

OS SENTIDOS DA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E RELIGIOSIDADE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ILHÉUS – BAHIA

Rozemere Cardoso de Souza*
Nairan Morais Caldas**

RESUMO

A religiosidade é uma condição relevante para se compreender o manejo/interpretação da saúde/doença mental ante a crescente desautorização da perspectiva positivista e/ou da lógica de mercado e suas associações entre religião e manifestação patológica. Este estudo objetivou analisar a produção de sentidos e posicionamentos de profissionais de Saúde da Família acerca da relação entre religiosidade e saúde mental e suas implicações sociais no tocante ao cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia. Trata-se de pesquisa construcionista-social, de abordagem qualitativa, realizada com quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Ilhéus, Bahia. Participaram do estudo médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde que atuavam havia mais de um ano na ESF e consentiram em participar. Realizaram-se grupos focais, de sessão única, seguindo guia de temas previamente elaborado para este fim. A análise possibilitou explicitar as seguintes categorias temáticas: a dimensão espiritual como fator desencadeante e explicativo da doença mental; os espaços de tratamento religioso e suas implicações sociais; distinções e fluidez entre os discursos religioso e médico. O conhecimento produzido busca contribuir para ampliar as reflexões e possibilidades de cuidado em saúde mental na comunidade, via Estratégia de Saúde da Família, associada aos espaços de religiosidade.

Palavras-chave: Religião. Saúde Mental. Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A partir dos movimentos de reforma da atenção psiquiátrica e de outras transformações da sociedade contemporânea, como a mudança de paradigma nos processos de comunicação e a introdução do pensamento pós-moderno, vem ocorrendo a valorização de compreender os diversos saberes, práticas e cenários de produção de cuidado em saúde presentes na sociedade, inclusive os que são produzidos por conta da religiosidade.

A religiosidade é condição relevante para se compreender o manejo/interpretação da saúde/doença mental ante a crescente desautorização da perspectiva positivista e/ou da lógica de mercado e suas associações entre religião e manifestação patológica ou de atraso para o desenvolvimento humano⁽¹⁾.

Múltiplos são os sentidos da religiosidade e saúde mental referidos por trabalhos atuais divulgados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Dos quinze trabalhos científicos encontrados foram selecionados doze, com o uso dos descritores *saúde mental*, *religiosidade*,

profissionais e *religião*. Os conteúdos são explicativos de conceitos e da relevância do tema em tela enquanto um modo de construir e vivenciar o sofrimento mental e um fator de proteção e de apoio social à saúde mental das pessoas⁽¹⁻⁴⁾. Poucos são os trabalhos que enfocam a percepção dos profissionais de saúde sobre o tema.

Influenciada pela observação do número cada vez mais crescente de igrejas em uma comunidade e dos discursos religiosos que chegavam dos pacientes, uma profissional de saúde mental estudou a construção de sentidos da religiosidade para pessoas e familiares em sofrimento psíquico. Das categorias analisadas, “percurso religioso” explora as trajetórias terapêuticas que os indivíduos percorrem nas agências religiosas em busca de ajuda. A religiosidade foi identificada como uma maneira reconfortante de enfrentamento das dificuldades dos sujeitos e descrita como aspecto fundamental e transformador da vida, não podendo ser compreendida apenas como sistema cultural⁽⁵⁾.

Nesse sentido, outros pesquisadores afirmam

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto. E-mail: rozemeresouza@ig.com.br

**Enfermeira. Mestra em Enfermagem na área da Saúde do Adulto e Idoso pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: nairanmorais@yahoo.com.br

que “a religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes”, com evidências crescentes de associação com saúde mental^(3:447). O estudo apresenta resultados do desenvolvimento do domínio “espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais”, incluído no instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, da Organização Mundial de Saúde, o Whoqol-100 (World Health Organization Quality). Analisam-se as diferentes opiniões dos participantes - entre eles, profissionais de saúde - sobre as facetas desse domínio. O grande interesse de todos eles na discussão da temática é referido pelos autores, pela manifestação de gratidão pelo fato de a pesquisa ter-se constituído como uma boa oportunidade - talvez a única - para refletirem sobre o assunto.

