

A RELIGIÃO E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: ESCUTANDO A FAMÍLIA

Lúcia Silva *
Vânia Moreno **

RESUMO

A religiosidade tem tido um papel importante na vida do homem no enfrentamento das adversidades. Conhecer como os familiares de portadores de sofrimento psíquico percebem e vivenciam a religiosidade foi o objetivo deste estudo, que consistiu em um estudo de caso de natureza qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, e a análise dos dados permitiu inferir que a religião assume um papel importante de apoio social, permitindo um entendimento do sofrimento psíquico, pois a relação terapêutica imposta pela medicina não permite o esclarecimento do quadro apresentado pelo paciente. A religião permite ao familiar, pelo exercício da fé, a gratuidade da cura.

Palavras-chave: Religião. Enfermagem. Transtorno mental.

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

A religiosidade tem tido um importante papel na vida das pessoas, facilitando a forma como elas têm enfrentado as adversidades da vida.

Investigações realizadas por antropólogos e sociólogos têm mostrado a importância do contexto social e cultural na interpretação da questão saúde-doença como forma de promover a saúde e de reorganizar a vida perante um processo de adoecimento. A enfermagem, ao incorporar esses conhecimentos em suas pesquisas, vem ampliando as possibilidades de compreensão das facilidades e dificuldades encontradas pelo sistema familiar frente às propostas de tratamento oferecidas pelos serviços de saúde.

Dentre os fatores culturais envolvidos buscamos focar a religiosidade como uma experiência que permite à família, na presença de situações adversas, utilizar os recursos existentes no âmbito intrafamiliar e tecer uma rede social em que a religião seja um dos pontos de apoio.

Com relação ao sofrimento psíquico, a família, ao adentrar os serviços de saúde, tem que conviver com atendimentos em que são valorizados os sinais e sintomas apresentados pelo paciente e mudanças que ocorreram em seu comportamento. Não são considerados sua história de vida, crenças e valores, bem como o entendimento que a família possui do que o paciente está apresentando. A psiquiatria, enquanto ciência, busca classificar a sintomatologia em um dos quadros nosográficos, pois a medicina baseia-se no paradigma cartesiano, ou seja, sempre para uma causa existe um determinado efeito, e é por onde se deve iniciar a investigação.

Assim o familiar acompanhante fornece as informações necessárias para a elucidação do diagnóstico. Passiva, a família recebe as orientações sobre o uso da medicação e os atendimentos que se farão necessários para a melhor evolução do caso. Não existe uma acolhida singular e poucas explicações são fornecidas.

Em contraponto, a prática religiosa permite ao paciente e a sua família ocupar um espaço único, sendo respeitados em seu contexto

* Enfermeira. Residente do programa de Saúde da Família – UNESP – Botucatu/SP.

** Enfermeira. Profa. Assistente. Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina – UNESP – Botucatu/SP.

familiar, buscando dar um sentido para o momento vivido e compartilhando o sofrimento. A família, dessa forma, passa a se sentir incluída em um processo no qual o exercício contínuo da crença religiosa poderá auxiliar na cura do seu familiar que adoceceu.

Diante dessas duas dimensões, a família busca a assistência médica como um fato instituído pela sociedade, porém encontra conforto nas práticas religiosas. É então importante que os profissionais de saúde que queiram proporcionar um cuidado integral ao sistema familiar incorporem conhecimentos e saberes de outras disciplinas e respeitem os valores culturais e religiosos presentes, de forma a subsidiar o projeto terapêutico a ser construído.

O objetivo dessa pesquisa é apreender como os familiares percebem e vivenciam a religiosidade ou espiritualidade como forma de enfrentar o sofrimento psíquico. A importância do seu desenvolvimento está no fato de a religiosidade ocupar um espaço privilegiado, no entendimento do paciente e de sua família, durante o processo de adoecimento.

Buscando as várias manifestações da religiosidade no decorrer dos tempos

A religiosidade sempre esteve presente na história do homem. A religião traz conforto e acena para a cura das enfermidades que são diagnosticadas como incuráveis e de muito sofrimento por parte do paciente e dos familiares.

Figueira (1996) refere que a relação entre religiosidade e cura parece remontar a tempos bastante longínquos. Já entre os povos primitivos a prática de cura sempre esteve relacionada à religião, mais precisamente à crença em entidades sobrenaturais.

