



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHÃES

**SERVIÇO SOCIAL, (DES)PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E
RELIGIOSIDADE EM SAÚDE MENTAL**

**São Cristóvão – SE
2020**

VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHÃES

**SERVIÇO SOCIAL, (DES)PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E RELIGIOSIDADE EM
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Núbia Santos.

**São Cristóvão – SE
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

M188s Magalhães, Vinicius Pinheiro de
Serviço social, (des)patologização da vida e religiosidade em
saúde mental / Vinicius Pinheiro de Magalhães ; orientadora Vera
Núbia Santos. – São Cristóvão, SE, 2020.
204 f. ; il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade
Federal de Sergipe, 2020.

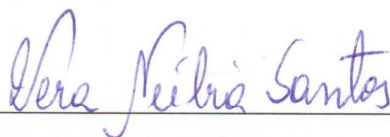
1. Serviço Social. 2. Saúde mental. 3. Religiosidade. 4.
Assistentes sociais – Saúde mental – Aspectos religiosos. 5.
Doentes mentais – Cuidado e tratamento – Aspectos religiosos. I.
Santos, Vera Núbia, orient. II. Título.

CDU 364.622:2-486.3

VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHÃES

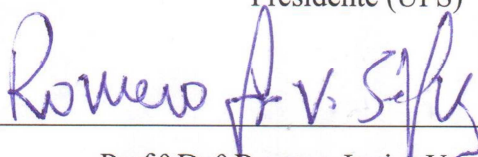
**SERVIÇO SOCIAL, (DES)PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E RELIGIOSIDADE EM
SAÚDE MENTAL**

Aprovado em: 18 de fevereiro de 2020.



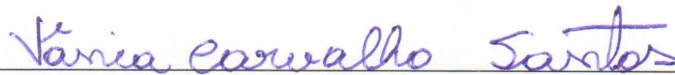
Prof.^a Dr.^a Vera Núbia Santos

Presidente (UFS)



Prof.^o Dr.^o Romero Junior Venancio Silva

1^a Examinadora (UFS)



Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos

2^o Examinador (UFS)



Prof.^a Dr.^a Silvia de Oliveira Pereira

Suplente (UFRB)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar este texto agradecendo a Deus. Minha gratidão a Deus tem a ver com as relações de apoio mútuo e afeto de que me beneficiei na trajetória deste curso.

Agradeço ao Deus Pai-Mãe que me apoiou através das pessoas de minha família, Mãe Célia, Gal, Lucas e Juninho.

Agradeço ao Deus comunidade que me fortaleceu nos momentos de crises existenciais e falta de fé através dos irmãos e irmãs da IPU de Muritiba, de Cacau, companheiro de fé-luta e cerveja, e de Queilinha, companheira de relevantes anos.

Agradeço ao Deus Providência que me deu estrutura para estudar fora de meu estado através de meu mano, primo, amigo e colega de profissão, Ygor Machado.

Agradeço ao Deus Consolador que me presenteou com amigas maravilhosas, as quais nunca esquecerei. Com elas aprendi a falar, a calar, a sorrir e também a lutar, Adriana Nascimento, Bruna Santos, Carina Alves, Cibele Cezar, Flávia Martins, Maria Flávia, Ingrid Silva, Isabelle Mendonça, Márcia Ribeiro, Sandra Gomes, Suellen Emilly e Tainá Rocha.

Agradeço à turma de “Cultura, Identidade e Subjetividade” (2018.2) que alimentou minha paixão pela docência.

Agradeço às queridas mestras; com elas aprendi tudo o que precisava para escrever o que escrevi, Vânia Santos, Josefa Lusitânia, Lica, Nailsa Araújo, Tereza Martins, Rosângela Marques e Maria Helena.

Agradeço à orientadora e amiga Vera Núbia e aos membros da banca de avaliação desta dissertação, Vânia Santos, Romero Venâncio e Silvia Pereira, além das orientações e apontamentos feitos por Luci Faria Pinheiro, que contribuíram significativamente para a finalização deste trabalho.

Agradeço ao amigo Walter Luís, secretário do PROSS/UFS, sempre solícito, cordial e prestativo na resolução de nossas demandas.

Agradeço a todos os amigos e amigas que de perto ou de longe sempre me apoiaram e tiveram orgulho de minha identidade UFRB.

Finalmente, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsas demanda social durante os dois anos de curso, o que, infelizmente, cessará a partir das novas turmas do PROSS em função das opções político-econômicas que relegam para segundo plano o investimento em políticas sociais públicas.

Eu sou porque nós somos! *Ubuntu!* Gratidão!

*Todo-o-mundo é louco. O senhor, eu, nós, as pessoas todas. Por isso é
que se carece principalmente de religião: para se desendoidecer,
desdoidar.*