O interesse de profissionais de saúde em refletir sobre religiosidade e saúde mental também foi evidenciado em outro estudo⁽⁶⁾, que buscou conhecer como esses profissionais lidam com a opção religiosa intencional de seus pacientes. Os resultados descreveram posicionamentos de classificação diagnóstica que colocam em cena uma compreensão psicopatológica do fenômeno, ou de distanciamento desses profissionais, por compreenderem a religiosidade como algo que o profissional deve “respeitar”, e por isso deve adotar a postura de não dialogar sobre o assunto com o paciente. A autora, por sua vez, aponta para a importância desse diálogo.

Outros trabalhos descrevem também a necessidade de os profissionais voltarem-se para o sujeito e seus sistemas de crenças, valorizando possibilidades terapêuticas nelas existentes⁽⁷⁻⁸⁾. Não obstante, o tema ainda é tido pelos profissionais de saúde como polêmico, implicando em posicionamentos de reserva e de insegurança⁽⁹⁾.

Diante dessas considerações, verifica-se a necessidade de estudos sobre o tema com profissionais de saúde, tanto para fomentar a reflexão quanto para identificar recursos comunitários que possam ser utilizados por eles na atenção à pessoa com transtorno mental na comunidade. Ressalta-se a comunidade como espaço privilegiado para a reorientação do modelo assistencial nesse campo de atenção. Questiona-se como os profissionais que atuam

na Estratégia de Saúde da Família (ESF) explicam a religiosidade e o processo saúde/adoecimento mental, e quais as implicações desses sentidos para a produção de cuidado em saúde mental a partir dessa Estratégia.

Assim, este estudo teve por objetivo analisar a produção de sentidos e os posicionamentos de profissionais de Saúde da Família acerca da religiosidade e saúde mental, refletindo sobre implicações sociais desses sentidos, para a produção de cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia.

Este artigo também é parte da tese de doutorado de uma das pesquisadoras. Foram feitas novas discussões, com base em referências atuais e específicas ao tema em tela. Espera-se contribuir para a produção de conhecimento acerca do saber/fazer em saúde mental na comunidade associada aos espaços de religiosidade.

METODOLOGIA

Este trabalho foi delineado como pesquisa construcionista-social, de abordagem qualitativa. O construcionismo compreende os sentidos enquanto atos da fala como pontos de vista, ideias, conceitos, emoções e posicionamentos elaborados pelas pessoas os quais nos dão conhecimento de como estas compreendem os fenômenos à sua volta a partir de práticas discursivas situadas num tempo e contextos específicos. Atenta para a diversidade de explicações sobre as palavras, as coisas e quais formas de vida são sustentadas e suprimidas por elas, sendo o foco central de análise as práticas discursivas que permitem identificar permanências e, principalmente, rupturas da linguagem em uso, o que possibilita também a explicitação da dinâmica das transformações históricas e impulsiona sua constante transformação⁽¹⁰⁾. Disso decorre que algumas narrativas contribuem para que as pessoas organizem suas experiências e sigam evoluindo para níveis de complexidade cada vez elevados no seu ciclo de desenvolvimento, enquanto outras funcionam como verdadeiras âncoras que impedem, restringem ou dificultam essa caminhada⁽¹¹⁾.

Assim, a escolha por este referencial adveio da compreensão da pesquisa como processo interativo que favorece diálogos e reflexões acerca de um objeto de estudo (neste caso, a religiosidade e saúde mental) que também é socialmente construído e pode ser reconstruído, impulsionando transformações no curso de múltiplas realidades.