Na Grécia antiga, a busca da cura era dirigida à religião e se encontrava estreitamente vinculada à concepção de saúde e doença da época, que era vista como uma obra dos deuses, fruto do humor divino. Já nas religiões cristãs, as práticas de cura estão presentes desde o seu princípio, em Jesus Cristo, que as exercia.

Machado (2001, p.38) observa que na era medieval existia a “concepção demonista”, que defendia a idéia de que “quem faz ou diz coisas

raras, estranhas ou imorais age por obra do diabo e está possuído por ele”. Essa concepção perdeu durante os séculos XV e XVI, aparecendo e desaparecendo, sendo aceita e sendo combatida, mas sempre tida como princípio norteador para a normatização de condutas.

Com a constituição da Psiquiatria enquanto ciência, no século XVIII buscou-se a racionalidade científica. Inicia-se assim a medicina classificatória utilizando-se como referencial as organizações hierarquizadas pelo rigor da ciência: famílias, gêneros e espécies, sendo que as analogias definem a essência da doença. Porém “o médico para aprender a essência do fato patológico, necessariamente deve abstrair-se do doente” (SILVA FILHO, 1987, p. 80).

Assim, a psiquiatria e a religião estiveram presentes historicamente e ao longo dos tempos com o objetivo de organizar condutas, direcionar respostas e entender os sujeitos (MACHADO, 2001).

Atualmente, Marchesi (1997) sintetiza o comprometimento da Igreja com relação à Psiquiatria em dois aspectos: na defesa do homem ou humanização do enfermo e no reconhecimento da loucura, no sentido bíblico, como uma manifestação do projeto divino, que confunde os sábios da terra com a loucura da cruz.

Costa-Rosa (1995), buscando compreender algumas relações entre as práticas de cura místico-religiosas e o tratamento dos ambulatórios de saúde mental da rede pública, observou, a partir da experiência dos trabalhadores do serviço, que um setor importante da clientela refere tratar-se em paralelo também nas religiões, chegando em alguns casos explicitamente a substituir o tratamento do ambulatório pelo tratamento na religião.

O autor ainda afirma que é limitado o alcance das práticas terapêuticas voltadas para os problemas psíquicos fundados no saber científico, quando se trata de atender camadas amplas da população (COSTA-ROSA, 1995).

Com relação à enfermagem, Grudner (1996) acrescenta que no século XIX as ciências naturais explicavam tudo através de suas leis e princípios. Desse modo, apenas uma intervenção

era capaz de reverter o estado patológico do corpo, que era visto como uma máquina.

Convém ressaltar que, já no início do século XX, o sistema capitalista, que visava maior produtividade, economia de tempo e de movimento, também se instala nos hospitais, tornando o cuidado ao doente fragmentado e prestado por vários agentes, em virtude da divisão social do trabalho, fazendo com que a arte de prestar cuidado ao ser humano fosse então desaparecendo, visto que “o trabalho de arte não dá para ser feito em série nem em equipe” (GRUDTNER, 1996, p. 95).

Porém, com o surgimento das ciências sociais foi possível compreender que o indivíduo é constituído por corpo, mente e espírito. Portanto, um distúrbio em alguma dessas áreas ocasiona o desequilíbrio no todo, ou seja, se a área física sofrer algum dano, haverá uma repercussão no equilíbrio emocional e espiritual (GRUDTNER, 1996).

Surgem então as teorias de enfermagem, buscando diversos caminhos para entender o “abstrato do objeto da enfermagem”. Algumas delas, como as de Horta e de Watson, destacam como fator de cuidado da enfermagem a necessidade espiritual (GRUDTNER, 1996).

Com relação à enfermagem psiquiátrica, Machado e Cabral (1996), ao colherem observações da equipe de enfermagem referentes à religiosidade de doentes mentais, trazem atitudes destes como preces na enfermaria, cantos de hinos religiosos, passeios com a Bíblia na mão, danças com o terço na cabeça, pregações para outros pacientes e membros da equipe, imaginação de que possuem o poder da cura, tentativas de solução dos problemas de outros pacientes, transmissão de passes, colocação de água nos outros pacientes como se fosse benta, privação de comida, sono ou medicação por se sentirem curados com suas orações ou crenças, com clara conotação mística e da vivência que têm de suas igrejas.

Marchesi (1997) acredita que quando o paciente psiquiátrico é encarado como pessoa, pode superar seu “desgosto-enfermidade”. Para isso, também se faz necessário o apoio para a reabilitação de suas potencialidades ainda vivas, incluindo as mais latentes.

