, e que a todo instante expressava o desejo grande de conhecer o mundo exterior, de ser livre.

Ainda bem que essa mesma criança que foi depositada como um objeto velho e sem valor não terminou seus dias dentro do hospital psiquiátrico, esta teve uma nova chance de sair daquele espaço em busca de sua liberdade, na inserção dela dentro do novo dispositivo de atenção a saúde mental chamado de Residência Terapêutica.

Por fim, diante do contexto sócio cultural e religioso que foi desenhado em nossa pesquisa abriram-se leques de sentidos e possibilidades dadas ao campo científico das Ciências das Religiões na multiplicidade dos campos de estudo.

Os resultados da pesquisa atenderam aos objetivos propostos do trabalho, os quais possibilitaram observar através dos dados coletados, que as pessoas, em sua maioria, expressaram que a religiosidade além de estar presente no cotidiano de suas vidas, ela influencia nas suas tomadas de decisões e emissão de comportamento de enfrentamento diante da vida.

Acrescento que em relação aos instrumentos utilizados, foram de grande valia, através da Escala de Atitude Religiosa se pode extrair várias dimensões do contexto religioso, grau de religiosidade, o exercício de práticas religiosa. Como também com instrumento avaliativo do perfil sócio cultural e religioso dos cuidadores/as e, sem sombra de dúvida, ainda mais com a realização do grupo focal.

Porém, acrescentaria que o instrumento da Escala de Atitude Religiosa não poderia ser tão melhor aproveitado como foi em nossa pesquisa, caso, por exemplo, ocorresse o aparecimento de entrevistados que fossem da religião do Candoblé ou da Jurema, pois no item 02 (dois) “Costumo ler livros que falam sobre Deus” não poderia ser respondido por possíveis entrevistados que fossem advindos de religiões Afro Brasileiras, pois na sua religião não existe um texto sagrado específico para ser lido. Assim como, a palavra ‘Deus’ no Candoblé dependendo da vertente religiosa é utilizada a palavra ‘Orixá’. Sendo assim, a sugestão é de apenas fazer uma ligeira adequação para que as perguntas sejam direcionadas para toda religião.

Dos resultados observou-se que 66% dos sujeitos entrevistados demonstraram que a religião influenciava as decisões sobre o que eles/elas deveriam fazer. E um percentual de 89%, indicou que os familiares/cuidadores/as se sentiam unidos a um ‘Ser Maior’.

Os/as cuidadores/as que apresentaram possuir religiosidade dentro de sua dimensão pessoal mostraram-se mais cuidadores/as em relação aos seus filhos e filhas, confirmando o que os autores Dalgalarrrondo, Foucault, Koenig e Jung disseram a respeito da religião; que

consistia em uma energia propulsora que movia o indivíduo ao encontro de si mesmo, a aceitação de sua totalidade enquanto indivíduo, em seus aspectos positivos e negativos, ou ainda, a religião seria uma função integradora do homem.

Neste sentido a religião, aqui foi entendida como um empreendimento pelo qual se estabeleceu um cosmo sagrado, ordenador da experiência e dotado de significado; já a religiosidade, foi vista como sendo a qualidade de religioso; disposição ou tendência para a religião ou as coisas sagradas, o qual influiu no comportamento pessoal dos cuidadores/as e conseqüentemente no tratamento de seus pacientes que apresentaram diagnóstico de transtorno mental.

Por conseguinte, acredito que este trabalho não se esgota aqui, refere-se apenas a um início de uma atividade coordenada para ser mais difundida futuramente. Ressaltamos novamente que os dados colhidos da pesquisa correspondem a uma gota d'água dentro de um copo a ser entornado por 'lindas' experiências a serem saboreadas.

Os dados aqui demonstrados fornecem uma ampliação de estudo favorecendo aos mestrandos, a academia, aos profissionais da área de psicologia, aos diversos movimentos de saúde mental, um amplo olhar sobre o cuidado integral do ser para com as pessoas que apresentam problemáticas ligadas às questões psíquicas e seus respectivos familiares e seus contextos intersetorias.

ALMEIDA, A.M, et al. **Religiousness and Mental Health: a review**. Revista Brasileira Psiquiatria; 28 (3): 242-250, 2006.