Guimarães Rosa – Grande Sertão: Veredas

RESUMO

Esta dissertação norteou-se pelo propósito de analisar as considerações de assistentes sociais sobre a religiosidade de pessoas em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto da (des)patologização da vida e do Projeto Ético-Político (PEP) do Serviço Social, com os seguintes objetivos específicos: Caracterizar o perfil de assistentes sociais da Saúde Mental em municípios do Recôncavo da Bahia; analisar a concepção de profissionais do Serviço Social sobre loucura, tratamento e religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS e a relação entre suas considerações e o PEP profissional. A pesquisa teve por objeto de estudo as considerações de assistentes sociais sobre a relevância da religiosidade de pessoas em tratamento em equipamentos da política de Saúde Mental. Tratou-se o objeto de estudo na perspectiva do materialismo histórico-dialético. A pesquisa teve natureza empírica e abordagem qualitativa, baseada no subtipo relatos orais. Foram utilizados dados secundários e primários. Os dados primários tiveram por base o instrumento da entrevista semiestruturada; quanto aos dados secundários, recorreu-se a revisões sistemáticas da literatura. Fez-se entrevistas com cinco assistentes sociais dos Centros de Atenção Psicossocial I de municípios do Recôncavo Baiano. Na interpretação dos dados das entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo por categorização temática. O projeto passou por avaliação do Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e foi aprovado, de acordo com o Parecer nº 3.209.960; CAAE: 07947819.3.0000.5546. Os resultados obtidos revelaram que os profissionais expressam, de um lado, os determinantes extrínsecos da loucura e a relação complementar da dimensão da cidadania no contexto do tratamento, e de outro, visualizam a loucura numa perspectiva diagnóstica e relegam seu tratamento ao superdimensionamento do campo psi. Enquadraram-se suas considerações numa perspectiva psicossocial, localizada no limbo entre a despatologização e a patologização da vida. Os assistentes sociais entrevistados demonstraram possuir uma concepção paradoxal sobre a religiosidade na Saúde Mental, com destaques aos impactos positivos e negativos para as pessoas em tratamento nos CAPS – dando ênfase à sua dimensão negativa em contraponto à ênfase positiva dada pela literatura especializada. Ressalta-se que houve divergência, no relato dos entrevistados, sobre as possibilidades de diálogo entre Religiosidade, Saúde e o PEP profissional, o que pode expressar uma relação mal resolvida no Serviço Social brasileiro com a dimensão da religiosidade, expressão de um “recalque” ou uma indisposição temática em função de um temor a uma reatualização conservadora na profissão. Concluiu-se que o diálogo entre a relação religiosidade-saúde mental e o PEP profissional só tem viabilidade se vislumbrado nos contornos da perspectiva antimanicomial de despatologização da vida, a qual concebe a loucura e seu estigma como expressões da Questão Social e objetos de intervenção do assistente social, desde que na direção da desinstitucionalização psiquiátrica, isto é, da desconstrução da lógica manicomial na esfera sociocultural. Esse diálogo não deve prescindir da compreensão da religiosidade como um mecanismo de apoio social e de enfrentamento de situações existenciais e sociais limite, a qual, no âmbito do imaginário sociocultural, assume funções importantes no contexto de luta antimanicomial.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde Mental. Religiosidade. Projeto Ético-Político do Serviço Social. Despatologização da vida.

ABSTRACT

This dissertation is guided by the purpose of analyzing the thoughts of social workers about the role of religiosity for people being treated in the Psychosocial Care Centers (Centros de Atenção Psicossocial [CAPS]) in the context of the (de)pathologizing of life and the Social Service Ethical-Political Project (EPP), with the following specified objectives: to characterize the profile of mental health social workers in municipalities in Recôncavo da Bahia; to analyze the conception of Social Service professionals about madness, treatment and religiosity of people being treated at CAPS and the relationship between their considerations and the professional EPP. This research had as object of study the thoughts of social workers on the relevance of religiosity of people being treated by means of the Mental Health policy. The object of study was seen from the perspective of historical-dialectical materialism. The research had an empirical nature and a qualitative approach, by way of oral reports. Secondary and primary data were used. The primary data were based on the semi-structured interview; as for secondary data, systematic literature reviews were used. Interviews were conducted with five social workers from the Psychosocial Care Centers I in municipalities in the Recôncavo Baiano. In the interpretation of the interview data, content analysis by thematic categorization was used. The project was evaluated by the Research Ethics Committee of the Federal University of Sergipe (UFS), and it was approved, in accordance with Opinion No. 3.209.960; CAAE: 07947819.3.0000.5546. The results obtained reveal that Social Service professionals express, on the one hand, the extrinsic determinants of madness and the complementary relationship of the dimension of citizenship in the context of treatment, and on the other hand, they view madness in a diagnostic perspective and relegate its treatment to the overdimensioning of the psi field. The considerations of social workers were framed in a psychosocial perspective, located in the limbo between the de-pathologizing and the pathologizing of life. The social workers interviewed demonstrated that they have a paradoxical conception about religiosity in Mental Health, with highlights to the positive and negative impacts for people undergoing treatment in the CAPS – emphasizing its negative dimension as opposed to the positive emphasis given by the specialized literature. It is noteworthy that there was disagreement, in the interviewees' report, on the possibilities of dialogue between Religiosity, Health and the professional EPP, which can express an unresolved relationship in the Brazilian Social Service with the dimension of religiosity, expression of a "repression" or a thematic indisposition due to a fear of conservative revival in the profession. It was concluded that the relationship between religiosity-mental health and the professional EPP is only viable if glimpsed in the outlines of the anti-asylum perspective of de-pathologizing of life, which conceives madness and its stigma as expressions of the Social Question and objects of intervention of the social worker, as long as in the direction of psychiatric deinstitutionalization, that is, the deconstruction of asylum logic in the socio-cultural sphere. This relationship must not do without the understanding of religiosity as a mechanism for social support and for coping with existential and social situations, which, within the scope of the socio-cultural imaginary, assumes important functions in the context of anti-asylum struggle.

Keywords: Social Work. Mental health. Religiosity. Social Service Ethical-Political Project. De-pathologizing of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES – QUADROS

Quadro 1 – Enquadramento de Revisões sistemáticas da literatura sobre as relações complexas entre a religiosidade e a Saúde Mental	19
Quadro 2 – Tipos de CAPS por porte e clientela	32
Quadro 3 – Perfil dos participantes da pesquisa	33
Quadro 4 – Perfil dos participantes da pesquisa sobre formação.....	35
Quadro 5 – Perfil dos participantes da pesquisa sobre trabalho.....	37
Quadro 6 – Categorização final sobre as concepções de loucura e tratamento.....	55
Quadro 7 – Categorização final sobre a concepção de religiosidade na Saúde Mental	81
Quadro 8 – Enquadramento de títulos e sinopses de trabalhos analisados sobre a relação da religiosidade com a Saúde Mental.....	87
Quadro 9 – Conclusões da literatura sobre os impactos da religiosidade na Saúde Mental ...	91
Quadro 10 – Enquadramento das principais características do tratamento dado à questão da religião na revisão da literatura marxiana e marxista empreendida por Michael Löwy.....	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

8ª CNS	8ª Conferência Nacional de Saúde
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APA	Associação Norte-americana de Psiquiatria
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CLAI	Conselho de Igrejas latino-americanas
CONASP	Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CSM	Centro de Saúde Mental
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DSM	Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais
EC	Emenda Constitucional
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes em Serviço Social
EOIPPI	Escala de Observação Interativa de Pacientes Psiquiátricos Internados
FDA	Administração Federal de Alimentos e Medicamentos
FPLFM	Forças Populares de Libertação Farabundo Martí
FSLN	Frente Sandinista pela Libertação Nacional
GAM	Gestão Autônoma de Medicação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISAL	Igreja e Sociedade na América Latina
JEC	Juventude Estudantil Católica