Assim, enquanto não houver a valorização do “simbólico-afetivo” e uma compreensão das necessidades humanas no campo da subjetividade, e enquanto não se trabalhar com o conceito de doença como sendo uma construção social e histórica, uma crise de teorias, saberes e ciências continuará existindo (MACHADO, 2001).

Na questão dos transtornos mentais, os fatores socioeconômicos, ocupacionais, de etnia e religiosos podem ser determinantes dos distúrbios psiquiátricos. Dessa maneira, o envolvimento religioso também influencia a assistência ao indivíduo, principalmente na duração das internações e no uso do serviço de saúde mental (DALGALARRONDO, 1996).

Para Santos (1999), em muitos casos, a procura por tratamento religioso é grande, visto que a explicação da doença pela religião é feita através de experiências concretas, sendo a linguagem médica mais rebuscada, fazendo com que o indivíduo não procure esse tipo de atendimento.

MÉTODO E PROCEDIMENTO DA PESQUISA

Optou-se pela realização de um estudo de caso por permitir a análise dos dados da forma mais completa possível e considerar a unidade social a ser estudada como um todo, compreendida em seus próprios termos (GOLDERBERG, 1997).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a amostragem foi definida a partir do critério de representatividade, buscando abranger a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões.

A população foi composta por familiares de portadores de sofrimento psíquico que estavam em tratamento junto a uma unidade de Saúde da Família do Interior Paulista.

Foi utilizada como estratégia de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, por permitir “ao informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começar a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa” (TRIVIÑOS, 1990, p. 146).

Foram coletados na entrevista os seguintes dados referentes ao familiar: idade, sexo,

profissão, ocupação, estado civil e grau de escolaridade. Em relação à investigação propriamente dita, foram feitos os questionamentos: Qual a sua religião? É praticante? Há quanto tempo? Freqüenta com que periodicidade a igreja? Qual o papel que a religião tem em sua vida? Você pensou ou mudou de religião após o adoecer de seu familiar? Qual o papel que a religião tem no entendimento do adoecer de seu familiar?

Os dados foram coletados após a obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina – UNESP e do consentimento livre e esclarecido do familiar em participar do estudo.

Quanto à forma de análise dos dados, após a coleta e transcrição das entrevistas, estas foram analisadas individualmente, buscando-se identificar os padrões relevantes.

Em um segundo momento as entrevistas foram organizadas com vista a comparar as diferentes respostas, relacionando os dados que confirmem ou rejeitem a hipótese inicial.

Esses dados, correlacionados com os existentes na literatura, permitiram uma análise em profundidade do tema estudado para a elaboração do relatório final (MINAYO, 1992).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para essa investigação foram entrevistados quatro familiares, a saber: duas mães, um marido e um pai. A análise dos dados permitiu reunir três eixos temáticos, que serão apresentados a seguir:

O papel da religião na vida familiar

A religião assume um importante tipo de apoio social, à medida que não constitui a solução do problema, mas sim, uma modalidade de ajuda para o enfrentamento de adversidades, amenizando a dor e o sofrimento, diminuindo a ansiedade e a depressão e tornando-os estáveis socialmente:

A religião é muito importante! Todas as religiões! Eu não vou falar só de uma religião porque todas elas são importantes. Eu só não gosto quando a religião se torna uma política porque eu

não quero saber de política com ninguém; às vezes eu até sofro mas eu sou uma pessoa “calado”, eu sou “humildo”, “humildo” com Jesus e com o povo da residência aqui na Terra. Então, justamente a religião minha é o amor de Deus e em todas as pessoas.

É educar, né? A vida, a família... Eu acho importante na educação, na formação da família.

Eu penso assim que tem hora que é só Deus para ter misericórdia da gente na hora das dificuldades. Tem hora que se não for Deus pra dar uma forcinha para gente, fica difícil.

Agora a religião me ajuda, me dá força para conseguir vencer as fases difíceis [...] a gente tem que se apegar a Deus, porque com Ele já tá difícil, imagine sem... Aí que afunda!.

Os familiares ainda relatam que a religião tem um papel na formação da família dentro dos preceitos morais e da religiosidade e também de consolo, conforto e acolhimento nos momentos difíceis.

A prática religiosa permite às pessoas interagirem com outras ou em grupo, estabelecendo um contato sistemático, criando vínculos de amizade e pertencimento. Dessa forma, o apoio social recebido manifesta-se “através de um efeito benefício como expressão de saúde para as pessoas que participam das atividades” (PIETRUKOWICZ, 2001).