O estudo foi realizado em quatro áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, em bairros periféricos do município de Ilhéus, Bahia, Brasil. Participaram do estudo dois médicos, três enfermeiros e vinte agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam no Programa havia mais de um ano e consentiram na participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a novembro de 2003. Realizaram-se grupos focais de sessão única, seguindo guia de temas previamente elaborado para este fim. Participaram do desenvolvimento dos grupos uma das autoras deste trabalho, na condição de moderadora, e uma ex-estudante de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), na condição de observadora. Cada grupo teve duração média de uma hora e cinquenta minutos.

Para análise dos conteúdos emergentes foi feita uma síntese de cada conversa grupal, com identificação dos repertórios interpretativos acerca do doente mental enquanto problema espiritual e o cuidado religioso, bem como do uso desses repertórios e suas implicações sociais.

Os repertórios são definidos como “conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos”^(11:47). Este conceito é útil para a análise dos sentidos produzidos da temática em estudo, pois os sentidos decorrem do uso que fazemos dos repertórios disponíveis num contexto discursivo.

A síntese temática do conjunto das conversas foi feita a partir do entrelaçamento de quatro aspectos: o uso dos repertórios interpretativos relacionados à religiosidade e saúde/doença mental, a literatura investigada durante a

pesquisa, o referencial teórico-metodológico e a interpretação das pesquisadoras.

Em atendimento à Resolução CNS 196/96, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/ USP) e por ele aprovado, sob o protocolo n. 0316/2002. Para preservação do anonimato, os nomes utilizados neste texto são fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dimensão espiritual como fator desencadeante e explicativo da doença mental

A maioria dos problemas deles é realmente espiritual

Nesse tema foram agrupados repertórios interpretativos que explicam a doença mental como efeito de “macumba”, “bruxaria” e “maus espíritos”. Esses sentidos são mencionados como sendo a primeira e/ou única percepção de famílias e/ou de pessoas com algum tipo de transtorno mental acerca de seu adoecimento, mas também como sendo concepções compartilhadas pelos profissionais de saúde investigados. O trecho a seguir exemplifica parte do uso desses repertórios.

[...] No geral, veja bem, quando um adulto ou adolescente vem a ter um problema mental, na maioria das vezes, “as famílias veem como macumba, bruxaria, uma coisa assim”. Nunca veem como uma doença mental [...] (Pedro).

[...] Porque na verdade nós sabemos que existe alguma influência espiritual [...] (Cláudio).

[...] Eu conheço um pouco sobre o espiritismo[...]. A maioria dos problemas deles é realmente espiritual. A família, como não tem esta noção, realmente, pega e interna, até mesmo por achar que lá {no hospital} ele está mais seguro, está sendo mais bem tratado do que dentro de casa [...] São muito relativas essas questões todas (João).

Ao fazerem uso de expressões, como: “... Eu disse: ...Tenha fé em Deus... Nós sabemos que existe alguma influência espiritual...” e “Eu conheço um pouco sobre espiritismo...”, os participantes narram fragmentos do cotidiano, adotando as explicações associadas à espiritualidade como sendo causa única ou um dos fatores do adoecimento mental e ainda como

sendo o evento em si experimentado pela pessoa que adocece.

É assim que a dimensão espiritual para os participantes define 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, respectivamente. Exemplo disso ocorre na descrição da busca de famílias por internação nos hospitais e na explicitação de que essa atitude, dentre outras razões, justifica-se pela falta de “noção” acerca da dimensão espiritual.

Esses sentidos concorrem para a compreensão da importância que têm os saberes e práticas advindos das religiões para explicar os eventos que cercam o cotidiano profissional dos participantes, incluindo o processo saúde e doença 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^(2,7).

A produção desses sentidos refere-se também à constatação de um comportamento que foge ao esperado dentro do contexto social, isto é, de “estranhamento” ao que é preconizado como normal. Por isso, as falas explicam causas e efeitos de um “problema” surgido na vida das pessoas que as conduz a buscar ajuda na tentativa de retornar ao “equilíbrio” de suas vidas.