JOC	Juventude Operária Católica
JUC	Juventude Universitária Católica
LGBTQ+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, <i>Queers</i> e outros
MEB	Movimento de Educação de Base
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NIMH	Instituto Nacional de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PEP	Projeto ético-político
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNH	Política Nacional de Humanização do SUS
PSF	Programa de Saúde da Família
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SEI	Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SEPLAN	Secretaria de Planejamento
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TBH	Transtorno Bipolar do Humor
TCL	Termo de Consentimento Livre
UCEB	União Cristã de Estudantes Brasileiros

UFRB/CAHL

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/Centro de Artes,
Humanidades e Letras

UFRJ

Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFS

Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PERCURSO METODOLÓGICO	22
1.2 CONTEXTO E PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	28
 2 (DES)PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E PERSPECTIVAS DE LOUCURA E TRATAMENTO	41
2.1 PERSPECTIVA MANICOMIAL E PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA	42
2.2 PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL NO LIMBO DA (DES)PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA.....	48
2.2.1 Análise e discussão dos dados coletados	54
2.2.1.1 <i>Loucura como um determinante extrínseco</i>	<i>56</i>
2.2.1.2 <i>Loucura como um diagnóstico</i>	<i>57</i>
2.2.1.3 <i>Tratamento psicossocial com ênfase no campo psi.....</i>	<i>61</i>
2.2.1.4 <i>Cidadania restrita como elemento terapêutico complementar</i>	<i>63</i>
2.2.2 Síntese de determinantes sócio-históricos.....	69
2.3 PERSPECTIVA ANTIMANICOMIAL E DESPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA	73
 3 RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL: FOLGANDO OS NÓS DE UMA RELAÇÃO MAL RESOLVIDA NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO	79
3.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS.....	80
3.1.1 O paradoxo da religiosidade na Saúde Mental.....	82
3.1.1.1 <i>A dimensão positiva da religiosidade para a Saúde Mental.....</i>	<i>82</i>
3.1.1.2 <i>A dimensão negativa da religiosidade para a Saúde Mental.....</i>	<i>93</i>
3.1.2 Divergências sobre o diálogo entre religiosidade-saúde e o PEP profissional	97
3.1.2.1 <i>Folgando os nós de uma relação mal resolvida no Serviço Social brasileiro.....</i>	<i>100</i>
3.1.2.1.1 <i>A plataforma da estação Serviço Social brasileiro: continuidades, rupturas, sínteses e um “recalque”</i>	<i>101</i>
3.1.2.1.2 <i>Religiosidade libertária e PEP profissional: diálogo contraproducente?</i>	<i>113</i>

4 DESPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA, RELIGIOSIDADE-SAÚDE MENTAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: CAMINHOS E DESCAMINHOS	127
4.1 DESPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA, INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE MENTAL	128
4.1.1 Despatologização da vida e integralidade em saúde e saúde mental	129
4.1.2 Despatologização da vida e humanização em saúde e saúde mental	137
4.2 RELIGIOSIDADE-SAÚDE MENTAL: OUTROS ELEMENTOS PARA O DEBATE	142
4.2.1 Religiosidade e Comunidades terapêuticas	143
4.2.2 Religiosidade, laicidade e laicismo	148
4.2.3 Religiosidade como dimensão de apoio social	153
4.3 RELIGIOSIDADE PARA “DESENDOIDECER” E O PEP PROFISSIONAL: CAMINHOS E DESCAMINHOS	158
 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	168
 REFERÊNCIAS	174
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta dissertação de mestrado refere-se às *considerações de assistentes sociais sobre a relevância da religiosidade de pessoas em tratamento em equipamentos da política de Saúde Mental no contexto da (des)patologização¹ da vida e do Projeto ético-político do Serviço Social*.

Antes de problematizar sobre a relevância desta proposta temática é necessário, de forma introdutória, contextualizar a utilização dos termos religiosidade, (des)patologização da vida e Projeto Ético-Político do Serviço Social presentes no objeto deste estudo.

Num primeiro momento, este objeto de estudo foi composto pelo termo espiritualidade. Todavia, percebeu-se, no decorrer do processo de pesquisa e revisão de literatura, que o conceito de espiritualidade é muito mais abrangente do que a dimensão religiosa; envolve certo modo de vida e de existência de pessoas com ou sem religião, dimensão que não nos interessava para o desenvolvimento deste estudo, o qual se detém basilarmente na dimensão da religiosidade, institucional ou não, cuja natureza baseia-se numa crença fundada na fé.

Religião, conforme Irineu Wilges (1989), é o conjunto de doutrinas (crenças, dogmas), ritos e leis (ética) os quais congregam uma comunidade numa relação pessoal de dependência a um Ser ou a Seres Supremos, a uma ou a várias divindades. Percebe-se na conceituação deste termo uma sistematização sobre os elementos constitutivos da Religião, o que manifesta sua natureza institucional. Todavia, o termo religiosidade é mais abrangente que Religião. Tonet (2016), propondo a teoria de uma ontologia da religiosidade, afirma ser este o termo mais abrangente para significar toda e qualquer tipo de crença fundada na fé e não na razão, mesmo tratando esta definição como um conceito preliminar. Nessa mesma direção, Pierre Sanchis (2018, p. 84), concebendo a religiosidade como algo mais complexo do que sua racionalização, afirma tratar-se de “[...] uma dimensão genérica, que [...] precede [a religião], a funda, lhe confere densidade – e sentido [...]”, numa perspectiva durkheimiana, a associa ao *sagrado* e não a sua lógica de *administração*.

No que se refere aos elementos essenciais envolvidos no debate em torno dos processos de patologização e despatologização da vida, o saber médico-psiquiátrico, a Saúde

¹ Utilizamos o termo (des)patologização, no presente objeto de estudo, com o prefixo “des” entre parênteses para destacar que o contexto das considerações de assistentes sociais sobre a religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS é flexível, uma vez que pode ser constituído de uma concepção patologizadora ou despatologizadora da vida. Nesse sentido, quando o termo apresentar-se escrito sem os parênteses (patologização ou despatologização) significa que o objetivo argumentativo é destacar a especificidade de determinada dimensão do conceito e não sua flexibilidade.