AQUINO, Thiago Antônio Avellar de, et al. **Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional**. Brasília; Revista Psicologia Ciência e Profissão 29 (2), 2009.

AMARANTE, P. e ROTELLI, F. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. B. Bezerra / P. Amarante (org.). Rio de Janeiro; Relumê- Dumará, 1992.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: uma trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 1995.

AYRES, J. R.C.M. **Cuidado e práticas de saúde**. Care and reconstruction in healthcare ppactices, interface – Comunic.; Saúde; Educa. v 8, nº 14, p. 73-92. Universidade de Potigarr. Disponível em:
<<http://www.youtube.com/watch?v=gUZ2TQkAeQw&NR=1&feature=fvwp>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2010.

ASSIS, Angelo Adriano Faria de; PEREIRA, Mabel Salgado. Paradigmas, fronteiras, imaginários e novos rumos no estudo das religiões e religiosidades. In: ASSIS, A. A. F. de; PEREIRA, M. S. (Org.). **Religiões e religiosidades: entre a tradição e a modernidade**. (Coleção estudos da ABHR; v. 7). São Paulo; Paulinas, 2010.

BARRETO, Adalberto de Paula. Terapia comunitária: definição, objetivos e pressupostos. In: SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Brasília; Módulo 05. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas, 2006.

BARRETO, Adalberto de Paula. **Manual: cuidando do cuidador – Resgate da autoestima na comunidade**. Curso de Formação de Multiplicadores em Técnicas de Resgate da Autonomia na Comunidade. Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária – MISMEC-CE (Projeto 4 Varas). Apoio – Departamento de Saúde Comunitária da UFC e Pró-Reitoria de Extensão da UFC. Fortaleza; 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Manual do Programa De Volta para Casa**. Brasília; Série A. Normas e manuais técnicos. 18p.: il color, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília; Série f. comunicações e educação em saúde – 86 p.: il color, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria executiva. **Secretaria de atenção à saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004/Ministério da saúde.** Brasília; 4. ed. ver. e atual, 2004b, p.332b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília; Série f. comunicações e educação em saúde – 16 p.: il, 2004c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. In: **O modo hegemônico de produção do cuidado.** Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2005a, p. 53 a 66.

BRASIL, TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de avaliação de programa: Ações de Atenção à Saúde Mental.** Programa atenção à saúde mental de populações estratégicas e em situações de especiais agravos. Brasília; TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005. p. 35.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b.

BERGER, Peter L. **O dossel sagrado:** elementos para uma teoria sociológica da religião. São Paulo, Paulinas, 1985.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ; Editora Vozes, 1999.

CHERUBINI, K. G. **Modelos históricos de compreensão da loucura. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel.** Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 1135, 10 ago. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8777>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de Símbolos:** Mitos, Sonhos, Costumes, Gestos, Formas, Figuras, Cores, Números. Rio de Janeiro; 12. ed.: José Olympio, 1998.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10. **Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Coordenação da Organização Mundial de Saúde. Genebra. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre; Editora Artes Médicas, 1993.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental.** Porto Alegre; Editora Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Editora ArtMed. Disponível em: <<http://www.planetanews.com/autor/PAULO%20DALGALARRONDO>>. Acesso em: 10 de Jan de 2009.

DELUMEAU, Jean. **História do medo no ocidente 1300-1800**: uma cidade sitiada. Tradução Maria Lucia Machado, tradução de notas Heloísa Jahn. São Paulo; Companhia das Letras, 2009.

DI CHIARA, I. G. Grupo de foco. In: VALENTIM, M. L. P. **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. (Coleção Palavra-Chave, 16). São Paulo; Polis, 2005.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença**: revisão da literatura. Psicologia: revisão e crítica. 18(3), 2005, p. 381-189.

FERRER, Ana Luiza. **Sufrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial**: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. Dissertação (Mestrado) Orientadora: Rosana Onocko Campos. Campinas, SP, Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2007.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida et al. **Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais**. Porto Alegre/RS; Rev Saúde Pública, 2003; 37 (4): 446-55.