Contando com o apoio social, as pessoas mudam de comportamento, “aumentam a capacidade de enfrentar situações complicadas e dolorosas, sua auto-estima é evidenciada e descobrem o potencial que têm, e aumentam a possibilidade de uma vida melhor” (PIETRUKOWICZ, 2001, p. 22).

Compreendendo o processo de adoecimento através da religião

As famílias possuem “crenças” em relação ao processo de adoecimento, e a religião oferece explicações plausíveis da doença, que se inserem no contexto sociocultural do sistema familiar (RABELLO, 1994), auxiliando na interpretação dos fatos, como estão presentes nestas falas:

Na religião, justamente como está dentro da Bíblia Sagrada, tá relatado as escritas que estão dentro da bíblia, então a bíblia relata que é uma tentação, uma força ativa do Satanás. Então essa força ativa do Satanás a bíblia relata que tem cura.

Muita gente da igreja já falou para mim que é o espírito maligno que acompanha a pessoa mas eu não sei... eu acho que se a pessoa que não busca Deus, não tem consciência de nada, é uma pessoa fria, não tem ternura porque “esse menino” (o filho) com esse problema aí... parece que é desde os 14 anos.

Na igreja aqui (Universal) eles acham que eu tenho que firmar na igreja para os meus filhos serem “libertos”, eles falam que é uma coisa ruim, que é o demônio, mas eu orei tanto e não melhorou nada.

A religião representa a possibilidade de cura, pois as manifestações psíquicas apresentadas pelos pacientes são visualizadas como “força ativa do Satanás”. Dessa maneira, permite ao familiar uma postura mais perseverante com a finalidade de “salvar” a pessoa em sofrimento.

A família encontra na religião um alento frente às afirmações presentes no discurso médico, incorporado pelos demais profissionais que atuam na saúde mental, de que não há cura. Igualmente, abre uma possibilidade de “livrar-se da doença de seu familiar”, já que pela psiquiatria, enquanto ciência médica, não se pode esperar remissão total, que o paciente volte a se tornar “normal” ou curado completamente.

Rabello (1994, p. 47) afirma que:

a passagem da doença à saúde pode vir a corresponder a uma reorientação mais completa do comportamento do doente, na medida que transforma a perspectiva pela qual este percebe seu mundo e relaciona-se com os outros.

As explicações nas crenças religiosas tornam-se mais plausíveis, ou seja, a doença é uma provação, uma possibilidade de crescimento espiritual. Na concepção da psiquiatria, não existe uma explicação para a doença, e a única certeza é sua incurabilidade,

com a qual a família tem que aprender a conviver (MORENO, 2000).

O tratamento está centrado na figura do médico, que detém um poder sobre a evolução da doença, não importando o esforço que o familiar possa fazer para seu restabelecimento pleno. A família e o paciente, porém, possuem uma visão distinta das responsabilidades, ou seja, cabe ao médico assistir o doente, e a este cabe utilizar corretamente a terapêutica proposta. Nesse cenário a crença religiosa permite, através do exercício cotidiano da fé, alcançar a cura.

Nessa direção, um dos familiares aponta que, com relação aos médicos, estes possuem um papel importante no tratamento. Esse familiar delega aos médicos o “papel de curador” a partir do conhecimento da bíblia.

Agora os médicos é que dão o remédio para que dê um “consolo”, para consolar um pouco. De fato, sempre o remédio que dão, dá um “consolo” para ela. Dá porque justamente o médico também tem estudo dentro da bíblia... o remédio vem comunicado com os poderes de Deus e por isso dá o remédio e ele crendo naquilo que tá fazendo, quando dá o remédio, existe a cura. Então, a cura está em Deus, que tudo pode, e nos médicos, porque eles têm grande estudo na bíblia.

Figueira (1996, p. 79) aponta que os pacientes e familiares afirmam que “a medicina é confiável e deve ser utilizada sempre que necessário porque é uma obra de Deus, ela foi criada por Deus e colocada no mundo por Deus.

Em uma outra situação o familiar refere que o adoecimento deveu-se ao fanatismo da esposa:

Para falar a verdade eu não sei... a doença dela aconteceu por causa da religião mesmo... ela era muito fanática, fazia uns cursos aí da bíblia e eu acho que andou confundindo a cabeça dela [...] começou ficar indo nas palestras lá, começou a freqüentar demais...eu nunca fui lá, mas dizem que eles pegam bem pesado... faz mais estudo do Livro do Apocalipse...eu acho que por isso que começou....