Comparam-se essas falas a discursos elaborados em torno de toda crise: uma experiência de alguém que vivencia o limite do desempenho aceitável, ou seja, de alguém com uma identidade descentrada, implicando nas possibilidades de encontrar o caminho de volta para o centro, ou de ir além do limite, ou ainda de entrar em outro domínio - como, por exemplo, a possibilidade de domínio sobre o “anormal”^(5,12). Sobre isso, alguns construcionistas consideram que esse discurso relega o cliente a uma posição submissa, tal como o faz a compreensão médica⁽¹³⁾ quando adota relações de poder e prescrições direcionadas à cura, tornando-se assim esse profissional regulador e controlador do comportamento do homem⁽¹⁴⁾.

O campo religioso, não obstante, entendido aqui como específico e diverso, difere do

discurso médico hegemônico, centrado no hospital, porque aborda uma variedade de discursos e práticas, com múltiplas implicações sociais na vida das pessoas. Isto talvez justifique algumas das distinções e da complementaridade destes dois discursos que surgem nas falas dos participantes, levando-os a posicionar-se a favor de um deles ou de ambos.

Destaca-se que os saberes provenientes das religiões dão sentido ao adoecimento mental para os que vivem e interagem no dia-a-dia com os profissionais de saúde, e também para esses profissionais. Compreender ainda mais as razões dessa busca parece ser desafio dos atores sociais responsáveis pela produção de cuidado nos diversos contextos e níveis de complexidade da atenção à saúde, incluindo a saúde mental.

Os espaços de tratamento religioso e suas implicações sociais

O atendimento é diferente, o clima é diferente

Neste tópico foram agrupados os repertórios interpretativos utilizados pelos participantes para descrever os espaços comuns de busca por tratamento religioso e os aspectos que qualificam essa busca no cotidiano para produção de cuidado em saúde mental.

Os espaços comuns de tratamento religioso emergidos das falas dos participantes incluem os centros de umbanda, terreiros de candomblé, centros espíritas, igrejas evangélicas, igrejas católicas e casas de curandeiro. A busca por estes lugares por parte do doente e do familiar acontece quase sempre quando do surgimento da doença mental.

Além da concepção religiosa que explica essa busca, outras razões se incluem na expectativa de cura ou alívio do sofrimento mental, como, por exemplo, a proximidade/facilidade de acesso aos recursos contidos nas religiões em contraposição à distância/dificuldades de acesso ao recurso médico. O trecho da conversa do grupo 1 exemplifica o que foi dito:

{Ao relatar um caso}“Leva no candomblé [...]”
Por quê? Porque é o recurso mais próximo que nós temos, é a referência mais próxima que temos e também pela questão cultural [...] Eles dizem que a Umbanda cuida dos maus espíritos [...] Às vezes, leva na igreja, o Pastor vai lá, põe a mão na cabeça [...] (Pedro).

Há os centros espíritas também [...] (João).

[...] Essas coisas estão próximas da família [...] (Maria).

O atendimento é diferente, o clima é diferente e só de você ter alternativa de um atendimento que não seja à base de medicamentos, de drogas, não é? Porque são drogas pesadas, não é? Utilizadas para esse tipo de controle. É uma maravilha, isso é ótimo, entendeu? [...] (Pedro).

Nesse trecho e em outros momentos das falas dos participantes, além da família, outros atores são presentificados – o pessoal, o pastor, muita gente – numa dinâmica de ações e explicações constantes que eles ouvem e/ou são compartilhadas por eles em suas relações no cotidiano. A proximidade dos recursos contidos nas religiões é destacada como aspecto favorável por essa dinâmica; e não apenas isso: “atendimento” e “clima” são descritos como algo positivo, se comparados ao cuidado feito “à base de medicamentos”. Nas indagações que acompanham essas construções, os participantes parecem desconhecer o modelo de atenção psicossocial, que envolve tanto o saber médico quanto a cultura, o senso comum e outras produções de conhecimento, além de possibilitar o entendimento de quanto a construção desse modelo assistencial estava distante de suas vivências no cotidiano.