Mental e a Luta Antimanicomial que se desenrolou no cenário brasileiro a partir do último quartel do século XX se destacam. A crítica empreendida por Foucault (1978) direcionada ao conceito frágil e flexível de loucura alcançou o saber médico-psiquiátrico e influenciou uma série de movimentos de negação da psiquiatria. As características deste saber, que tinha na loucura o seu objeto de atuação, são balizadas numa perspectiva biomédica, num conceito restrito de saúde, num tratamento asilar, numa lógica manicomial, patologizadora da vida e da existência e, por conseguinte, legitimadora e fomentadora da *Big Pharma*². Contra esta tendência manicomial surgem os movimentos de Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial centrados numa militância por mudanças técnico-assistenciais³, político-jurídicas, teórico-conceituais e, sobretudo, socioculturais (AMARANTE, 2007). *Despatologização da vida neste trabalho, portanto, se associa aos processos de resistência à lógica manicomial e medicamentalizadora, na medida em que busca superar, sobretudo no contexto sociocultural, a noção de loucura como patologia, a fim de concebê-la como processo de sofrimento mental.*

Outro conceito presente no referido objeto de estudo é o de Projeto ético-político (PEP) do Serviço Social. O objeto sobre o qual incide a atuação do assistente social é a Questão Social, cujas expressões derivam das contradições fundamentais que existem entre as forças do capital e do trabalho, as quais promovem uma série de mazelas sociais, mas também o ingresso dos trabalhadores na cena política de luta por melhores condições de vida (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013). O Projeto ético-político do Serviço Social expressa a inflexão da categoria na atenção dada à Questão Social, não mais balizada num projeto confessional reajustador e anticapitalista romântico, mas num projeto que vislumbra possibilidades concretas de emancipação humana.

O projeto de uma profissão tem uma relação estreita com determinado projeto de sociedade (NETTO, 1999). No contexto do Serviço Social brasileiro, a partir das décadas de 1980 e 1990, a categoria construiu uma hegemonia crítica que balizou o projeto profissional em valores e princípios emancipatórios, cujo valor ético central é o da liberdade. O valor ético da liberdade não é concebido em termos universal-abstratos como imposto pela sociabilidade burguesa, mas é identificado pela categoria profissional como um princípio que sinaliza possibilidades de escolhas do ser social e direcionam para a construção de outra sociabilidade,

² Expressão de língua inglesa utilizada para referir-se ao complexo industrial farmacêutico.

³ As mudanças técnico-assistenciais no campo da Luta Antimanicomial foram significativas. As principais instituições, engendradas no bojo do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, representantes da lógica assistencial substitutiva são justamente as que constituem o contexto deste estudo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de natureza extra-hospitalar e multidisciplinar.

onde não haja exploração do homem pelo homem (BARROCO, 2010; BONETTI et al, 1998). Nesse sentido, *além do valor ético central da liberdade, o Projeto Ético-Político do Serviço Social calca-se em valores emancipatórios como: democracia, pluralismo, cidadania ampliada e defesa dos direitos humanos.*

A laicidade é um princípio moderno que também se encontra no horizonte de defesa do PEP profissional. Trata-se de um conceito que possui dois sentidos, o associado à exclusão da religião do espaço público e o de neutralidade do Estado diante das expressões religiosas, ou da ausência delas (RANQUETAT JR., 2008). Entretanto, há que se diferenciar laicidade de laicismo e/ou laicização, “[...] forma agressiva, combativa de laicidade que procura eliminar, extirpar a religião da vida social” (RANQUETAT JR., 2008, p. 11); processo desenvolvido por segmentos liberais em diferentes contextos sócio-históricos. A manifestação religiosa de usuários de um CAPS estaria ferindo ou dialogando com a laicidade? Existem dificuldades de profissionais do Serviço Social lidarem com a religiosidade de usuários? Essas dificuldades, se é que existem, estariam mais relacionadas a um compromisso com a laicidade, no seu sentido de exclusão da religião do espaço público, ou a resquícios de um laicismo herdados de uma perspectiva teórico-metodológica atea e materialista?

Assim sendo, o objeto do presente estudo procura relacionar estes elementos – religiosidade, (des)patologização da vida, Projeto ético-político do Serviço Social e seus valores intrínsecos – nos contornos do exercício profissional de assistentes sociais vinculados aos CAPS.

A justificativa pessoal para a presente digressão temática surge a partir de minha experiência no campo de estágio obrigatório da graduação em Serviço Social (UFRB/CAHL)⁴ no CAPS I de Cruz das Almas/BA. A aproximação com o referido campo desembocou em dois trabalhos que atestam minha aproximação teórica, afetiva e ético-política em relação à temática da Saúde Mental, a saber: um relato de experiência resultante do estágio obrigatório, publicado na Revista de Extensão da UFRB (SANTOS; MAGALHÃES, 2016) e um Trabalho de Conclusão de Curso (MAGALHÃES, 2017).

Pude perceber na experiência de estágio que a dimensão da religiosidade se configura elemento relevante para pessoas em tratamento em equipamentos da política de Saúde Mental, o que também constatei em minha pesquisa empírica de conclusão de curso (MAGALHÃES, 2017). Restava analisar, para além da perspectiva dos usuários, as considerações dos

⁴ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/Centro de Artes, Humanidades e Letras.

assistentes sociais, trabalhadores da Saúde Mental, sobre a relevância da religiosidade de pessoas em tratamento em equipamentos da política de Saúde Mental.

As inquietações derivadas de minha tímida experiência no campo da Saúde Mental, que envolviam o intercurso entre as temáticas da religiosidade, Saúde Mental e Serviço Social, me aproximaram de uma literatura ainda inexpressiva, mas que direcionava para a relevância deste empreendimento teórico.

Foram encontrados dois trabalhos no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)⁵ que propunham um diálogo temático entre a religião e a Saúde Mental no contexto da pesquisa em Serviço Social, elaborados por Bernardo (2007) e Silva (2018).

A dissertação de Bernardo (2007), intitulada “*Aventuras do assistente social: uma abordagem sobre o desafio da prática profissional frente ao gênero e a religião nos tratamentos para usuários de drogas*”, pretendeu “[identificar as] complexas relações estabelecidas no cotidiano profissional dos assistentes sociais frente as [sic.] questões de gênero e religião, presentes ou não em seus espaços de atuação” (BERNARDO, 2007, p. 140).

