

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA- IPUB

MARIA FERNANDA DE BARROS LIMA

**RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL: influências na experiência de tratamento
de portadores de transtorno psíquico grave**

Rio de Janeiro
2020

Maria Fernanda de Barros Lima

**RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL: influências na experiência de tratamento
de portadores de transtorno psíquico grave**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria-IPUB, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientador: Octavio Domond Serpa Junior

**Rio de Janeiro
2020**

CIP - Catalogação na Publicação

L732r Lima, Maria Fernanda de Barros
 Religiosidade e Saúde Mental: influências na
 experiência de tratamento de portadores de
 transtorno psíquico grave / Maria Fernanda de Barros
 Lima. -- Rio de Janeiro, 2020.
 115 f.

 Orientador: Octavio Domond Serpa Junior.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
 Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
 de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial,
 2020.

 1. Religiosidade . 2. Espiritualidade. 3. Saúde
 Mental. 4. Transtorno mental. I. Serpa Junior,
 Octavio Domond , orient. II. Título.

Maria Fernanda de Barros Lima

**RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL: influências na experiência de
tratamento de portadores de transtorno psíquico grave**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria-IPUB, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada em 03/04/2020

Banca Examinadora



(Octavio Domond Serpa Junior, Doutor- UFRJ)

Participação por videoconferência

(Erotildes Maria Leal, Doutora- UFRJ)

Participação por videoconferência

(Stephan Malta Oliveira, Doutor- UFF)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E RELIGIÃO	15
2. CONCEITOS DE ADESÃO AO TRATAMENTO	35
3. MÉTODOS	53
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	53
3.2 LOCAL DO ESTUDO	54
3.3 POPULAÇÃO ALVO	55
3.4 COLETA DE DADOS E ANÁLISE	55
3.5 QUESTÕES ÉTICAS	57
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1 PRIMEIRA ETAPA: USUÁRIOS DO CAPS I	58
4.1.1 Importância do tratamento no CAPS I	60
4.1.1.1 Vínculo com equipe	60
4.1.1.2 Promoção de atividades terapêuticas e atendimento multiprofissional	63
4.1.1.3 Espaço de convivência e socialização	68
4.1.2 Relação profissional-paciente	69
4.1.2.1 Participação ativa do usuário	69
4.1.2.2 Participação limitada do usuário	72
4.1.3 Motivação pela procura da religião	73
4.1.3.1 Convite por amigos/vizinhos	73
4.1.3.2 Religião dos familiares	74
4.1.3.3 Busca pela esperança e direção	74
4.1.4 Importância da religião	76
4.1.4.1 Ausência de preconceito e discriminação	76
4.1.4.2 Coping Religioso e Espiritual (CRE)	77
4.1.5 Papel da comunidade/representantes religiosos no tratamento em Saúde Mental	81
4.1.5.1 Incentivo ao tratamento especializado	81
4.1.5.2 Preconceito e desconhecimento acerca do transtorno mental	82

4.1.5.3 Falta de envolvimento da comunidade religiosa nas questões do tratamento _____	84
4.2 SEGUNDA ETAPA: LÍDERES RELIGIOSOS _____	87
4.2.1 Conhecimento da Rede de Saúde Mental _____	88
4.2.1.1 Conhecimento sobre a Rede de Saúde Mental e sobre membros da comunidade religiosa com transtornos mentais _____	88
4.2.1.2 Conhecimento escasso da Rede de Saúde Mental _____	89
4.2.2 Orientação da religião em relação às condutas terapêuticas de transtornos mentais _____	90
4.2.2.1 Direcionamento para tratamento de saúde especializado _____	90
4.2.2.2 Equilíbrio entre as áreas da Saúde e Espiritual _____	93
4.2.2.3 Preconceito _____	94
4.2.2.4 Atividade lúdica através da religião _____	95
4.2.3 Importância da religião para portadores de transtorno mental _____	96
4.2.3.1 Apoio Social _____	96
4.2.3.2 Auxílio espiritual _____	97
4.2.3.3 Inclusão social _____	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	100
REFERÊNCIAS _____	103
APÊNDICE A- PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE DOS USUÁRIOS DE CAPS _____	115
APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO CAPS I _____	116
APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM LÍDERES RELIGIOSOS _____	117
APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO _____	118
APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO _____	120

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. Ao meu filho, Theo, minha inspiração de vida e que me acompanhou nesta jornada durante toda a gravidez.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido André pelo incentivo, paciência, parceria e por sempre acreditar que seria possível.

Aos meus pais, Marlene e Carlos, e irmã Maria Carolina que sempre estiveram ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória.

À minha avó Aparecida, por tornar possível a realização dos trabalhos acadêmicos mesmo durante minha licença maternidade.

À minha avó Juraci por todo apoio e incentivo.

Ao meu orientador Octavio Domond Serpa Junior pelas valiosas contribuições durante todo este processo.

Aos colegas do Mestrado, pela oportunidade do convívio e pela cooperação durante este período.

Às parceiras de trabalho no CAPS, Marise e Emilene pelo apoio para realização das entrevistas desta pesquisa.

Aos usuários do CAPS pelo aprendizado a cada dia.

“Seja a mudança que você quer ver no mundo”

(Mahatma Gandhi)

LISTA DE SIGLAS

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial I

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

PTS - Projeto Terapêutico Singular

STC - Condensação Sistemática de Texto

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

IPUB - Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

CRE - *coping* religioso e espiritual

USF - Unidade de Saúde da Família

PSR - Práticas Sociais Religiosas

RESUMO

Este estudo apresentou a relação entre religião e Saúde Mental, com objetivos de investigar empiricamente influências e impactos da religiosidade na experiência de tratamento de portadores de transtorno psíquico grave acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), identificar a percepção de usuários do CAPS I acerca da importância da religião frequentada e conhecer as orientações de representantes religiosos acerca dos tratamentos de transtornos mentais. Foi utilizada uma abordagem qualitativa e de caráter descritivo através de entrevistas realizadas com usuários de um CAPS I e líderes religiosos de um município localizado na região sul fluminense pertencente ao estado do Rio de Janeiro. Utilizou-se o método de análise de Condensação Sistemática de Texto (STC), apresentando a experiência dos participantes expressa por eles próprios. Os resultados apresentados foram organizados em eixos temáticos que permitiram a identificação de fatores relevantes para os usuários do CAPS I em relação ao tratamento recebido e os tipos de relação profissional-paciente estabelecidos, bem como as influências e impactos da religião e do papel da comunidade religiosa no tratamento em Saúde Mental. A partir deste trabalho evidenciou-se que a religiosidade e espiritualidade exercem influências positivas no tratamento em Saúde Mental dos usuários do CAPS I, sendo identificada a importância da aproximação entre serviços especializados em Saúde Mental e religiões, visando sempre o suporte terapêutico adequado às crenças do paciente. Por fim, foi elaborado como proposta de contribuição técnica desta pesquisa, um protocolo para avaliação do papel da religiosidade/espiritualidade na vida dos usuários dos CAPS, visando conhecer as crenças de cada um e como estas podem ser incluídas no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Palavras-chave: Religiosidade; Espiritualidade; Saúde Mental; Transtorno mental

ABSTRACT

This study presented the relationship between religion and Mental Health, with the objectives of empirically investigating influences and impacts of religiosity on the experience of treating patients with severe mental illness followed up at a Psychosocial Care Center (CAPS I), identifying the perception of CAPS I users about the importance of religion attended and knowing the guidelines religious representatives about treatments for mental disorders. A qualitative and descriptive approach was used through interviews with users of a CAPS I and religious leaders from a municipality located in the southern region, belonging to the state of Rio de Janeiro. The Systematic Text Condensation (STC) analysis method was used, presenting the participants' experience expressed by themselves. The presented results were organized in thematic axes that allowed the identification of relevant factors for CAPS I users in relation to the treatment received and the types of professional-patient relationship established, as well as the influences and impacts of religion and the role of the community religion in Mental Health treatment. From this work, it was evidenced that religiosity and spirituality have positive influences on the treatment in Mental Health of CAPS I users, being identified the importance of the approximation between specialized services in Mental Health and religions, always aiming at the therapeutic support adequate to the beliefs of the patient. Finally, as a technical contribution of this research, it was elaborated a protocol for assessing the role of religiosity/spirituality in the lives of CAPS users, aiming to know the beliefs of each one and how they can be included in the Singular Therapeutic Project (PTS).

Keywords: Religiosity; Spirituality; Mental Health; Mental disorder

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema a relação entre religião e Saúde Mental, e destaca como problema a ser investigado as influências da religiosidade na experiência de tratamento de indivíduos com transtorno psíquico grave em um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I).

A realização deste trabalho teve como motivação minha experiência profissional no campo da Saúde Mental, atuando como enfermeira e também na coordenação de um CAPS I, que constitui um dispositivo destinado à assistência multidisciplinar e interdisciplinar à indivíduos com problemas mentais graves. Em diversas situações foram observadas a forte relação de pacientes e/ou familiares com a religião e religiosidade, o que pode refletir no seguimento de cuidados e tratamento ao portador de transtorno mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de forma positiva, favorecendo a adesão ao projeto terapêutico elaborado e proposto ou de modo negativo, com resistência ao diagnóstico e possível indução ao abandono do tratamento pelo paciente.

Nesta trajetória profissional, houve um caso específico que despertou meu interesse por esta temática de estudo. Enquanto membro da equipe de um CAPS, acompanhei um paciente que apresentava crises frequentes com diversos episódios de internações em instituição psiquiátrica. Em uma destas crises foi observado que mesmo com todos os esforços e assistência da equipe, havia dificuldades para estabilização do quadro, tendo como um dos motivos o fato do responsável não demonstrar interesse na melhora do paciente naquele momento, deixando de prestar os cuidados necessários e insistindo na realização de mais uma internação. Deste modo, o CAPS identificou que a Igreja frequentada pelo paciente e familiares representava uma importante rede de apoio social. Sendo assim, a aproximação do CAPS com a liderança desta religião, com abordagem do quadro apresentado pelo paciente, demonstrou-se uma intervenção importante, já que a comunidade religiosa auxiliou no momento de crise com apoio ao tratamento em Saúde Mental e também nos aspectos emocional e espiritual. Foi uma parceria de sucesso entre CAPS, família e comunidade religiosa, o que permitiu o tratamento extra hospitalar durante a crise e continuidade da assistência no serviço especializado, evitando assim a internação e promovendo a melhoria da relação e convívio familiar.

Desta forma, surgiu o interesse por estudar a relação entre a Saúde Mental e religião na experiência de tratamento dos usuários do CAPS e também as influências das lideranças religiosas nesta temática. Portanto, este estudo pode ser importante na ampliação do conhecimento dos impactos da religião no tratamento de transtornos mentais, contribuindo para uma abordagem dos profissionais de saúde que considere as características e valores socioculturais dos sujeitos para condução de uma assistência de qualidade.

Segundo Fallot (2001), profissionais de Saúde Mental frequentemente expressam preocupações sobre o papel da espiritualidade ou religião na vida dos portadores de transtornos mentais graves. Dentre as preocupações, é citada a percepção da rigidez das crenças e rituais religiosos, o que pode acentuar os sintomas e prejudicar a aceitação das recomendações de tratamento. Ao mesmo tempo, também há motivos para a aceitação do papel potencialmente positivo da espiritualidade na reabilitação e recuperação destes transtornos, como o reconhecimento da importância da religião para saúde e no enfrentamento das dificuldades.

O conhecimento das questões subjetivas envolvendo crenças religiosas do sujeito pode ser considerado um diferencial para o tratamento, pois sujeitos com transtornos mentais frequentemente procuram por uma resposta de cunho espiritual para a condição patológica apresentada.

De acordo com Rodriguez-Yunta (2016), muitas pessoas, para entender a doença, buscam orientação espiritual nos líderes religiosos e conectam sua cura através de um caminho espiritual que restaure sua segurança. Os serviços de Saúde Mental com sensibilidade à necessidade de intervenções de caráter religioso e espiritual podem ser mais eficazes. Ainda para o autor, ao acolher o discurso religioso como meio de cuidado, os profissionais passam a ampliar as possibilidades de tratamento dos indivíduos em sofrimento psíquico para além dos serviços especializados, contribuindo para a efetivação de práticas de saúde não excludentes, articuladas e centradas no território e nos aspectos sociais, culturais e históricos que fundamentam a vida dos usuários dos serviços.

Levando-se em conta a Reforma Psiquiátrica, constituem como bases que devem ser valorizadas: a intersetorialidade e a inserção social dos portadores de sofrimento psíquico, pois o sucesso da assistência em Saúde Mental depende da

articulação e interação entre os diversos segmentos da Rede, reforçando a percepção do portador de problema psíquico como um ser integral, devendo ser atendido em todos os níveis de atenção à saúde e sociedade.

Portanto, em busca da inserção social e participação na comunidade, deve ser dado destaque para os representantes e membros de religiões de diversas crenças frequentadas pelos usuários da Saúde Mental, pois podem exercer fortes influências na construção do saber e no modo de agir em relação aos transtornos mentais.

Assim, o conhecimento do impacto da religião nos tratamentos em Saúde Mental é relevante para que possam ser traçadas medidas para melhoria da adesão aos mesmos, contribuindo para garantir maior segurança e reduzir riscos de crises e surtos. Além dessa justificativa social para o estudo do tema, cabe ressaltar que a influência de representantes religiosos não tem recebido a devida atenção da literatura da área. São necessárias mais pesquisas para a obtenção de uma melhor compreensão de como os diversos sistemas de crenças religiosas no Brasil interagem e influenciam os sujeitos portadores de transtornos mentais. Minha motivação pessoal para o estudo do tema é evidente, dada a natureza de minha atividade profissional nos últimos anos.

PROBLEMA

Especificamente, pretende-se através deste estudo encontrar respostas para os seguintes problemas:

- Quais as influências da religiosidade na experiência de tratamento de portadores com transtorno psíquico grave no CAPS I?
- Qual a orientação de representantes religiosos acerca de tratamentos de transtornos mentais graves?

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Investigar empiricamente influências e impactos da religiosidade e de representantes religiosos na experiência de tratamento de portadores de transtorno psíquico grave acompanhados em um CAPS I.

Objetivos específicos:

- Identificar a percepção de usuários do CAPS I acerca da importância da religião frequentada.
- Conhecer as orientações de representantes religiosos acerca dos tratamentos de transtornos mentais.

Ao término deste trabalho será apresentada uma proposta de contribuição técnica através da elaboração de um protocolo (APÊNDICE A) para avaliação do papel da religiosidade/espiritualidade na vida dos usuários dos CAPS, a fim de entender as crenças de cada um e como estas podem ser incluídas no Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este protocolo poderá servir como uma ferramenta para aproximação e estabelecimento de parcerias de trabalho intersetorial com as comunidades religiosas de referência dos usuários.

Nesta introdução foram apresentadas a motivação para realização do estudo, o problema a ser tratado e os objetivos da pesquisa. Nos Capítulos seguintes são apresentadas revisão de literatura para o pleno entendimento da temática deste estudo, sendo abordado no Capítulo 1 a relação entre Saúde Mental e Religião e no Capítulo 2 os Conceitos de adesão ao tratamento. O Capítulo 3 descreve os Métodos utilizados para alcançar os objetivos propostos na pesquisa e o Capítulo 4 trata dos Resultados e Discussão referentes às entrevistas com usuários do CAPS I e com líderes religiosos, sendo organizados em eixos temáticos pré-estabelecidos. Por fim são apresentadas as considerações finais da dissertação.

1 RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E RELIGIÃO

Neste capítulo será abordada a relação entre Saúde Mental e religião, a partir dos seus aspectos históricos, socioculturais e impactos na prática da assistência a portadores de transtornos mentais. Portanto, é fundamental o conhecimento desta temática na literatura para embasamento da presente pesquisa.

A religião sempre teve alguma relação com a saúde física e mental, sofrendo mudanças de acordo com o contexto histórico e cultural. Portanto, estas organizações institucionais religiosas representam uma forte influência ao longo da história do processo de saúde-doença.

Segundo Murakami e Campos (2012), a religião é caracterizada, ao longo do tempo e do espaço, como extremamente variável, de um contexto cultural para outro, de um período histórico para outro, inclusive com forte influência na organização e desenvolvimento inicial da assistência no campo da saúde. Porém, há uma formulação multidimensional que descreve a religião em diversos aspectos, sendo considerada um conjunto de crenças, leis e ritos que visam um poder que o homem considera supremo, do qual se julga dependente, com o qual pode entrar em relação pessoal e do qual ainda pode obter favores. Desta forma, as religiões são compostas por: uma doutrina, que representa um conjunto de princípios e mitos sobre a origem do cosmos, o sentido da vida, da morte, do sofrimento e do além; ritos e cerimônias, que empregam e atualizam símbolos religiosos; um sistema ético, com leis, proibições e regras de conduta; e por último, uma comunidade de fiéis, com diferentes tipos de líderes e sacerdotes, que estão convencidos das crenças e que seguem os preceitos dessa religião.

Neste sentido, as dimensões religiosa e espiritual podem representar fatores importantes na estruturação da experiência humana, das crenças, dos valores, dos padrões de comportamento e de doença. Portanto, não se pode ignorar estes aspectos na vida dos sujeitos, sendo significativa a articulação com as questões da Saúde Mental.

A religião, para Dalgarrondo (2008), é uma importante alçada de significação e ordenação da vida, de seus contratempos e sofrimentos. Ela parece ser fundamental nos momentos de maior impacto para os indivíduos, como perda de pessoas próximas, doença grave, incapacitação e proximidade da morte. Por ser

elemento que constitui a subjetividade e doador de significado ao sofrimento, o autor defende que ela deva ser considerada um objeto privilegiado na interlocução com a saúde e os transtornos mentais.

Desta forma, a relação entre religião, religiosidade, espiritualidade e saúde/doença mental tem sido um assunto de interesse nas ciências sociais e de saúde. Portanto, é necessário compreender os conceitos dos termos envolvidos como religião, religiosidade e espiritualidade para relacioná-los com a questão da Saúde Mental e portadores de transtornos mentais.

De acordo com Durkheim, 1978 [1912] apud Dalgalarrodo (2008) a religião corresponde a um conjunto de práticas e representações revestidas de caráter sagrado. Segundo o autor, a religião também pode ser definida como “um sistema solidário de crenças e práticas relativo a entidades sacras, quer dizer, separadas, proibidas; crenças e práticas que unem em uma mesma comunidade moral, chamada igreja, a todos que aderem a ela.” (p.22)

Já os termos religiosidade e espiritualidade têm um sentido voltado para satisfação das necessidades pessoais e internas, tendo dimensões mais amplas que a religião, que é voltada para questão da instituição e de doutrinas estabelecidas.

De acordo com Gonçalves et al (2018), a religiosidade é caracterizada pela experiência de um sistema organizado de crenças e símbolos compartilhados entre um grupo de indivíduos e apresenta características de cunho comportamentais, sociais e doutrinários. Já a espiritualidade corresponde à busca pessoal de respostas e significado para questões existenciais, envolvendo a compreensão dos propósitos da vida e suas possíveis conexões com a transcendência.

Apesar de religiosidade e espiritualidade serem usadas frequentemente como sinônimos, há uma distinção entre esses termos. Dalgalarrodo (2008) cita que para os autores Larson, Swyers e McCullough (1998), religiosidade e espiritualidade, embora constituam significados amplamente sobrepostos, podem ser diferenciadas. A religiosidade envolve as crenças pessoais, tais como crença em um Deus ou poder superior, assim como princípios e práticas institucionais, como o pertencimento a denominações religiosas, a frequência a cultos e o compromisso com um sistema doutrinário de uma igreja ou de uma religião organizada. Já o termo espiritualidade, tem sido utilizado como um constructo com dimensão mais pessoal e

existencial, tais como a crença ou relação com Deus ou um poder superior. Muitas pessoas que se definem como espirituais e não como religiosas, que rejeitam uma religião organizada, dão maior ênfase à experiência espiritual direta em contraposição à religião institucional.

A espiritualidade pode ser desenvolvida e utilizada pelos sujeitos, sem a necessidade de envolvimento com comunidade religiosa e suas doutrinas. Complementando esta ideia, os autores que trabalham no contexto da saúde, Koenig, Pargament e Nielsen (1998) e Moreira-Almeida (2007), conceituam que a espiritualidade constitui-se como uma conexão com o sagrado e o transcendente, como também pela busca de sentido, não necessariamente mediada pela religião, mas passando por ela para uma grande parte das pessoas. (FLEURY et al, 2018).

Então, a partir destas definições de religiosidade e espiritualidade, pode-se dizer que ambos os termos referem-se à subjetividade e crenças pessoais, porém a religiosidade tem uma dimensão com referência nas doutrinas institucionais e espiritualidade pode ou não ter relação com a religião mas leva em consideração as questões internas e subjetivas.

Muitas vezes a religiosidade consiste em uma necessidade do ser humano em participar de algum grupo religioso a fim de fortalecer suas crenças. Para Dalgalarondo (2008), o termo é considerado como uma das dimensões mais marcantes e significativas (assim como doadora de significado) da experiência humana cotidiana e da subjetividade. Também de acordo com o mesmo autor, religiosidade pela definição do filósofo e sociólogo Georg Simmel (1909/1997), é um “estado” ou “necessidade” interna, assim como o conjunto de crenças ou conhecimentos que a tradição oferece na tentativa de satisfação dessa necessidade.

A relação entre saúde e religião é antiga, com influência cultural, exercendo papel importante para os indivíduos e sociedade. No passado, na cultura ocidental, a doença era entendida como problema espiritual, sendo realizados rituais para promoção da cura física e mental. Por um longo período, a doença era considerada como uma possessão por uma entidade ou um castigo enviado pelo divino, tendo uma relação com o lado espiritual, por não ser compreendida a interação com o ambiente.

Em relação ao processo de saúde-adoecimento, foi citado que provavelmente o trabalho mais antigo relacionado à saúde era realizado pelo xamã, que também pode ser chamado de pajé ou feiticeiro conforme a cultura local. O xamã era a pessoa que se relacionava com o universo como um todo, visível e invisível, e tinha a capacidade de reconhecer as entidades que o compõem, tendo como função intervir ritualisticamente para afastar a entidade que estava provocando o mal (enfermidade) em benefício do indivíduo. Esta concepção de doença prevaleceu por longo período nas sociedades ocidentais, apresentando um breve intervalo de exceção na Grécia clássica, com a proposta de Hipócrates de uma nova racionalidade para compreensão do processo saúde-doença que estava baseado na observação do enfermo. Este pensamento filosófico substituiria a razão mítica. (D'AVILA-LEVY e CUNHA, 2018)

Compreende-se que há diferenças culturais entre as sociedades ocidentais e orientais no que se refere aos cuidados em saúde. O entendimento de transtorno mental e tratamento, principalmente, na sociedade ocidental tem um foco nas intervenções técnicas, deixando em segundo plano as características como crenças, valores e significados do sujeito, o que torna o cuidado mais tecnicista. Já na cultura não ocidental, a assistência pode apresentar aspectos mais holísticos.

Reforçando esta ideia, Kleinman (1981) apud Rabelo (2005), definiu os termos *disease* como correspondente à doença tomada como realidade objetiva, focado no mal-funcionamento dos processos biológicos, e *cure* referindo-se à intervenção que visa alterar ou deter os processos patológicos relacionados à doença. Ambos termos referem-se ao campo biomédico na sociedade ocidental. Já os termos *illness*, corresponde a doença como realidade subjetiva, com foco no sentimento dos sujeitos que estão em aflição, e *healing* refere-se à proposta de reconduzir esse entendimento rumo a uma percepção de bem-estar. Estes termos são bastante desenvolvidos em sistemas médicos não ocidentais.

Mas, mesmo a cultura ocidental tendo um foco mais biológico no tratamento em Saúde Mental, pelo fato do transtorno psíquico pertencer a uma esfera considerada fora dos padrões da razão, ela é vista como algo estranho e assustador. Sendo assim, muitas vezes as questões mentais são correlacionadas ao campo do espiritual.

Segundo Lavorato-Neto et al (2018a), há suspeita de que a natureza do transtorno mental tenha relação com a espiritualidade, pois o significado simbólico se dá no terreno da estranheza, do inexplicável, do híbrido, do suspeito e do assustador. Os sujeitos têm receio do que ocorre no transtorno mental, se deparando com os limites da razão ao julgarem a manifestação dos seus sintomas excêntricos e bizarros.

Desta forma, por conta do inexplicável para a sintomatologia de patologias mentais, é antiga esta associação com o religioso, sendo o sobrenatural muitas vezes, vinculado à causalidade da loucura.

De acordo com Dalgalarondo (2008), na Idade Média, o religioso dominava plenamente a concepção de adoecimento mental. A noção de loucura era considerada mítica, religiosa e demonológica. Todos os males, sobretudo, a lepra, a loucura, a melancolia e a mania, eram atribuídos a essa entidade sobrenatural.

Pela falta de conhecimentos técnicos e de fatores culturais e socioeconômicos, por um longo período foi evidenciada a prática da marginalização e exclusão dos doentes com lepra e também dos sujeitos que apresentavam algum transtorno mental. A doença mental era considerada um mal no campo do sobrenatural, e desde então, os indivíduos com problemas mentais, os chamados de loucos, eram excluídos da sociedade.

Os locais (hospitais) destinados ao acolhimento dos doentes mentais e dos discriminados pela sociedade na Idade Média, eram geralmente geridos por organizações religiosas. De acordo com D´ávila-Levy e Cunha (2018), o cristianismo, não somente manteve a concepção da enfermidade como punição aos pecadores como também incorporou a tradição da segregação dos leprosos e depois dos loucos, sendo ambos identificados como impuros.

Segundo Foucault (1978), no século XVII foram criadas vastas casas de internamento na Europa, constituindo uma resposta à crise econômica que afetava o mundo ocidental em sua totalidade, com diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda. Durante um século e meio os loucos foram postos sob o regime desse internamento, junto dos pobres, desempregados, contagiosos, libertinos e devassos. As novas significações atribuídas à pobreza, a relevância dada à

obrigação do trabalho e os valores éticos a ele relacionados determinam a experiência que se faz da loucura.