Na religiosidade, a cura configura outra implicação social presente nos diversos rituais e práticas^(5,13), cada um com suas especificidades e peculiaridades, as quais são de difícil descrição, por estarem em constantes mudanças de acordo com o contexto, o tempo vivido e a própria experiência religiosa^(14,15). Na denominação “evangélico”, por exemplo, sabe-se que se inclui uma série de outras religiões e denominações com traços culturais bastante distintos. Concorda-se, pois, com a afirmação de que “agrupar conjuntamente diferentes denominações religiosas pode ser considerado inadequado”^(1:31).

Neste estudo, além da cura, destacam-se outras implicações sociais contidas nos espaços de religiosidade, como a que se refere ao ambiente acolhedor, o qual “às vezes, possibilita sentidos de acolhimento, um lugar onde as pessoas possam se sentir bem aceitas, integradas em laços de amizade e entendimento”⁽¹⁴⁾. Outros achados da literatura pontuam também aspectos favoráveis: a redução ou negação do estigma

social decorrente das rotulações positivas empregadas ao doente, a qual alivia o impacto da crise e contribui para sua recuperação; a proximidade da dinâmica religiosa e da dinâmica familiar, privilegiando a participação desta última no projeto terapêutico; a promoção da aproximação ou reaproximação família/doente mental, por meio de um conjunto de prescrições, obrigações rituais e morais que, em muitos casos, envolvem ações solidárias^(1,13,15-16); a convergência com a ideia da Reforma da Atenção Psiquiátrica⁽⁶⁾, no sentido de priorizar o atendimento ao doente mental em locais onde seja possível a liberdade e reconstrução da sua cidadania e a ativação de “recursos escondidos da comunidade” a favor da saúde mental^(14,17); e construção de parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS)^(6,18).

Dessa forma, quando a pluralidade dos centros religiosos é indicada pelos participantes deste estudo, isto possibilita uma compreensão da loucura que perpassa por essa diversidade de saberes, práticas, emoções e atitudes expressas, implicando na necessidade de entrelaçamento entre estes e a ciência.

Distinções e fluidez entre o discurso religioso e o discurso médico

Há casos e casos

Neste tema foram agrupados repertórios interpretativos cujo sentido de uso pontuou distinções entre os discursos médico e religioso e sua fluidez na resolução de cada caso relatado. Ao falarem sobre o cuidado religioso, participantes de dois grupos deram exemplos de cura, referindo situações em que esse tipo de tratamento foi eficaz, por exemplo, através do “poder das orações”, como descreve a fala da conversa com o grupo 2:

[...] Eu conheço uma pessoa que ficou curada pelo poder das orações... Era uma doença espiritual... Não era um problema mental [...] (Alice).

Alguns participantes, ao posicionarem-se a favor do cuidado religioso, argumentaram que o discurso advindo da “parte científica” diverge desta alternativa de cuidado, assumindo a postura de “sempre contrariar o que se diz no cotidiano da vida das pessoas”. Não obstante, registra-se também o relato de “alguns médicos” valorizando encaminhamentos para estes cenários:

[...] Há controvérsia entre a parte científica e a parte popular. Por exemplo, se você faz hoje uma experiência aqui, que a casca do ovo é 100% de nutrientes, o lado científico discorda [...] Então, acontece isso também na questão desses tratamentos [...] (Pedro).

[...] A gente vê, muitas vezes, hoje, alguns médicos encaminhando o paciente às casas espíritas, entendeu? (João).

[...] *Eu vejo isso como sendo muito relativo* {referindo-se ao encaminhamento. {defendeu esse evento associado ao tipo de crença do cliente} (Cláudio).

Também a eficácia e os limites do discurso e da prática tanto “científica” quanto religiosa surgem em algumas falas, nas referências às diferenciações dos casos. O trecho a seguir exemplifica algumas dessas situações.