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Imagens da Arquitetura da Saúde Mental**: um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro; UFRJ/PROARQ/Programa de Pós graduação em Arquitetura UFRJ/FAU/PROARQ, 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. Título original em francês Histoire de la Folie à l'Âge Classique. Coleção Estudos. Dirigida por J. Guinsburg. São Paulo; Editora Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 23ª Edição. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro; Edições Graal, 1979.

FRAGA, A. A.; FRANÇA, J. S.; AQUINO, T. A. A. **Escala de atitude religiosa**. Validação da Escala de Atitude Religiosa. São Paulo, SP Sessão de pôster apresentado no I Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão, 2002, setembro.

FRANCO, Túlio Batista e MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. **Integralidade na assistência à saúde**: a organização das linhas do cuidado. Rio de Janeiro; Universidade Federal Fluminense, 2003.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIROS e MATTOS (Orgs.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro; CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, Camila Maia e FRANCO, Túlio Batista. In: **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em:
< <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf> >. Acesso em: 10 de out de 2010.

FRANKL, Viktor, et al. **A questão do sentido em psicoterapia**. São Paulo; Editora Papiros, 1985.

FREIRE, FLÁVIA HELENA MIRANDA DE ARAÚJO. In: **Residência Terapêutica**: inventando novos lugares para se viver. Site: Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ.<<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos.php>> (2008).

HILL, P.C. et al. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. Journal of theory os society of behaviorism, 30, 51-77 (2000). In: FARIA, Juliana Bernardes de, et al. **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença**. Brasília; Revista da Literatura. Psicologia: reflexão e crítica, 2005, p. 381-389.

GOMES, Alberto Albuquerque. Usos e possibilidades do grupo focal e outras alternativas metodológicas. Tradução de Gilda Stuart. V. 2. n. 1 - julho de 2003. In: KAUFMAN, Michael T. **Robert K. Merton, sociólogo versátil e criador do grupo focal**. Disponível em: <<http://www.enfoques.ifcs.ufrj.br/artigos/v2nr1/ObituárioMerton2.html>>. Consultado em 26/4/2004 06:49. 2. Publicado no New York Times, em 24 de fevereiro de 2003.

GONÇALVES, Alda Martins e SENA, Roseni Rosângela de. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: contextualização e reflexos sobre o cuidador com o doente mental na família. Rev. Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2): 48-55.

GONDIM, S. M. G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa**: desafios metodológicos. Ribeirão Preto; Revista Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação, v.12, n.24, p.149-162, 2002.

KOEING, H.G. Religion and Medicine III: developing a theoretical model. Int J Psychiatry Med 31 (2): 199-216, 2001b. In: PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. Porto Alegre/RS; Rev. Psiqu. Clín. 34, supl 1, 2007, p. 126-135.

KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice [Essay]. JAMA 284 (13): 1708, 2000c. In: PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. Porto Alegre/RS; Rev. Psiqu. Clín. 34, supl 1, 2007, p. 126-135.

YASUI, Silvio. CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: PINHEIRO, Roseni et al. **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro; CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO. (Série Saúde participativa), 2007.

LEVIN, JACK, **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. 2ª Edição Copyright. Tradução e adaptação: Sérgio Francisco Costa. São Paulo; Editora HARBRA Ltda, 1987.

LEVIN, Jeff; CHATTERS, Linda M. Chatters e TAYLOR, Robert Joseph. **Religion, Health and Medicine in African Americans**: Implications for Physicians. Michigan; Journal of the National Medical Association Vol. 97, nº 2, February, 2005.

LYRA, Maria Amélia Alves. Desafios da saúde mental na atenção básica. In: CADERNOS IPUB. **Saúde Mental na atenção básica**. Vol. XIII, nº 24, mar/abr. Rio de Janeiro; Instituto de Psiquiatria, UFRJ, 2007.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer**: tópicos em saúde da população negra no Brasil. Saúde da População Negra no Brasil, Funasa, Brasília, 2005.

LOPES, Fernanda; BUCHALLA, Cassia Maria; AYRES, José Carvalho de Carvalho Mesquita. **Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil**. Revista de Saúde Pública; 2007, 41 (Supl. 2):39-46.