Segundo Machado e Cabral (1996), não se pode concluir que a religião seja responsável por desencadear ou agravar as crises no paciente psiquiátrico. Existem momentos em que ela mostra-se integradora, abrandando certos distúrbios; em outros momentos mostra-se desintegradora, estimulando ou propiciando o aparecimento de sintomas psicopatológicos.

Atitudes dos familiares frente ao adoecimento e a religiosidade

Os familiares reagem de formas diversas ao processo de adoecimento, de acordo com o entendimento que possuem do momento vivido e da existência-sofrimento do membro que adoeceu:

Eu sempre fui católico e nem nunca tive o sonho de mudar, não. Toda vida nós fomos católicos, desde antes dela ficar doente e somos até agora.

Não mudei não (de religião)! Sempre freqüentei a igreja de crente, mas eu sou a favor de todas as religiões. Eu acho que a gente tem que ter uma religião, isso precisa ter.

Duas famílias mantiveram-se em sua religião de origem, e as outras duas buscaram novas religiões para “poder suportar o sofrimento” de seus membros adoecidos.

Eu sou católica. Eu batizei na Igreja crente, mas nem vou muito”.[...] Eu sou praticante da católica, mas às vezes vou à Assembléia.

Eu fui batizada na Congregação, mas eu não segui e aí eu já fui na Universal.

Sei lá... eu acho assim importante né, mas eu gosto da católica, parece que agora eu ando com o pensamento da Igreja Católica, porque é onde eu antes seguia... Parece que antes eu não tinha tanto problema assim, quando eu ia na Católica. Eu até tenho vontade de voltar para a Católica... eu fico só pensando... queria voltar a ir na missa.

Em estudo que buscou enfatizar a prática religiosa no espaço da doença mental, foi revelado que as relações da religião com a realidade do doente acontecem através de mudanças de religião em períodos de crise, da busca de cura nas igrejas, de realização de orações, de pregações e do recebimento de dons (MACHADO; CABRAL, 1997).

Velho (1999) também aponta que, apesar de a grande maioria da sociedade brasileira ser constituída por católicos fiéis à Igreja de Roma, é comum, em situações de crise, que as pessoas busquem outra prática religiosa.

Também, pode-se perceber que a religião é colocada como uma força sobrenatural e garantia de cura frente aos problemas apresentados:

Eu não mudei, sou católica, mas depois que ele (filho) ficou assim eu às vezes vou na Assembléia.

Foi depois que ele caiu nesses problemas que eu fui para essa religião para ver se ele conseguia, né... mas sei lá... eles falaram, né, vem na igreja porque os seus filhos podem largar as drogas, as bebidas e não sei o que... que ia ser curado desses problemas... Até hoje ninguém foi curado!.

O componente espiritual é trazido por alguns autores como sendo uma possibilidade de entendimento da vivência de acontecimentos inexplicáveis: “utilizando-se de diversos elementos de distintas crenças, surgem construções da doença enquanto mal espiritual, decorrentes de obrigações não cumpridas, desavenças afetivas, karma ou destino” (VILLARES; MARI, 1998, p. 252). Essa forma de explicação traz conforto e resignação frente ao sofrimento a ser enfrentado (VILLARES et al., 1999).

A família, ao delegar a Deus o poder de “curar”, pode se tranquilizar e ter esperanças diante do adoecer de seu familiar. “Pode-se contar” com alguém para iluminar os médicos.

Costa-Rosa (1995), em uma investigação sobre as práticas religiosas e o tratamento

ambulatorial, relata que a “visão de mundo” dos familiares é semelhante às explicações das práticas místico-religiosas, podendo assim estruturar uma forma de interlocução e de troca afetiva diferente do saber científico. Na religião, existe uma acolhida singular para o sofrimento apresentado pelo familiar, sendo que ele passa a ser ativo, na medida em que tem a possibilidade de curar através de um investimento de fé.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar esta investigação pôde-se perceber que as famílias não desvalorizam o sistema de saúde, porém encontram na religiosidade a possibilidade de uma acolhida singular frente ao sofrimento de um dos seus membros.

Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais busquem entender e valorizar os caminhos que as famílias percorrem diante do processo de adoecimento. Valorizar saberes e

conhecimentos dentro das histórias de vida das pessoas possibilita uma outra perspectiva no cuidado.