{Após relato de cura espiritual} [...] Eu conheço outras pessoas e também com os mesmos problemas, foi para igreja, fez oração e não ficou curado. Foi para o médico, também não resolveu, então há casos e casos [...] (Alice).

{Explicando um caso} [...] Ela era católica, aí, levaram ela para igreja de crente [...]. Então, não ficou curado. Fazia oração [...] Mas para ela não fazia efeito, por quê? Porque não era aquilo que ela queria, então com medicação eu acho que surtiu mais efeitos [...] (Carol).

Nesses trechos de conversa os participantes consideram a relatividade e a fluidez dos saberes produzidos para o manejo de “problemas” e “crises” para os quais nem a “igreja” nem o “médico” pareceram indicar soluções terapêuticas eficientes. É destacada também a inobservância da crença do paciente, o que pode sugerir possível causa da ineficácia do tratamento religioso, e a constatação do efeito terapêutico da “medicação”.

Sendo assim, reflete-se acerca das falas dos participantes que os fizeram transitar entre os saberes psiquiátrico e religioso. Os encaminhamentos às instâncias religiosas são descritos como valorosos e eficazes dependendo da situação, pois para alguns é o tratamento médico que possibilita melhora nos problemas apresentados pelo doente. A eficácia desse tratamento (religioso) é explicitada pela constatação da “cura”, o que certifica para os participantes o problema de exclusividade espiritual; caso contrário, trata-se de “doença”,

problema médico, devendo ser conduzido às suas instâncias. Mesmo assim, descreve-se também a busca concomitante por ajuda nos campos de conhecimento médico e religioso, entendimento que também aparece em outros estudos ^(6,13-14). Essa ação e a descrição de médicos mantendo suas terapêuticas associadas ao cuidado religioso podem valorizar a complexidade que envolve o processo de saúde e doença mental, evitando reducionismos nos diferentes aspectos psicossociais, ambientais, biológicos e outros relacionados, e da pessoa que sofre mentalmente.

Lembra-se que o cuidado religioso, quando não atende aos princípios éticos da liberdade, autonomia, beneficência e não-maleficência, pode significar imposição e atuar como uma ação “desintegradora da pessoa, com aspectos negativos, pois ao consolar se traria inibição de protestos, impedindo mudanças sociais e alienando o sujeito”^(14:115). Tais situações também podem acontecer na rigidez de posicionamento do profissional de saúde.

Outro sentido produzido indica que nem todos os participantes concordam que haja algum tipo de ajuda proveniente da religiosidade, atribuindo a essa busca ou exercício um “atraso” no tratamento das pessoas. Vejamos o trecho da conversa com o grupo 3:

[...] Muitas pessoas vão para casa de curandeiro, levadas pela família, quando deveriam procurar o médico. Então, quando resolvem tomar uma atitude (recorrer ao tratamento médico), o quadro não tem mais volta [...] (Carla).

Na minha área mesmo, também é assim, o pessoal é muito ligado a essas coisas [...] Metade candomblé, metade religião de crente. Dizem que lá também tira (maus espíritos) [...] Eles acham que estão ficando bons [...]. Não vão logo para o médico (Nadja).

Ao adotarem o saber médico como o único e eficaz no tratamento de pessoas com problemas mentais, os participantes parecem não levar em conta as implicações sociais contidas na ideia “...eles acham que estão ficando bons”, que alude aos possíveis aspectos favoráveis da saúde mental para quem exerce a religiosidade, e remetem, assim, à orientação modernista do cuidado que coloca a ciência como metáfora central para as explicitações e resoluções dos problemas humanos, excluindo outros

saberes⁽¹²⁾, além de gerarem “incômodos” para os profissionais e também para os pacientes que adotam modos distintos de lidar com o sofrimento⁽⁶⁾.