O marco foi a criação dos hospitais gerais na França e em outros países da Europa concomitantemente, os quais não tinham vocação técnica e terapêutica, representando locais destinados ao confinamento de indivíduos de variadas faces da desrazão. (SERPA JUNIOR, 1996)

Estes hospitais gerais funcionavam na instância da ordem monárquica. Porém, ainda que tenha deliberadamente ficado à margem da organização dos mesmos, a Igreja não permanece estranha ao movimento, reformando suas instituições hospitalares, redistribuindo os bens de suas fundações e criando congregações que propõem finalidades análogas às dos hospitais gerais. Nessas instituições também vêm-se misturar, os antigos privilégios da Igreja na prestação de cuidados aos pobres e nos ritos da hospitalidade, a aflição burguesa de colocar em ordem a questão da miséria; a vontade de ajudar e a necessidade de reprimir; a responsabilidade de caridade e o desejo de punir; e toda uma prática equívoca cujo sentido é o isolamento. (FOUCAULT, 1978)

Segundo Serpa Junior (1996), o avanço da civilização levou a um enfraquecimento do poder da Igreja. Desta forma, de acordo com D'ávila-Levy e Cunha (2018), as bases da medicina deixam de ser erigidas sobre o princípio da autoridade religiosa, sendo cada vez mais influenciada pelo crescente saber científico em geral.

De acordo com Serpa Junior (1996), a partir do final da segunda metade do século XVIII, começam a ser criados locais específicos para a internação dos loucos, mantendo a ideia de segregação, mas apresentando algum propósito terapêutico, o que representa o início da psiquiatria.

Segundo Providello e Yasui (2013), no século XIX, os psiquiatras libertaram os loucos do convívio confinado com libertinos, hereges, homossexuais entre outros, sendo ofertado um tratamento médico. A partir deste momento a loucura passa a ser do domínio da ciência, deixando de ser uma questão social e moral de exclusão para ser uma questão médica de exclusão.

Farinha e Braga (2018) ressaltam que o ideário racionalista, Pinel, reorganizou os hospitais franceses, considerando o louco como objeto tanto de

disciplina quanto da terapêutica. Assim, nasce a psiquiatria clássica, livre de correntes e punições, mas ainda baseada no confinamento e exclusão, com tratamentos ajustados aos modelos sociais de conduta, ainda incompatíveis com as bases da Reforma Psiquiátrica.

Para Providello e Yasui (2013), a partir do século XX, com Sigmund Freud, através da psicanálise e da psiquiatria, houve uma tentativa de criar uma possibilidade de entendimento da fala da loucura, passando, então, a existir um diálogo entre o louco e o são, desde que este último fosse capaz de desvendar e interpretar essas falas. Deste modo, a ideia de uma psiquiatria meramente excludente começou a ser desconstruída, dando início a uma nova fase para os tratamentos de portadores de transtornos mentais.

Com o avanço no conhecimento científico houve uma mudança na compreensão do processo saúde-doença, deixando o adoecimento de ser atribuído a circunstâncias sobrenaturais, passando a ser reconhecido os variados fatores (biológicos, ambientais e sociais) de causalidade.

É importante neste percurso destacar a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir de movimentos sociais, o que culminou o marco na reestruturação da Saúde Mental no país, através do processo de desinstitucionalização e da criação de uma rede substitutiva para tratamento de portadores de transtornos mentais.

Segundo Amarante e Nunes (2018), os primeiros movimentos relacionados à reforma da assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970, diante do cenário de descaso e violência identificado por profissionais. Este processo influenciou significativamente a construção das políticas públicas da saúde e de outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social).

No processo de desinstitucionalização, na tradição basagliana, as diversas formas de tratamento do sujeito passam a considerar sua existência e sua relação com as condições concretas de vida. Assim, a clínica deixaria de ser a exclusão terapêutica ou o tratamento moral de Pinel, criando possibilidades, favorecendo a produção de sociabilidades e subjetividades. O indivíduo da experiência da loucura, antes isolado da cidadania, torna-se sujeito, e não objeto de saber. Este processo não se restringe à reestruturação técnica de serviços, mas constitui-se na

reconstrução de saberes e práticas e de estabelecimento de novas relações. (AMARANTE, 2009)

A partir deste momento, há uma preocupação não apenas com as questões terapêuticas, mas também os aspectos socioculturais passam a ter um reconhecimento e importância neste processo.

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica envolve a construção de um novo lugar social para a loucura, através de estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais, e não somente clínicos e terapêuticos. Portanto, a utilização da arte e da cultura, para além do aspecto terapêutico assumiu a dimensão de produção de subjetividade e de vida, promovendo transformações no imaginário social e nas experiências discursivas sobre loucura, diversidade e diferença. (AMARANTE e NUNES, 2018)

Na atualidade, com todo avanço no campo da medicina psiquiátrica e conquistas através da Reforma Psiquiátrica, a qual através da Lei 10.216/2001 visa a garantia dos direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sendo assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra, a religião encontra-se fortemente presente na vida destes pacientes.

Henriques et al (2015), ressaltam que os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira têm sido ampliados e as práticas reformistas no campo da Saúde Mental vêm sendo propagadas. Porém, é apontado que os aspectos enquanto processo social complexo da Reforma têm sofrido descaracterização, reduzindo-a a uma simples reformulação técnico-assistencial dos serviços substitutivos de Saúde Mental. Em sua pesquisa, identificou-se que os discursos dos entrevistados indicam furos na rede social de apoio sobre a qual estes serviços se propõem a trabalhar.

Neste cenário, é relevante a devida atenção para a articulação dos saberes científicos dos serviços com os valores e crenças culturais, avançando no conhecimento dos impactos da religião na vida e tratamento dos sujeitos com transtorno mental, com respeito a sua subjetividade e experiência de vida social e religiosa.

De acordo com Neto et al (2009), devido à alta prevalência das práticas e crenças religiosas, é importante a identificação dos mecanismos para que a religião saudável possa ser enfatizada e utilizada para melhorar o nível de saúde e bem estar da população.

A partir da década de 1990, começaram as mudanças na área da Saúde Mental, através de pesquisas sistemáticas que demonstraram que pessoas com fé religiosa profunda pareciam lidar melhor com situações de estresse, recuperar-se mais rapidamente de depressão e apresentar menos emoções negativas que pessoas menos religiosas. O resultados destas pesquisas são importantes para o cuidado clínico dos pacientes. O conhecimento do impacto das crenças religiosas na etiologia, diagnóstico e evolução do transtorno mental auxilia os profissionais de Saúde Mental a compreenderem melhor os pacientes e na avaliação da utilização da religiosidade e espiritualidade para lidar melhor com a doença (KOENIG, 2007b).

Portanto, a comunidade religiosa pode ter uma influência marcante nas decisões e atitudes tomadas durante a vida, incluindo impactos no processo saúde-doença. A religiosidade é identificada como uma forma reconfortante de enfrentamento das dificuldades, sendo então as instituições religiosas procuradas por muitos indivíduos como trajetórias terapêuticas. Os familiares e sujeitos com sintomas de problemas mentais, geralmente procuram a religião quando descobrem que há algo fora do padrão.

A atividades espirituais e religiosas podem desempenhar um papel protetor na saúde mental, promovendo bem estar e conseqüentemente alívio dos sintomas e sentimentos de angústia frente ao transtorno mental.

Por meio da espiritualidade, religiosidade ou ambas, as pessoas podem associar positivamente as dimensões de bem-estar físico e mental, experimentando, assim, uma sensação de abrigo diante das adversidades. Sabe-se também que tanto a espiritualidade quanto a religiosidade influenciam a redução do estresse e, portanto, são consideradas fatores de proteção para transtornos de depressão e ansiedade. (GONÇALVES et al, 2018)

Em relação ao meio como as pessoas com algum transtorno mental e seus familiares lidam com esta situação, encontra-se presente a aproximação de alguma

religião com objetivo de busca pela cura, do alívio do sofrimento e fortalecimento da esperança.

De acordo com Koenig (2007b), há evidências que mostram que as pessoas se tornam mais próximas da religião quando estão doentes, tanto física quanto mentalmente. A religião é utilizada no auxílio para enfrentamento de situações de sofrimento, onde as pessoas buscam apoio em suas comunidades religiosas. Vários estudos, demonstraram que pessoas com sintomas psicóticos, buscaram a religião como suporte após o diagnóstico.

Deste modo, há um termo utilizado como referência à esta ideia de busca pela religião como uma forma de apoio em momentos difíceis na vida, chamado de *coping* (enfrentamento). Este termo, de acordo com Panzini, (2004), pode ser definido como enfrentamento ou conjunto de estratégias em que indivíduos utilizam para se adaptar ou manejar situações ou circunstâncias de cunho estressantes. Desta forma, *coping* exerce papel essencial na relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde.

Estas estratégias de *coping* podem ser classificadas de acordo com sua função, com foco na emoção ou com foco no problema. A primeira está relacionada à regulação da resposta emocional e a segunda está voltada para as ações práticas em relação à solução da causa estressora. (PANZINI E BANDEIRA, 2007)

Neste contexto, as estratégias para enfrentamento em momentos complicados na vida podem com frequência, envolver as crenças religiosas, o que recebe a denominação de *coping* religioso e espiritual (CRE), que segundo Moreira-Almeida e Stroppa (2009), refere-se à forma como as pessoas utilizam sua religiosidade e espiritualidade para lidar com situações de estresse e de dificuldade em suas vidas.

Portanto, a fé pode ser utilizada como meio de auxílio no manejo das dificuldades pessoais, sendo potencializada através do seguimento das doutrinas referentes à religião frequentada como também através apenas de suas questões espirituais individuais não vinculadas à uma instituição religiosa.

Desta forma, Panzini e Bandeira (2007), mencionam que apesar da religião ter significado diferente de espiritualidade, sendo religião baseada em instituição socializada vinculada a uma doutrina coletiva e espiritualidade referir-se a práticas

não institucionais, mas individuais e subjetivas, *coping* religioso pode ser descrito como a utilização da fé para lidar com os problemas da vida, ressaltando que fé pode incluir religião, espiritualidade ou crenças pessoais.

Em relação ao CRE, espera-se encontrar suporte necessário para lidar com as situações de dificuldades vivenciadas. Porém, é importante ressaltar que estas estratégias podem ter impactos favoráveis ou não para o indivíduo.

Os autores Panzini e Bandeira (2007), ressaltam que o CRE pode ser positivo ou negativo. As estratégias que visam o efeito benéfico ao indivíduo como procura por uma conexão com forças transcendentais, busca por conforto, ajuda e bem estar são consideradas CRE positivo. Já o CRE negativo refere-se às estratégias que envolvem consequências prejudiciais ao indivíduo, como atribuir o estressor como punição divina ou forças do mal.

No contexto da experiência positiva do uso da religião como apoio e conforto para o enfrentamento das condições decorrentes do transtorno mental, Moreira-Almeida e Stroppa (2009), mencionam que os recursos de *coping* como suporte social e religião podem facilitar a aceitação de pacientes às condições e limitações impostas pela doença, tendo como consequência redução dos efeitos sobre a mesma.

Desta forma, as instituições religiosas representam um local de acolhimento do indivíduo pelo grupo frequentador, fortalecendo o vínculo social e sentimento de pertencimento a esta comunidade, na maioria das vezes sem discriminação quanto a condição psíquica apresentada, o que pode auxiliar de modo favorável o portador de transtorno mental.

Reforçando esta questão, segundo Neto et al (2009), o pertencimento e a participação em um grupo religioso podem trazer consequências psicossociais saudáveis que influenciam positivamente a saúde. A religião promove coesão social, sensação de pertencimento, sanciona continuidade dos relacionamentos, padrões familiares e outros sistemas de apoio. Através do desenvolvimento de comunhão e companheirismo provê apoio social, modera o estresse e a raiva, e enfatiza estilos mais reflexivos de como lidar com as situações e se adaptar aos problemas.

A religião, além de promover um apoio social e fortalecer a convivência na comunidade religiosa, também influencia através de suas normativas institucionais, a

adoção por parte dos membros, de comportamentos e atitudes desejáveis de acordo com os ensinamentos religiosos.

Stroppa e Moreira-Almeida (2008) mencionam a regulação social como uma questão relevante na relação entre religiosidade e bem estar social, já que as comunidades religiosas estabelecem normas regulamentadoras do comportamento de acordo com o ensino sagrado, que são reforçadas por líderes e sedimentadas através da interação social dentro da comunidade religiosa.

O seguimento das doutrinas religiosas e a influência de práticas saudáveis podem levar a resultados benéficos à saúde física, mental e social do indivíduo, já que a inserção e aceitação na comunidade, bem como o desenvolvimento da religiosidade e espiritualidade podem proporcionar o alívio das questões emocionais.

De acordo com Dalgalarrondo (2006), há vários mecanismos propostos e investigados em relação a como a religiosidade impactaria de forma positiva sobre a saúde mental. É possível haver um sinergismo na ação de variados fenômenos, como suporte social das comunidades religiosas, sistema de crenças que propicia sentido à vida e ao sofrimento, incentivo a comportamentos saudáveis, e ainda normas referentes a estilos de vida propiciadores da saúde (relacionados à alimentação, ao uso de substâncias, ao comportamento sexual, à criação dos filhos, entre outros).

Para Souza e Caldas (2009), a dimensão espiritual pode ser definida por um tipo de saber cujo (des)conhecimento pode produzir tratamento inadequado, explicitado a partir de uma polaridade no uso de recursos ora no campo médico-científico ora no campo religioso/espiritual, respectivamente. Esses sentidos concorrem para a compreensão da importância que têm os saberes e práticas advindos das religiões para explicar o processo saúde e transtorno mental. Associado aos outros recursos da comunidade, o uso desses saberes e práticas configura possibilidades terapêuticas que mobilizam esperança e capacidades dos sujeitos no tocante à melhoria da saúde e da vida.

Nesta perspectiva, percebe-se que o suporte espiritual/religioso pode ser fundamental para proporcionar aos indivíduos com transtorno mental conforto e bem estar, porém, também pode ser importante o acompanhamento especializado em Saúde Mental concomitante. Assim, a religião e a Saúde Mental podem ser aliadas

no sentido de resultados positivos ao indivíduo com transtorno mental, seja favorecendo a adesão ao tratamento especializado, como também através de meios para enfrentamento dos problemas relacionados (*coping*) e aceitação da doença apresentada.

De acordo com Koenig (2007a), no estudo de Kirov et al (1998), pacientes que usaram a religião para *coping* tiveram maior insight para sua doença e maior adesão ao uso da medicação. O *coping* religioso pareceu ter impacto positivo na evolução dos pacientes já que foi associado com maior *insight* e adesão.

Desta forma, demonstra-se importante que os profissionais de saúde conheçam e valorizem as crenças e valores dos indivíduos, para proposição de tratamentos sensíveis às questões culturais de cada um, o que pode favorecer o vínculo profissional-paciente e garantir uma tratamento adequado ao sujeito.

Liderar e abordar as questões espirituais dos usuários do serviço requer conhecimento do contexto cultural, das condições psicopatológicas e implicações psicológicas, da apreciação ética e preparação técnica com base em evidência equilibrada com a arte do cuidado. (LAVORATO-NETO et al, 2018b)

A manutenção do equilíbrio entre religiosidade/espiritualidade e Saúde Mental é de significativa importância, pois tanto o tratamento em saúde quanto a vivência religiosa trazem benefícios para os sujeitos. Porém, ainda observa-se a fragmentação entre essas áreas, com atuações isoladas. Ainda observa-se o despreparo dos profissionais de saúde na abordagem das questões religiosas e inclusão das mesmas no plano terapêutico, o que pode resultar na resistência por parte dos portadores de transtorno psíquico a buscarem e aderirem ao tratamento e aproximação nas comunidades religiosas quando há acolhimento.

Segundo Souza e Caldas (2009), além da concepção religiosa que explica essa busca, outras razões se incluem na expectativa de cura ou alívio do sofrimento mental, como a proximidade/facilidade de acesso aos recursos contidos nas religiões em contraposição à distância/dificuldades de acesso ao recurso médico.

Em relação à esta questão do apoio dos serviços de saúde, Porto e Reis (2013), ressaltam que no sofrimento mental, ao se depararem com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ou por não encontrarem nestes as respostas

esperadas, recorrem à religiosidade em busca de apoio para enfrentamento do sofrimento em que vivem.

No estudo de Silva e Moreno (2004), realizado com familiares de portadores de problemas psíquicos em tratamento em uma Unidade de Saúde da Família (USF), no interior paulista, identificou que apesar dos familiares não desvalorizarem os serviços de saúde, é na religiosidade que eles encontram o acolhimento como auxílio frente ao sofrimento do seu familiar.

Neste contexto, a deficiência na atenção dos profissionais de Saúde Mental aos usuários dos serviços, levando em consideração os aspectos de crenças religiosas e espiritualidade, pode ocorrer por insegurança destes profissionais e desconhecimento em desenvolver esta temática e associá-la ao tratamento.

Segundo Moreira-Almeida et al (2006), a relação entre religião e Saúde Mental tem sua importância reconhecida em teoria, pois os profissionais que atuam na área não se sentem confortáveis para abordar questões acerca da espiritualidade dos pacientes, sendo necessário treinamento e busca por maior conhecimento do ambiente cultural e religioso em que atua para integrar a espiritualidade na prática clínica.

Temas referentes à sexualidade, violência, religião, política, dentre outros, geralmente não são abordados no contexto do CAPS, privilegiando as discussões em torno da clínica psiquiátrica. Contudo, aspectos básicos sobre o percurso terapêutico e religioso, representam experiências intensificadoras do cotidiano dos sujeitos que frequentam tais serviços. (HENRIQUES, 2015)

Sendo assim, tem sido identificada cada vez mais a necessidade da abordagem de questões como religiosidade e espiritualidade na prática assistencial, para contribuir com a qualidade do cuidado centrado no paciente e seus valores e contexto cultural.

De acordo com Fallot (2001), o contexto cultural do sujeito frequentemente contribui de forma considerável para o conteúdo de sintomas graves, os quais inclui delírios e alucinações. Portanto, é relevante a compreensão dos aspectos culturais do indivíduo e o contexto da própria prática, para analisar as experiências religiosas ou espirituais que podem estar relacionadas ao sofrimento subjetivo ou sintomas observados, tornando-se essencial que profissionais que oferecem serviços de

reabilitação psiquiátrica, obtenham a competência de cunho cultural e religiosa, isto é, a capacidade de entender e atuar de maneira eficaz com indivíduos de diversas origens espirituais. Uma abordagem abrangente na avaliação exige que qualquer crença ou comportamento específico seja colocado no contexto da capacidade do indivíduo de desempenhar funções sociais, educacionais, familiares e vocacionais; da organização psicológica geral; e de achados físicos ou biológicos. Assim sendo, o espiritual é articulado com outras áreas de funcionamento e, considerando esses domínios, o clínico pode fazer julgamentos mais adequados sobre categorias de psicopatologia e bem-estar.

Portanto, torna-se necessária a discussão da prática psiquiátrica e psicológica mais sensível à cultura. Henriques et al (2015), em sua pesquisa, apontam a necessidade de estudos que dialoguem entre o conhecimento científico e religioso, de modo que não seja construída uma hierarquia entre eles, pois ambos tem uma contribuição para a construção de práticas terapêuticas em Saúde Mental. A partir do acolhimento do discurso religioso como uma das formas possíveis de assistência, os profissionais passam a estender as possibilidades de tratamento dos portadores de transtorno mental para além dos serviços especializados, o que colabora para a implantação de práticas não excludentes, articuladas e centradas no território e nas características sociais, culturais e históricas que fundamentam a vida dos usuários deste serviços.

Também pode ser significativo que os profissionais dos serviços de Saúde Mental busquem o conhecimento sobre os locais na comunidade onde os pacientes estão inseridos socialmente, como as instituições religiosas e o que pensam seus representantes sobre o tratamento, pois consistem em uma forte rede de suporte social.

De acordo com Reinaldo e Santos et al (2016), toda vivência religiosa/espiritual tem seu sistema de crenças, portanto, é importante conhecê-lo para identificar se há interferência de forma positiva ou não no tratamento das pessoas com transtornos psíquicos e para intervir, caso necessário. Diante da inserção do paciente da Saúde Mental em diferentes cenários, além da rede de atenção assistencial, é importante ouvir a família e os líderes religiosos a respeito do tema, considerando-os como parceiros importantes na rede social de apoio do paciente.

Deste modo, esta aproximação e conhecimento por parte dos profissionais de saúde acerca da religião e espiritualidade dos pacientes com transtorno mental e sua relação com o tratamento especializado ainda é uma questão a ser reforçada, pois pode ser de extrema importância no aspecto terapêutico do paciente.

De acordo com Freire e Moleiro (2015), o desafio profissional vai além do reconhecimento dos impactos da religião na Saúde Mental, sendo também fundamental a compreensão de como esse impacto ocorre, de como pode ser utilizado como um recurso, de como isso pode ser desafiado e como ele pode ser integrado com precisão aos ambientes terapêuticos, para beneficiar o cliente, o relacionamento terapêutico e o processo terapêutico como um todo.

Portanto, torna-se importante que a equipe especializada em Saúde Mental tenha a capacidade não só de identificar os fatores que contribuem de modo favorável ou não para o tratamento de transtornos mentais, como o tipo de religião e suas doutrinas, classe social, vulnerabilidade do paciente e familiares à influências externas, mas também aproximar-se dos aspectos culturais e pessoais de líderes das comunidades religiosas em questão.

Diferentes tipos de religiosidade, em diversos contextos históricos, socioeconômicos, políticos e culturais podem ter significações e implicações diferenciadas para a vida dos indivíduos, sua subjetividade e saúde mental. Nos países ocidentais, a religiosidade parece ter significados diferenciados para sujeitos de diferentes grupos sociais, interagindo com dimensões como classe social, modernização individual, gênero, grupo étnico, status de grupo majoritário ou de minoria excluída (DALGALARRONDO, 2006).

Neste contexto, percebe-se que é possível a existência de diversas influências da religião no tratamento em serviços de Saúde Mental, e apesar de grande parte ter um efeito positivo no apoio às terapêuticas, é importante conhecer os impactos negativos.

Segundo Moreira-Almeida et al (2006), religião pode orientar os indivíduos de modo rígido e com inflexibilidade, motivando-as a aderir ao tratamento ou desestimulando a busca por cuidados médicos. No Brasil, as condições sociais e de educação podem tornar as pessoas vulneráveis ao abuso espiritual e religioso.

As principais religiões com tradições e padrões bem definidos e liderança responsável, costumam promover experiências humanas positivas. Porém, a religião também pode impactar de modo negativo na saúde quando crenças religiosas são utilizadas como justificativa para comportamentos de saúde prejudiciais ou substituição dos cuidados médicos tradicionais, induzindo sentimentos de culpa, vergonha, medo ou justificando comportamentos agressivos, como também isolando do convívio social aqueles em desacordo com os padrões religiosos. (PANZINI e BANDEIRA, 2007)

Em relação aos impactos negativos da religião no tratamento de transtornos mentais, pode ser identificada a questão dos representantes religiosos que compreendem que a terapêutica em Saúde Mental contraria o regulamento institucional, o que contribui para a não adesão ao tratamento nos serviços especializados, sendo oferecido apenas o suporte no âmbito religioso/espiritual.

Para Koenig (2007b), da mesma forma que profissionais de Saúde Mental não têm valorizado a religião na vida das pessoas com transtorno mental, as comunidades religiosas também têm apresentado atitudes negativas em relação aos psicólogos e psiquiatras, que são vistos como ameaças às convicções religiosas. Nos Estados Unidos, esta situação tem levado a processos legais, pois muitas comunidades religiosas não encaminhavam seus membros com algum transtorno mental grave para cuidado psiquiátrico, acarretando resultados devastadores.

As comunidades religiosas ou líderes religiosos podem discordar dos profissionais de Saúde Mental em relação ao valor do uso de psicofármacos ou da psicoterapia. Desta forma, a equipe de reabilitação psicossocial pode buscar conhecer acerca da influência da experiência ou crença religiosa específica, para entender se existe um apoio, se há um prejuízo ou se é irrelevante para o bem-estar geral da pessoa. Então torna-se crucial esclarecer os valores pelos quais esse julgamento pode ser feito, se a ênfase está no processo ou no resultado do enfrentamento religioso. (FALLOT, 2001)

Desta forma, mesmo com os desafios encontrados, entende-se que o cuidado em Saúde Mental começa a ser produzido com a articulação de diversos serviços, tanto da área da saúde quanto nos meios sociais, sendo crescente a participação da religião neste processo. Através da interação Saúde Mental e religião, busca-se integrar o tratamento técnico científico com os valores e crenças dos indivíduos.

Segundo Bracken et al (2012), o paradigma tecnológico, que guia a psiquiatria, destaca uma tendência de medicalização da vida cotidiana, mantendo as dimensões subjetivas como preocupações secundárias. Acredita-se que haja evidências em relação às boas práticas em psiquiatria envolvendo as dimensões não técnicas como relacionamentos, significados, valores, crenças e práticas culturais. Os autores ressaltam a ideia de conciliar as ferramentas da ciência empírica e as técnicas médicas e psicoterapêuticas com os aspectos éticos e hermenêuticos do trabalho, destacando a relevância de abordar as questões subjetivas.

Esse novo paradigma da assistência em Saúde Mental demonstra que o sofrimento psíquico aflige indivíduos que vivem em contextos sociais e pessoais próprios, apontando para várias possibilidades de compreensão para a doença. Sendo assim, as práticas do campo da Saúde Mental pretendem analisar e favorecer alternativas assistenciais diversificadas, nas quais a assistência, exclusivamente à dimensão orgânica, deixa de ser privilegiada. Integra-se a isso, uma preocupação em não se desvincular o sofrimento psíquico do contexto social e cultural do paciente (BALTAZAR, 2003).

Deste modo, pode-se dizer que a espiritualidade e a religião estão intimamente relacionadas com a cultura, portanto, torna-se essencial a valorização das crenças dos indivíduos. De acordo com Lavorato-Neto (2018b), a espiritualidade também é uma questão complexa entre culturas, e está envolvida na gestão do cuidado, que é afetada pela formação do indivíduo espiritual e as características de suas crenças religiosas.

Neste contexto, segundo Salimena et al (2016), é necessário saber identificar e reconhecer o papel que a espiritualidade e as crenças religiosas desempenham na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos portadores de transtorno mental. O profissional deve pesquisar a história espiritual e explorar sobre a crença do usuário, já que este aspecto pode influenciar diretamente no projeto terapêutico e no transtorno mental. Os mesmos autores destacam em sua pesquisa que a espiritualidade na vida dos portadores de transtornos mentais auxilia tanto no tratamento quanto no enfrentamento de suas limitações impostas pelo problema de saúde.

Assim, a valorização da espiritualidade e da religiosidade nos serviços de saúde se faz necessária, já que estes termos representam fortes aliados no enfrentamento de problemas, auxiliando no tratamento psicoemocional dos indivíduos com transtorno mental.