LUKOFF, D. Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious a nol psychospiritual problems). The journal of nervous and mental disease, 180, 673-682. In: FARIA, Juliana Bernardes de, et al. **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença**. Revista da Literatura. Brasília; Psicologia: reflexão e crítica., 2005, p. 381-389.

MACHADO, KÁTIA. **Como anda a Reforma Psiquiátrica?** Revista Radis comunicação em saúde. Rio de Janeiro; Edição de nº 38 Reforma psiquiátrica é lenta, mas avança. Debates na Ensp/Fiocruz, Outubro de 2006, pág 11 a 19a.

MACHADO, Ana Lúcia. **Um estudo das práticas religiosas do doente mental internado incidências, influências e histórias de vida**. Dissertação (Mestrado). Campinas-SP; Universidade Estadual de Campinas, Faculdades de Ciências Médicas, 1993b.

MATTO, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro; ABRASCO, UERJ, IMS, 2001.

MENDONÇA, Maria Cristina de Azevedo. Serviços residenciais terapêuticos: a experiência do Recife. In: **Desinstitucionalização: a experiência dos serviços residenciais terapêuticos**.

Rio de Janeiro; Cadernos IPUB. Instituto de Psiquiatria – UFRJ. Vol. XII nº22, nov./dez; 2006 p. 207 a 213.

MERHY, Emerson Elias, Et al. **O dentro e o fora - transcender os limites dos “Muros Manicomial”**: o relato de situações sobre a relação entre o serviço de saúde mental Dr. Cândido Ferreira e a Comunidade. Campinas; LAPA do DMPS/FCM/UNICAMP, 2008.

MERHY, Emerson Elias e FEUERWERKER, Laura. **Atenção Domiciliar**: medicalização e substitutividade. Site: Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos.php>>. Acesso em: 10 de out de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: acesso e mudança do modelo de atenção. Brasília; Relatório de gestão de 2003-2006 Editora do Ministério da Saúde. 78 p.: il. (série C. Projetos e Relatórios), 2007.

MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE. **Cria os núcleos de apoio à saúde da família - NASF**. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Publicada no DOU, ° 43, de 04/03/2008, Seção 1 fls. 38 a 42. Brasília/DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O ministério**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/default.cfm>>. Brasília/DF. Acesso em: 21 de ago de 2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é o SUS**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>>. Brasília/DF. Acesso em: 21 de ago de 2010b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IV Conferência nacional de saúde mental - intersetorial**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663>. Brasília/DF. Acesso em: 21 de ago de 2010c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Leitos de atenção integral**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29815&janela=1>. Brasília/DF. Acesso em: 10 de out de 2010d.

OLIVEIRA, Roseli M. Kuhnrich de e HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, Sidney Vilmar (Org.). **Espiritualidade e saúde**: da cura d'almas ao cuidado integral. São Leopoldo; Editora Sinodal, 2004.

OLIVEIRA, Lilian Blanck de; et al. Religiosidade e fenômeno religioso. In: **Ensino religioso: no ensino fundamental**. São Paulo; Editora Cortez (Coleção docência em formação. Série ensino fundamental), 2007 p.65-95.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. Porto Alegre/RS; Rev. Psiqu. Clín. 34, supl 1, 2007, p. 126-135.

PELBART, P. P. **Da Clausura do fora ao fora da clausura - loucura e desrazão**. São Paulo; Editora Brasiliense, 1991.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Plano municipal de saúde de João Pessoa (2006 – 2009)**. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, através da Resolução nº 19 de 17 de setembro de 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Relatório municipal de saúde de João Pessoa (2005 – 2008)**. Secretaria de Saúde de João Pessoa/PB. Área temática de Saúde Mental, 2008, pág 01 a 19.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. **O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 779-86.

RIBEIRO, Iana Profeta. Parcerias e iniciativas intersectoriais na montagem dos serviços residenciais terapêuticos: relato de experiência. In: **Desinstitucionalização: a experiência dos serviços residenciais terapêuticos**. Rio de Janeiro; Cadernos IPUB. Instituto de Psiquiatria – UFRJ. Vol. XII nº22, nov/dez, 2006 p. 149 a 161.

SANDRINI, Marcos. **Religiosidade e educação no contexto da pós modernidade**. Petrópolis/RJ; Editora Vozes, 2009.