Partindo do problema derivado da exposição desse objetivo geral, a autora apresenta duas hipóteses. A primeira é a de que “[...] a escassez de produção teórica sobre a temática não sugere uma ausência de profissionais inseridos em tal contexto de atuação [instituições com influências religiosas], mas sim uma fragilidade e/ou insegurança desses profissionais para sistematização de suas práticas” (BERNARDO, 2007, p. 184); e a segunda é a de que “[...] a religiosidade presente em algumas instituições tende a influenciar a intervenção do assistente social, contribuindo para o desenvolvimento de práticas conservadoras no interior da profissão” (BERNARDO, 2007, p.190). A autora propôs entrevistar quatro assistentes sociais vinculados a quatro instituições do estado do Rio de Janeiro que ofereciam tratamento às pessoas dependentes do uso de álcool e outras drogas, sendo duas instituições com sistema de internação e de natureza religiosa e duas de caráter ambulatorial e laico.

⁵ Os filtros utilizados para as buscas no catálogo da CAPES foram: *palavras*: religião OR religiosidade OR espiritualidade; *mestrado e doutorado*; *grande área do conhecimento*: ciências sociais aplicadas; *área de conhecimento*: Serviço Social, Fundamentos do Serviço Social, Serviço Social Aplicado; *período*: 2006-2018 (optou-se em partir do ano de 2006 a fim de facilitar o acesso digital do material, uma vez que muitos programas não dispõem dos trabalhos online antes deste ano). O sistema retornou 892 resultados, dos quais, após análise flutuante dos títulos (menção dos termos de busca associados ao campo da saúde mental) e das informações sobre a vinculação do material com os Programas de Pós-graduação específicos em Serviço Social, chegou-se ao resultado de dois trabalhos, uma dissertação de mestrado (BERNARDO, 2007), defendida na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e uma tese de doutorado (SILVA, 2018), defendida na Universidade Federal do Rio de Janeiro, que relacionam o tema da religiosidade ao campo da saúde mental no contexto da pesquisa em Serviço Social.

As conclusões do trabalho seguiram na direção de visualizar a formação religiosa dos assistentes sociais e a natureza religiosa de algumas instituições de tratamento das pessoas dependentes do uso de álcool e outras drogas como elementos neutralizadores de uma criticidade profissional e problemáticos para uma atuação ético-política balizada no projeto profissional do Serviço Social.

A tese de Silva (2018), intitulada *“Espiritualidade/religiosidade e acolhimento de usuários de drogas: descrição das características, funcionamento e práticas religiosas em três instituições evangélicas no Rio de Janeiro”*, procurou “[...] descrever e analisar as características principais, dinâmica de funcionamento, práticas religiosas e outros dispositivos de tratamento e relações com o mundo externo de três instituições associadas a entidades religiosas” (SILVA, 2018, p. 92). Duas das instituições analisadas tinham a natureza típica das Comunidades Terapêuticas e uma funcionava de forma integrada a um consultório na rua, dispositivo da rede pública de atenção psicossocial.

Trata-se de um empreendimento original, uma vez que desvela a complexidade das Comunidades Terapêuticas, expondo sua diversidade e as possibilidades de, em instituições confessionais de atendimento a pessoas com problemas devido o uso de álcool e outras drogas, desempenharem um papel relevante na atenção em Saúde Mental, ideia polêmica para movimentos sociais vinculados a este campo.

Confirmou-se o dado de que muitas das Comunidades Terapêuticas estão associadas a graves violações dos direitos humanos, entretanto, constatou-se, também, que algumas delas, como no caso da terceira instituição confessional estudada pela autora, há possibilidades reais de:

- a) Diversificação de propostas e ausência de proselitismo religioso direto no contato com os usuários de drogas. b) Relativização da abstinência como modelo único. c) Flexibilização da exigência de internação de médio e longo prazo. d) Interação mais estreita com a rede de atenção psicossocial. e) Visão mais complexa e multidimensional do fenômeno do uso de drogas, e daí uma perspectiva mais Inter setorial da intervenção (SILVA, 2018, p.136).

O trabalho de Silva (2018) trata a religiosidade como um potencial elemento positivo no tratamento de pessoas com problemas devido o uso de álcool e outras drogas, concebendo religiosidade como algo mais amplo do que a observância a ritos e crenças religiosas institucionais, mas como fruto de uma relação afetiva entre os atores envolvidos no processo de acolhimento e tratamento, algo mais associado a valores de compaixão (espiritualidade).

Os trabalhos expostos expressam uma realidade complexa sobre a relação entre religiosidade e Saúde Mental no contexto da pesquisa em Serviço Social. Os estudos possuem

perspectivas teórico-metodológicas diferenciadas. Em Bernardo (2007) há uma aproximação ortodoxa com uma perspectiva teórico-metodológica do materialismo histórico e dialético de Karl Marx, enquanto que no trabalho de Silva (2018) fez-se um diálogo com a perspectiva interteórica, interparadigmática e interdisciplinar de Edgar Morin, o que não significa prescindir do método materialista e dialético, antes significa uma incorporação de contribuições teórico-metodológicas de outros campos do conhecimento, como tem sido divulgado por Vasconcelos (2002), orientador da referida autora, no contexto do Serviço Social brasileiro.

De um lado a religião está associada à catalisação de valores conservadores que incidem no exercício profissional do assistente social (BERNARDO, 2007), de outro, não desconsiderando o elemento supra-referido, a religiosidade é concebida como elemento positivo para o tratamento, desde que associada a Comunidades Terapêuticas signatárias dos direitos humanos (SILVA, 2018). Ademais, ambos os trabalhos fazem referência a um campo específico da Saúde Mental, o de atenção a pessoas com problemas devido o uso de álcool e outras drogas. A diferença de abordagens em relação à religiosidade tem relação com as perspectivas teórico-metodológicas assumidas pelas autoras?⁶

A presente dissertação propõe justamente uma aproximação da complexidade que está por trás desta temática, como expresso pela análise dos trabalhos de Bernardo (2007) e Silva (2018). Entretanto, buscamos ampliar a discussão sobre o raio de influência da religiosidade na Saúde Mental, superando o campo específico associado ao álcool e outras drogas e discutindo seus impactos sobre o sofrimento/Saúde Mental de uma forma geral, para que, a partir daí, possamos estudar os efeitos dessa realidade no contexto do Serviço Social brasileiro.