Pensando na gestão do cuidado e adesão ao tratamento em Saúde Mental, torna-se importante o envolvimento do paciente em relação às decisões tomadas, com uma visão holística, promovendo um cuidado integral que deve levar em consideração os aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais. Para Lavorato-Neto (2018b), holismo aplicado aos cuidados de saúde, refere-se à assistência prestada aos indivíduos de acordo com a integração de suas necessidades em uma abordagem centrada na pessoa, levando em consideração os aspectos físicos e biológicos, social, psicológico, de meio ambiente e espiritual, ou simplesmente corpo, mente e espírito. O cuidado holístico é o conceito fundamental de cuidado espiritual ou a concepção que fornece a justificativa para abordar a espiritualidade na saúde e na Saúde Mental.

Portanto, quando o profissional através de uma direção holística promove um tratamento focado nas necessidades do paciente, colabora garantindo o respeito, a valorização da singularidade e da autonomia do sujeito.

As pessoas que sofrem de transtornos psíquicos apresentam vulnerabilidade no sentido de que sua autonomia é reduzida e se encontram em situação de inferioridade nas relações sociais. Por isso, é importante que, no relacionamento com outras pessoas da comunidade, o paciente seja respeitado como uma pessoa autônoma que pode tomar suas próprias decisões. (RODRIGUEZ-YUNTA, 2016)

Desta forma, os profissionais da Saúde Mental através da articulação com a religião e espiritualidade, buscam reconhecer os valores e crenças dos indivíduos na condução dos tratamentos e cuidados prestados, o que é fundamental para sucesso na adesão ao projeto terapêutico.

A partir da temática apresentada neste capítulo, destaca-se as relevantes diferenças entre religião, religiosidade e espiritualidade, como estes assuntos estão relacionados à Saúde Mental e ainda como esta relação pode influenciar positiva ou negativamente em ambas as partes, sendo também identificada a importância do conhecimento e abordagem dos aspectos religiosos e espirituais no tratamento de

indivíduos com transtorno mental, o que pode exercer alguma influência para a adesão ou não ao plano terapêutico proposto.

Deste modo, no próximo capítulo será abordado o tema referente aos tipos de adesão ao tratamento e as relações profissionais-pacientes.

2 CONCEITOS DE ADESÃO AO TRATAMENTO

A assistência em saúde pública promovida pelos serviços tem a preocupação com a questão da adesão ao tratamento. É importante no processo de adesão ao tratamento na Saúde Mental o compartilhamento de informações e a relação entre profissionais, pacientes e familiares no direcionamento e decisões. Portanto, para construção deste trabalho é necessária a compreensão e definição desta temática.

A adesão ao tratamento pode ser definida como um processo de decisão em saúde, de modo racional e individual, baseada na avaliação do custo/benefício. Não é uma decisão isolada com um resultado predeterminado, mas sim um processo na troca intrapessoal, interpessoal e condições clínicas de saúde que devem impactar a capacidade do usuário para se engajar ou restringir comportamentos. (CORRIGAN, 2015)

Para alguns autores, adesão ao tratamento refere-se ao comportamento e cumprimento por parte do paciente ao que lhe foi proposto pelos profissionais de saúde, sendo então definido o termo adesão, de acordo com Pedreira et al (2012, p. 21), como a “extensão em que os pacientes seguem as recomendações dos profissionais de saúde” e segundo De Las Cuevas (2014, p. 1548), como “a medida em que o comportamento do paciente corresponde às recomendações acordadas com prescritor”.

Para este trabalho, há o entendimento de que a adesão ao tratamento é um processo que envolve os pacientes como responsáveis pelo direcionamento de seu tratamento, cabendo-lhes a tomada de decisão final em relação ao seguimento ou não da terapêutica, seja medicamentosa ou outras formas de cuidado à saúde no âmbito biopsicossocial. Deste modo, em referência à adesão pressupõem-se que o paciente possa acatar ou não a prescrição que lhe foi imposta pelo profissional de saúde.

Atualmente o paciente tem buscado um papel mais atuante na tomada de decisão no seu tratamento, sendo reduzido o domínio do saber técnico-científico, e com isso a relação profissional-paciente tem sofrido mudanças, sendo levados em consideração os valores do paciente, bem como a conquista de maior autonomia por este grupo. Portanto neste contexto, é importante conceituar e discutir sobre os modelos de relação médico-paciente: paternalista, informativo, interpretativo e

deliberativo. Ressalto que apesar destas definições relacionais estarem centradas na figura do médico, no contexto desta pesquisa e na atuação em CAPS, amplia-se essa relação a todos os profissionais de diversas formações envolvidos no cuidado ao paciente.

No modelo paternalista, também chamado de modelo parental ou sacerdotal, a interação médico-paciente garante que os pacientes recebam as informações referentes às intervenções que melhor promovam sua saúde e bem-estar. Para este fim, os médicos usam suas habilidades para determinar a condição do paciente, seu estágio no processo da doença e identificar os exames e tratamentos mais propensos a restaurar a saúde ou melhorar a dor. Desta forma, apresenta informações selecionadas, com o objetivo de obter o consentimento do paciente com a intervenção que considera como a melhor opção. No extremo, o profissional de forma autoritária comunica ao paciente quando a intervenção deverá ser iniciada. Neste modelo há uma participação limitada do paciente, pois o médico assume que pode discernir o que é melhor em relação ao tratamento, atuando como guardião, articulando e implementando o que julga ser a melhor conduta. Supõe-se que o paciente será grato pelas decisões tomadas pelo médico, mesmo que ele não concorde com elas no momento. A concepção da autonomia é o consentimento do paciente, seja no momento ou mais tarde, para as determinações profissionais sobre o que é melhor. Porém, o médico tem obrigações, incluindo o de colocar o interesse do paciente acima de si mesmo e solicitar a opinião de outros quando não tem conhecimento adequado. (EMANUEL e EMANUEL, 1992)

Neste modelo o conhecimento do profissional de saúde é dominante sobre o poder de decisão do paciente, sendo proposto tratamento que o profissional considera o adequado e melhor. Desta forma, o paciente não possui autonomia em relação às questões referentes à sua saúde-doença.

Este modelo era muito comum na psiquiatria antes da Reforma Psiquiátrica, onde os tratamentos eram impostos aos sujeitos, não sendo respeitados os valores do indivíduo. Mas essa relação profissional-paciente tem sofrido mudanças, com um chamado por maior autonomia do paciente, permitindo poder de escolha e controle sobre as decisões acerca de seu tratamento. Os modelos apresentados a seguir já trazem características que indicam essa mudança.

No modelo informativo, também chamado de modelo científico, de engenharia ou consumidor, o objetivo da interação médico-paciente é que o médico garanta ao paciente todas as informações relevantes para que selecione as intervenções que deseja. Para esse fim, o profissional fornece dados sobre as condições da doença, a natureza de possíveis intervenções diagnósticas e terapêuticas, a natureza e a probabilidade de riscos e benefícios associados às intervenções e quaisquer incertezas de conhecimento. Os pacientes podem vir a conhecer todas as informações médicas relevantes para sua doença e intervenções disponíveis e selecionar as intervenções compatíveis com seus valores. Este modelo pressupõe uma distinção bastante clara entre fatos e valores, sendo os valores do paciente bem definidos e conhecidos, faltando ao mesmo os fatos, então a obrigação do médico é fornecer todos os fatos disponíveis, e os valores do paciente determinam quais tratamentos devem ser realizados. Neste modelo, não há julgamento sobre os valores e o profissional por deter conhecimentos técnicos, fornece os meios permitindo a escolha por parte do paciente. Como especialistas técnicos, os médicos têm obrigações de viabilizar informações verdadeiras, manter competência em sua área de especialização e consultar outras pessoas quando faltarem seus conhecimentos ou habilidades. A concepção de autonomia do paciente é o seu controle sobre a tomada de decisão médica. (EMANUEL e EMANUEL, 1992)

Neste modelo, o profissional de saúde garante as informações sobre intervenções e o paciente faz sua escolha, cabendo ao profissional implementar o tratamento selecionado pela parte envolvida. Porém em sua abordagem não há a compreensão dos valores do indivíduo e a relação destes com a doença. Este modelo ainda está bastante presente nas relações profissional-paciente na Saúde Mental, não havendo o conhecimento sobre as particularidades do sujeito, o que auxiliaria na adesão ao tratamento.

Já o modelo interpretativo tem como objetivo da interação médico-paciente elucidar os valores do paciente e o que ele realmente quer, ajudando-o a selecionar as intervenções disponíveis que respeitam esses valores. Neste modelo, o profissional fornece as informações sobre a natureza da condição de sua doença e os riscos e benefícios de possíveis intervenções, auxiliando o paciente a elucidar e articular seus valores e a determinar quais intervenções médicas melhor entendem esses princípios especificados, ajudando, assim, a interpretar os valores do paciente

para o paciente. Segundo este modelo, esses valores não são necessariamente fixos e conhecidos pelo paciente, sendo frequentemente incipientes e compreendidos parcialmente, podendo entrar em conflito quando aplicados a situações específicas. Consequentemente, o médico deve elucidar e tornar coerentes esses valores para o paciente e auxiliá-lo na reconstrução dos seus objetivos, aspirações, compromissos e caráter. No extremo, o médico deve contemplar a vida do paciente como um todo narrativo e, a partir disso, especificar os valores e sua prioridade. Neste modelo, o profissional não dita a intervenção a ser adotada, mas atua como conselheiro e o paciente tem o papel de decisão sobre quais valores e o curso de ação que melhor se adapta a quem ele é. O médico também não julga os valores do paciente, mas ele o ajuda a entender e usá-lo na situação médica. Assim, as obrigações do médico incluem aquelas enumeradas no modelo informativo, mas também exigem envolver o paciente em um processo conjunto de compreensão. Nesse sentido, a concepção da autonomia do paciente é a autocompreensão, passando, a saber, com mais clareza quem ele é e como as diversas opções médicas se baseiam em sua identidade. (EMANUEL e EMANUEL, 1992)

Desta forma, o modelo interpretativo identifica e reconhece que os valores do paciente são dinâmicos. Nesta relação além do paciente receber as informações necessárias para auxiliá-lo na escolha, seus valores e singularidades são levadas em consideração.

Já no modelo deliberativo, o objetivo da interação médico-paciente é ajudar o paciente a determinar e escolher os melhores valores relacionados à saúde que podem ser realizados na situação clínica. Para este fim, o profissional deve delinear informações sobre a situação clínica e em seguida ajudá-lo a elucidar os tipos de valores incorporados nas opções disponíveis. Os objetivos do médico incluem sugerir por que certos valores relacionados à saúde são mais valiosos e devem ser aspirados. No extremo, o médico e o paciente se envolvem em deliberações sobre que tipo de valores relacionados à saúde podem e devem ser seguidos. O profissional discute apenas os valores relacionados à saúde, ou seja, aqueles que afetam ou são afetados pela doença e pelos tratamentos do paciente, reconhecendo que muitos elementos da moralidade não estão relacionados com a doença ou tratamento e estão além do escopo de sua relação profissional. Além disso, o

médico não pretende mais do que persuasão moral, onde a coerção é evitada e o paciente deve definir sua vida e selecionar a ordem dos valores a serem adotados. Ao se envolver em deliberação moral, o profissional e o paciente julgam o valor e a importância dos valores relacionados à saúde. Neste modelo, o médico atua como professor ou amigo, dialogando com o paciente sobre qual curso de ação seria melhor. Ele não apenas indica o que pode ser adotado, mas, conhecendo o paciente e desejando o que é melhor, indica o que deve ser realizado e qual decisão em relação à terapia médica seria admirável. A concepção da autonomia do paciente é o autodesenvolvimento moral, com empoderamento não apenas em seguir as preferências examinadas ou valores não examinados, mas em considerar, através do diálogo, valores alternativos relacionados à saúde, sua dignidade, e suas implicações para o tratamento. (EMANUEL e EMANUEL, 1992)

Neste modelo o diálogo entre profissional e paciente está presente, permitindo o conhecimento dos valores do sujeito que referem-se à sua saúde, o que auxilia na tomada de decisão compartilhada.

A tomada de decisão compartilhada pressupõe que dois atores envolvidos- o cliente e o profissional - devem compartilhar suas respectivas informações e determinar de forma colaborativa o tratamento ideal. (DEEGAN e DRAKE, 2006)

Esse processo de relação profissional-paciente baseada na decisão compartilhada deve ser construído através do respeito mútuo e participação ativa de ambas as partes, sendo levada em consideração a singularidade e garantia da autonomia do sujeito.

Após conceituar os modelos de relação profissional-paciente, visando avaliar a questão dos impactos e influências, tanto do meio externo quanto da subjetividade do paciente em relação à adesão ao tratamento em saúde, é necessário compreender as diferentes formas de pensar a adesão, como o *compliance* (submissão) e *concordance* (concordância).

No que se refere o termo *compliance*, profissionais promovem o cumprimento do tratamento através de medidas coercitivas, incluindo pacientes ambulatoriais ou não, significando coerção que reduz o controle dos pacientes. Neste modelo, o paciente não participa do cuidado em Saúde Mental, apenas cumpre o que é

proposto. Este termo é negativo em relação aos ideais de adesão que tenta incorporar o paciente na decisão do tratamento. (CORRIGAN, 2015)

Segundo Deegan e Drake (2006), as intervenções de *compliance* geralmente são projetadas para aumentar a conformidade comportamental dos clientes com a visão de um tratamento ideal do médico. Este modelo, com sua ênfase na obediência à autoridade médica, é simplista demais para abordar os complexos processos de tomada de decisão necessários para descobrir o uso ideal de medicamentos no processo de recuperação dos principais transtornos mentais.

Esse modelo de *compliance* representa um modelo focado nas determinações médicas impostas, sem a participação do paciente neste processo, e sem considerar as particularidades e subjetividade do sujeito. Neste sentido, esta abordagem de tratamento carrega características pré Reforma Psiquiátrica, onde o paciente não tinha voz nas decisões. Desta forma, pode-se dizer que o termo *compliance*, refere-se a um conceito de adesão voltado para o cumprimento das intervenções e cuidados impostos pelos profissionais de saúde, aproximando-se da relação paternalista, não havendo participação ativa do paciente.

Mas as mudanças no cenário da Saúde Mental trouxeram uma maior atenção para o empoderamento dos pacientes no que se refere às escolhas para seu tratamento, o que reflete em uma melhor adesão.

Nas últimas décadas tem havido um aumento no interesse no envolvimento de pacientes nas decisões de seu tratamento. De acordo com De Las Cuevas et al (2012), o chamado "modelo centrado na doença" nos cuidados de saúde, onde os médicos tomam decisões de tratamento com base em seus conhecimentos técnicos e dados clínicos, evoluiu para um "modelo centrado no paciente", onde pacientes tornam-se participantes ativos em seus próprios cuidados e suas necessidades individuais e preferências são tomadas em conta ao tomar decisões sobre seu tratamento ou procedimentos de diagnóstico. Estudos relatam que os cuidados centrados no paciente melhoram a comunicação, promovem o envolvimento do paciente no cuidado, criam uma relação positiva com o provedor, e resultam em melhor adesão ao tratamento.

Neste sentido, através da comunicação entre profissional-paciente e envolvimento do mesmo em seu tratamento proporcionou uma terapêutica voltada

para as necessidades do indivíduo, garantindo um cuidado mais digno e conseqüentemente influenciando de forma positiva a adesão. O termo *concordance* representa uma assistência centrada no paciente e tem relação com a ideia de adesão adotada nesta pesquisa.

Para De Las Cuevas (2012), o termo *concordance*, pode ser definido como um acordo entre paciente e profissional de saúde alcançado após uma negociação que respeite crenças e valores do paciente e deseja determinar se ele quer ser tratado, quando e como tomar a medicação.

Ainda segundo o mesmo autor, em contraste com o conceito tradicional de *compliance* que reflete concepção paternalista da relação médico-paciente com base em um modelo médico de doença, *concordance* não se refere apenas ao comportamento de tomada de medicação do paciente, mas sim a natureza da interação entre terapeuta e paciente, com base na noção de que as consultas entre médicos e pacientes são uma negociação, que visa estabelecer uma aliança terapêutica.

Deste modo, após conceituar as diferentes formas de adesão, é importante ressaltar que atualmente ainda é predominante a influência dos profissionais de saúde em relação ao tratamento, reproduzindo a forma de adesão *compliance* em diversas especialidades da saúde, com destaque para psiquiatria, já que para sociedade o paciente com transtorno mental é estigmatizado, visto como um sujeito dependente. O comportamento fora dos padrões sociais estabelecidos como inadequado é incômodo, havendo o entendimento de que o modelo de adesão ao tratamento imposto à estes pacientes é o ideal, afim de controle dos sintomas.

Segundo Jaeger e Rossler (2010), a influência e coerção são onipresentes na relação entre paciente-médico, principalmente no campo da psiquiatria. Em relação aos aspectos éticos em debate, em particular dos tratamentos psiquiátricos involuntários, é dada ênfase à questão relacionada a qual tratamento de acordo com a normas legais deve ser aplicado ou em que medida a autonomia do paciente deve ser respeitada. Motivos para intervenções coercivas informais referem-se ao conceito de paternalismo em assumir a responsabilidade pela saúde dos pacientes e/ou ao conceito de controle social como um mandato da sociedade para ajudar na prevenção ou redução do comportamento indesejado e disruptivo.

Em referência ao tratamento farmacológico, a adesão adequada também configura-se muitas vezes como o cumprimento da prescrição medicamentosa, tanto na saúde em geral quanto na área da psiquiatria.

Para doenças crônicas, a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso prescrito é comportamento desejável. Na psiquiatria, a adesão visa possibilitar que o tratamento psicofarmacológico auxilie no controle dos sintomas psiquiátricos, favoreça melhor manejo da doença e minimize o risco de recaídas e a necessidade de inúmeras internações psiquiátricas consecutivas. (CARDOSO et al, 2011)

Neste contexto, a prescrição de psicofármacos como principal mecanismo terapêutico ainda representa forte indicador para adesão ao tratamento em Saúde Mental, sendo deixado em segundo plano as características sociais, econômicas e culturais do paciente, as quais podem interferir no comportamento e decisão do mesmo em relação à adesão.

De acordo com Nicolino et al (2011), a adesão a tratamentos medicamentosos consiste em um processo complexo que envolve múltiplos fatores, com destaque para aqueles diretamente ligados ao paciente. A esse respeito, é importante a avaliação dos aspectos socioculturais relacionados à utilização de medicamentos como resultante de uma decisão racional, onde são consideradas as crenças no tratamento e as formas de enfrentamento às condições mórbidas. Ressalta-se, ainda, que há uma relação entre o que o indivíduo acredita e como ele age diante de alguma morbidade.

Embora o resultado do uso de medicações controle ou reduza alguns sintomas nos transtornos mentais, é importante pensar na questão do sujeito como um todo, integralmente, rompendo com o olhar voltado para doença. A medicação tem suas vantagens e desvantagens, e o paciente tem o direito na tomada de decisão racional acerca de seu tratamento, sendo importante que os profissionais de saúde garantam que o paciente tenha as informações necessárias para auxiliá-lo nas escolhas.

Muitos pacientes, apesar de reconhecer os benefícios da medicação, avaliam como mais significativos os seus aspectos negativos, enfatizando as barreiras para o seguimento do tratamento. Na literatura é apontado que embora o tratamento medicamentoso proporcione benefícios incontestáveis à evolução da esquizofrenia,

por vezes, ele é desgastante para o paciente, gerando sentimentos de ambivalência em relação ao medicamento. (NICOLINO et al, 2011)

Porém na prática da Saúde Mental, muitos profissionais de saúde têm a visão e entendimento de que adesão ao tratamento está relacionada apenas ao uso de medicação de acordo com prescrição médica, não ampliando para outras alternativas terapêuticas que podem ser tão eficazes quanto os medicamentos. Ainda existe a ideia do modelo manicomial, onde usuários não possuem autonomia no que diz respeito ao seu processo saúde-doença.

Segundo Corrigan (2015), profissionais da Saúde Mental usam com frequência o termo “problemas de adesão” referindo-se às decisões dos pacientes que não fazem uso de medicação. Muitos profissionais demonstram preocupações sobre sua visão de “adesão” como um paradigma de tratamento porque ignoram o custo/benefício da medicação e de vários outros tratamentos. Mas a visão da medicação como uma das diversas opções de tratamento, promove autodeterminação e autonomia dos usuários. Outros tratamentos podem incluir: psicoterapia, suporte e educação em casa, suporte familiar, aconselhamento, medicina complementar e de bem estar e suporte de pares.

É importante reforçar que há benefícios e experiências exitosas de tratamentos medicamentosos e psicoterápicos na Saúde Mental, mas evidências têm demonstrado que a incorporação dos aspectos socioculturais dos sujeitos também têm resultados positivos nos tratamentos. Bracken et al (2012) aponta que tem sido reconhecido cada vez mais, que as intervenções técnicas como os medicamentos, têm um impacto limitado na carga geral dos transtornos mentais graves. Também ressalta que há evidências de que a melhora nos casos de depressão, estão vinculadas principalmente às dimensões não técnicas das intervenções.

Isso não quer dizer que o conhecimento técnico no campo da Saúde Mental não seja importante, mas pode-se entender que há mais de um caminho para tratamento dos transtornos mentais, sendo necessário o respeito à diversidade. De acordo com Bracker (2012, p.432):

“precisamos desenvolver uma abordagem para os problemas de saúde mental que seja genuinamente sensível à interação complexa de forças (biológicas, psicológicas, sociais e culturais) subjacentes a elas e que

podem ser utilizadas terapêuticamente. As evidências estão ficando claras de que, para melhorar os resultados para nossos pacientes, devemos nos concentrar mais em contextos, relacionamentos e na criação de serviços nos quais a promoção da dignidade, respeito, significado e engajamento são priorizadas.”

Desta forma, podemos entender que a adesão ao tratamento em Saúde Mental é uma questão ampla, envolvendo terapêuticas que estendem-se além da farmacologia, incluindo intervenções com participação do paciente no processo de definição de seu tratamento, para que o resultado seja positivo para o indivíduo e sua saúde.

Atualmente, ainda existe uma clara necessidade de identificar os determinantes da não adesão ao tratamento que permitam não apenas um resultado positivo para o paciente, mas também uma prevenção de recaída. Por isso, os profissionais de Saúde Mental devem ser sensíveis às preferências individuais e aos desejos de participação dos pacientes, e responder a esses sem tentar impor uma atitude preconcebida.

De acordo com Cardoso e Galera (2009), no decorrer das doenças psíquicas, pacientes e familiares vivenciam tanto momentos de estabilidade e redução de sintomas, que estão associados ao eficaz tratamento medicamentoso e não medicamentoso, quanto momentos de crise. A não adesão ao tratamento se desenvolve de forma gradual no curso dos transtornos mentais e está associado ao agravamento da patologia.

Para Miasso et al (2015), a adesão ao tratamento e a segurança do paciente constituem desafios para assistência. A falta de adesão representa um problema persistente entre pacientes psicóticos e fatores como cultura, crenças e subjetividade do indivíduo influenciam nesta adesão. Desta forma, intervenções para otimizar a aceitação ao tratamento tendem a ser mais eficazes quando adaptadas às necessidades e percepções individuais associado aos fatores que permitem ou impedem a adesão. Também é citado que o conhecimento dos pacientes e familiares acerca do tratamento são fatores contribuintes à adesão, pois a participação do usuário é determinante neste processo.

Desta forma, percebe-se que os fatores determinantes para adesão ao tratamento em qualquer especialidade são diversos, não sendo diferente na

psiquiatria, destacando-se a questão da escassez de informações e sua qualidade, bem como o estabelecimento de vínculo paciente, família e equipe de saúde.

Em um estudo sobre adesão ao tratamento de pacientes com transtorno afetivo bipolar, segundo Pedreira et al (2012), são variados os fatores que contribuem para a dificuldade de adesão ao tratamento, como a falta de informação a respeito do quadro clínico e do tratamento psicofarmacológico e psicossocial, falta de apoio familiar e de vínculo terapêutico adequado com os profissionais da Saúde Mental.

Em relação aos desafios na adesão à farmacoterapia, Miasso et al (2009), em seu trabalho sobre satisfação e adesão ao tratamento de transtorno afetivo bipolar, mostrou que a maior parte dos pacientes não aderem ao tratamento medicamentoso de forma não intencional, sendo apontada satisfação com a efetividade do uso do medicamento e com as informações recebidas sobre o mesmo, porém foram identificados relatos de efeitos colaterais, dúvidas e falta de motivação para seguir o tratamento.

Já Nicolino et al (2011), observou em seu estudo, conhecimento insuficiente por parte dos pacientes sobre a esquizofrenia e o tratamento medicamentoso. Então reforçou que os pacientes devem ser incentivados a esclarecer dúvidas em relação ao transtorno e tratamento, pois existe uma variedade de fontes de informações disponíveis para este fim, sendo importante que o profissional de saúde auxilie na disseminação para evitar informações incorretas e interpretações equivocadas que possam comprometer a segurança no seguimento da terapêutica medicamentosa. Os pacientes devem, ainda, ser estimulados a assumir uma postura ativa no seguimento da terapêutica medicamentosa, para que estes façam suas escolhas conscientemente, desenvolvam sua autonomia e corresponsabilização no tratamento.

Deste modo, além do fator cultural, o conhecimento dos pacientes com transtorno mental acerca do tratamento e dos possíveis efeitos decorrentes do uso de medicações podem influenciar na sua decisão. A presença de dúvidas ou informações insuficientes por parte do paciente podem gerar dificuldades no seguimento do tratamento. Portanto, é necessário dar atenção à questão da interação do profissional-paciente e na forma como as informações são fornecidas e

condução das alternativas de tratamento, permitindo o envolvimento do paciente nas decisões.

Na pesquisa de Cardoso et al (2011), foi evidenciado que pacientes e seus familiares apresentam inúmeras dificuldades para manutenção do tratamento, como ocorrência de reações adversas, interação medicamentosa, esquemas posológicos complexos, custo dos medicamentos, não compreensão das orientações, educação em saúde inadequada para o paciente, deficiência dos serviços de saúde e relação médico/paciente deficiente.

Deste modo, vale ressaltar que não basta apenas transmitir informações, é importante considerar o conhecimento e a crença do paciente e sua família em relação a manutenção do tratamento psiquiátrico prescrito, pois pode auxiliar profissionais de saúde para melhor orientação e assistência à saúde dessa clientela.

Como forma de reduzir este problema de informações insuficientes por parte dos usuários, Pedreira et al (2012), reforça que a educação em saúde, a identificação e manejo de comorbidades e o estímulo para mudanças positivas no estilo de vida do paciente e sua família, quando exercidos pela equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com transtornos de humor demonstram-se importantes.

Desta forma, é de extrema relevância que os profissionais de saúde estabeleçam uma comunicação adequada com os usuários e familiares acerca do tratamento proposto, fornecendo orientações, esclarecendo possíveis dúvidas, auxiliando na tomada de decisão do paciente, mas além das informações é fundamental que o profissional e equipe conheçam as crenças e valores do indivíduo.