Os momentos de fala dos participantes que consideram a relatividade desses sentidos são relevantes porque demarcam os prós e contras de cada cuidado, como também a necessidade de entrelaçamento de saberes, não se fixando a busca de ajuda em um campo apenas, e de fluidez para considerar a experiência do sujeito que pode fazê-lo movimentar-se apenas em uma ou em várias direções. Não obstante, considerando-se os riscos de fixar a busca de ajuda apenas no campo religioso⁽¹⁵⁾, destaca-se, para o cuidado, a escuta qualificada como meio de ressignificação de saberes e de práticas e de ampliação das possibilidades terapêuticas favoráveis à qualidade de vida dos sujeitos assistidos.

Desse modo, “não nos cabe um julgamento de antemão sobre os caminhos escolhidos pelas classes populares para a produção de cuidado à saúde, mas considerar e analisar a razão de escolha desses caminhos”^(19:107).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo descreveu sentidos e posicionamentos de profissionais de saúde da família acerca da religiosidade e saúde mental e suas implicações sociais no tocante ao cuidado na comunidade. Foi notória a complexidade e a

ambiguidade dos repertórios utilizados na construção dos sentidos, mas os diálogos produzidos abriram espaços, nas vozes dos participantes, para refletir sobre o cuidado e o compartilhamento, na comunidade, de responsabilidades da pessoa que adocece mentalmente, através das religiões, valorizando assim a descoberta de recursos locais na produção do cuidado.

Dos temas abordados, a fluidez dos discursos favoreceu a compreensão do valor de múltiplos saberes com implicações no cotidiano da atenção em saúde mental, favoráveis à inserção social das pessoas e das famílias que convivem com o adoecimento mental. Ao contrário, a tendência de valorizar um discurso em detrimento do outro implicou em reducionismos que comprometem a produção de cuidado e da vida desses sujeitos.

Desse modo, constata-se a relevância deste estudo para ampliar as reflexões e possibilidades de cuidado em saúde mental na comunidade, via Estratégia de Saúde da Família associada aos espaços de religiosidade, e para valorizar a produção de diálogos entre diversos saberes, explicitada na ideia de que “não se pode falar de um curso único para a história”^(20:17), compreensão que pode gerar incertezas, mas deve impulsionar a abertura para descoberta ou valorização de futuros possíveis para a produção de cuidado sob a ótica de diferentes saberes e práticas. Nesse sentido, ainda há muito que se produzir...

THE MEANINGS OF THE RELATION BETWEEN MENTAL HEALTH AND RELIGIOSITY FOR FAMILY HEALTH PROFESSIONALS IN ILHÉUS – BAHIA

ABSTRACT

Religiosity is a relevant social process for understanding the management/interpretation of mental health/illness concomitant to the growing discredit of the positivist perspective and/or its associations between religion and pathological manifestations. This study was carried out in order to analyze the meaning and attitudes of the family health professionals regarding religion and mental health, and their social implications on the mental health Care in the Strategy context. This is a social constructionist research, using qualitative approach, carried out with four Family Health Strategy teams (ESF) from the municipality of Ilhéus, Bahia. Took part in the study physicians, nurses and communitarian agents who agreed to participate and were working for more than a year in the ESF. One-session focal groups, using previously prepared topics guide, were performed. The analysis made it possible to define the following theme categories: the spiritual dimension as a trigger and explaining factor of mental disease, religion aid and its social implications, differences and similarities between religious and medical discourses. The knowledge produced aims to help broaden reflections and mental health care possibilities in the community through Family Health Strategy in association with religious places.

Key words: Religion. Mental health. Family Health.