Ao sair do campo específico do Serviço Social a literatura mais abrangente da Saúde Mental retornou os seguintes dados sobre a influência da religiosidade⁷, como exposto no Quadro 1:

⁶ A hipótese de que a tradição marxista tem dificuldades com uma aproximação do campo religioso é desenvolvida por Vasconcelos (2019) em recente trabalho.

⁷ Revisão realizada no sistema de pesquisas do Google Acadêmico. Utilizaram-se os seguintes termos de busca: religiosidade OR religião OR espiritualidade AND saúde mental AND revisão. O sistema retornou, aproximadamente, 48.300 resultados, dos quais coletamos uma amostra de trabalhos de revisão que tratavam especificamente da relação entre saúde mental e religiosidade/espiritualidade. A opção pela escolha de apenas 5 artigos de revisão baseou-se numa abordagem de fechamento amostral por saturação teórica, à medida em que “[...] os dados obtidos passam a apresentar [...] uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 17).

Quadro 1 – Enquadramento de Revisões sistemáticas da literatura sobre as relações complexas entre a religiosidade e a Saúde Mental

Autores	Objetivo geral	Metodologia utilizada	Principais conclusões
Dalgalarrondo (2007)	Analisar criticamente a produção sobre a relação Saúde Mental e religião no Brasil.	Análise de pesquisas de relevância histórica e as investigações contemporâneas referentes às temáticas propostas - 34 trabalhos no total, desde final do século XIX até 2007.	A presença da dimensão religiosa, bem como a busca por alívio e significado, são expressivas no contexto do sofrimento psíquico.
Koenig (2007b)	Revisar as informações e a literatura que tratam da relação entre Saúde Mental e religiosidade, bem como das possibilidades de tratamento e efeitos que o envolvimento religioso catalisa.	Revisão da literatura; sem informação de período e quantitativo de trabalhos analisados.	Nem toda experiência religiosa no contexto da Saúde Mental tem impacto negativo, portanto os clínicos devem compreender a complexidade em torno dos papéis positivos e negativos da religião.
Stroppa e Almeida (2009)	Revisar a literatura sobre a relação do Transtorno Bipolar de Humor (TBH) com a Religiosidade/Espiritualidade.	Revisão de literatura nas bases de dados PubMed e PsychINFO - 122 trabalhos no total, entre 1957-2008.	Evidências mostram maior envolvimento religioso entre pessoas com TBH. Estratégias terapêuticas que considerem a religiosidade podem se constituir como forma auxiliar de tratamento.
Murakami e Campos (2012)	Analisar numa perspectiva integrativa os estudos que apresentam uma interface dialógica entre a Saúde Mental e a religiosidade.	Revisão integrativa de literatura por meio de livros e em bases de dados (Lilacs, Bdenf e biblioteca eletrônica SciELO) - 13 trabalhos no total, entre 2000-2010.	A religiosidade é uma dimensão da vida humana que geralmente se relaciona à boa Saúde Mental e à qualidade de vida.
Porto e Reis (2013)	Analisar publicações relacionadas à convergência entre os temas da religiosidade e Saúde Mental no Brasil.	Revisão integrativa de literatura nas bases de dados Bdenf e Lilacs - 19 trabalhos no total, entre 2001-2012.	A religiosidade assume papel positivo no âmbito da Saúde Mental, pois contribui para o enfrentamento de adversidades, fornece qualidade de vida e possibilita a construção de sentido. ⁸

Fonte: Revisão de literatura realizada pelo autor.

⁸ O trabalho de Porto e Reis (2013) e Murakami e Campos (2012) são muito parecidos, uma vez que fazem uma revisão integrativa em bases de dados e períodos semelhantes. Nesse sentido, os resultados convergentes não impressionam.

Na literatura exposta no Quadro 1 a religiosidade assume contornos mais amplos do que aqueles restritos apenas ao campo da atenção a pessoas com problemas devido o uso de álcool e outras drogas. A religiosidade dos usuários não só é vista como elemento positivo no contexto do sofrimento mental (MURAKAMI; CAMPOS, 2012; PORTO; REIS, 2013; KOENIG, 2007b), como também é associada a possibilidades de tratamento complementar (KOENIG, 2007b; STROPPA; ALMEIDA, 2016). Ademais, ainda que se tenham dificuldades em tratar a religiosidade como elemento positivo para a Saúde Mental é inegável o fato de que a presença da dimensão religiosa, bem como a busca por alívio e significado da existência, são expressivas no contexto do sofrimento psíquico (DALGALARRONDO, 2007).

De que forma os assistentes sociais que trabalham junto à política de Saúde Mental lidam com essa realidade exposta pela literatura, isto é, a de constatação da religiosidade como uma dimensão relevante no contexto de vivência do sofrimento/Saúde Mental? Os profissionais associam essa dimensão ao conservadorismo ou a um direito humano fundamental? É no bojo dessa problematização teórica que propusemos a seguinte questão norteadora para o presente estudo: *Como os assistentes sociais consideram a religiosidade de pessoas em tratamento em equipamentos da política de Saúde Mental no contexto da (des)patologização da vida e do Projeto ético-político do Serviço Social?*

Esta indagação possui três ramificações que direcionarão a estrutura de exposição dos resultados da pesquisa, a saber: Como os assistentes sociais concebem a loucura e seu tratamento? Como os assistentes sociais concebem a religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS? Existem relações de diálogo e convergência entre as considerações dos assistentes sociais – sobre a loucura, tratamento e a religiosidade – e o Projeto ético-político do Serviço Social?

Na direção do problema de pesquisa proposto o objetivo geral deste estudo foi: *analisar as considerações de assistentes sociais sobre a religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS no contexto da (des)patologização da vida e do Projeto ético-político do Serviço Social*. Os objetivos específicos são: 1) Caracterizar o perfil dos assistentes sociais; 2) Analisar a concepção dos assistentes sociais sobre a loucura e tratamento; 3) Analisar a concepção de assistentes sociais sobre a religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS; e 4) Analisar as possibilidades de relação entre as considerações dos assistentes sociais – sobre a loucura, tratamento e religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS – e o Projeto ético-político do Serviço Social.