Miasso et al (2015), reforça a importância de ser levada em consideração a realidade e subjetividade do paciente, com abordagem individualizada acerca dos sintomas atuais, comorbidade, efeitos adversos e expectativa do paciente para que atinjam elementos decisivos na adesão ao tratamento.

Neste contexto, é fundamental na atuação dos profissionais de Saúde Mental sempre envolver o paciente na construção do PTS e tratamentos propostos, bem como contar com o apoio de familiares quando necessário. As questões subjetivas do indivíduo quando levadas em consideração na tomada de decisões referentes à

saúde, contribuem para uma adesão a diversas abordagens terapêuticas e comportamento que visam o bem estar do paciente.

Portanto, é importante a participação dos envolvidos neste processo, fortalecendo os vínculos e também que a equipe multiprofissional da Saúde Mental tenha o entendimento sobre as diversas formas de tratamento além da medicação, que também tem sua importância na clínica, mas que a utilização de mais de uma forma terapêutica pode ser um caminho de sucesso neste processo de adesão e resultados favoráveis.

Estas concepções e abordagens que consideram as dimensões socioculturais relacionadas à adesão ao tratamento, estão de acordo com a lógica da Reforma Psiquiátrica, a qual com a criação e implantação dos dispositivos de CAPS vêm romper com o modelo hospitalocêntrico, garantindo um tratamento digno e respeitando os direitos dos usuários como cidadãos.

Pacheco et al (2018) ressaltam em seu estudo que não basta aos serviços substitutivos ofertar o cuidado dos usuários em liberdade, sendo importante também reconhecer os sujeitos em tratamento em toda a sua complexidade, incluindo suas potencialidades e possibilidades de (re)construção. Para os autores, é importante que a equipe técnica possa traçar, em conjunto com o usuário e sua família, um plano de tratamento mais coerente com a realidade vivenciada.

Portanto os serviços que compõem a RAPS devem respeitar as características socioculturais de cada paciente para construção do PTS, incluindo os mesmos como também a família e rede de apoio deste paciente na decisão sobre a proposta de tratamento.

Nesta perspectiva, Florence (2018), menciona a abordagem *Open Dialogue* desenvolvida na Finlândia nos anos 1980, que tornou-se o sistema de Saúde Mental na região da Lapônia Ocidental e trata-se de um modo dialógico de conduzir cuidado de transtornos graves de Saúde Mental, apresentando altos índices de recuperação no tratamento dos primeiros episódios psicóticos. Nesta abordagem a tomada de decisões ocorre no contexto das reuniões com participação do paciente, familiares e envolvidos. Através do processo de diálogo ocorre a produção de novos sentidos.

Ainda segundo Florence (2018), em contraposição ao modelo biomédico, o qual afirma que os sintomas psicóticos são produto de uma doença, a visão

dialógica propõe que o projeto terapêutico seja elaborado a partir da análise do modo como uma determinada família discute um problema e cria possibilidades para novas respostas neste processo.

Esta abordagem denominada *Open Dialogue* apresenta conceitos importantes para adesão ao tratamento, referentes à autonomia do indivíduo nas decisões de seu tratamento, envolvendo familiares ou pessoas de seu convívio, fortalecendo o vínculo com a equipe através do diálogo.

Para Pacheco et al (2018), dar voz aos usuários nos equipamentos de saúde criados a partir da Reforma Psiquiátrica contribui para um tratamento mais qualificado e participativo. Desta forma, o tratamento ocorre em conjunto da equipe, usuário e familiar, com a compreensão de que há uma responsabilização por parte de todos os envolvidos para o sucesso do tratamento. A partir do momento que o usuário em Saúde Mental compreende o seu sofrimento e a contribuição do tratamento no CAPS, sua adesão e aceitação tendem a melhorar e impactar positivamente na evolução terapêutica. Importante ressaltar que o PTS, deve ser construído em conjunto com o usuário, em acordo com sua demanda de tratamento e interesses, o que referencia a participação ativa do mesmo na construção do seu tratamento.

Segundo Corrigan (2015), a autodeterminação e autonomia referem-se aos direitos humanos para livre escolha, sem influências, baseadas em relação focada no cuidado, respeito e entendimento. Desta forma, os usuários da Saúde Mental devem ser auto suficientes nas suas escolhas referentes ao cuidado/tratamento, sendo participantes deste processo.

Portanto, os portadores de transtornos mentais devem ser respeitados e ter autonomia no processo de saúde-doença em todos os serviços de saúde que compõem a rede, para que possam construir sua identidade pessoal, exercendo sua cidadania.

O paciente de Saúde Mental deve ser protagonista no seu tratamento, pois quando entende que o diagnóstico não é uma sentença irreversível, colabora com as orientações técnicas e acelera o seu processo de evolução terapêutica. Quando o usuário conquista um lugar, decidindo e manifestando seu desejo, inclusive sobre aquele que parece ser o tratamento mais adequado para si, percebe-se uma maior

adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a criação de novas possibilidades de futuro. (PACHECO et al, 2018)

Esta ideia do tratamento ser centrado no paciente e não na doença, reforça a questão da necessidade da participação do usuário no desenvolvimento da proposta terapêutica, o que contribui para uma melhor adesão.

Segundo Dalgarrondo apud Pacheco et al (2018), o uso do diagnóstico possui valor para a compreensão do sofrimento do sujeito, servindo para indicar qual conduta terapêutica se deve seguir, mas que não se deve perder de vista a singularidade de cada indivíduo. Pacheco et al (2018), reforça que a valorização da singularidade do sujeito, através de atendimentos individuais favorece a construção de uma vinculação positiva firmada entre profissional-usuário.

Desta forma, percebe-se que o vínculo interpessoal entre paciente, equipe de saúde, família e comunidade pode contribuir e impactar positivamente no seguimento do cuidado e tratamento em psiquiatria.

Em relação ao vínculo dos profissionais da equipe de Saúde Mental é importante reforçar que todos têm a corresponsabilidade de estabelecer uma relação com os usuários e orientá-los quanto a construção do projeto terapêutico adequado às suas crenças e valores. Neste sentido, no que diz respeito às questões referentes ao tratamento medicamentoso, além do psiquiatra, que é responsável pela prescrição, também são bastante participativos neste processo de adesão à medicação os profissionais da enfermagem, já que lidam na administração de fármacos quando necessário. Com as orientações e reformulações do modelo assistencial pautado na Reforma Psiquiátrica, o cuidado do enfermeiro passou a considerar e valorizar a importância da manutenção da cidadania dos pacientes com transtorno mental e do convívio social. Desta forma é importante reforçar a relação entre estes profissionais e pacientes visando o fortalecimento do tratamento.

No estudo de Miasso et al (2015), os conflitos relacionados ao tratamento mostram a importância das intervenções para monitorar e motivar o indivíduo para aderir ao uso de medicações. As interações com equipe de saúde podem auxiliar a reconstrução de significados referentes ao tratamento, favorecendo as decisões conscientes e responsáveis. A enfermagem pode ser um ponto de apoio que

favorece a adesão medicamentosa através das orientações e suporte ao paciente e familiares.

Neste cenário, o enfermeiro deve relacionar-se com o paciente de forma interpessoal, tornando a ação terapêutica efetiva na medida em que auxilia o indivíduo a encontrar suas próprias soluções. A integralidade deve ser o eixo principal de atuação do enfermeiro visando garantir a assistência baseada nas necessidades do sujeito, sem focar apenas na sua doença, mas reconhecendo os seus aspectos biopsicossocial e cultural.

O enfermeiro representa uma figura importante para colaboração na adesão e melhora da qualidade de vida desses pacientes, pois é um profissional próximo aos pacientes, com facilidade de oportunidades para educação em saúde, apoio emocional e espaço para a prática do cuidado de enfermagem psiquiátrica, como relacionamento interpessoal terapêutico. (PEDREIRA et al, 2012)

Além do enfermeiro, outros profissionais que compõem a equipe de um CAPS, também podem representar figuras importantes por conta do vínculo e atuação próxima aos pacientes da Saúde Mental, o que pode favorecer à adesão ao tratamento, seja medicamentoso ou à intervenções terapêuticas alternativas.

Deste modo, para um sucesso terapêutico na Saúde Mental, é importante estabelecer vínculo profissional-paciente, viabilizar informações adequadas ao usuário acerca do tratamento, respeitar a individualidade e características do sujeito bem como sua autonomia, garantindo sua participação na tomada de decisão referente ao tratamento. O poder de escolha do sujeito envolvido reforça a valorização do mesmo como cidadão autônomo e responsável pela sua saúde.

As escolhas são influenciadas por motivações intrínsecas (objetivos percebidos, modelo de crença de saúde em que o comportamento de adesão é um processo de decisão com influências na condição clínica) e extrínsecos (com interferência do meio). (CORRIGAN, 2015)

Neste contexto, cabe destacar que os fatores de cunho emocional têm um papel no processo de decisão do paciente, mesmo que de forma inconsciente. Desta forma, as decisões são motivadas tanto pelo pensamento crítico e racional quanto pelas emoções, por isso as questões culturais e subjetivas devem ser conhecidas e consideradas pelos profissionais de saúde.

Para Corrigan (2015), o paciente racional parece agir nas tomadas de decisões de modo separado da emoção. Mas as decisões são frequentemente um processo que envolve emoções explícitas e implícitas. As emoções explícitas são como inibidores de motivações para decisões e as implícitas são como um processo introspectivo e desafiador que orienta o indivíduo em diferentes decisões e comportamentos.

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde auxiliem o paciente a avaliar as vantagens e desvantagens das alternativas terapêuticas propostas em cada momento do tratamento e da vida do sujeito, mas também é importante neste processo a participação familiar ou de pessoas próximas ao paciente.

Para Corrigan (2015), mudanças terapêuticas são dinâmicas e influenciadas por fatores internos e externos que impactam a relação entre decisões de saúde que abordam necessidades semelhantes em momentos diferentes. Pacientes muitas vezes parecem tomar decisões sozinhos, pesando o custo-benefício. Mas a teoria psicológica social nota que a família, amigos e outros na rede de suporte, devem ter efeitos importantes na análise do custo-benefício para decisões.

Neste sentido, a relação social pode exercer influência na adesão ao tratamento de portadores de transtorno mental, tendo peso na decisão do paciente em relação à conduta proposta. Conforme já abordado neste capítulo, os valores e crenças individuais são fatores presentes na vida dos pacientes, sendo os componentes cultural e religioso importantes no processo de adesão ao tratamento, com a religião representando uma rede de suporte na comunidade.

É fundamental neste contexto, entender que o paciente da Saúde Mental está inserido de alguma forma na sociedade, com destaque para o papel da religião como forma de reinserção social. Deste modo, a religião pode ser um aliado importante, presente na vida de muitos indivíduos com problemas psíquicos que procuram estas Instituições também como meio de alívio de sua dor e sofrimento. Portanto, o conhecimento acerca dos impactos que representantes da comunidade religiosa podem ter em relação ao paciente com transtorno mental e seu tratamento é relevante para o manejo das equipes da Saúde Mental.

Na pesquisa de Nicolino et al (2011), foi apontado pelos pacientes psicóticos como aspecto relevante a fé como estratégia para enfrentamento do processo

vivenciado, podendo esta desempenhar papel positivo ou negativo na adesão ao medicamento. Alguns pacientes acreditam que a fé é suficiente para curar o transtorno, não sendo necessário o uso do medicamento e, para outros, a fé e o tratamento são complementares. A psiquiatria e a religião, na história assumiram uma posição de descrédito recíproco, porém é importante ressaltar que nem sempre psiquiatria e religião se excluem mutuamente, e que ambas podem beneficiar os indivíduos. A esse respeito, o estudo de Koenig (2007a) revela que as experiências religiosas podem ter efeitos positivos no curso de transtornos mentais graves, levando os clínicos a terem que decidir se devem desencorajá-las ou apoiá-las. O autor ressalta, ainda, a importância dos clínicos compreenderem os pontos positivos e negativos que a religião pode desempenhar nos pacientes com transtornos psicóticos.

Deste modo, é necessário estreitar as relações entre a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo a Religião, visando um cuidado adequado e adesão ao tratamento dos usuários da Saúde Mental.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, a qual se aprofunda no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, onde a realidade não é visível, precisando ser exposta e interpretada. O objeto da pesquisa qualitativa é o universo das produções humanas que pode ser sintetizada no mundo das relações, nas representações e intencionalidades. (MINAYO et al, 2007)

A pesquisa tem caráter descritivo, que de acordo com Gil apud Bertucci (2008, p. 50), “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relação entre variáveis.” Ainda para o mesmo autor, procura determinar *status*, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas. A sua valorização está baseada na premissa que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas. A mesma tem como foco, gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos.

O estudo foi delineado como pesquisa fenomenológica, na qual segundo Creswell (2007), o pesquisador identifica a essência das experiências humanas relativas a um fenômeno, conforme descrito pelos participantes. Para Moustakas apud Creswell (2007), a fenomenologia como uma filosofia e como um método busca entender as "experiências vividas" para desenvolver padrões e relações de significado.

Esta análise fenomenológica corresponde ao ponto de partida para a análise dos resultados utilizada nesta pesquisa, que foi a Condensação Sistemática de Texto (STC) como base para investigar objetos que se apresentam à consciência. Uma atitude fenomenológica representa o olhar para os objetos a partir da perspectiva de como eles são experimentados, permitindo uma busca pela essência do fenômeno, usando uma variação livre e imaginativa para revelar por que o objeto faz um exemplo específico do fenômeno. Um objeto particular é reduzido à sua essência através da redução fenomenológica. Então a essência do objeto é descrita

com a maior precisão possível, incluindo as relações entre a essência e outros fenômenos. (MALTERUD, 2012)

O estudo também faz uma revisão informativa, não sistemática, de literatura na área, incluindo relação entre religiosidade/espiritualidade e Saúde Mental e também conceito de adesão ao tratamento, de forma que o pesquisador possa comparar os resultados da pesquisa com os resultados existentes na literatura.

Para Creswell (2007), uma revisão de literatura para uma pesquisa significa localizar e sumarizar estudos sobre o tópico, mas também podem incluir artigos conceituais ou peças de raciocínio que fornecem estruturas para analisar os tópicos.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no CAPS I e em comunidades religiosas de um município localizado na região sul fluminense pertencente ao estado do Rio de Janeiro, com 571,118 km² de área de unidade territorial e população estimada de 44.285 habitantes. O município apresenta 81.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 72.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 46.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada. (IBGE)

De acordo com a portaria 336/2002, o CAPS I é um Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, e realizam prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O funcionamento do setor ocorre no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

Segundo portaria 336/2002 e Portaria nº 189/2002, caracteriza-se como regime intensivo (máximo de 25 procedimentos/paciente no mês) aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo (máximo de 12 procedimentos/paciente no mês) é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo (máximo de 03 procedimentos/paciente no mês) é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

3.3 POPULAÇÃO ALVO

O primeiro momento da pesquisa teve como amostra, pacientes que realizam tratamento no CAPS I, sendo realizado um censo exploratório, tendo como critério de inclusão os pacientes intensivos e semi-intensivos.

Nesta etapa foi utilizado como critério de exclusão para participar da pesquisa, os pacientes com limitações cognitivas que pudessem dificultar o entendimento para participar da entrevista (sendo realizada a identificação dos mesmos através de registro no prontuário e parecer dos profissionais que compõem a equipe do CAPS I) e pacientes que não frequentavam alguma religião.

Em um segundo momento a amostra foi composta por líderes de comunidades religiosas do município: Católico Apostólico Romano, Evangélico de Missão, Evangélico Pentecostal, Evangélico não determinado e Testemunha de Jeová.

3.4 COLETA DE DADOS E ANÁLISE

O instrumento definido para coleta de dados desta pesquisa foi a entrevista semiestruturada, com base em roteiros pré-estabelecidos, permitindo a abertura e a ampliação da comunicação entre a pesquisadora e o grupo entrevistado.

Para primeira etapa da pesquisa, com os pacientes do CAPS I, foi utilizado roteiro (APÊNDICE B) contendo questões referentes à visão dos mesmos acerca das influências da religiosidade no cuidado em Saúde Mental e sobre seu entendimento acerca da adesão ao tratamento. Na segunda etapa, para as entrevistas com os líderes religiosos, foi utilizado roteiro (APÊNDICE C) com questões sobre conhecimento acerca dos transtornos mentais e relevância do tratamento.

A entrevista semiestruturada é definida como aquela “que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.” (MINAYO, 2014).

Para Creswell (2007), a entrevista permite que o pesquisador controle a linha de questionamento e os participantes podem contribuir com informações históricas. Tem como limitações que as informações são filtradas pela visão dos entrevistados e a presença do pesquisador pode enviesar as respostas.

Os dados da pesquisa com pacientes do CAPS I e líderes religiosos servirão de base para análise qualitativa dos resultados apresentados. Na análise qualitativa, de acordo com Malterud (2012), o conhecimento é desenvolvido a partir de experiências, interpretando e resumindo os dados empíricos organizados.

Para analisar os dados obtidos foi utilizado o método de análise de Condensação Sistemática de Texto (STC), que é compreendida como uma abordagem descritiva, apresentando a experiência dos participantes expressa por eles próprios, em vez de explorar o possível significado subjacente do que foi dito. Tem uma ambição exploradora de apresentar exemplos vitais do mundo da vida das pessoas, não para cobrir toda a gama de fenômenos potenciais disponíveis. Também implica redução analítica com mudanças específicas entre a descontextualização e a recontextualização de dados, sendo as perspectivas teóricas aplicadas em um estilo de análise de edição, onde o pesquisador se move entre a identificação ou o agrupamento de um específico. (MALTERUD, 2012)

Ainda para Malterud (2012), a STC foi desenvolvida para oferecer um processo de intersubjetividade, reflexividade e viabilidade, mantendo um nível responsável de qualidade metodológica. Na STC, primeiro é estabelecida uma visão geral dos dados. Já na segunda etapa de análise, são identificados e organizados os elementos de dados que podem elucidar a questão do estudo, iniciando pela revisão sistemática da transcrição linha por linha para identificar as unidades de significado. Uma unidade de significado é um fragmento de texto contendo algumas informações sobre a questão de pesquisa. Apenas partes do texto inteiro são unidades de significado. O terceiro passo implica na abstração sistemática de unidades de significado dentro de cada um dos grupos de código estabelecidos anteriormente. Um equilíbrio razoável entre grupos de códigos permite a análise. Nesse estágio, os dados empíricos são reduzidos a uma seleção descontextualizada de unidades de significado classificadas como grupos de códigos temáticos entre participantes individuais. O gerenciamento dos elementos de texto nesta etapa é desconectado. Por último, os dados são reconceitualizados, juntando as peças novamente. Sintetizando o conteúdo dos condensados, são desenvolvidos descrições e conceitos, fornecendo histórias confiáveis que podem fazer a diferença, elucidando a questão do estudo. Desta forma é certificado de que os resultados sintetizados ainda reflitam a validade e integridade de seu contexto original.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após fazer leitura dos objetivos da pesquisa, autorizando a utilização dos dados coletados e respeitando os aspectos contidos na Resolução 466/2012 em pesquisas que envolvem seres humanos, tais como a garantia do sigilo assegurando a privacidade dos participantes em relação aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, permitindo ainda que os mesmos saiam da pesquisa a qualquer momento que assim desejarem. Será garantido o anonimato dos participantes da pesquisa.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, podendo ser citados os riscos de quebra de sigilo e confidencialidade e também durante entrevista podem despertar questões de ordem emocional, moral, social ou espiritual. Para evitar estes riscos, o responsável pela realização do estudo se compromete em garantir atenção maior ao sigilo das gravações e tirar todas as dúvidas dos participantes da pesquisa através do TCLE e respondendo qualquer questão que o participante tiver dúvida. Também como medida preventiva de riscos foi realizada análise prévia das perguntas da entrevista, com participação do pesquisador em todas as etapas da pesquisa, conhecendo, assim, os objetivos do estudo, o sigilo, a confidencialidade e o anonimato dos participantes envolvidos.

Ressalto que pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou danos significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no TCLE, tem a responsabilidade de comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Os dados coletados durante a entrevista foram utilizados apenas nesta pesquisa e serão guardados de forma segura pelo pesquisador por um período de pelo menos 5(cinco) anos após o término da pesquisa. O projeto desta pesquisa foi submetida ao CEP do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e aprovado sob o número do Parecer: 2.963.459.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PRIMEIRA ETAPA: USUÁRIOS DO CAPS I

Nesta primeira etapa de entrevistas, com usuários do CAPS I, foi utilizado como critério de inclusão para participação da pesquisa que o indivíduo tivesse um PTS intensivo ou semi intensivo e frequentar alguma religião. No primeiro momento, foi realizada uma apresentação inicial sobre o estudo para o grupo de usuários a fim de recrutar quem manifestasse interesse em participar da entrevista, sendo 09 (nove) o número de interessados. Posteriormente, em um segundo momento foram agendadas e realizadas as entrevistas.

No quadro 1 são apresentados os dados referentes aos usuários do CAPS I entrevistados nesta etapa da pesquisa.

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados do CAPS I

Pseudônimo	Sexo	Idade	Estado Civil	Situação de trabalho	Diagnóstico	Tempo de tratamento no CAPS I	Religião	Quanto tempo frequenta a religião
Paulo	M	29	solteiro	Auxílio doença	F29 psicose não orgânica não especificada	mais de 10 anos	Evangélica- Não determinada	10 anos
Luiza	F	19	solteiro	Estudante	F20.1 esquizofrenia hebefrênica	de 1 a 5 anos	Evangélica de Missão	10 anos
Maria	F	19	solteiro	Desempregada	F29 psicose não orgânica não especificada	até 1 ano	Evangélica Pentecostal	1 ano
Cláudia	F	23	solteiro	Autônoma	F32.3 episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	de 1 a 5 anos	Testemunha de Jeová	8 anos
Cícero	M	40	divorciado	Aposentado	F25 transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco	mais de 10 anos	Candomblé Evangélica Pentecostal	mais de 10 anos 1 ano
Jussara	F	75	solteiro	Aposentado	F29 psicose não orgânica não especificada	mais de 10 anos	Católica	mais de 10 anos
Patrícia	F	24	solteiro	Desempregada	F32.3 episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	até 1 ano	Evangélica Pentecostal	4 anos
Verônica	F	56	solteiro	Desempregada	F60 personalidade paranóica	mais de 10 anos	Católica	mais de 10 anos
João	M	26	casado	Auxílio doença	F31.2 transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	mais de 10 anos	Candomblé/ católica Evangélica- Não determinado	Não soube responder 3 anos evangélica

Fonte: do autor

Deste modo foram entrevistados 09 pacientes, sendo 03 (33,3%) do sexo masculino e 06 (66,6%) do sexo feminino. Em relação aos dados referentes à faixa etária, 04 (44,4%) apresentavam idade entre 18 a 24 anos, 04 (44,4%) entre 25 a 59 anos e 01 (11,1%) com mais de 60 anos. Já sobre a etnia, 07 (77,8%) eram negros e 02 (22,2%) brancos. Quanto ao estado civil dos entrevistados, 07 (77,8%) são solteiros, 01 (11,1%) casado e 01 (11,1%) divorciado.

Com referência ao diagnóstico médico, todos apresentavam CID referente à psicose. Quanto ao tempo de tratamento no CAPS I destes entrevistados, foi relatado: 02 (22,2%) com até 01 ano; 02 (22,2%) de 01 a 05 anos e 05 (55,5%) usuários com tratamento há mais de 10 anos no serviço.

Já em relação à religião que os entrevistados frequentavam, foram apresentadas: 06 (66,6%) de Igreja Evangélica (sendo 01 da religião Evangélica de Missão, 03 da Evangélica de origem pentecostal, 02 de Evangélica não determinada), 02 (22,2%) do Catolicismo Apostólico Romano e 01 (11,1%) da Testemunha de Jeová. Dois entrevistados relataram já ter frequentado mais de uma religião, sendo citado o Candomblé. Um deles frequentava o Candomblé, o Catolicismo e atualmente frequenta uma Igreja Evangélica não determinada. O outro frequentou o Candomblé por muitos anos mas está afastado atualmente e recentemente estava frequentando uma Igreja Evangélica Pentecostal. A classificação por tipo de religião foi baseada no censo demográfico de 2010 do IBGE.

Os resultados foram distribuídos em torno de cinco eixos temáticos previamente estabelecidos no roteiro das entrevistas: Importância do tratamento no CAPS I, Relação profissional-paciente, Motivação pela procura da religião, Importância da religião, Papel da comunidade religiosa no tratamento em Saúde Mental.

A partir destes eixos temáticos, na leitura das transcrições das entrevistas, no primeiro momento foi estabelecida uma visão geral das informações. Posteriormente foram identificadas as unidades de significado, sistematizadas dentro dos grupos temáticos pré-estabelecidos e classificadas em categorias dentro destes eixos temáticos. Por fim, foram feitos o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, confrontando com a literatura atual.

4.1.1 Importância do tratamento no CAPS I

Quando abordada a questão da importância do tratamento em Saúde Mental realizado pelos entrevistados no CAPS I, surgiram as seguintes categorias de respostas: Vínculo com equipe; Promoção de atividades terapêuticas e atendimento multiprofissional; e Espaço de convivência e socialização.

4.1.1.1 Vínculo com equipe

O vínculo com os profissionais que compõem o quadro do CAPS I foi citado de forma positiva para o tratamento do sujeito, sentindo-se acolhido pela equipe, sendo tratado com respeito. Também foi citada a diferença no tratamento em liberdade (CAPS I) e no hospital psiquiátrico:

“O vínculo é muito bom sim. Meu técnico de referência me ajuda muito.” (Paulo)

“Eles tratam as pessoas super bem.” (João)

“É por que é muito ruim ficar em hospital psiquiátrico né. Muito ruim. Aqui a gente vem, fica e vai pra casa.” (Cícero)

“...eu acho importante que vocês estão sempre assim a favor de ajudar as pessoas, aquelas que estão necessitadas.” (Patrícia)

O acolhimento/atenção dos profissionais de saúde com os pacientes a partir da subjetividade do sujeito, é uma importante ferramenta para construção de um bom vínculo. De acordo com Jorge et al (2011), o acolhimento funciona como um dispositivo de base relacional capaz de (re)estruturar o cuidado integral em Saúde Mental, ressaltando a subjetividade e a singularidade de cada indivíduo que é atendido no CAPS, sendo compreendido no diálogo entre profissional de saúde e usuário/ família, na escuta, no atendimento e na resolubilidade da problemática de saúde desses sujeitos. Com isto, o vínculo favorece o cuidado integral na construção de laços afetivos, confiança, respeito e a valorização dos saberes dos usuários/família/trabalhadores de saúde, propiciando o desenvolvimento da corresponsabilização, da parceria desses sujeitos para a melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental.