SANZANA, Ana Paula Motta P. et al. A reforma começa em casa: o fio da navalha na clínica dos positivos residenciais terapêuticos do IMAS Juliano Moreira. In: **Desinstitucionalização: a experiência dos serviços residenciais terapêuticos**. Rio de Janeiro; Cadernos IPUB. Instituto de Psiquiatria – UFRJ. Vol. XII nº22, nov./dez, 2006 p. 169 a 178.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para a categoria histórica**. Disponível em: < <http://sistema.clam.org.br/biblioteca/files/Genero%20-%20Joan%20Scott%5B1%5D.pdf>>. Acesso em: 11 de dez de 2010.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Módulo 05. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas, Brasília, 2006.

SILVA, José Antônio Novaes da. **Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Criolos, uma comunidade quirambola do estado da Paraíba.** Saúde Soc. São Paulo, v. 16, n.2, p. 111-124, 2007.

SILVA, José Antônio Novaes da; ARAÚJO, Cláudia A. Lucena Araújo; BARBOSA, Anna Flávia M. **Iniciação sexual e uso de preservativo:** estudo realizado com adolescentes matriculados em escolas públicas e particulares da grande João Pessoa. Revista conceitos, 2006.

SILVA, Paulo Emanuel. **AIDS e religiosidade:** influências intersubjetivas aos acometidos pela epidemia. Orientador: José Antônio Novaes da Silva. Dissertação (Mestrado) – João Pessoa; UFPB/CCHLA, 2009.

SCHLESSINGER, H. PORTO, H. **A religião ontem e hoje.** São Paulo; Edições Paulinas, 1982.

SOEIRO, Raquel Esteves et al. **Religião e transtornos mentais em paciente internados em um hospital geral universitário.** Campinas; Caderno de Saúde Pública, 24 (4): 793-799, Abril, 2008.

SIQUEIRA, Tatiana Lima. **Joan Scott e o papel da história na construção das relações de gênero.** Revista Ártemis. Vol. 8, jun de 2008. p.110-117.

STROPPIA, André e ALMEIDA, Alexander Moreira. Religiousness and mental health Rev. Bras. Psiquiatr. 2006; 28 (3): 242-50. In: SALGADO, Ivan e FREIRE, Gilson (Orgs). **Saúde e Espiritualidade:** uma nova visão da medicina. Capítulo 20. Belo Horizonte; Inede, 2008 p.: 427-443.

THOMAS, K. **Religião e o declínio da magia.** São Paulo; Companhia das Letras, 1991.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. 2ª Edição. Petrópolis; Editora Vozes, 2005.

WATSON, Jean. **Teoria do Cuidado Humano.** Disponível em:
<<http://www.youtube.com/watch?v=u9JDQvyikzY>>. Acesso em: 10 de dez de 2010a.

WATSON, Jean. **Cuidado Transpessoal.** Disponível em:
<http://www.youtube.com/watch?v=OanbKp_ldm4&NR=1>. Acesso em: 10 de dez de 2010b.

WIKIPÉDIA. A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Agostinho de Hipona.** Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Santo_Agostinho_de_Hipona>. Acesso em: 10 de out de 2010a.

WIKIPÉDIA. A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Pecado.** Disponível em:
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Pecado>>. Acesso em: 10 de out de 2010b.

WIKIPÉDIA. A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **PSI**. Disponível em:
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Psi>>. Acesso em: 21 de ago de 2010c.

WIKIPÉDIA. A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Bruxa**. Disponível em:
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Bruxa>>. Acesso em: 10 de out de 2010d.

WIKIPÉDIA. A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Bethlem Royal Hospital**. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Bethlem_Royal_Hospital>. Acesso em: 10 de out de 2010e.

WIKIPÉDIA. A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Hospital psiquiátrico**. Disponível em:
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Hosp%C3%ADcio>>. Acesso em: 10 de out de 2010f.

WIKIPÉDIA. A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Sócrates**. Disponível em:
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%B3crates>>. Acesso em: 10 de out de 2010g.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo; Editora Hucitec, 2006.