LOS SENTIDOS DE LA RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y RELIGIOSIDAD PARA PROFESIONALES DE SALUD DE LA FAMILIA EN ILHÉUS – BAHIA

RESUMEN

La religiosidad es un proceso social relevante para la comprensión del manejo/interpretación de la salud/enfermedad mental concomitante a la creciente desautorización de la perspectiva positivista y/o de la lógica de mercado y sus asociaciones entre religión y manifestación patológica. El presente estudio tiene como objetivo analizar la producción de sentidos y actitudes de profesionales de salud de la familia sobre religiosidad y salud mental y las implicaciones sociales de estos para el cuidado de la salud mental en el contexto de la Estrategia. Se trata de una investigación construccionista social, de abordaje cualitativo, llevada a cabo con cuatro equipos de Estrategia de Salud de Familia (Estratégia da Saúde da Família – ESF) del municipio de Ilhéus, Bahia, Brasil. Participaron del estudio; médicos, enfermeros y agentes comunitarios de salud que llevaban más de un año actuando en la ESF y que consintieron con su participación. Se realizaron grupos focales, de sesión única, acompañando una guía de temas previamente elaborada para este fin. El análisis permitió hacer explícitas las siguientes categorías temáticas: la dimensión espiritual como factor desencadenante y explicativo de la enfermedad mental; los espacios de tratamiento religioso y sus implicaciones sociales; diferencias y semejanzas entre los discursos religioso y médico. El conocimiento producido busca contribuir para la ampliación de las reflexiones y posibilidades de cuidado en salud mental en la comunidad, vía Estrategia de Salud de Familia (ESF) asociada a los espacios de religiosidad.

Palabras clave: Religión. Salud mental. Salud de la familia.

REFERÊNCIAS

1. Dalgalarondo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev. psiquiatr. clin.* 2007; 34(sup11): 25-33.
2. Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev. psiquiatr. clin.* 2007; 34(supl 1): 73-81.
3. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(4): 446-55.
4. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006; 28(3): 242-50.
5. Cerqueira RF. Produção de sentido de religiosidade no território da vida: compreensão do sofrimento psíquico. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública / FioCruz; 2003.
6. Baltazar DVS. Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasses ou possibilidades? [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / FioCruz; 2003.
7. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Rev. psiquiatr. clin.* 2007; 34(supl): 136-45.
8. Valente NMLM, Bachion MM, Munari DB. A religiosidade dos idosos: significados, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde. *R. Enf. UERJ.* 2004;12:11-7.
9. Salgado APA, Rocha RM, Carvalho Conti C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. *R. Enf. UERJ.* 2007;15(2):223-28.
10. Spink MJ, Menegon VM. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Spink MJ, organizadora. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.* São Paulo: Cortez; 1999. p. 63-92.
11. Spink MJ, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJ, organizadora. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.* São Paulo: Cortez; 1999. p. 41-61.
12. Mcnamee S. A reconstrução da identidade: a construção comum da crise. In: Mcnamee S, Gergen KJ. *A terapia como construção social.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 223-38.
13. Silva L, Moreno V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. *Ciênc cuid saúde.* 2004;3(2):161-8.
14. Machado AL. Espaços de representação da loucura: religião e psiquiatria. Campinas, SP: Papyrus; 2001.
15. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicol reflex crit.* 2005; 18(3):381-89.
16. Corrêa DAM. Religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da RCC em Maringá, PR. *Ciênc cuid saúde.* 2006;5(Supl.):134-41.
17. Saraceno B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá Editora; Rio de Janeiro (RJ): Instituto Franco Basaglia; 1999.
18. Silva JM. Religiões e saúde: a experiência da rede nacional de religiões afro-brasileiras e saúde. *Saúde Soc.* 2007; 16(2):171-77.
19. Valla VV, Guimarães MB, Lacerda A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p.103-17.

20. Schnitman DF. Introdução: ciência, cultura e subjetividade. In: Schnitman DF, editor. Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 9-21.

Endereço para correspondência: Rozemere Cardoso de Souza. Rua Maria Luíza, 603, Iguape. CEP: 45658-350. Ilhéus, Bahia. E-mail: rozemeresouza@ig.com.br

Data de recebimento: 13/01/2009

Data de aprovação: 21/09/2009