Também surgiram respostas nas quais a equipe do CAPS I é considerada pelo usuário como parte da família, relatando que carece de atenção familiar:

“Vocês são mais a família que acolhe.” (Patrícia)

“Acabei tendo o CAPS como uma família porque eles me dão uma certa segurança. Tem situações, alguns momentos meus, que um familiar meu não entenderia, mas os funcionários aqui do CAPS eles entendem. Então prefiro estar aqui com o pessoal daqui do que em casa com minha própria família.” (Cláudia)

“Porque a família não liga. A família geralmente não liga, entendeu? É muito difícil um familiar importar com um problema mental.” (Cícero)

Em relação às questões de ausência do apoio familiar apresentadas, é importante reforçar que por longos anos, o atendimento ao doente mental no Brasil esteve ligado ao modelo centrado no hospital, com tratamentos referentes à internações prolongadas, o que mantinha o paciente afastado do seu âmbito sócio-familiar.

A partir da reforma da atenção psiquiátrica, a família tem sido vista como um ator essencial à construção desse processo, sendo o contexto da família considerado espaço privilegiado para o cuidado do doente mental. Mas quando a rede de apoio e solidariedade é inexistente ou insuficiente, por conta da rejeição do doente e da fragilidade na relação cuidador/ familiares/comunidade, os obstáculos chegam a ser intransponíveis. (SOUZA et al, 2002)

Nesta perspectiva, conforme citado por usuários do CAPS I participantes desta pesquisa, em alguns casos a família não é participativa neste processo de tratamento em Saúde Mental, sendo percebida e relatada a falta de apoio e atenção familiar ao paciente. Por este motivo, os profissionais do CAPS I são considerados como família, já que exercem um papel fundamental no cuidado ao paciente, estabelecendo um forte vínculo.

Para Santin e Klafke (2011), a proposta de reinserção social do doente mental e a sua aproximação com a família não é uma tarefa fácil, pois ao mesmo tempo em que as famílias anseiam por ter todos os seus membros próximos, elas também refletem o medo e o preconceito existente em nossa sociedade, o que pode gerar a resistência no acolhimento do ente que adoeceu.

Mesmo sendo um trabalho publicado no período de início das implantações dos CAPS e consolidação dos ideais da Reforma Psiquiátrica, Souza et al (2002) ressaltaram que há necessidade de pensar a coparticipação a partir do conhecimento da realidade, que pode ser construído na própria participação de

situações entre serviços de saúde, familiares e comunidade, pois uma maior aproximação entre estes atores possibilitará, inclusive, a descoberta de recursos que contribuirão para a concretização da transformação da assistência.

Portanto é importante a interação entre equipe de saúde e familiares, enfatizando a corresponsabilidade da família no que diz respeito ao cuidado do paciente com transtorno mental. A pesquisa de Martins e Guanaes-Lorenzi (2016), apontou para o potencial do posicionamento dos profissionais de Saúde Mental pela parceria com a família e o reconhecimento da importância de seu cuidado neste contexto, consistindo em uma aliança que pode tanto ajudar no cuidado ao paciente, quanto beneficiar seus próprios familiares.

A convivência e promoção do cuidado desses familiares com o indivíduo com transtorno psíquico geram uma sobrecarga, o que pode resultar em uma relação distante com o paciente. Portanto, é função dos CAPS prestar apoio também para familiares, auxiliando nas questões que dificultam o cuidado e relação com o usuário do serviço.

Segundo Borba et al (2008), no contexto do sofrimento psíquico, cuidar torna-se uma tarefa difícil, tanto pela falta de apoio e comprometimento dos demais membros da família, quanto pelas demandas do familiar doente. Deste modo, evidencia-se a necessidade das famílias em receber orientação e contar com um suporte social organizado e preparado para atender as suas demandas.

Ainda sobre a sobrecarga familiar, Santin e Klafke (2011) ressaltam que para amenizar esta situação e alcançar o cuidado em Saúde Mental conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica, é fundamental que se construa uma rede de cuidados, não deixando o indivíduo somente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, mas integrando todas as estratégias possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada.

Também foi destacado sobre o vínculo com equipe a questão da comunicação entre as partes, sendo importante a valorização da escuta do profissional em relação ao paciente, o que promove a confiança e segurança:

“A gente conversa bastante sobre medicamentos, sobre os problemas também. Também com a psicóloga.” (Luiza)

“Eu tenho um vínculo de amizade com todos. Sempre que eu preciso, que estou angustiada eu procuro algum profissional. Desabafo e acaba fazendo me sentir melhor.” (Maria)

“Tenho uma relação ótima com todo mundo. Eu tinha uma pessoa que era minha técnica de referência. Que eu gostava muito de conversar com ela.” (Jussara)

“É muito legal conversar. ...conversando bastante com a gente é importante que eles estão chegando até nós também. ...às vezes a gente conversa né, as coisas que a gente precisa conversar, e as coisas que tiver errado também a gente conversa.” (Verônica)

“Aqui é um local que temos profissionais, temos a psicóloga, quando eu quero que... alguém para puxar assunto e eu não tenho como conversar com alguém, eu recorro à psicóloga. Tem ótimos profissionais aqui.” (Cícero)

A comunicação entre equipe e paciente consiste em uma ferramenta importante no cuidado em Saúde Mental, conforme ressalta Jorge et al (2011), que na operacionalização diária e contínua do trabalho no CAPS segue-se uma compreensão de que os mecanismos subjetivos de transversalização das ferramentas relacionais direcionam o cuidado em saúde, o qual pode ser dimensionado nos atos de escuta e acolhimento, no diálogo próximo de cada singularidade e na confiança constituída de cada sentimento, vínculo e compromisso para com o outro.

Portanto a comunicação deve ser sempre utilizada e reforçada para estabelecer e garantir um bom vínculo com o paciente, o que contribui para confiança e adesão ao tratamento de acordo com a singularidade de cada indivíduo.

4.1.1.2 Promoção de atividades terapêuticas e atendimento multiprofissional

As atividades/oficinas terapêuticas realizadas no CAPS I foram relatadas como um dos fatores importantes para o tratamento em Saúde Mental, propiciando aos pacientes meios para reforçar suas potencialidades e capacidades, sendo benéfico para o tratamento.

As oficinas terapêuticas constituem uma importante ferramenta para canalizar os pensamentos e as projeções do paciente à produção de algo útil para si e para a coletividade a sua volta, contribuindo para um processo de reabilitação psicossocial

mais efetivo, no qual ele tenha consciência de que o objetivo do CAPS e das atividades disponibilizadas para este processo é a sua reabilitação (FARIAS et al, 2016).

“Eu vejo que é relaxante. As atividades faz com que fazemos a pensar, é terapia, ajuda a distrair também e passar o tempo. São atividades boas que ajudam muito no trabalho psicológico de cada um. Então, tem bastante atividades, tem aula de canto, de desenho, tem caminhada, alongamento, tem vários tipos de atividades aqui no CAPS para ser realizada.” (Paulo)

Na fala deste usuário, percebe-se que as atividades terapêuticas contribuem de forma positiva para o bem estar, sendo valorizadas como parte do tratamento.

Através do desenvolvimento de oficinas terapêuticas nos serviços de Saúde Mental, há possibilidade de projeção de conflitos internos e externos dos pacientes por meio de atividades artísticas, valorizando a criatividade e o potencial imaginativo e expressivo do usuário, o que fortalece a autoestima e a autoconfiança, a troca de saberes e a expressão da subjetividade. (AZEVEDO e MIRANDA, 2011)

Foram citadas principalmente oficinas expressivas:

“Tem oficina de música, oficina de desenho.” (Luiza)

“Tem os trabalhos que a gente faz aqui, o teatro, o trabalho com a música, trabalho com desenhos.” (Maria)

“Peças, danças, a gente conversa, fazer bolo, essas coisas assim, e do bom dia, e agora as oficinas que a psicóloga está fazendo também que eu tô participando.” (Patrícia)

Segundo Ferreira e Carvalho (2018), as atividades terapêuticas constituem um espaço que promove a inclusão social, em que os pacientes podem soltar a imaginação e o corpo, extravasar seus medos, inseguranças, receios e serem os artistas de sua própria vida.

Desta forma, pode-se dizer que as oficinas terapêuticas que usam a arte são reconhecidas como parte do tratamento dos pacientes do CAPS, favorecendo a expressão de emoções e integrando o usuário à comunidade. Neste sentido, conforme citada por alguns entrevistados, a participação em oficinas de música,

estas além de promoverem o desenvolvimento das potencialidades do sujeito, também exercem importante papel no fortalecimento dos vínculos sociais.

Para Nascimento et al (2018), a música funciona como um importante meio de comunicação, exercendo influência psicológica sobre o comportamento do indivíduo, pois possui a capacidade de reconstruir identidades, integrando pessoas por meio de seu poder de inserção social e redução da ansiedade, o que melhora a autoestima.

Desta forma, pode-se dizer que as oficinas em grupo, promovem a socialização, já que os usuários interagem durante a atividade através da comunicação e da arte.

Para Azevedo e Miranda (2011), as oficinas terapêuticas representam um instrumento importante de ressocialização e inserção individual em grupos, propondo o trabalho, o agir e o pensar coletivos, conferidos por uma lógica inerente ao paradigma psicossocial através do respeito a diversidade, a subjetividade e a capacidade de cada sujeito.

Importante também destacar que a participação em oficinas terapêuticas nos CAPS não são obrigatórias, sendo necessário fortalecer o poder de decisão do usuário, levando em conta que estas atividades constituem parte do tratamento. Portanto, a equipe deve de alguma forma realizar uma avaliação em relação às oficinas realizadas e a participação dos usuários para garantir que seja favorável ao tratamento.

Tavares e Sobral (2005), em sua pesquisa citam que a cultura avaliativa não ocorre de modo espontâneo, sendo construída e estimulada como parte da dinâmica de funcionamento do serviço. Portanto, a avaliação deve servir como um mecanismo para qualificação da ação, sendo então, fundamental a participação de todos os atores envolvidos no desenvolvimento das atividades propostas no CAPS.

Deste modo, os critérios para avaliação das atividades terapêuticas como forma de cuidado em saúde devem ser elaborados e desenvolvidos pelos profissionais de acordo com as características e perfil do serviço.

Foi relatado por um entrevistado, sua participação nas atividades terapêuticas ofertadas no serviço, porém a oficina da qual gostava de participar não tem sido mais realizada:

“Eu participo de todas. Eu gostava das oficinas de artesanato. Agora não tem nenhuma que eu gosto não. Pintura, em todo caso a gente faz alguma coisa.”
(Cícero)

Portanto, é fundamental reforçar a questão da autonomia destes usuários na participação de seu tratamento. Para Mielke et al (2011), a autonomia trata-se de incentivar o usuário a ampliar a sua rede social, para além dos vínculos estabelecidos dentro do serviço, favorecendo sua inclusão na sociedade e estimulando a não dependência ao serviço. Assim, os profissionais do CAPS entendem que constitui-se como parte do cuidado oferecido pelo dispositivo, a construção da autonomia do usuário, já que o CAPS atua na reinserção social do usuário, tendo como base o resgate da autonomia.

Isto demonstra que é importante a opinião dos usuários acerca das atividades de maior interesse a fim de favorecer a adesão e ser positivo para o tratamento. Assim sendo, foi citada a Assembleia como um instrumento de fortalecimento da participação dos pacientes no tratamento:

“Nessa assembleia nós podemos questionar ou solicitar mais atividades que venham a ser feitas no CAPS que ainda não têm. Aí tem um representante do CAPS quando outros pacientes não têm coragem de falar ou relatar para os coordenadores do CAPS, e eles acionam o representante do CAPS.” (Paulo)

As assembleias configuram-se como uma atividade em grupo, com espaço para a participação dos usuários nas decisões da instituição como também em seu tratamento, pressupondo relações de horizontalidade e cogestão. Nesta atividade, o grupo pode opinar, refletir e decidir sobre as ações do serviço, sugerir propostas que visam o cuidado na atenção psicossocial, intervir e pensar sobre as questões burocráticas, os possíveis conflitos com a equipe e entre usuários e auxiliar nas decisões coletivas. A partir do respeito e da valorização das opiniões, decisões são tomadas, sempre com foco no resgate da autonomia e maior inserção dos usuários. (JUNQUEIRA et al, 2015)

Portanto, esse dispositivo denominado assembleia, funciona como recurso terapêutico, garantindo a autonomia dos usuários através da participação e responsabilização dos mesmos em seu tratamento. Porém, é necessário e fundamental que os profissionais atuem como mediadores neste processo, sendo

destacada a atuação da equipe multiprofissional nas atividades ofertadas, atendimentos especializados e a articulação dos saberes em prol da proposta do projeto terapêutico singular.

Deste modo, em relação ao atendimento de uma equipe multiprofissional, foram citados os atendimentos do psicólogo e do psiquiatra:

“Passo pela psicóloga e psiquiatra.” (Luiza)

“Tem a terapia que é semanal. Tem consulta médica de 2 em 2 meses.” (Maria)

“Tem a terapia com a psicóloga, tem também o acompanhamento com a psiquiatra e daí por diante.” (Cláudia)

Dois entrevistados citaram que tem atendimento por outros profissionais, incluindo os responsáveis pelas atividades terapêuticas, além do psicólogo e psiquiatra:

“Passo pela psicóloga, pelo médico, pelas pessoas que fazem a oficina e outros.” (João)

“Tem a psicóloga, tem funcionárias que fazem atividades com a gente” (Verônica)

“Eu acho que tudo é importante, porque contribui para minha melhora a cada dia. Desde a medicação, a conversa com os profissionais, a terapia...tudo.” (Maria)

A Reforma Psiquiátrica introduziu novo paradigma, da Atenção Psicossocial, propondo diversas formas de lidar com a loucura e a abordagem mais ampla de cuidado com a saúde. Portanto a interdisciplinaridade passou a ser valorizada, já que a Saúde Mental tem como objeto de trabalho, as relações sociais, as expressões emocionais, de afeto e biológicas, o que exige um pensamento complexo. (JAFELICE e MARCOLAN, 2017)

Para um atendimento em Saúde Mental de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, promovendo a cidadania dos usuários, é fundamental uma equipe multiprofissional, mas além disso, é necessário que haja troca e compartilhamento de saberes com objetivo de prestar uma assistência adequada à cada indivíduo.

Segundo Anjos Filho e Souza (2017), o trabalho multiprofissional está relacionado a uma junção de saberes e práticas das áreas disciplinares que

compõem a equipe, sendo esta concepção característica da multidisciplinaridade, que também direciona a uma pluridisciplinaridade pela pontuação de uma relação entre os membros da equipe no nível técnico-científico. Ainda para os autores, nos resultados de sua pesquisa, identificaram que um trabalho multiprofissional consiste em uma atuação realizada em conjunto e de modo integrado com interação entre os membros, portanto, referenciada tanto à pluridisciplinaridade quanto à interdisciplinaridade.

Reforçando esta questão da articulação dos conhecimentos entre as diversas áreas profissionais, Vasconcellos (2010), ressalta que uma efetiva interdisciplinaridade fornece o passaporte para um cuidado plural, onde o paciente é o denominador comum do entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais. Essa linha de atuação vai em direção à integralidade, com valorização da subjetividade e/ou variáveis sociais, afastando-se assim, da assistência reducionista.

O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS permite ao usuário receber uma assistência de qualidade, já que o cuidado não se limita ao transtorno mental, envolvendo os aspectos sociais, emocionais, afetivos e biológicos.

4.1.1.3 Espaço de convivência e socialização

Alguns entrevistados relataram como importância do tratamento no CAPS I a questão da promoção da socialização e por ser um espaço de convivência com outras pessoas que também possuem algum transtorno mental:

“Importante ver os outros pacientes que também têm problema parecido com o da gente, ver que não é só a gente que tem esses problemas.” (Luiza)

“Conviver com pessoas com problemas parecidos com os meus. Me dá uma noção de que eu não sou diferente.” (Cláudia)

“... é a amizade que eu faço, e a convivência que a gente tem com todo mundo aqui. E as coisas que a gente aprende aqui dentro.” (Verônica)

Os portadores de transtorno psíquico apresentam com frequência um isolamento social, e geralmente encontram no CAPS um espaço de convivência e socialização, principalmente por se identificarem com outras pessoas que apresentam problemas em comum.

Salles e Barros (2013) citam que os CAPS constituem espaços sociais que promovem os vínculos interpessoais, já que estão no contexto de aceitação, segurança e ajuda, tornando mais fácil a comunicação nestes locais devido às experiências compartilhadas. No Brasil verifica-se que os usuários têm o potencial de ajudar uns aos outros, baseadas na reciprocidade e ajuda mútua, e no CAPS os encontros e formação de vínculos e amizades são favorecidos. Na pesquisa dos autores, o CAPS foi relatado como um lugar onde as pessoas com transtornos psíquicos podem fazer novas amizades, já que os usuários sentem-se respeitados, não são desvalorizados pelo condição apresentada e criam relacionamentos com qualidade, vivenciando relações de trocas igualitárias.

Desta forma, o CAPS pode ser considerado um facilitador nas redes sociais, onde ocorre trocas de experiências com outras pessoas, sem discriminação e preconceito.

4.1.2 Relação profissional-paciente

Tratando-se da relação profissional-paciente, foram relatadas situações das seguintes categorias: Participação ativa do usuário e Participação limitada do usuário.

4.1.2.1 Participação ativa do usuário

Sobre a relação profissional-paciente referente ao tratamento, surgiram relatos sobre confiança em profissionais para discutir sobre medicações (quantidade, horários, efeitos colaterais), a fim de estabelecer um tratamento que considere as particularidades do indivíduo:

“Igual no começo, eu tomava um monte (medicações), e depois eu falei com a enfermeira para ir diminuindo. E ela falou com a psiquiatra. Aí ela me ajudou.”
(Luiza)

“Em relação aos medicamentos sim. Para decidir o horário que eu acho melhor pra tomar. Em relação a isso eu participo.” (Maria)

“...com respeito da medicação, eu tomava outra medicação e estava me fazendo um pouco mal e eu conversei com a médica pra ela cortar a medicação.” (Cláudia)

Neste contexto, observa-se que os pacientes se envolvem de alguma forma nas decisões acerca do seu tratamento medicamentoso no CAPS, muitas vezes através da negociação com os profissionais. Desta forma, a equipe atua respeitando o direito e autonomia dos usuários e valorizando a singularidade de cada um.

Segundo Peixoto et al (2016), em sua pesquisa foi evidenciado que a negociação da medicação é uma constante no cotidiano dos psiquiatras, pois reconhecem que há um descompasso entre a prescrição e o modo como o usuário faz uso das medicações. Ainda para os autores, a negociação da medicação é importante no manejo clínico para a manutenção do tratamento, visando o equilíbrio entre sintomas e efeitos colaterais. Contudo, a ação do médico psiquiatra deve ir além da prescrição medicamentosa, sendo fundamental que os profissionais reconheçam as alterações que o sofrimento psíquico produz na vida do paciente de modo integral, atuando na inclusão da participação familiar, da comunidade e a construção de redes de cuidado.

Assim, é fundamental que a equipe multiprofissional que compõe o CAPS possa entender o indivíduo e conhecer os efeitos produzidos com o uso da medicação para que através da negociação consigam estabelecer um tratamento adequado às necessidades do sujeito, favorecendo a adesão.

Outro entrevistado relatou não fazer uso de medicação pelo fato de sentir efeitos não benéficos e acreditar que seus delírios persecutórios são reais, apresentando dificuldade de estabelecer vínculo de confiança com as pessoas. Mas participa das atividades terapêuticas no CAPS I, mantendo uma frequência no serviço, já que a equipe a respeita e promove um tratamento não medicamentoso:

“Medicação eu não tomo porque eu tive alta logo no começo. Três meses... Três meses que eu fiquei aqui e eu tive alta do doutor que tinha aqui, do médico que tinha aqui. Daí nunca mais eu tomei, por que tava me fazendo mal.” (Jussara)

A partir deste relato, observa-se que a farmacoterapia não é o único recurso para tratamento de transtornos mentais, havendo outras ações terapêuticas. Portanto, a abordagem tradicional, biomédica, tem sido utilizada cada vez menos, sendo priorizado o modelo biopsicossocial.

De acordo com Oliveira e Furegato, (2012), a abordagem com os portadores de transtorno mental deve ser mais ampla que a abordagem biológica, adotada pelo

paradigma médico e pelo modelo manicomial. O paradigma biopsicossocial, por sua vez, é mais complexo, sendo necessário um olhar multiprofissional para o transtorno mental, com reconhecimento da subjetividade e do sentido atribuído ao sofrimento pelo seu portador, considerando a relação profissional/paciente de forma horizontal, com valorização das potencialidades e corresponsabilização do paciente no seu projeto terapêutico, sendo então, sujeito de sua história.

Desta forma, os indivíduos com transtorno mental devem receber uma assistência de caráter biopsicossocial nos CAPS, com reconhecimento das subjetividades de cada sujeito, respeito às suas crenças e valores e consequentemente fortalecimento do vínculo com o serviço de saúde e profissionais.

Outra questão citada foi o poder de escolha e autonomia do paciente em relação à frequência no CAPS I de acordo com a necessidade identificada por ele próprio e favorecer a realização de atividades extra CAPS:

“Por exemplo, eu vinha pra cá a semana inteira e eu escolhi vir duas vezes na semana para facilitar minha vida.” (Cláudia)

Neste contexto, o paciente teve autonomia e poder de escolha relacionado ao seu tratamento no CAPS, reduzindo seu projeto terapêutico, o que favorece a realização de outras atividades na comunidade que reforçam a inserção social.

Para Azevedo et al (2012), as práticas inclusivas dentro dos limites das instituições não devem ser cultivadas, pois é controverso e de baixo impacto quando se pretende que o usuário do CAPS torne-se um cidadão, sem estigmas. Assim, essas ações tem como objetivo a promoção do empoderamento dentro da realidade de cada sujeito, utilizando recursos culturais para retirar esses indivíduos e seus familiares do cárcere de suas próprias mentes. Essas ações buscam uma melhor qualidade de vida para os usuários do CAPS, que revelam possibilidade de percepção do seu papel na sociedade, compreensão das relações humanas e descoberta de habilidades antes desconhecidas.

Ainda reforçando a importância da autonomia dos portadores de transtorno mental em relação ao seu tratamento, atuando como protagonistas de sua vida, Reinaldo e Santos (2016) ressaltam que é fundamental a inclusão do sujeito com transtorno mental no planejamento dos cuidados em saúde, responsabilizando e

envolvendo esse indivíduo no processo de tomada de decisões, o que possibilita assumir um papel ativo na condução do tratamento.

Nesta perspectiva, a promoção e garantia da autonomia e participação dos pacientes da Saúde Mental no tratamento são importantes para resgatar a cidadania e respeitá-los como sujeitos.

4.1.2.2 Participação limitada do usuário

A relação profissional-paciente com participação limitada do usuário foi identificada em duas das entrevistas. Observa-se que esta limitação nas tomadas de decisões são referentes às questões terapêuticas, sendo destacada a forte influência e aceitação do saber da equipe na indicação do tratamento, conforme as seguintes falas:

“Eu dependo da medicação, né. Geralmente, a doutora tendo uma questão de mudar a medicação, ela fala sim.” (Cícero)

“Converso com a psiquiatra. Converso com ela, e quando eu estou bem, ou mal, eu converso com ela pra ver o que ela pode fazer, entendeu? Pra entrar em equipe pra ver e me ajudar.” (João)

Outra fala referente à esta categoria, foi de um entrevistado que realiza tratamento médico particular mas frequenta o CAPS I participando das atividades terapêuticas e acompanhamento com psicóloga:

“Semana passada, fui no médico e ele falou que eu vou continuar tomando remédio, por que se sair assim pode ter risco de voltar a depressão mais forte e ele falou que com o tempo, ele vai tirando. Aí, assim que eu falei com a psicóloga, se eu parar de tomar um dia, me dá dor de cabeça, aí eu vejo que é efeito de não ter tomado remédio. E ela tem me ajudado, pegando no meu pé pra tomar o remédio direitinho.” (Patrícia)

Percebe-se que no relato acima, de Patrícia, a mesma demonstra ter alguma reflexão sobre as consequências da interrupção do tratamento por conta própria e sua relação com sintomas.

Estes relatos podem indicar uma aproximação com a relação paternalista, que de acordo Emanuel e Emanuel (1992), refere-se à interação médico-paciente em que os profissionais propõem a intervenção que consideram como a melhor opção e

há participação limitada dos pacientes. Porém, segundo as falas, observa-se que existe diálogo entre as partes envolvidas, mas que o processo de decisão da equipe tem um peso significativo nas propostas de tratamento.

Desta forma, percebe-se que há uma relação de confiança estabelecida entre usuários e equipe de Saúde Mental, sendo entendido a partir destas falas que a terapêutica proposta pelos profissionais pode ser a melhor conduta a ser seguida no momento.

4.1.3 Motivação pela procura da religião

Em relação ao motivo pela procura da religião foram obtidas as seguintes respostas: convite por amigos/vizinhos; religião dos familiares; e busca pela esperança e direção.

4.1.3.1 Convite por amigos/vizinhos

Dois entrevistados relataram que iniciaram na Igreja através de convite de amigos/ vizinhos:

“Um amigo meu me convidou para vir à igreja e a partir daquele momento eu comecei a congregar, passei a fazer parte daquela igreja.” (Paulo)

“Foi através de uma vizinha do bairro. Ela me chamou para ir e eu fui. E tô lá até hoje.” (Luiza)

Neste contexto, observa-se que a procura pela religião tem como forte motivação a questão da socialização, o que garante um sentimento de pertencimento a um grupo. Conforme citado pelos entrevistados acima, é comum iniciar em uma religião a partir de um convite social por parte de amigos e vizinhos.

Segundo Salles e Barros (2013), as igrejas, tanto as católicas como as evangélicas, costumam ser um lugar aberto a todos, onde podem frequentar aqueles que assim desejarem, favorecendo a inclusão social destes indivíduos que encontram-se afastados do convívio social. Na pesquisa destes autores foi relatado que a igreja apresenta uma atitude acolhedora e receptiva com todos aqueles que quiserem participar da religião proposta, representando um espaço para os usuários conhecerem pessoas e sentirem-se pertencentes a um grupo. Assim, a participação

em uma comunidade religiosa, pode ter como apelo principal o contato social, e não a religiosidade em si.

Neste contexto, como meio de socialização, a partir de convites de amigos, pode ocorrer o ingresso em uma religião, sendo comum continuar frequentando quando há uma boa aceitação e interação com a comunidade religiosa.