ANEXOS



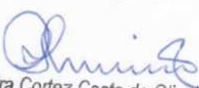
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/06/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar APROVADO o projeto de pesquisa intitulado RELIGIOSIDADE E SAÚDE: um estudo sobre cuidadores de pacientes com transtornos mentais. Protocolo CEP/HULW nº. 313/10, da pesquisadora CÍNTIA JAQUELINE RODRIGUES BEZERRA GALIZA.

No final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 29 de junho de 2010.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **Religiosidade e Saúde: Um estudo sobre cuidadores de pacientes com transtornos mentais** e está sendo desenvolvida por Cíntia J. R. Bezerra Galiza, mestranda do Curso de Pós Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa Dra. Ana Maria Coutinho de Sales.

Os objetivos do estudo são: Identificar como a religiosidade dos familiares/cuidadores de pacientes com transtornos mentais influencia no tratamento ofertado pelo serviço substitutivo de saúde mental da cidade de João Pessoa/PB, em especial o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Cirandar.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o desenvolvimento de práticas mais transformadoras na Saúde Mental. Que os resultados levantados sirvam de início para que outros estudos sejam feitos e ampliados subsequentemente.

Solicitamos a sua colaboração para preencher este questionário ESCALA DE ATITUDE RELIGIOSA e QUESTIONÁRIO SÓCIO CULTURAL DEMOGRÁFICO, e afirmar INTERESSE EM ESTAR PARTICIPANDO DO GRUPO FOCAL, como também, sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. **Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.** Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

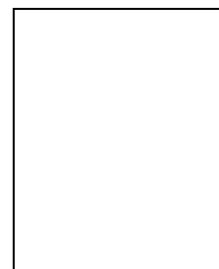
Esses grupos serão coordenados pela pesquisadora, que irá apresentar os tópicos de interesse para a pesquisa e focar o debate para as questões mais pertinentes. Participará também dos grupos uma pessoa responsável por fazer anotações das falas.

Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso da pesquisadora assegurar o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações na redação da dissertação.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente ESCLARECIDO(A) E DOU O MEU CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA E PARA PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS. **Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.**

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal/
Nº da Cédula de Identidade



OBSERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Espaço para impressão dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: Cíntia J. R. Bezerra Galiza. Endereço (Setor de Trabalho): Rua Júlia Freire, s/n, Torre. João Pessoa/PB. Cep: 58040-000. Telefone: 83- 3214-7959.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXO 3

INSTRUMENTO APLICADO PELA MESTRANDA DO CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES DO DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Estou aplicando este questionário sócio cultural demográfico que visa conhecer o Perfil dos Familiares Cuidadores de pacientes que apresentam diagnóstico de Transtorno Mental e que faz tratamento no serviço substitutivo de saúde mental; o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Cirandar localizado na cidade de João Pessoa/PB.

Conto com sua compreensão e colaboração para realizar esta pesquisa.

Não existem respostas certas ou erradas, pois se trata de uma pesquisa de opinião, e você não precisa colocar seu nome. Leia atentamente cada pergunta e responda de forma sincera.

QUESTIONÁRIO PARA OS FAMILIARES CUIDADORES

1. Por favor, forneça as seguintes informações:

Nome: _____ RE: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tel.: _____

Nome do parente mais próximo: _____

Tel.:

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
 dia mês

Local do Nascimento: _____/_____/_____
Cidade Estado

País

Idade (em anos)? _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado civil:

() Solteiro (a) () Casado (a) () Vivendo como casado () Separado () Divorciado () Viúvo (a)

() Outro _____

Número de filhos: _____ **Com quem vivem?** _____

Grupo racial:

() Branco () Mulato () Negro () Amarelo () Outro _____

Possui religião? () Não () Sim

Qual religião?