Também é essencial que se permita uma convivência entre formas diferentes de “olhar e caminhar pela vida”. Os profissionais devem construir uma forma solidária de cuidar daqueles destituídos de qualquer forma de atenção, que nos apontam elas nos apontam adoecem e sofrem, respeitando sua subjetividade e seus desejos. Este é o desafio que se coloca no projeto terapêutico do portador de sofrimento psíquico e de sua família.

RELIGION AND THE EXPERIENCE OF PSYCHIC SUFFERING: LISTENING TO THE FAMILY

ABSTRACT

Religiosity has had an important role in the men's life when facing adversities. To know how relatives of bearers of psychic suffering understand and live their religiosity was the objective of this study which consisted of a case study of qualitative nature. Data were collected through a semi-structured interview and its analysis allowed inferring that religion assumes an important role of social support, leading to an understanding of the psychic suffering once the therapeutic relationship imposed by the medicine does not allow the explanation of the situation presented by the patient. Religion gives to the relative, through the exercise of faith, the gratuitousness of the cure.

Key words: Religion. Nursing. Mental disorder.

LA RELIGIÓN Y LA EXPERIENCIA DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO: ESCUCHANDO A LA FAMILIA

RESUMEN

La religiosidad ha tenido un papel importante en la vida del hombre para el enfrentamiento de las adversidades. Conocer como los familiares de personas con sufrimiento psíquico perciben y viven la religiosidad fue el objetivo de este estudio, que utilizó un estudio de caso de naturaleza cualitativa. Los datos fueron recorridos por medio de una entrevista semiestructurada y el análisis de los datos permitió inferir que la religión asume un papel importante de apoyo social, permitiendo una comprensión del sufrimiento psíquico porque la relación terapéutica impuesta por la medicina no permite la explicación del cuadro presentado por el paciente. La religión permite al familiar, por el ejercicio de la fe, la gratuidad de la cura.

Palabras Clave: Religión. Enfermería. Perturbación mental.

REFERÊNCIAS

- COSTA-ROSA, Abílio. **Práticas de cura nas religiões e tratamento psíquico em saúde coletiva**. 1995. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- DALGALARRONDO, Paulo. Religiões cristãs evangélicas e diagnóstico psiquiátrico: dados de uma pesquisa transcultural. **Revista ABP- APAL**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.125-135, out./ dez. 1996.
- FIGUEIRA, Sonia Maria de Almeida. **Jesus, o médico dos médicos**. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- GOLDENBERG, Mirian. **Arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- GRUDTNER, Dalva Irazy. Ajudar o ser doente se religar a Deus: também é papel da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 95-98, jun. 1996.
- MACHADO, Ana Lúcia. **Espaços de representação da loucura**: religião e psiquiatria. Campinas, SP: Papyrus, 2001.
- MACHADO, Ana Lúcia; CABRAL, Maria Aparecida Alves. Estudo descritivo da influência das práticas religiosas no doente mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 46, n.12, p. 639-644, dez. 1997.

- MACHADO, Ana Lúcia; CABRAL, Maria Aparecida Alves. Observação em enfermagem em saúde mental visando as práticas religiosas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 31-37, set./ dez. 1996.
- MARCHESE, Pierluigi. A igreja e os doentes mentais. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.21, n. 6, p. 372-378, nov./dez. 1997.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1992.
- MORENO, Vânia. **Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
- PIETRUKOWICZ, Márcia Cristina Leal Cypriano. **Apoio social e religião**: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- RABELLO, Miriam Cristina. Religião, ritual e cura. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 47-55.
- SANTOS, Alessandro de Oliveira dos. Saúde e sagrado: representações da doença e práticas de atenção dos sacerdotes de candomblé Jêje-nago do Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.** São Paulo, v. 9, n. 2, p. 55-62, 1999.
- SILVA FILHO, João Ferreira. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson Rosário. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Abrasco; Vozes, 1987. p. 75-102.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1990.
- VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose**: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999.
- VILLARES, Cecília Cruz; MARI, Jair Jesus. Esquizofrenia e contexto familiar. In: SHIRAKAWA, Itiro; CHAVES, Ana Cristina; MARI, Jair Jesus. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 243-255.
- VILLARES, Cecília Cruz; REDKO, Cristina; MARI, Jair Jesus. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 36-47, jan./mar. 1999.

Endereço para correspondência: Lucia Silva. Rua Lourenço Carmelo, 510 – Apto. 02 – Jardim Paraíso. CEP: 18.610-000. Botucatu - SP. E-mail: lucia_funes@yahoo.com.br

Recebido em: 18/08/2004

Aprovado em: 25/10/2004