4.1.3.2 Religião dos familiares

Foi citado que o motivo da procura pela religião foi por influência de familiares que já frequentavam a mesma:

“É por que meus pais me ensinaram na religião. Me ensinaram o ensinamento deles. Mas ai eu aprendi amar e a gostar, e até hoje eu estou nela.” (Verônica)

“Desde sempre eu tive pessoas evangélicas na minha família e aí eu resolvi, eu achava muito interessante e eu resolvi seguir essa religião.” (Maria)

“Desde que eu nasci quase. A minha mãe frequentava, e eu frequentava também.” (Jussara)

Deste modo, a partir destas falas, observou-se que a inserção em uma religião também pode acontecer desde a infância, por frequentar com os familiares, e manter ao longo da vida a mesma religião. Consiste em uma questão cultural, aprendendo os valores da religião desde jovens, identificando-se com estes valores e prosseguindo neste caminho, tanto nos bons momentos quanto nos difíceis. Para Nunes (2015), a prática da religião desde a infância, através das crenças familiares, pode resultar em hábitos que poderão perpetuar-se por toda vida do indivíduo.

4.1.3.3 Busca pela esperança e direção

Outra motivação de busca pela religião apresentada nas entrevistas foi a questão do *coping* religioso-espiritual (CRE), pelo fato de vivência por um período de dificuldades na vida e/ou adoecimento, já que o CRE refere-se ao modo como os indivíduos usam a religiosidade e espiritualidade para enfrentar as situações difíceis em suas vidas:

“Eu tinha acabado de me formar e estava sem expectativa de vida.”(Paulo)

“É por que no momento mais difícil da minha vida, eu pensava que nada ia dar certo na minha vida.” (Patrícia)

“O candomblé eu procurei por que eu estava muito doente. Estava muito doente. Aí eu procurei, aí o que eu tinha de enfermidade nunca mais teve.” (Cícero)

“Eu tinha muito olho grande em mim...” (Verônica)

Um dos motivos para o paciente procurar uma religião, geralmente é a busca de uma compreensão sobre a doença quando a medicina não é capaz de esclarecer. (MURAKAMI e CAMPOS, 2012)

É muito comum no caso do transtorno mental, o sujeito encontrar na religião uma resposta para auxiliar a lidar com o transtorno, através do CRE, já que os sintomas do plano psíquico podem ser de difícil compreensão pelas pessoas.

Retomando o conceito de *coping* religioso e espiritual (CRE), o termo refere-se à forma como as pessoas utilizam sua religiosidade e espiritualidade para lidar com situações de estresse e de dificuldade em suas vidas. (Moreira-Almeida e Stroppa, 2009)

Neste contexto, a religião exerce um importante papel na sociedade auxiliando pessoas que encontram-se em momentos de fragilidade, doença e outros problemas em que tenham dificuldade para atravessar, sendo então, muito comum a procura pela religião nestas circunstâncias, através do desenvolvimento da espiritualidade.

Relatado também que a religião promove a esperança para continuar nesta caminhada e alcançar seus objetivos, o que minimiza o sofrimento:

“Eu acreditei que tem uma esperança, uma esperança futura, e isso que me dá realização, me dá foco pra continuar.” (Cláudia)

Para Lavorato-Neto et al (2018a), os sujeitos contam com a presença do elemento sagrado para dedicar-se ao momento transitório, inusitado e indesejado, a fim de manter a esperança de perpetuar os seus alvos.

Através das falas apresentadas nesta pesquisa, observa-se que indivíduos com transtorno psíquico se prendem na fé para ter esperança de no futuro ter condições de cura da doença que apresenta, e que a religião é um instrumento para busca por esse desejo e auxílio para atravessar este período.

4.1.4 Importância da religião

A partir da abordagem acerca da importância da religião na vida dos entrevistados e também para seu tratamento em Saúde Mental, surgiram as respostas: ausência de preconceito e discriminação; e *Coping* Religioso e Espiritual (CRE).

4.1.4.1 Ausência de preconceito e discriminação

Relatado por alguns entrevistados, que consideram como importante na religião, o fato da comunidade religiosa que frequentam acolher e conviver com todos, sem distinção, preconceito e discriminação:

“É, eles não tinham preconceito não. Não tinham preconceito não. Por que a loucura também me inclui num destino.” (Cícero)

“...abraçar muitas vezes aquelas pessoas que muitas vezes é rejeitado pela sociedade.” (Paulo)

De acordo com a pesquisa de Reinaldo e Santos et al (2016), os indivíduos com transtornos mentais participantes da entrevista identificaram que a vivência religiosa e espiritual traz um estímulo para a vida quando associada ao suporte social estabelecido nas comunidades religiosas que frequentam. Os entrevistados ainda citaram o fato de que não são vistos na comunidade religiosa como diferentes ou discriminados como pessoas doentes também auxilia na vida diária com os sintomas que apresentam.

Estas falas demonstram que através do acolhimento nas comunidades religiosas, os frequentadores com alguma deficiência encontram nestes espaços uma aceitação de quem são e representam, sendo proporcionado um sentimento de pertencimento a esta rede social.

Apontado também, como importância da religião, o acolhimento e o incentivo da ajuda e amor ao próximo. Estas falas demonstram que a vivência religiosa promove este espírito caridoso, e que fazer o bem ao outro é um compromisso da comunidade religiosa, sendo um local de ajuda mútua:

“Acolher as pessoas, muitas vezes instruir e ajudar a pessoa a fazer as coisas certas. O cristianismo preza fazer a pessoa a ser uma pessoa honesta, uma pessoa de bem, honrar seus compromissos, ser verdadeiro, amigo, amoroso” (Paulo)

“É aprender a amar Jesus Cristo e amar ao próximo como a si mesmo. Dar amor a ele como merecer, e ajudar ao próximo quando precisar.” (Verônica)

Oliveira e Junges (2012), a partir de relatos em sua pesquisa, cita que os sujeitos que buscam a espiritualidade/religiosidade têm a capacidade de desenvolver e de cultivar valores, como exemplo o respeito pelas diferenças, o reconhecimento do outro (outras pessoas, opiniões), o cuidado com a própria vida e a dos outros no sentido amoroso, não no sentido de obrigação de amar, mas na relação com o planeta, com outras formas de vida e no respeito pela vida de um modo geral.

Esta atitudes de amor e cuidado com o próximo, traz uma sensação para a pessoa de que é útil e que está fazendo o bem a favor dos outros, pautados nos ensinamentos religiosos, o que é importante para o bem estar consigo mesmo.

4.1.4.2 Coping Religioso e Espiritual (CRE)

O CRE foi citado através dos termos fé e espiritualidade, como fundamentais na religião, e que auxiliam na adesão e continuidade do tratamento através da esperança de melhora da condição psicopatológica no futuro. A seguir, relatos sobre a importância do CRE na vida e tratamento:

“Usa a fé né. É acreditar que você vai melhorar, pedir a Deus e acreditar que vai melhorar.” (Luiza)

“O importante é você ter Deus e saber que ele pode mudar sua história, vai mudar sua trajetória.” (Patrícia)

“A fé da minha mãe, por que foi ela que cresceu na fé, por que sem a fé dela a gente não tinha força quando ela ficou doente.” (Verônica)

“Ter uma esperança de que, por exemplo hoje eu tenho um problema psiquiátrico, mas ter esperança de que esse problema não vai durar pra sempre, já é completamente reanimador. E é isso que a, não a religião em si mas a fé, a fé que eu desenvolvi, me acalma. É saber que as coisas ruins que nós enfrentamos hoje, elas vão acabar. Então é o ponto mais importante na minha vida, a minha fé. Tenho na minha mente por causa da fé que eu tenho, que eu vou fazer esse tratamento mas que lá na frente, no futuro vai acabar esse sofrimento, vai acabar esses problemas que eu tenho. Então isso me ajuda muito. Claro que é importante o

tratamento, mas me ajuda a encarar o tratamento de outra forma também, como algo necessário no momento mas que não vai ser necessário eternamente.”
(Cláudia)

“Ajuda no meu tratamento também. Ah me dá força para seguir com a medicação. Me dá incentivo de continuar com o tratamento, mesmo nos dias que eu me sinto mais desanimada, eu percebo que me dá mais ânimo.” (Maria)

“Sentia bem né, por que lá tem livramento né essas coisas, tem gente que já contou testemunho também que já foi... tomava remédio, foi curado. Deus cura mesmo né, tem poder. Aí Deus que curava essas coisas. Eu orava, fazia oração, oração da igreja e ia pra casa. Aí Deus está me fortalecendo a cada dia mais.” (João)

As religiões geram sentimento de esperança, de altruísmo, de não estar só e a certeza de que toda realidade pode ser transformada. Estas ações colaboram para a melhor qualidade de vida e, sobretudo, são fonte de cura e enfrentamento das dificuldades. (BARTH, 2014)

A fé, a espiritualidade e a religiosidade são instrumentos que auxiliam os indivíduos no sentido de proporcionar conforto durante o período de dificuldades e crises, com a esperança de que esses momentos sejam transitórios. No caso dos transtornos mentais, pacientes e familiares costumam procurar na religião, fortalecer a fé, acreditando que essa condição não será eterna.

Segundo Lima e Ferreira (2018), a fé e a religiosidade utilizadas como estratégias de enfrentamento se mostram relevantes, quando usadas a fim de obter conforto e esperança de cura e criando possibilidades para lidar com o estresse gerado pelo sofrimento mental.

Reforçando esta ideia, Murakami e Campos (2012), citam que a religiosidade implica na mobilização da fé, e os indivíduos que têm fé sentem-se mais fortes para enfrentar dificuldades e continuar na luta pela sua sobrevivência, acreditando na cura dos seus males. Através da fé o sujeito acredita numa provisão sobrenatural, capaz de intervir de modo favorável em sua situação concreta de vida e, especialmente, no caso do adoecimento psíquico, no curso da doença e nos seus efeitos na vida diária.

Desta forma, percebe-se que, conforme as falas apresentadas, a adesão ao tratamento é reconhecidamente importante em determinado período e a fé é

importante no enfrentamento diário dos problemas existentes, impactando na vida dos indivíduos.

Salimena et al (2016), mostram em seu estudo que a fé mudou para melhor a vida de portadores de transtorno mental, tendo a compreensão de que Deus lhes dá força, ânimo para fazerem suas atividades e solucionar suas dificuldades, sendo então um suporte em suas vidas e um fator de proteção.

Em relação à religião e fé como proteção na vida, foi citado que há ajuda por parte da comunidade religiosa, impactando na saúde mental, com redução dos sintomas e crises:

“Tem que ter uma religião né? Tem que ter uma convivência com Deus. Aonde tem religião, tem religião, tem Deus né? Assim, os dois lados me ajudaram ne. Tanto no centro espírita como na evangélica. No centro espírita, quando eu estava passando muito mal, eles me ajudaram. Eles me rezaram, fizeram simpatia, aí eu voltei ao normal. Me amarraram na boca de sapo, fui internado aí fui sair, aí voltei de novo lá e me ajudaram. E na evangélica agora estou mais firme. Não estou passando mal, assim não estou tendo mais crise. De ano em ano em passava mal. Agora eu vi que Deus é muito importante mesmo. Eu comecei a orar na igreja, ir na igreja, buscar Deus. E Deus me ajudou muito.” (João)

Enquanto os indivíduos frequentam alguma religião, além da fé e crença, que conferem uma sensação de proteção divina, geralmente seguem as normas institucionais e procuram agir de acordo com o que a religião preconiza. Desta forma, estas atitudes costumam funcionar como um fator protetivo à esse sujeito, sobretudo adotando condutas saudáveis e favoráveis à saúde.

Para Murakami e Campos (2012), a religião tem forte responsabilidade na formação de comportamentos de proteção, assim como de comportamentos que conduzem à saúde, sendo um fator que explica resultados positivos da religiosidade sobre as condições de saúde.

Outro entrevistado, cita a religião como fator protetivo, mencionando que ao afastar-se da religião, houve impacto negativo em sua vida:

“A base de toda uma religião é a fé. A partir do momento que me afastei, eu tive muitas complicações.” (Cícero)

A partir desta fala, observa-se que o paciente atribuiu e correlacionou os problemas apresentados com o afastamento da religião. Então mais uma vez, a religião e a fé são consideradas fatores de proteção na vida dos indivíduos.

Deste modo, entende-se que a fé consiste em uma questão subjetiva, devendo ser levada em consideração no tratamento do paciente, já que pode aliviar os sentimentos de aflição, ansiedade e preocupação com a doença apresentada. Portanto, é importante o equilíbrio entre saúde e espiritualidade.

Uma entrevistada mencionou que reconhece a religião e apoio de profissional do CAPS como fundamentais para melhora nas condições de saúde mental, reforçando que é importante esse equilíbrio:

“A religião pra mim é tudo. A religião é tudo, é com amor. Porque se não fosse Deus, acho que eu nem estaria nem aqui mais. Eu tive um problema sério que eu fiquei com muito medo, um medo pessoal...eu fiquei sozinha. Todos acreditaram que era síndrome e não era. Foi real. Foi real mesmo, que eu fiquei com medo de morrer né? Lógico, todo mundo tem. E hoje eu não tenho muito não. Se não fosse ela e Deus né? Primeiro Deus, depois ela (profissional do CAPS).” (Jussara)

Barth (2014), ressalta que atualmente, a partir das pesquisas que envolvem a espiritualidade e saúde, exige um novo alerta tanto por parte das religiões quanto da área biomédica sobre esta relação. Para o autor, não é mais possível que estas áreas fiquem afastadas.

Nesta perspectiva, é fundamental que profissionais de saúde reconheçam que a abordagem e conhecimento das questões espirituais podem ser fundamentais para o tratamento dos transtornos mentais.

Salimena et al (2016), ressaltam que é importante o conhecimento por parte dos profissionais que atuam na área de Saúde Mental em relação à história espiritual, pois a percepção da crença do paciente e a forma como auxilia no enfrentamento da doença podem favorecer o sucesso do tratamento e o equilíbrio dos transtornos mentais.

Portanto, os profissionais de saúde dos CAPS devem se apropriar não só do conhecimento das características psicossociais mas também das questões espirituais e religiosas, ampliando a compreensão sobre o indivíduo e seus valores,

o que pode impactar positivamente na construção do projeto terapêutico e adesão ao tratamento.

4.1.5 Papel da comunidade/representantes religiosos no tratamento em Saúde Mental

Em relação ao papel da comunidade religiosa e seus representantes na adesão ao tratamento em Saúde Mental foram apresentadas as seguintes categorias: incentivo ao tratamento especializado; preconceito e desconhecimento acerca do transtorno mental; e falta de envolvimento da comunidade religiosa nas questões do tratamento.

4.1.5.1 Incentivo ao tratamento especializado

Quando abordado durante as entrevistas sobre a visão dos pacientes em relação ao papel da comunidade e representantes religiosos na adesão ao tratamento no CAPS I, foi relatado por alguns que há apoio no sentido do acompanhamento por serviço especializado em Saúde Mental. Há um entendimento sobre a importância do tratamento de saúde para transtornos psíquicos, além do lado espiritual alcançado pela religião:

“Então, existe a parte terapêutica, a parte do acompanhamento profissional na clínica, mas por influência também do protestante evangélico meu pastor me ajudou muito, me aconselhou e me aconselha até hoje a tomar decisões. O fato de eu estar hoje também no CAPS foi um incentivo do meu pastor. Ele mesmo determinou e eu vim pro CAPS. Só que quando eu melhorava eu parava, eu me afastava, eu parava de vir pro CAPS. Mas ele me ajudou muito, não só na parte espiritual... Tratamento no caso eles me aconselham a tomar sempre a medicação, sempre me instrui a fazer tudo correto, contando que Jesus cura mas também os médicos estão aí para serem usados” (Paulo)

“Quando eu comecei a fazer tratamento aqui, eles me ajudavam muito. Ela (membro da Igreja) sempre me orientava, falava pra eu continuar o tratamento que um dia ia melhorar e está melhorando. Eles acham importante né, porque se precisou do tratamento é uma forma que tem especializada para ajudar.” (Luiza)

“A minha líder fala que é bom também, a missionária lá, ela é da minha igreja, ela falou que provavelmente, eu to aqui, ela falou ‘você está lá pra se tratar, e pra ajudar as pessoas que precisam.’” (Patrícia)

“Porque a gente não acredita em cura imediata...ah Deus vai pegar e te curar, vai na igreja que Deus vai te curar. A gente não acredita nisso. Mas ele (membro da Igreja) falou comigo...você precisa se tratar, porque pra você ficar bem agora, até pra você fazer as coisas com respeito a religião, você tem que ter esse tratamento, porque são os médicos, os profissionais que vão te ajudar nessa parte. A gente pode te ajudar de forma espiritual mas eles vão te ajudar nessa forma física, eles vão te ajudar a melhorar.” (Cláudia)

Neste contexto, observa-se que há uma relação de confiança entre fiéis e outros membros da religião frequentada, com procura de ajuda na comunidade religiosa em momentos em que as pessoas percebem que não estão bem, sendo fundamental a identificação de sinais de crise ou situações de risco para si ou terceiros por estes membros procurados, e que tenham o discernimento para indicar quando necessário o serviço de saúde.

Reinaldo e Santos (2016), mencionam que em seu trabalho, identificaram através das entrevistas com usuário da Saúde Mental, que a relação com os líderes religiosos exerce papel importante na avaliação em momento de crise, pois, recorrem em primeiro plano à representantes religiosos quando identificam que há algo de errado com seus pensamentos ou ações. Deste modo, esses líderes indicam a procura de um serviço de apoio em saúde o mais breve possível e, em alguns casos, correntes de oração, trabalhos espirituais e novenas em sua intenção para ajudar naquele momento de dificuldade.

Portanto, a interação com representantes religiosos pode ser de extrema relevância para apoio e atenção em situações de problemas psíquicos e na condução dos casos em parceria com a Saúde Mental no território.

4.1.5.2 Preconceito e desconhecimento acerca do transtorno mental

Apesar de representantes religiosos exercerem papel favorável ao tratamento de transtornos mentais, apoiando e orientando de forma positiva esses indivíduos, conforme citado anteriormente, também foi relatado que ainda há membros de religiões que apresentam preconceito e desconhecimento sobre as questões da

Saúde Mental. Alguns entrevistados citaram que observam este comportamento preconceituoso em alguns membros da comunidade religiosa:

“Tem os dois lados, alguns de forma positiva e outros de forma negativa. A maioria assim é de uma forma positiva. Eles acabaram aceitando que tem a necessidade de fazer esse tratamento. Mas sempre tem outros que não aceitam o medicamento, acham que eu não preciso de tratamento. Acabam eles tendo esse preconceito.”
(Maria)

“Igual assim, as pessoas falam que eu tenho que fazer o tratamento, mas em outras partes ele fala que não devemos ficar a mercê de remédios, mas eu creio que Deus ele colocou a medicina aqui na terra, e tem Ele. Mas tem coisas que Deus não pode fazer, ele faça com que a gente venha procurar o médico. Então não é que Deus não está no controle de tudo. Ele tá no controle de tudo, mas a gente tem que cuidar da nossa saúde. Como saúde mental e a saúde toda da nossa vida.” (Patrícia)

Com base nestas falas, é importante salientar que além dos membros da religião que entendem a importância do tratamento especializado em Saúde Mental, também existem indivíduos que não aceitam o transtorno mental como uma questão biopsicossocial que necessita de tratamento, levando em consideração apenas o espiritual, com a ideia de que apenas a fé promove a cura. Neste sentido, pode-se dizer que membros de uma mesma religião podem apresentar pensamentos divergentes acerca do transtorno mental e condução no tratamento. Em alguns casos, membros religiosos podem influenciar a não adesão ao tratamento em Saúde Mental, tanto relacionado à medicalização quanto às terapias e atividades terapêuticas, não incentivando à procura de serviços especializados.

A religião pode contribuir para integração do paciente na sociedade ou motivá-lo a procurar tratamento, porém, também pode dificultar o tratamento, quando há proibição em relação à psicoterapia ou o uso da medicação. (REINALDO e SANTOS, 2016)

Foi relatado por um entrevistado que já frequentou duas religiões distintas, que no candomblé ele tinha uma influência favorável ao tratamento do transtorno mental, já na Igreja Evangélica, a qual frequentou, recebeu orientações de membros no sentido de não ser necessário o tratamento no CAPS I, pois não consideravam uma doença e sim uma questão espiritual:

“Eles achavam que eu devia fazer o tratamento, não era pra eu abandonar (candomblé). Não era. Os evangélicos acham que a loucura Deus liberta, que é coisa do Diabo, entendeu? Me deram muito conselho para eu parar de tomar o remédio.” (Cícero)

Conforme já citado, dentro de uma mesma religião pode haver pensamentos e opiniões divergentes acerca dos transtornos mentais, alguns com entendimento de tratar-se de um problema de saúde e outros atribuindo à uma questão espiritual apenas. Portanto, de acordo com o grau de confiança no representante religioso, este pode ter impacto negativo para adesão ao tratamento especializado.

Segundo Spilka (1989), citado por Neto et al (2009), a religião pode ser classificada como funcional ou disfuncional, onde a funcional satisfaz as necessidades da pessoa por significado, autoestima e sensação de controle pessoal e a disfuncional leva ao dogmatismo, restringindo o pensamento, limitando a liberdade e oportunidades, distorcendo a realidade e despertando o medo e a ansiedade.

4.1.5.3 Falta de envolvimento da comunidade religiosa nas questões do tratamento

Dois entrevistados da Igreja Católica relataram que não há envolvimento da comunidade religiosa nas questões referentes ao transtorno mental apresentado por eles e o tratamento no CAPS I. Em um dos casos, a paciente relata não conversar sobre seu problema mental com outros membros da Igreja:

“Na igreja não. Eu não tive nenhum tratamento coisa de tratamento na igreja não.” (Jussara)

A outra paciente católica também relata não conversar com membros da igreja sobre seu tratamento, mas que alguns sabem que a mesma frequenta o CAPS I:

“Não. Eu nunca conversei com eles. Mas só que as pessoas que eu trabalho junto (catequese), sabem que eu frequento o CAPS.” (Verônica)

Por razões como o medo de serem excluídos ou serem tratados como diferentes, portadores de transtornos mentais podem apresentar resistência em

compartilhar a condição existente e os tratamentos realizados com outros membros religiosos.

Os transtornos mentais por serem de difícil compreensão, podem ser explicados pelos sistemas de crenças, que podem influenciar a aceitabilidade dos tratamentos, a maneira como a doença progride e a aceitação social, para que o indivíduo não seja rejeitado. (RODRIGUEZ-YUNTA, 2016)

Outro entrevistado, ressalta que não aborda com outros membros da Igreja frequentada sobre seu problema psíquico, mas está fortalecendo sua saúde mental também através das orações:

“Na igreja eu não procurei não, só ia mesmo para fazer alguma oração depois ia embora.” (João)

Este paciente acredita que através da oração tem conseguido resultados positivos e confortantes relacionados à sua condição mental, mesmo não tendo envolvimento direto com a comunidade religiosa.

De acordo com Barth (2014), a oração é considerada uma prática religiosa, que consiste em uma forma humana de se conectar e entrar em contato com o divino, tendo como finalidade de vincular a criatura ao seu criador e também de entrega total a um Outro (Deus, Absoluto, Ser Supremo). Esta atitude, é importante para o indivíduo, como também o sucesso de um tratamento médico, já que o paciente precisa acreditar e colaborar, tanto na medicação quanto no seu médico, através da experiência da entrega e da confiança.

Ainda sobre a fala deste paciente, é importante destacar, que mesmo não havendo procura por parte do entrevistado para aconselhamento ou diálogo com membros religiosos, os testemunhos compartilhados podem exercer alguma influência em relação às condutas ao tratamento, como citado na entrevista a ideia de que através da fé foi alcançada a cura, o que pode levar ao abandono do tratamento, trazendo consequências ao indivíduo. De acordo com Pinto e Falcão (2014), através das crenças religiosas, o paciente pode buscar o milagre da cura, o que pode acarretar no abandono do tratamento em saúde.

Neste contexto, pode-se entender que em algumas circunstâncias, a religião pode ser um meio para se chegar ou se afastar dos serviços de saúde e dos tratamentos. Mas também a partir das questões terapêuticas, a religião pode ser

procurada como busca e esperança de cura e alívio para os problemas apresentados.

Portanto, é importante o conhecimento das possíveis influências dos membros religiosos na adesão ao tratamento no caso de transtornos mentais em especial, já que trata-se de uma condição onde o paciente pode estar vulnerável às orientações da comunidade religiosa, que representa uma rede social e de apoio espiritual, bem como o preconceito existente em relação aos transtornos mentais. A partir do conhecimento acerca desta temática, é possível recomendar estratégias a fim de minimizar os impactos negativos no tratamento em Saúde Mental.

4.2 SEGUNDA ETAPA: LÍDERES RELIGIOSOS

Esta segunda etapa da pesquisa consistiu na entrevista com líderes religiosos das seguintes religiões: Católica Apostólica Romana, Evangélica de Missão, Evangélica Pentecostal, Evangélica não determinada e Testemunha de Jeová. No primeiro momento, foi realizada uma apresentação inicial sobre o estudo para cada líder religioso e posteriormente, em um segundo momento foram agendadas e realizadas as entrevistas de acordo com disponibilidade dos entrevistados. Foram entrevistados 05 (cinco) lideranças religiosas.

No quadro 2 são apresentados os dados referentes aos líderes religiosos entrevistados nesta etapa da pesquisa.

Quadro 2 – Caracterização dos entrevistados líderes religiosos

Pseudônimos	Religião	Cargo	Função exercida
André	Católica Apostólica Romana	Pároco e Presbítero	Responsável civil, legal e espiritual da comunidade religiosa
Lucas	Evangélica de Missão	Pastor	Auxílio espiritual e acolhimento na área comunitária
Marcos	Evangélica Pentecostal	Pastor e Presidente	Assistência às Congregações
Tiago	Evangélica não determinado	Pastor e Presidente	Evangelizar as pessoas na fé
Pedro	Testemunha de Jeová	Testemunha de Jeová	Responsável pelo corpo de anciões da Congregação

Fonte: do autor

Os resultados foram distribuídos em torno de três eixos temáticos previamente estabelecidos no roteiro das entrevistas: Conhecimento da Rede de Saúde Mental, Orientação da religião em relação às condutas terapêuticas de transtornos mentais, Importância da religião para portadores de transtorno mental.

A partir destes eixos temáticos, na leitura das transcrições das entrevistas, no primeiro momento foi estabelecida uma visão geral das informações, posteriormente foram identificadas as unidades de significado, sistematizadas dentro dos grupos temáticos pré-estabelecidos e classificadas em categorias dentro destes eixos temáticos. Por fim, foram feitos o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, confrontando com a literatura atual.