Defendemos a hipótese de que *os assistentes sociais, apesar de serem religiosos, desconsideram a relevância da religiosidade das pessoas em tratamento nos CAPS como estratégia de despatologização da vida, de defesa do Estado laico e de diálogo com o Projeto ético-político do Serviço Social, pois recalam essa dimensão em virtude do histórico conservador que balizou⁹ as origens da profissão no Brasil, temendo uma reatualização do conservadorismo no exercício profissional.*

Estamos cientes de que a proposição destes problema e hipótese traz implicações ético-políticas que envolvem as seguintes dificuldades para o Serviço Social brasileiro: a) Supõe-se que tratar de uma temática que envolve a dimensão da religiosidade é fruto de uma tendência a um fragmentarismo pós-moderno e reencantador do mundo, o que é discrepante com o que se ampara o Projeto ético-político da profissão, que se funda numa perspectiva teórico-metodológica da teoria social crítica marxiana e da tradição marxista; b) Supõe-se que tratar de uma temática que envolve a relação da religiosidade com o Serviço Social é incorrer em reatualizações conservadoras no seio da profissão, o que é contraditório em relação ao segmento hegemônico, crítico e progressista da categoria profissional, que rompeu com um projeto de profissão balizado em perspectivas teóricas ajustadoras e adaptadoras; e c) Supõe-se que tratar de uma temática que envolve a relação da religiosidade, Serviço Social e Saúde Mental é comungar com práticas de violações de direitos as quais as Comunidades Terapêuticas de natureza religiosa – que atuam no campo da Saúde Mental – são signatárias, o que é absolutamente contraditório com o Projeto ético-político do Serviço Social, defensor intransigente dos direitos humanos.

Todavia, em resposta a estas pretensas dificuldades para a profissão, defendemos a relevância social deste estudo e sua coerente convergência com o Projeto ético-político do Serviço Social, na medida em que: a) Ao invés de legitimar narrativas fragmentadas e reencantadoras do mundo este trabalho resgata o rigor investigativo, a dimensão contraditória, dialética e complexa da realidade analisada; b) Permite a compreensão do paradoxo do fenômeno religioso, que é conservador e castrador em muitos sentidos, mas que também pode assumir formas emancipatórias, convergentes com o Projeto ético-político da profissão; e c) Possibilita uma disputa ideológica, com as Comunidades Terapêuticas religiosas, pela narrativa da dimensão da religiosidade no contexto da Saúde Mental, o que tem impactos

⁹ Apesar da tentativa de ruptura com o lastro conservador que balizou as origens da profissão, temos ciência de que ainda vigem tendências conservadoras no contexto do Serviço Social, disputando a direção do projeto profissional brasileiro.

positivos no processo de humanização em saúde e de fortalecimento do princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

1.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Tratamos o objeto deste estudo na perspectiva do materialismo histórico-dialético, identificando suas contradições internas e o movimento histórico que as engendrou, a fim de superarmos a realidade fenomênica expressa na singularidade das considerações dos assistentes sociais entrevistados. De antemão, afirmamos que a análise das considerações dos assistentes sociais levou em conta especificamente suas percepções, mas sem perder de vista a necessária crítica à expressão fenomênica por esses profissionais apresentada. A proposta foi a de fazer uma análise cujo ponto de partida fosse as considerações dos entrevistados, para que a partir daí fizéssemos mediações com a história e com as classes que a movimentam, dando concreticidade às representações dos profissionais entrevistados. Portanto, reiteramos nosso compromisso com o método marxiano e nossa crítica em relação às perspectivas teóricas que alijam as representações de processos de mediação com a história.

A pesquisa teve natureza empírica e abordagem qualitativa em função do objetivo de captar uma realidade subjetiva, isto é, que não poderia ser expressa ou medida quantitativamente, além de ter objetivo exploratório por se tratar de um estudo aproximativo, que não teve a pretensão de explicar todos os determinantes de um fenômeno, mas que pode contribuir para posteriores estudos mais aprofundados sobre a temática (GIL, 1999, LAVILLE; DIONNE, 1999).

O subtipo do estudo foi baseado em relatos orais ou depoimentos coletados de participantes com íntima relação com o objeto de pesquisa. Justificamos a utilização deste subtipo de estudo pelo fato de tratar-se de uma pesquisa que tinha por objeto uma temática não capilarizada no interior da profissão, o que demandou a coleta de relatos orais de profissionais expostos às problemáticas derivadas do presente objeto (QUEIROZ, 1987).

Foram utilizados dados secundários (fontes bibliográficas) e primários (fontes verbais). Para a coleta dos dados primários utilizamos o instrumento da entrevista semiestruturada. Justificamos a utilização da entrevista semiestruturada por se tratar de um recurso que possibilita a captação de realidades subjetivas e não quantificáveis que requerem um cuidado qualitativo (LAVILLE; DIONNE, 1999), além deste tipo de instrumento permitir, também, maior liberdade no processo de conversação que a entrevista relacionada a esta temática requer (BONI; QUARESMA, 2005).

Quanto aos dados secundários recorremos a revisões sistemáticas da literatura. As revisões foram realizadas no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES e no Google Acadêmico, a fim de verificar as produções sobre a relação entre as temáticas da religiosidade e Saúde Mental no contexto da pesquisa em Serviço Social. Ademais, também consultamos livros que permitiram um intercuro teórico entre os campos supra-referidos.

O roteiro de entrevista utilizado (Apêndice A) foi dividido em três partes. Na primeira parte propomos conhecer o perfil dos entrevistados (idade, gênero, formação, trabalho e religião). Na segunda parte a proposta foi a de fazer perguntas relacionadas ao contexto da (des)patologização da vida. Perquirimos os assistentes sociais sobre o conceito que eles tinham da loucura, a ideia que eles incorporavam sobre tratamento e como essas compreensões dialogavam com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Na última parte do roteiro de entrevista tratamos de questões relacionadas à religiosidade das pessoas em tratamento nos CAPS, também procurando estabelecer relações entre a religiosidade deste público e a defesa do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Aplicamos o roteiro de entrevista numa fase pré-teste, a fim de atestar se o conteúdo das perguntas responderia aos objetivos propostos na pesquisa. Não houve nenhuma mudança essencial do roteiro, apenas alguns incrementos e modificações na forma de enunciação da pergunta, como é possível constatar no Apêndice B.