- ☐ Católico
☐ Protestante
☐ Espírita
☐ Umbanda (religiões afro brasileiras)
☐ Budista
☐ Testemunha de Jeová
☐ Judaica
☐ Oriental
☐ Outra. Qual? _____
☐ Sem religião

Você se considera uma pessoa religiosa? ☐ Não ☐ Sim

Escolaridade:

- ☐ Nível médio **completo** (até a 9ª série)
☐ Nível médio **incompleto**
☐ Nível fundamental **completo** (até o 3º Ano)
☐ Nível fundamental **incompleto**
☐ Nível superior **completo**
☐ Nível superior **incompleto**
☐ Pós graduação Especialização
☐ Outro

Trabalha? ☐ Sim ☐ Não

Profissão: _____

Atividade ocupacional: _____

Renda familiar:

- ☐ Até 1 salário mínimo (até R\$ 510,00)
☐ Até 2 salários mínimos (até R\$ 1.020,00)
☐ Até 3 salários mínimos (até R\$ 1.530,00)
☐ Até 4 salários mínimos (até R\$ 2.040,00)
☐ Até 5 salários mínimos (até R\$ 2.550,00)
☐ Mais de 5 salários mínimos (mais de R\$ 2.550,00)

Cidade em que reside atualmente: _____

Tempo de permanência nesta cidade? _____

Renda familiar média (em salários mínimos/pessoa): _____

Número de pessoas na família: _____

Faz tratamento medicamentoso: ☐ sim ☐ não

Faz algum tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico?

☐ não ☐ sim. Qual? _____

Data da entrevista/ pesquisa: _____

ESCALA DE ATITUDE RELIGIOSA

Fraga, A. A., França, J. S., Aquino, T. A. A. (2002, setembro). *Validação da Escala de Atitude Religiosa*. Sessão de pôster apresentado no I Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão, São Paulo, SP.

Leia atentamente as frases abaixo. Assinale com um círculo o **número** que expressa **o quanto você faz o que as frases dizem** no seu dia-a-dia. Não necessita ser todos os dias, mas se em algum momento do seu cotidiano tal atitude faz parte de sua vida. Seja sincero e marque apenas um número em cada alternativa. Por favor, não deixe nenhuma resposta em branco.

EXEMPLO:

Acredito em Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo Se você não acredita em Deus, nem um pouco, faça um círculo no número (1) Se você acredita um pouco, circule o (2) Se você acredita mais ou menos, circule o (3) Se você acredita bastante, circule o (4) Se você acredita muitíssimo, circule o (5)

1) Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro).

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2) Costumo ler livros que falam sobre Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3) Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos de minha religião.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4) Participo de debates sobre os assuntos que dizem respeito à religião.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5) Converso com minha família sobre assuntos religiosos.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6) Assisto programas de TV ou rádio que tratam sobre assuntos religiosos.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7) Converso com meus amigos sobre minhas experiências religiosas.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8) A religião influencia nas minhas decisões sobre o que devo fazer.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9) Participo das orações coletivas de minha religião.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10) Frequento as celebrações de minha religião (missa, culto, sessões).

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11) Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12) Ajo de acordo com o que minha religião prescreve como sendo o correto.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13) Sinto-me unido a todas as coisas.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14) Quando entro numa Igreja ou Templo despertam-me emoções.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15) Sinto-me unido a um “ser maior”.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL COM OS CUIDADORES/FAMILIARES DO CAPSi CIRANDAR

1. Temas do Tratamento no serviço do CAPSi

- 1) O que você acha desse serviço de saúde, o CAPSi?
- 2) Você acha que o tratamento dado aqui ajuda o seu filho (a) a melhorar? Por que?
- 3) O seu filho(a) já ficou interno no Hospital Psiquiátrico?
- 4) Existe diferença do CAPSi e do Hospital Psiquiátrico?

2. Temas da Religiosidade

- 1) O que é religião para você?
- 2) Você acha que a religião está presente no seu dia a dia?
- 3) Você se considera uma pessoa religiosa?
- 4) Ter religião significa acreditar em Deus?
- 5) A pessoa pode acreditar em Deus sem que tenha uma religião?

3. Influência da Religiosidade frente ao Tratamento no CAPSi

- 1) Como foi que você veio procurar o serviço do CAPSi?
- 2) Como você se sentiu quando soube que seu filho (a) tinha algum “problema mental”?
- 3) Como seus parentes reagiram com o “transtorno mental” de seu filho (a)? E os vizinhos?
- 4) Você acredita que sua religião lhe influencia para melhor suportar este problema do seu filho (a)?
- 5) Você acha que sua religião ajuda a você a melhor suportar suas dificuldades com seu filho (a)?
- 6) Você pede ajuda a um ser superior (Deus) para que seu filho (a) fique bom?