4.2.1 Conhecimento da Rede de Saúde Mental

Quando abordada a questão sobre conhecimento de membros da comunidade religiosa com algum problema psíquico, surgiram as seguintes categorias de respostas: Conhecimento sobre a Rede de Saúde Mental e sobre membros da comunidade religiosa com transtornos mentais; e Conhecimento escasso da Rede de Saúde Mental.

4.2.1.1 Conhecimento sobre a Rede de Saúde Mental e sobre membros da comunidade religiosa com transtornos mentais

Todos os líderes religiosos entrevistados relataram ter conhecimento de algum membro da comunidade religiosa com transtorno mental e quando abordada a questão sobre conhecimento de serviços da rede de Saúde Mental no município, foi relatado:

“Conheço...o CAPS.” (Lucas)

“O que nós temos acesso aqui é o CAPS, do município, que é o que geralmente nós direcionamos as pessoas.” (André)

“Conheço. Além do CAPS, tem as UBS, que é o ponto de partida para todas as pessoas que uma dificuldade ou uma deficiência. Por que a UBS que vai encaminhar essa pessoa para qual o tipo de tratamento adequado.” (Pedro)

“Já fui nesse que te falei, no CAPS. Que conheço com meu irmão que tem aqui na igreja.” (Tiago)

A partir destes relatos, observa-se que há o conhecimento da existência do CAPS como serviço de referência no município para tratamento de transtornos mentais graves. A ampla divulgação destes serviços na comunidade, é importante para o fortalecimento dos CAPS no território, visando garantir uma assistência adequada aos portadores de problemas psíquicos.

Para Brusamarello et al (2011), a rede de apoio social na Saúde Mental pode ser potencializada com a aproximação com as associações, grupos de autoajuda, iniciativas de grupos sociais de associações de bairros e comunidades religiosas, visando somar na busca de uma melhor qualidade de vida para os portadores de transtornos mentais.

4.2.1.2 Conhecimento escasso da Rede de Saúde Mental

Um dos entrevistados (Pentecostal) relatou não ter conhecimento da rede de Saúde Mental no município em questão, citando que conhece no município vizinho, porém também não soube citar os serviços existentes aos quais já recorreu:

“Olha, aqui no município não. Mas conheço lá em [município vizinho], mas até esqueci o nome... o nome me foge da memória.” (Marcos)

Há uma preocupação com a questão do desconhecimento da rede de apoio à Saúde Mental por uma liderança religiosa, pois pode impactar negativamente no agravamento de casos de transtorno mental sem tratamento especializado. Entendemos por tratamento especializado, acompanhamento por equipe multiprofissional com PTS, que pode envolver psicoterapia, uso de medicação, oficinas terapêuticas, atendimento social, de enfermagem, entre outros.

Para Scheffer e Silva (2014), ainda há uma grande necessidade de estruturação da rede de atenção à Saúde Mental, como também fortalecer o vínculo com a sociedade em geral, pois o apoio da sociedade é primordial para esta rede.

Deste modo, percebe-se que quando se trata da articulação da rede de Saúde Mental, a sociedade deve ser considerada, já que na identificação de casos de transtornos mentais podem encaminhar para diversos setores, os quais precisam estar integrados à Saúde Mental para adequada assistência ao usuário.

Neste contexto, torna-se importante o reforço e também uma ampla divulgação dos serviços especializados existentes na região para comunidade em geral, para que possa ser de conhecimento social a função e o trabalho executado por estes serviços, bem como promover articulação com as diversas áreas comunitárias.

Ainda observa-se a questão do preconceito em relação aos portadores de transtornos mentais, que são estigmatizados pela sociedade, incluindo as comunidades religiosas. Neste aspecto, de acordo com a pesquisa de Candido et al (2012), a origem do preconceito contra indivíduos com transtorno psíquico encontra-se na falta de informação e no desconhecimento, o que leva à imagem e o estereótipo de periculosidade e agressividade destes sujeitos, gerando o medo e repulsa da sociedade. Desta forma, para haver mudança deste comportamento

preconceituoso relacionado aos portadores de transtorno mental, é necessária a adequada informação em Saúde Mental para todos os segmentos sociais.

4.2.2 Orientação da religião em relação às condutas terapêuticas de transtornos mentais

Neste eixo temático, surgiram as seguintes categorias que serão abordadas: Direcionamento para tratamento de saúde especializado; Equilíbrio entre as áreas da Saúde e Espiritual; Preconceito; e Atividades lúdicas através da religião.

4.2.2.1 Direcionamento para tratamento de saúde especializado

Quatro dos entrevistados relataram que orientam os casos identificados com algum transtorno mental, que procurem serviços ou profissionais voltados para tratamento em Saúde Mental especializado.

“A gente orienta quando eles vem, a gente vê a situação que eles estão, a pessoa não sabe o problema que está sendo agravado na vida das pessoas, então a gente logo orienta a procurar o médico, pessoas especializadas nesta área, e eles vão dar dica do que é necessário.” (Marcos)

“A gente identifica problemas mentais sérios, mas acredito que muitas pessoas, para não dizer todas, precisa de uma terapia, de um atendimento, que seja mais leve, por que tem coisas que acaba passando para esse campo psíquico... Já aconteceu sim de direcionar a pessoa para o tratamento.” (Lucas)

“A primeira opção é: procure ajuda psicológica, veja o que o psicólogo vai dizer pra você ou um psiquiatra para te dar auxílio nesta questão... apontar a importância da medicina dando os medicamentos, o médico como ele é orientado por Deus, e exercer a sua profissão, o seu ofício, e a partir disso ajudar essa pessoa que tem essa necessidade.” (André)

“Eu oriento ele procurar médicos. Sabemos também que Jesus cura...mas quando é doença é médico, eu no meu caso sendo pastor, eu oriento procurar o médico.” (Tiago)

A partir destes relatos, observa-se que ao perceber que algum membro da comunidade religiosa apresenta sinais de possível transtorno mental, os líderes

religiosos além do acolhimento e aconselhamento religioso-espiritual, adotam uma postura de indicar a busca por um serviço de saúde.

De acordo com Araújo e Barros (2019), a partir da compreensão do prejuízo psicológico que uma exclusão social pode ocasionar à portadores de transtorno mental, alguns líderes religiosos compreendem que a situação requer mais que apenas o acolhimento institucional como recurso terapêutico, mas também um tratamento especializado com profissionais qualificados.

A orientação de lideranças religiosas para indivíduos que apresentam-se em crise ou surto psiquiátrico pode ser a procura por atenção em saúde especializada nestes casos. Reinaldo e Santos (2016), mencionam em seu estudo que os líderes religiosos avaliam o momento de crise de membros da comunidade religiosa, aconselhando a busca de um serviço de saúde adequado.

Segundo com Martins (2017), a crise na Saúde Mental pode ser entendida de duas formas, de acordo com o momento histórico vivenciado. A primeira definição é uma noção típica dos autores da psiquiatria clássica, como Pinel, Esquirol, Morel, Kraepelin, e vincula-se a um saber biomédico, em que a doença se resume ao sintoma. Já a outra ideia de crise vincula-se às iniciativas das reformas psiquiátricas que surgiram a partir da segunda metade do século XX, incluindo a luta antimanicomial brasileira, com ampliação das concepções de crise para além da sua sintomatologia, incluindo os aspectos do contexto social, familiar e relacional, e aprofundando a reflexão sobre a experiência subjetiva da crise e sua singularidade para o sujeito que a vivencia.

Mas ainda pensando em crise psiquiátrica, também surgiu a questão da internação psiquiátrica como uma forma de tratamento. As falas abaixo demonstram que há um entendimento de que internação psiquiátrica tem uma importância significativa quando se trata de tratamento de transtornos mentais:

“A gente procura sempre levá-los aos médicos, às vezes quando necessário a gente procura interná-los. Então a gente dá total assistência a essas pessoas... Quando é necessário levar pro local apropriado, pra ficar internado, a gente leva e fica internado, mas provavelmente, até hoje a gente não tem chegado nesse ponto.”

(Marcos)

“De acordo com a gravidade que a pessoa apresenta eu acredito que ela precise ser tratada, de uma simples terapia até no caso de uma intervenção, internação se for o caso.” (Lucas)

No estudo de Maciel et al (2008), a hospitalização é vista como uma estratégia positiva, sustentada na representação de que os hospitais exercem função de remover (excluir) o portador de transtorno mental da sociedade. Essas representações prejudicam a efetivação de atitudes mais inclusivas e de aceitação da Reforma Psiquiátrica, enaltecendo o hospital psiquiátrico e fazendo com que os serviços substitutivos, como os CAPS, sejam vistos como ameaça à família e à sociedade.

Também foi citada a vinculação dos tratamentos de transtornos mentais à figura do profissional médico e à terapia medicamentosa, sendo estes aspectos considerados como ponto principal para estabilização dos quadros:

“Aqui na igreja a gente tem algumas pessoas que tem problema mental, inclusive eles tomam remédio. A gente leva no psiquiatra e passa o remédio, e a gente também ajuda comprar (remédio) quando não pode, e graças a Deus, tomar o remédio e não tem crise...Quando a pessoa tem um problema mental, tem que realmente ter um tratamento extensivo, não pode parar. Tomar remédios, que o médico receitou, e nessas crises diante do tratamento e obedecendo os conselhos médicos, as pessoas... essas crises não voltam.” (Marcos)

Nos resultados da pesquisa de Martins (2017), foi citada a importância atribuída à farmacoterapia no tratamento da crise, sendo o uso da medicação entendido como principal agente fomentador da cura do paciente. Esta questão está intimamente relacionada com a ideia de supremacia do saber médico.

A valorização apenas da figura médica nos tratamentos em Saúde Mental é uma questão histórica e cultural. Não há dúvida de que a medicação é importante para determinados casos, mas a integração e articulação com outras estratégias multiprofissionais pode ser eficaz e representa a ideia do modelo de trabalho dos CAPS.

A assistência à loucura no Ocidente, desde o fim do século XVIII teve como referência o modelo manicomial, o qual se fundamentava no discurso médico para condução dos casos, no isolamento social dos portadores de transtorno mental, na

internação em instituições totais e no padrão disciplinar da assistência. A partir do século XX, através da Reforma Psiquiátrica, a proposta interdisciplinar começa a ganhar força, superando a crescente fragmentação do conhecimento. (VASCONCELLOS, 2010)

4.2.2.2 Equilíbrio entre as áreas da Saúde e Espiritual

Um outro ponto destacado nas entrevistas, foi o equilíbrio entre tratamento em saúde e apoio espiritual. Ambas as áreas tem sua importância para portadores de transtorno mental, pois o respeito à crença religiosa do indivíduo bem como à assistência nos serviços de saúde, podem ser benéficos nos aspectos biopsicossocial e espiritual para o paciente.

“Muitos religiosos acreditam que não vão pra linha psíquica apenas para a linha espiritual, sendo que eu particularmente creio que uma completa a outra. Claro que eu acredito que o espiritual é o que coordena tudo, mas a área psíquica é importante. Eu acho muito importante, você fazer tanto o trabalho religioso/espiritual, quanto procurar essa ajuda também que vai abranger o ser humano como um todo. Às vezes a pessoa precisa de um acompanhamento mais profundo: na área da saúde, na medicação, no atendimento terapêutico.” (Lucas)

“Procurar ajuda profissional. A ideia é sempre essa. Tentamos estabelecer algumas diferenças, eu como Padre, eu tenho a responsabilidade espiritual, mas eu também preciso conhecer minhas limitações no exercício do meu ministério. Tem questões que são de cunho espiritual, aí nós trabalhamos sentido de vida, isso nós trabalhamos. Mas as questões de cunho profissional, estritamente psicológico, psiquiátrico, nós indicamos. Hoje em dia até na paróquia nós oferecemos um trabalho de atendimento psicológico gratuito para algumas pessoas.” (André)

“...conhecendo a Bíblia, quem cura não é o pastor. O pastor só ora pedindo a Deus que venha a cura. Mas depende da pessoa que quer receber a cura. É igual a pessoa que procura também o CAPS, se ela não quiser ajuda, não tem como a pessoa ficar curada. É a mesma coisa que nós orientamos. Vamos orar para eles sim. Vamos sentar com amor, receber com amor, com dedicação, abraçá-lo, mas quando é pra procurar médico, é pra procurar médico.” (Tiago)

No estudo de Araujo e Barros (2019), foi mencionado que pode ser prejudicial para o indivíduo com transtorno mental não contar com a compreensão das duas

dimensões de cuidado, defendendo que é importante haver diálogo entre as instituições religiosas e as de saúde, com integração dos seus diferentes conhecimentos, e então propor um acompanhamento que seja benéfico para a pessoa com transtorno mental.

Ainda para os autores acima citados, nos resultados de seu estudo, foi apresentado que os líderes religiosos demonstravam uma compreensão em relação à importância da interface entre o científico e o religioso, para haver uma ampliação das possibilidades de um tratamento mais integral e satisfatório para os portadores de transtornos mentais.

Para Alves e Assis (2015), a religiosidade e a espiritualidade desempenham um papel fundamental na construção da personalidade do ser humano e podem constituir um fator relevante no equilíbrio de suas funções mentais. Sendo assim, pode-se afirmar que o equilíbrio entre as áreas da Saúde Mental e religiosa/espiritual são essenciais para o bem estar do indivíduo como um todo.

Portanto, é necessário que o campo da Saúde Mental desenvolva uma articulação com os setores religiosos, visando a satisfação e bem estar do indivíduo nos aspectos da saúde e espiritual.

A religiosidade e a espiritualidade podem ser elementos que integram a subjetividade dos indivíduos, sendo então, de suma importância que os profissionais de saúde saibam lidar com esses fenômenos de forma adequada. Desta forma, torna-se importante repensar uma aproximação na formação profissional com esses fenômenos, já que os aspectos socioculturais estão inseridos no contexto dos indivíduos. Com isso, será possível promover uma integração do meio transcendental com o científico, reconhecendo as diferenças e limitações de ambos. (MELO et al, 2015)

4.2.2.3 Preconceito

Um entrevistado citou que observa que ainda há muito preconceito nas instituições religiosas em relação aos transtornos mentais e aos tratamentos especializados, havendo um entendimento da condição do sujeito apenas como um problema espiritual, o qual é tratado no âmbito religioso.

“Acontece muitos preconceitos, e muita divisão de pensamento. Eu creio que a gente precise vencer os preconceitos, para tentar salvar o máximo de pessoas

possível. Muitos religiosos acabam apenas buscando o espiritual, com orações, vamos dizer assim tratamentos espirituais, mas não tratam da pessoa como um todo. Por que eu sinto que acontece até muito preconceito por parte da instituição ou das instituições religiosas, achando que tudo é do diabo, tudo vai melhorar, vamos fazer uma campanha de oração que vai melhorar.” (Lucas)

Segundo Rabelo (2005), enquanto a visão biomédica age sobre os determinantes biológicos da doença, constituindo o corpo como objeto, as terapias tradicionais, como a religiosa, estariam voltadas para os aspectos subjetivos de interpretação, resgatando o fato cultural.

Portanto, determinadas religiões, podem ter a ideia de que o transtorno mental tem como causalidade forças malignas, necessitando apenas de assistência espiritual visando afastar este mal.

Reforçando estas convicções, no trabalho de Rabelo (1993), é mencionado que em religiões pentecostais, pode haver o entendimento da doença como provocada por forças de Satanás, as quais devem ser expulsas do corpo. E através da cura, o sofredor ao ser liberto do mal, entra no mundo dos fiéis.

4.2.2.4 Atividade lúdica através da religião

O líder religioso da Testemunha de Jeová relatou que utiliza atividades lúdicas com os membros da comunidade religiosa com alguma questão psíquica, a fim de auxiliar no autoconhecimento:

“A orientação que nós damos é fazer um estudo sistemático com a pessoa, voltada para o entendimento dela, usando desenhos para que ela possa colorir. Nós acreditamos que é uma maneira de estimular o entendimento da pessoa em relação às promessas de Deus com relação a ela mesmo dentro da comunidade também.” (Pedro)

Henriques et al (2015) menciona o estudo de Guareschi (1995), o qual identifica algumas práticas presentes nos cultos que são consideradas terapêuticas, pois marcam a mobilização das emoções, através do uso de recursos como músicas, danças, gestos, dentre outros. Estes recursos compõem estratégias de envolvimento para este público, gerando momentos de “catarse” e alívio espiritual coletivo.

Desta forma, a atividade lúdica dentro da comunidade religiosa pode ser uma estratégia benéfica para o indivíduo se expressar, podendo ser favorável para a Saúde Mental.

4.2.3 Importância da religião para portadores de transtorno mental

A partir da abordagem sobre a importância da religião para os indivíduos que apresentam algum transtorno mental, surgiram as seguintes categorias: Apoio Social; Auxílio espiritual; e Inclusão social.

4.2.3.1 Apoio Social

Foi citado como ação importante da religião para membros da comunidade com algum transtorno mental, o auxílio financeiro quando necessário, referente à assistência em saúde (consultas, aquisição de medicações), conforme relato:

“Se eles não têm possibilidade, a gente compra os remédios. A igreja vai comprar e vai dar, aqui tem pessoas que nós compramos de forma assim constante remédios todos os meses, eles estão tomando, e as crises não voltaram mais. É dessa maneira que nós ajudamos, contribuindo, às vezes pagamos um médico, uma internação”. (Marcos)

No trabalho de Follmann e Pinheiro (2006), as Práticas Sociais Religiosas (PSR) são relacionadas à práticas em locais de culto religioso ou templos, fundamentadas nos princípios da religião e com objetivo de ajudar a amenizar ou solucionar aspectos da questão social. Essas PSR podem ser consideradas como práticas de assistência social, atendendo às necessidades dos indivíduos.

Ainda para os autores, para os cristãos evangélicos pentecostal e neopentecostal, as ações de cunho social são consideradas como parte integrante da obra de Deus, sendo acompanhadas por trabalhos doutrinários de educação na fé.

As redes sociais encontram-se em constante evolução, assumindo diferentes formas de relacionamento, interação, comunicação e intencionalidade, onde indivíduos ou grupos estabelecem vínculos/relação de amizade e de informação, e recebem auxílio material, emocional e afetivo. (BRUSAMARELLO et al, 2011)

4.2.3.2 Auxílio espiritual

O auxílio espiritual foi destacado como importante para portadores de transtorno mental, sendo citado que auxilia em momentos de crise e pode proporcionar a cura:

“A questão espiritual ela é essencial, que é momento que a pessoa tem crise, que aí também entra ... que a gente ora, pede a Deus, que às vezes as pessoas são curadas. São curadas. Quer dizer, faz a parte que é cabível, procurar um médico, mas às vezes doença continua, várias orações, ajuda espiritual, de repente elimina os remédios e a pessoa não tem mais crise. Já aconteceu caso aqui. Já aconteceu, pessoas que hoje não tomam remédio mais, já ficaram curados.” (Marcos)

Para os pentecostais, a cura corresponde a parte de um projeto mais amplo de libertação, através do rompimento com um passado de impureza, pecado e aliança com o demônio. Então a cura representa uma graça concedida por Deus, um sinal de que a mudança requer uma vigília contínua sobre o comportamento e, conseqüentemente, sobre o corpo. Há a ideia de que a cura sempre se inicia na religião, ou é sempre um investimento religioso. (RABELO, 2005)

Deste modo em muitos casos de transtorno mental, através da religião, os indivíduos recebem tratamento espiritual, voltados para o alcance da cura, de acordo com as crenças de cada religião.

As terapias religiosas curam através da imposição da ordem sobre a experiência caótica de quem sofre e daqueles diretamente responsáveis por ele. Na maioria dos casos, essas terapias religiosas são desenvolvidas sob a perspectiva do culto, enquanto campo organizado de práticas e representações, onde ocorre a manipulação de símbolos para produção da cura pelo especialista religioso. (RABELO, 1993)

Relatado também que a oração exerce importante função no aspecto espiritual em relação à condição psíquica:

“Primeiramente orar. Oração, receber a pessoa com amor, abraçar essa pessoa.” (Tiago)

“Orando por que a gente acredita na supremacia de Deus, do espírito, acredita numa intervenção divina e acredita no milagre, mas eu particularmente acredito que até o tratamento pode ser um milagre na vida da pessoa.” (Lucas)

A oração define tanto a rotina religiosa do fiel quanto sua postura frente ao mundo. Para os fiéis, oração forte é muito mais que apenas palavras, envolvendo humildade e abertura ao sagrado. (RABELO, 2005)

A pesquisa de Esperandio e Ladd (2013), indica que a oração exerce um papel importante na constituição subjetiva de seus praticantes, principalmente nas dimensões referentes à saúde mental e espiritual. Através da oração, há relatos de redução da ansiedade, desenvolvimento de habilidades para administrar as situações de sofrimento; estímulo para a cooperação mútua e maior senso de direção e propósito na vida.

Através da religião e fé, os indivíduos podem entender o sentido da vida, o que pode auxiliar no seguimento mais conformado em relação ao transtorno mental apresentado, sendo benéfico para o sujeito:

“O que nós podemos apontar pra eles é sentido de vida, e o que diz respeito à fé... A religião ajuda no sentido de dar sentido à vida...A importância da religião, principalmente em dar o auxílio espiritual, nesses casos de acompanhamento psiquiátrico, percebendo também as nossas limitações, muitas das vezes nós não temos como dar o acesso direto e rápido a um psicólogo ou psiquiatra a uma pessoa que está tendo algum surto, mas pelo menos indicar pra ela, acalmar, qual o sentido da vida, falar um pouco sobre Deus, sobre a realidade espiritual.” (André)

Segundo Melo et al (2015), apontam a espiritualidade/religiosidade como uma das dimensões mais significativas da subjetividade humana, relacionando-se com a construção de sentido e ordenação de vida dos sujeitos, o que influencia na saúde de forma positiva.

Neste sentido, Araujo e Barros (2019), reforçam que a religião exerce um papel importante na vida do sujeito, e de fato pode produzir benefícios, como encontrar um sentido na vida, buscando em suas práticas como forma de alívio para os diversos sofrimentos enfrentados.

Deste modo, de acordo com Melo et al (2015), a religiosidade pode ser considerada como um fenômeno relacionado com a busca do indivíduo por resposta

para seus questionamentos existenciais e também dá sentido a sua vida. E a espiritualidade consiste em uma forma em que o indivíduo pode dar novos significados aos seus percalços e reorganizar suas experiências.

4.2.3.3 Inclusão social

Também surgiu a questão do apoio social e convivência dos portadores de transtorno mental na comunidade religiosa como terapêutico:

“E eles se sentem assim bem úteis, gostam assim de fazer, por que são tratados como qualquer pessoa da comunidade. Não tem diferença. São incluídas, é uma inclusão que a igreja faz.” (Lucas)

“Então essa questão de conviver, do convívio e interagir com outras pessoas eu acho que é importante, é terapêutico. E contribui muito para o tratamento do paciente. Ela ajuda nesta questão de fazer o paciente se sentir parte de uma comunidade. É questão de fazer a pessoa se sentir membro. E a religião foca nesse aspecto também, ajudar a pessoa ver que ela é importante pra si mesmo, pra família, mas também pra Deus. Que ela não está excluída por ser diferente de outras pessoas. (Pedro)

Segundo Araujo e Barros (2019), os indivíduos com transtorno mental ainda se encontram segregadas na comunidade e muitas vezes isoladas do contato com as outras pessoas, vivenciando um processo de exclusão. Isto faz com que elas busquem outros meios de inserção na comunidade, sendo uma destas formas, a vinculação a uma instituição religiosa.

Deste modo, a religiosidade e a espiritualidade podem ser consideradas ferramentas importantes de apoio social para os indivíduos. (ALVES e ASSIS, 2015)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho apresentou como temática a relação entre religião e Saúde Mental com objetivo de investigar empiricamente influências e impactos da religiosidade e de representantes religiosos na experiência de tratamento de portadores de transtorno psíquico grave acompanhados em um CAPS I.

Os resultados deste estudo demonstraram que a religiosidade e espiritualidade exercem influências positivas no tratamento em Saúde Mental dos usuários do CAPS I. A questão da espiritualidade e fé são fatores presentes e importantes para a experiência de tratamento de portadores de transtornos mentais, com foco na esperança de cura.

A partir dos resultados ficou evidente que as instituições religiosas representam um sistema que proporciona apoio e inclusão social aos indivíduos com transtorno mental, sendo aliadas de grande importância para o desenvolvimento da cidadania, promoção da socialização e presença de um sentimento de pertencimento a um grupo. Também observou-se que o CAPS I representa um espaço de socialização e aceitação para os usuários, onde convivem e compartilham com outros sujeitos que apresentam algum transtorno mental, o que promove sentimento de que não são os únicos com sofrimento psíquico. Também ficou evidente que o acolhimento dos profissionais do CAPS para com os usuários e a construção do vínculo alicerçada no uso da comunicação entre as partes consistem em importantes ferramentas do cuidado.

Os líderes religiosos participantes desta pesquisa utilizam-se de diferentes maneiras para ofertar assistência ao membro que apresenta algum transtorno mental, com destaque para o encaminhamento para os serviços especializados, o reconhecimento da relevância da terapêutica medicamentosa e atividades lúdicas, assim como utilizam-se do apoio espiritual.

Mas o estudo também demonstrou que existem membros da mesma religião que possuem opiniões divergentes no que se refere aos transtornos mentais, apresentando preconceito e não aceitação de que seja um problema de saúde, então, vinculando os sinais e sintomas do indivíduo apenas a uma questão de cunho espiritual. Porém, a partir dos resultados da pesquisa revelou-se que mesmo

membros da mesma religião com opiniões divergentes, não houve impacto negativo na adesão ao tratamento dos usuários entrevistados.

Apesar de não ser um dado da pesquisa, é importante mencionar que também pode existir o preconceito inverso, ou seja, dos profissionais de saúde em relação às comunidades e líderes religiosos no que diz respeito ao auxílio espiritual e religioso nos casos de transtornos mentais. Portanto, um dos resultados da pesquisa é justamente o da necessidade de estabelecer laços entre estas duas redes de sociabilidade na garantia de uma assistência integral ao usuário. Ambos os campos, tanto da saúde quanto o religioso/espiritual têm sua importância na experiência de vida e tratamento dos portadores de transtorno mental.

Neste contexto, foi identificado ser fundamental para os participantes da pesquisa o equilíbrio entre tratamento especializado em Saúde Mental e o uso da espiritualidade e religiosidade para auxiliar no enfrentamento (*coping*) da condição psíquica vivenciada, sendo importante a valorização e interação entre as áreas de atuação.

A aproximação entre os CAPS e religião pode ser favorável para a vida e tratamento do indivíduo portador de transtorno mental. Em relação ao conhecimento por parte dos líderes religiosos acerca da rede de apoio em Saúde Mental no município de realização da pesquisa, observou-se que há um conhecimento superficial, sendo necessário reforçar e ampliar a divulgação dos serviços existentes, pois as instituições religiosas representam uma forte rede de apoio na comunidade para os membros com sofrimento mental.

Por outro lado, é necessário que a equipe de Saúde Mental busque o conhecimento acerca da religiosidade e espiritualidade dos usuários, com destaque para a utilização de abordagens de *concordance* e fortalecimento da participação ativa dos usuários nas decisões relacionadas ao seu tratamento. Desta forma, foi identificado neste trabalho, a importância dos profissionais de saúde incluírem o conhecimento das crenças e valores dos pacientes para elaboração do PTS, participando os mesmos nesse processo e garantindo que sejam protagonistas no seu tratamento, fortalecendo assim sua autonomia.

Deste modo, a presente pesquisa demonstrou-se relevante para a ampliação do conhecimento da rede comunitária de cunho religioso e possíveis impactos e influências na experiência de tratamento de portadores de transtorno mental grave,

sendo identificada a importância da aproximação entre serviços especializados em Saúde Mental e religiões, visando sempre o suporte terapêutico adequado às crenças do paciente.

Portanto, foi elaborado como proposta de contribuição técnica desta pesquisa, um protocolo para avaliação do papel da religiosidade/espiritualidade na vida dos usuários dos CAPS, visando conhecer as crenças de cada um e como estas podem ser incluídas no PTS. Este protocolo poderá servir como meio para estreitar os vínculos entre CAPS e as comunidades religiosas de referência dos usuários no interesse de um cuidado que respeite as crenças, valores e as necessidades do sujeito.

Por fim, espera-se que este estudo possa estimular futuras pesquisas e discussões de novas estratégias e possibilidades para o cuidado a portadores de transtornos mentais graves, reconhecendo a importância dos impactos das crenças religiosas e espirituais na saúde do indivíduo e encorajando a equipe multiprofissional dos CAPS e as comunidades religiosas a refletirem sobre possibilidades de integração das dimensões religiosa/espiritual e científica.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. G.; ASSIS, M. R. o desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus significados. **Conexões Psi**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 72-100, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/229105383.pdf> Acesso em: 17 jan. 2020.
- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**. v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107> Acesso em: 28 nov. 2019.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000602067&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 28 nov. 2019.
- ANJOS FILHO, N. C., SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 63-76, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0428> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832017000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 16 set. 2019.
- ARAÚJO, T. S. G.; BARROS, M. M. M. Concepções de líderes religiosos sobre as pessoas com transtornos mentais. **Revisbrato - Interinst. Braz. Jour.Ter. Ocup. Ther**. Rio de Janeiro, v.3, n.3, 316-331, 2019. DOI: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto21956> Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/21956> Acesso em: 13 jan. 2020.
- AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 339-345, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200017> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000200017&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 08 set. 2019.
- AZEVEDO, E. B et al. Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 595-605, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000400011> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042012000400011&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 17 set. 2019.
- BALTAZAR, D. V. S. **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental**: impasse ou possibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental. 2003. Dissertação (Mestrado) –

Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5389> Acesso em: 25 mai. 2018.

BARTH, W.L. A religião cura? **Teocomunicação**, Porto Alegre, v. 44, n. 1, p. 97-121, jan./abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.15448/1980-6736.2014.1.18284> Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/teo/article/view/18284> Acesso em: 23 set. 2019.

BORBA, L. O., SCHWARTZ E., KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400009> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000400009&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 15 set. 2019.

BRACKEN, P. et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*. v. 201, p. 430±434, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447> Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/psychiatry-beyond-the-current-paradigm/0EF061925997CA565C223DFE22BC3BEA> Acesso em: 26 nov. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 69, p.2, 9 de abril de 2001. PL 3657 de 1989. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=09/04/2001> Acesso em: 25 mai. 2018.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 22, 20 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/459319/pg-22-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-20-02-2002?ref=next_button Acesso em: 25 mai. 2018.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria 189 de 20 de março de 2002**. Inclui na tabela de procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento de acolhimento/observação/repouso de pacientes de Centro de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Disponível em: http://www.mprj.mp.br/documents/20184/76319/portaria_189_02.pdf Acesso em: 25 mai. 2018.

BRASIL. Portaria no 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Seção 1, n. 251, p.59, 30 de dezembro de 2011. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2011&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=160> Acesso em: 25 mai. 2018.

BRUSAMARELLO, T. et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 33- 40, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100004> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000100004&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 17 jan. 2020.

CANDIDO, M.R. et al. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 110-117, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 16 jan. 2020.

CARDOSO, L., GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 161 -167, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/21.pdf> Acesso em: 13 jul. 2018.

CARDOSO, L. et al. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1146-1154, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500012> Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_12.pdf Acesso em: 13 jul. 2018.

CORRIGAN, P. W. **Person-Centered Care for Mental Illness: The Evolution of Adherence and Self-Determination. Hardcover.** Washington: APA, 2015. E-book. DOI: <https://doi.org/10.1037/14644-000> Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2014-52055-000> Acesso em: 26 abr. 2018.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 177-178, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300006> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300006 Acesso em: 18 ago. 2019.

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

D'AVILA-LEVY, C. M., CUNHA, L. A (Orgs.). **Embates em torno do estado laico.** São Paulo: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 2018. Disponível em: <http://portal.sbpcnet.org.br/livro/estadolaico.pdf> Acesso em: 18 ago. 2019.

DEEGAN, P. E., DRAKE, R. E. Shared Decision Making and Medication Management in the Recovery Process. **Psychiatric Services.** v. 57, n. 11, p. 1636-1639, 2006. DOI: [10.1176/appi.ps.57.11.1636](https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.11.1636) Disponível em:

<https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2006.57.11.1636> Acesso em: 02 out. 2019.

DE LAS CUEVAS, C. et al. Attitudes toward concordance in psychiatry: a comparative, cross-sectional study of psychiatric patients and mental health professionals. **BMC Psychiatry**. v. 12, n. 53, p. 1-7, 2012. Disponível em:

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-53> Acesso em: 02 out. 2019.

DE LAS CUEVAS, C. PENATE, W., RIVERA, L. To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decisionmaking? **Patient Preference and Adherence**, v. 8, p. 1547-1553, 2014. DOI:

[10.2147/PPA.S73029](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226444/) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226444/> Acesso em: 02 out. 2019.

EMANUEL, E. J., EMANUEL, L. L. Four models of the physician-patient relationship. **JAMA**, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, 1992. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/21598527_Four_Models_of_the_Physician-Patient_Relationship#:~:text=The%20four%20primary%20models%20of,between%20the%20doctor%20and%20the Acesso em: 21 jul. 2019.

ESPERANDIO, M. R. G; LADD, K. L. Oração e saúde: questões para teologia e para a psicologia da religião. **Horizonte – Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, Belo Horizonte, v. 11, n. 30, p. 627-656, 2013. DOI: 10.5752/P.2175-5841.2013v11n30p627 Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2013v11n30p627/5452> Acesso em: 13 jan. 2020.

FALLOT, R. D. Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. **International Review of Psychiatry**. v. 13, p. 110-116, 2001. DOI: [10.1080/09540260120037344](https://doi.org/10.1080/09540260120037344) Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/232069651_Spirituality_and_religion_in_psychiatric_rehabilitation_and_recovery_from_mental_illness Acesso em: 20 set. 2019.

FARIAS, I. D. et al. Oficina terapêutica como expressão da subjetividade. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** [online], Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 147-153, 2016. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v12i3p147-153 Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 08 set. 2019.

FARINHA, M. G.; BRAGA, T. B. M. Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. **Revista da Abordagem Gestaltáltica**, Goiânia, v. 24, n. 3, p. 366-378, dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.11> Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-68672018000300009 Acesso em: 28 nov. 2019.

FERREIRA, K. F., CARVALHO, V. C. S. Oficinas terapêuticas: caminhos de saberes. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 2, p. 82-85, 2018. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i2a5 Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/32995> Acesso em: 08 set. 2019.

FLEURY, L. F.O. et al. Religiosidade, estratégias de coping e satisfação com a vida: verificação de um modelo de influência em estudantes universitários. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 20, p. 51-57, dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0226> Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1647-21602018000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 18 ago. 2019.

FLORENCE, A. C. A abordagem Open Dialogue: história, princípios e evidências. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 191-211, 2018. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80427> Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80427> Acesso em: 26 nov. 2019.

FOLLMANN, J. I.; PINHEIRO, A. A. Práticas Sociais Religiosas: um estudo sociológico pontual. **Ciências Sociais Unisinos**. v. 42, n.3, p. 206-216, 2006. Disponível em: http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6035 Acesso em: 17 jan. 2020.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, J.; MOLEIRO, C. Religiosity, Spirituality, and Mental Health in Portugal: a call for a conceptualisation, relationship, and guidelines for integration (a theoretical review). **Psicologia**, Lisboa, v. 29, n. 2, p. 17-32, 2015. DOI: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1006> Disponível em: <https://revista.appsicologia.org/index.php/rpsicologia/article/view/1006> Acesso em: 18 ago. 2019.

GONCALVES, J. R. L. et al. Religiousness is associated with lower levels of anxiety, but not depression, in medical and nursing students. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 64, n. 6, p. 537-542, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.06.537> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302018000600537 Acesso em: 18 ago. 2019.

HENRIQUES, H. I. B.; OLIVEIRA FILHO, P.; FIGUEIREDO, A. A. F. Discursos de usuários de CAPS sobre práticas terapêuticas e religiosas. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 302-311, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p302> Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00302.pdf> Acesso em: 18 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010, Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010: IBGE, p.1-215. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj> Acesso em: 26 de dezembro de 2019.

JAEGER, M., ROSSLER, W. Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. **Psychiatry Research**, v. 180, n. 1, p. 48-53, 2010. DOI: [10.1016/j.psychres.2009.09.011](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.011) Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20493550/> Acesso em: 26 abr. 2018.

JAFELICE, G. T., MARCOLAN, J. F. Percepção dos profissionais de saúde mental sobre o trabalho multiprofissional com residentes. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], Recife, v.11, n. 2, p. 542-50, 2017. DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201708 Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11972/14518>

Acesso em: 16 set. 2019.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3051-3060, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800005&script=sci_arttext&lng=pt Acesso em: 24 ago. 2019.

JUNQUEIRA, A. M. G., CARNIEL, I. C.; MANTOVANI, A. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPS. **Vínculo – Revista do NESME**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 31-40, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v12n1/v12n1a06.pdf> Acesso em: 15 set. 2019.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 95-104, 2007a. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700013> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700013&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 25 mai. 2018.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p.5-7, 2007b. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700013> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700013&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 25 mai. 2018.

LAVORATO-NETO, G. et al. O espírito solto: significados de espiritualidade por equipe de enfermagem em psiquiatria. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 2, p. 301-309, 2018a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0428>

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000200280&script=sci_arttext&lng=pt Acesso em: 18 ago. 2019.

LAVORATO-NETO, G. et al. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 71, supl 5, p. 2323-2333, 2018b. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0429>

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672018001102323&lng=en&nrm=iso Acesso em: 18 ago. 2019.

LIMA, M. F., FERREIRA, C. B. Estratégias de enfrentamento de pacientes com transtornos mentais. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 13, n. 2, p. 1-15, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n2/07.pdf> Acesso em: 24 ago. 2019.

LOTUFO NETO, F.; LOTUFO JR., Z.; MARTINS, J. C. **Influências da religião sobre a saúde mental**. Santo André, SP: ESETec, 2009. Disponível em: <http://www.amban.org.br/site123456/imagens/internas/Lotufo.pdf> Acesso em: 21 abr. 2018.

MACIEL, S. C. et al. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 115-124, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a14.pdf> Acesso em: 16 jan. 2020.

MALTERUD, K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis, **Scandinavian Journal of Public Health**. v. 40, n. 8, p. 795-805, 2012. DOI: [10.1177/1403494812465030](https://doi.org/10.1177/1403494812465030) Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23221918/> Acesso em: 12 jul. 2018.

MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 1-9, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324216> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722016000400216&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 24 ago. 2019.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 226-242, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100012&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 16 jan. 2020.

MELO, C.F.et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447- 464, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 17 jan. 2020.

MIASSO, A. I, MONTESCHI, M., GIACCHERO, K.G. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.4, p.548-556, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400018> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400018&lang=en Acesso em: 22 ago. 2019.

MIASSO, A. I et al. Adesão, conhecimento e dificuldades relacionados ao tratamento farmacológico entre pessoas com esquizofrenia. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v. 17, n. 2, p. 186-195, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.27636>. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832450/v17n2a03.pdf> Acesso em: 13 jul. 2018.

MIELKE, F. B. et al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], Rio de Janeiro,

v. 9, n. 2, p. 265-276, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200006> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200006
Acesso em: 15 set. 2019.

MINAYO, M.C.S., DESLANDES, S.F., GOMES, R. **Pesquisa social teoria método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018
Acesso em: 25 mai. 2018.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; STROPPA, A. Espiritualidade e saúde mental: importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. **Zen Review**, n.2, p.1-6, 2009. Disponível em: http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA-ALMEIDA_Alexander_et_STROPPA_Andre_tit_Espiritualidade_e_Saude_Mental.pdf
Acesso em: 25 mai. 2018.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024> Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf> Acesso em: 25 mai. 2018.

NASCIMENTO, E. D. M. et al. Oficinas terapêuticas com música, em saúde mental. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 34, p. 15-19, 2018. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2018.34.15-19> Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/7669>
Acesso em: 08 set. 2019.

NICOLINO, P. S. et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 708-715, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300023> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300023&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 13 jul. 2018.

NUNES, K. L. O legado da religião através das gerações: uma discussão a partir da psicologia sistêmica. **Psicologia.pt** [online], 2015. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1029.pdf> Acesso em: 22 set. 2019.

OLIVEIRA, R. M., FUREGATO, A. R. F. Relação de ajuda com paciente psiquiátrico: além do paradigma médico. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 87-93, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000200006&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 16 set. 2019.

OLIVEIRA, M. R., JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000300016&lang=en Acesso em: 18 ago. 2019.

PACHECO, S. U. C.; RODRIGUES, S. R.; BENATTO, M. C. A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida. **Mental**, Barbacena, v. 12, n. 22, p. 72-89, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272018000100006 Acesso em: 18 ago. 2019.

PANZINI, R. G. **Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida**. 2004. 238 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/7100> Acesso em: 25 mai. 2018.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000700016&script=sci_arttext Acesso em: 25 mai. 2018.

PEDREIRA, B.; SOARES, M.H.; PINTO, A. C. O papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar: o que os registros dizem? **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 17-24, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100004 Acesso em: 22 ago. 2019.

PEIXOTO, M. M., MOURÃO, A. C. N., SERPA JUNIOR, O. D. O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.881-890, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.04782015> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300881&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 17 set. 2019.

PINTO, A. N. e FALCÃO, E. B. M. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n.1, p. 38- 46, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100006> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000100006&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 23 set. 2019.

PORTO, P. N.; REIS, H. F. T. Religiosidade e saúde mental: um estudo de revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 2, p. 375-393, 2013. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2013.v37.n2.a234> Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/234/0> Acesso em: 25 mai. 2018.

PROVIDELLO, G. G. D., YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1515-1529, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000500005>
Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702013000401515&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 14 fev. 2020.

RABELO, M. C. M. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 316-325, 1993. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300019>
Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X1993000300019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 16 jan. 2020.

RABELO, M. C. M. Religião e a transformação da experiência: notas sobre o estudo das práticas terapêuticas nos espaços religiosos. **Ilha Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 7, n. 1,2, p. 125-145, 2005. DOI: <https://doi.org/10.5007/%25x>
Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/1574> Acesso em: 26 nov. 2019.

REINALDO, A. M. S.; SANTOS, R. L. F. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 162-171, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611012>
Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000300162&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 18 ago. 2019.

RODRIGUEZ-YUNTA, Eduardo. Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. **Persona Bioética**, v. 20, n. 2, p. 192-204, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/PEBI.2016.20.2.6>
Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-31222016000200192 Acesso em: 18 ago. 2019.

SALIMENA, A. M. O. et al. Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 1-7, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.51934>
Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472016000300401&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 18 ago. 2019.

SALLES, M. M, BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 7, p. 2129-2138, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700028> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700028&script=sci_arttext Acesso em: 17 set. 2019.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 24 ago. 2019.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 118, p. 366-393, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000200008> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282014000200008&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 17 jan. 2020.

SERPA JR., Octavio Domont. Sobre o “nascimento” da psiquiatria. *In: CADERNOS IPUB: Por uma assistência psiquiátrica em transformação*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n.3, 1999, p.25-40.

SILVA, L., MORENO, V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 3, n. 2, p. 161-168, 2004. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v3i2.5421> Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5421> Acesso em: 11 fev. 2020.

SOUZA, R. C., PEREIRA, M. A. O., SCATENA, M. C. M. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des) encontram. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 68-80, 2002. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4449/2374> Acesso em: 24 ago. 2019.

SOUZA, R. C.; CALDAS, N. M. Os sentidos da relação entre saúde mental e religiosidade para profissionais de saúde da família em Ilhéus - Bahia. **Ciênc. Cuid. Saúde**. v. 8, n. 3, p. 460-468, 2009. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v8i3.9047> Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9047> Acesso em: 25 mai. 2018.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. *In: SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson (Orgs.). Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina-* Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443, 2008. Disponível em: http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA-ALMEIDA_Alexander_et_STROPPIA_Andre_tit_Religiosidade_e_Saude.pdf Acesso em: 25 mai. 2018.

TAVARES, C. M. M., SOBRAL, V. R. S. Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **REME Revista Mineira**

de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 121-125, 2005. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/449> Acesso em: 25 mai. 2018.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015 Acesso em: 16 set. 2019.

APÊNDICE A
PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE DOS
USUÁRIOS DE CAPS

- Frequenta alguma Religião/Igreja? () Não () Sim
Qual? _____
Em caso afirmativo da resposta acima:
- Há quanto tempo frequenta a religião mencionada?
- Qual o motivo da procura pela religião?
- Qual a importância da religião e da espiritualidade na vida do usuário?
- A religião e/ou a espiritualidade auxiliam no tratamento no CAPS? Caso afirmativo, de que forma? Caso negativo, por quê?
- A comunidade religiosa/membros da liderança religiosa frequentada têm conhecimento do tratamento do usuário no CAPS?
- O que a comunidade religiosa pensa sobre o tratamento do usuário no CAPS?
- O usuário já solicitou aos líderes da sua religião algum aconselhamento sobre saúde e sobre o tratamento em Saúde Mental?
- Como a religião e/ou espiritualidade podem auxiliar os usuários com transtorno mental?

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO CAPS I

- 1) Idade:_____ Sexo: _____ Etnia: () branco () negro () pardo () amarelo Estado civil:_____ Escolaridade: _____
Situação de Trabalho: () Aposentado () Auxílio doença () Trabalhador formal () Trabalhador informal () Outros _____
- 2) CID: _____
- 3) Tempo de tratamento no CAPS I: () até 1 ano () de 1 a 5 anos () de 5 a 10 anos () mais de 10 anos
- 4) Quantas vezes na semana frequenta o CAPS?
- 5) Explique como é realizado seu tratamento no CAPS. (Medicamentoso, psicoterápico, consultas médicas, oficinas terapêuticas). Conte um pouco sobre que acha importante e o que não julga ser importante.
- 6) Você participa nas decisões sobre seu tratamento no CAPS? Conte alguma situação. (Se teve participação do usuário, familiares e profissionais do CAPS na elaboração do PTS).
- 7) Conte como é o vínculo com profissionais do CAPS e técnico de referência. Esse vínculo ajuda no tratamento?
- 8) Qual Religião/Igreja você frequenta?
- 9) Há quanto tempo frequenta esta religião? Por que procurou a religião?
- 10) Qual a importância da religião na sua vida? Conte uma situação.
- 11) A religião auxilia no seu tratamento no CAPS? Caso afirmativo, de que forma? Caso negativo, por quê? Conte alguma situação.
- 12) A comunidade religiosa/membros da liderança religiosa têm conhecimento que você realiza tratamento no CAPS? Caso não conheça, questionar o motivo. Caso afirmativo, o que a comunidade religiosa pensa sobre seu tratamento no CAPS? Conte alguma situação.
- 13) Os líderes da sua religião já te deram algum aconselhamento sobre saúde e sobre seu tratamento? Conte como foi.

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM LÍDERES RELIGIOSOS

- 1) Qual nome da religião?
- 2) Qual cargo/função ocupa na comunidade religiosa? Explique sobre o papel desempenhado.
- 3) Você tem conhecimento de algum membro da sua comunidade religiosa que apresente alguma doença mental? Eles realizam algum tratamento? Como é esse tratamento?
- 4) Qual orientação da religião (normativa) à pessoas com alguma doença mental e seus familiares quando procuram ajuda na Instituição religiosa?
- 5) Você já aconselhou algum membro da sua religião que apresentasse algum problema mental? Conte um caso.
- 6) Baseado na sua experiência na comunidade religiosa, como deve ser o tratamento para portadores de doença mental? Conte uma situação.
- 7) Você conhece os serviços especializados em saúde mental do seu município? Quais?
- 8) Como a religião pode ajudar os pacientes com doença mental?

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde Para usuários CAPS I

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa: **“RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL: INFLUÊNCIAS DE REPRESENTANTES RELIGIOSOS NA ADEÇÃO DE PORTADORES DE PROBLEMAS PSÍQUICOS AO TRATAMENTO.”** O objetivo desta pesquisa é conhecer como os representantes religiosos podem influenciar no tratamento de pacientes/usuários da Saúde Mental.

Sua participação não é obrigatória. Será realizada entrevista utilizando gravador de voz com perguntas sobre religião e saúde mental. A entrevista terá duração no máximo de 01 hora de duração. Você não será identificado em nenhuma publicação. A qualquer momento você pode desistir de participar, devendo avisar o pesquisador. Caso desista da participação na pesquisa não terá nenhum prejuízo ou problema. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa/gasto e também não receberá nenhuma remuneração/pagamento.

O motivo deste estudo deve-se à observação da importância e frequente presença da religião e espiritualidade na vida dos usuários da Saúde Mental, refletindo muitas vezes no tratamento dos mesmos. Desta forma, percebe-se que os representantes/membros religiosos podem ter impactos positivos ou negativos no seguimento do cuidado ao usuário da Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os riscos desta pesquisa são mínimos, podendo ser citados os riscos de quebra de sigilo e confidencialidade e também durante entrevista podem despertar questões de ordem emocional, moral, social ou espiritual. Para evitar estes riscos, o responsável pela realização do estudo se compromete em garantir atenção maior ao sigilo das gravações e tirar todas as dúvidas dos participantes da pesquisa através deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e respondendo qualquer questão que o participante tiver dúvida. Também como medida preventiva de riscos foi realizada análise prévia das perguntas da entrevista e o pesquisador participou de todas as etapas da pesquisa, conhecendo, assim, os objetivos do estudo, o sigilo, a confidencialidade e o anonimato dos participantes envolvidos.

Ressalto que pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deverá comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para o conhecimento do impacto da religião nos tratamentos em psiquiatria e para que possam ser traçadas medidas para melhoria da adesão à estes tratamentos, contribuindo para garantir maior segurança e reduzir riscos de crises e surtos.

Os dados coletados durante a entrevista serão utilizados apenas nesta pesquisa e serão guardados de forma segura pelo pesquisador por um período de

pelo menos 5(cinco) anos após o término da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do Comitê de Ética e Pesquisa e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Contato do pesquisador responsável: Maria Fernanda de Barros Lima- E-mail: nandamfbarros@gmail.com/Cel:24-988169060

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ: Av. Venceslau Brás 71 Fundos, CEP: 22290-140. Campus Praia Vermelha - Botafogo – Rio de Janeiro; telefone: (21) 3938-5510.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Paraíba do Sul, ____ de _____ de 201 .

Assinatura do(a) Participante	Impressão do dedo polegar Caso não saiba assinar
Nome em letra de forma do Participante	
Assinatura do(a) Pesquisadora	
Nome em letra de forma do Pesquisador	

APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Para representantes religiosos

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **“RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL: INFLUÊNCIAS DE REPRESENTANTES RELIGIOSOS NA ADESÃO DE PORTADORES DE PROBLEMAS PSÍQUICOS AO TRATAMENTO.”** Neste estudo pretendemos conhecer as influências e impactos de representantes religiosos na adesão de portadores de problemas psíquicos ao tratamento.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em entrevista gravada com questões referentes à temática religião e saúde mental. A duração da entrevista será no máximo de 01 hora. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. Você não será identificado em nenhuma publicação. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

O motivo que nos leva a estudar a temática deve-se à observação da importância e frequente presença da religião e espiritualidade na vida dos usuários da Saúde Mental, refletindo muitas vezes na adesão ao tratamento dos mesmos. Desta forma, percebe-se que os representantes religiosos podem ter impactos positivos ou negativos no seguimento do cuidado ao portador de doença mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os riscos desta pesquisa são mínimos, e caracterizados como possíveis riscos de quebra de sigilo e confidencialidade e também durante entrevista podem despertar questões de ordem emocional, moral, social ou espiritual. Para prevenir estes riscos, o responsável pela realização do estudo se compromete em garantir atenção maior ao sigilo das gravações e fornecer esclarecimento prévio aos participantes da pesquisa acerca do tipo de assuntos, questões a serem abordadas através da aplicação deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e respondendo quaisquer dúvidas até que todas sejam sanadas. Também como medida preventiva de riscos foi realizada análise prévia das questões a serem utilizadas pelo pesquisador durante a entrevista, atentando-se para a presença de tópicos de sensibilidade e o pesquisador teve participação em todas as etapas anteriores, conhecendo, assim, os objetivos do estudo, o sigilo, a confidencialidade e o anonimato dos participantes envolvidos.

Ressalto que pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deverá comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para o conhecimento do impacto da religião nos tratamentos em psiquiatria e para que possam ser traçadas

medidas para melhoria da adesão aos mesmos, contribuindo para garantir maior segurança e reduzir riscos de crises e surtos. Além dessa justificativa social para o estudo do tema, devo lembrar que a influência de representantes religiosos não tem recebido a devida atenção da literatura da área.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e mantidos em arquivo físico e/ou digital sob a guarda do pesquisador por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do Comitê de Ética e Pesquisa e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Contato do pesquisador responsável: Maria Fernanda de Barros Lima- E-mail: nandamfbarros@gmail.com/Cel:24-988169060
Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ: Av. Venceslau Brás 71 Fundos, CEP: 22290-140. Campus Praia Vermelha - Botafogo – Rio de Janeiro; telefone: (21) 3938-5510.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Paraíba do Sul, ____ de _____ de 201 .

Assinatura do(a) Participante	Impressão do dedo polegar Caso não saiba assinar
Nome em letra de forma do Participante	
Assinatura do(a) Pesquisadora	
Nome em letra de forma do Pesquisador	