Fizemos entrevistas com cinco assistentes sociais dos Centros de Atenção Psicossocial I de Cruz das Almas/BA, São Felipe, Sapeaçu, Conceição do Almeida e São Félix. O CAPS do município de Muritiba/BA, inicialmente inserido na proposta de pesquisa, foi excluído por não possuir profissional de Serviço Social no momento da coleta de dados.

Cada profissional entrevistado pertence a um CAPS I dos municípios citados. Fizemos o recorte de entrevistar os profissionais alocados nas instituições dos municípios limítrofes a Cruz das Almas/BA por uma questão de viabilidade para a pesquisa, não sendo viável um estudo mais amplo que englobasse instituições de outras cidades. O universo dos assistentes sociais a que se direcionou esta pesquisa foi aquele constituído pelos profissionais vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial dos municípios supra-referidos. Levando em consideração o porte dos CAPS – tipo I – nestes municípios e a tendência de alocação de apenas um assistente social, não trabalhamos numa perspectiva de amostragem. Todos os assistentes sociais vinculados aos CAPS dos cinco municípios foram entrevistados.

Propusemos desenvolver o estudo nestes municípios do Território do Recôncavo por uma questão de compromisso identitário. Apesar da naturalidade paulistana do pesquisador,

toda sua família é originária do Recôncavo Baiano, o que catalisa um comprometimento com o retorno e os impactos de sua pesquisa para com esta região.

Por tratar-se de um estudo que envolve a temática da religiosidade no contexto de municípios do Recôncavo Baiano cabe aqui uma justificativa sobre o motivo da ausência da cidade de Cachoeira no universo desta pesquisa; município de uma densidade cultural substantiva, sobretudo no que se referem à religiosidade de matriz africana e, como afirma Pierre Sanchis (2018), ao sincretismo, muito bem representado pela Irmandade da Boa Morte¹⁰. O critério de escolha dos municípios da pesquisa foi o de viabilidade e por este motivo propomos o estudo das cidades limítrofes a Cruz das Almas. Estabelecido este critério (municípios limítrofes a Cruz das Almas) a cidade de Cachoeira ficou de fora do estudo, ainda que fosse perfeitamente viável a coleta de dados nesta cidade. Entretanto, apesar da densidade religiosa neste município, penso ser relevante pesquisar sobre a influência da religiosidade noutras cidades do Recôncavo, as quais também possuem uma história cultural e religiosa significativa; o município de São Félix, cidade partícipe do contexto deste estudo, é um exemplo desta possibilidade.

Como recurso de interpretação dos dados coletados nas entrevistas semiestruturadas utilizamos a análise de conteúdo por categorização temática, a fim de “[...] descobrir os ‘núcleos de sentido’ que [compunham] a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição [significaram] alguma coisa para o objectivo [sic.] analítico escolhido” (BARDIN, 1979, p. 105 apud GOMES, 2009, p. 86-87). As categorias empíricas serviram de ponto de partida para uma digressão crítica, na medida em que foram relacionadas às categorias teóricas universais do referencial teórico marxiano e marxista.

No que se referem aos aspectos éticos da pesquisa resguardamos os participantes do estudo por meio da providência dos seguintes documentos: Carta de autorização de pesquisa emitida pelas instituições (Minuta em Apêndice C) e utilização de Termos de Consentimento Livre (TCL) (Modelo em Apêndice D) devidamente assinado pelos assistentes sociais que foram entrevistados. O projeto passou pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS), que constatou consonância ética com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16 (nº do parecer: 3.209.960; CAAE: 07947819.3.0000.5546 – Anexo A).

A proposta desta pesquisa teve os seguintes riscos éticos: invasão de privacidade; interpretação equivocada do que os entrevistados pudessem dizer e utilização do tempo do

¹⁰ Confraria religiosa afro-católica brasileira.

participante ao responder a entrevista. Esses riscos éticos foram minimizados com as seguintes medidas: divulgação das transcrições das entrevistas para os depoentes, a fim de que confirmassem as informações prestadas, o que abriu possibilidades para a realização de edições¹¹; atenção a sinais de desconforto no momento da entrevista; garantia de respeito aos valores culturais, morais e religiosos dos depoentes e permissão de acesso aos resultados.

A identidade dos profissionais não foi divulgada neste estudo e todos os documentos referentes a esta pesquisa estão sendo guardados por um prazo de cinco anos.

Em razão do sigilo atribuído, foram escolhidos nomes de importantes figuras vinculadas à Saúde Mental, ao Serviço Social e à religiosidade libertária para identificar os sujeitos da pesquisa, campos que constituem o núcleo deste trabalho. Os entrevistados receberam os seguintes nomes: 1 – Franco Basaglia¹² (Psiquiatra italiano e uma das principais influências para as Reformas psiquiátricas italiana e brasileira); 2 – Nise da Silveira (Psiquiatra brasileira, reformadora das formas de tratamento da pessoa com sofrimento mental e criadora das oficinas terapêutico-expressivas; viabilizou a fruição artística do louco na imanência de um hospital psiquiátrico); 3 – D. Ivone Lara (Enfermeira, assistente social e sambista que compôs a equipe reformadora da Dra. Nise da Silveira no Centro Psiquiátrico Nacional D. Pedro II no estado do Rio de Janeiro); 4 – Lêda de Oliveira (Assistente social que compôs a equipe reformadora do Dr. Oswaldo Santos, importante divulgador da abordagem reformista das Comunidades Terapêuticas clássicas no Brasil) e 5 – Luiza Erundina (Assistente social e deputada federal pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL); importante símbolo da religiosidade libertária, posto que iniciou sua militância influenciada pela esquerda católica, pela Juventude Estudantil Católica (JEC) e pela Teologia da Libertação).

Além destes aspectos éticos mais relacionados à proteção dos participantes do estudo, há que se expor os elementos éticos associados ao rigor metodológico, necessidade requerida pela implicação do pesquisador com o campo da religiosidade. O pesquisador possui uma religiosidade ativa. É membro de uma comunidade protestante ecumênica, a Igreja Presbiteriana Unida, dissidência da Igreja Presbiteriana do Brasil à época da ditadura militar no país, período em que muitos de seus membros e liderança militaram contra o regime e, por

¹¹ Mandamos e-mails para os participantes, com a transcrição das entrevistas em arquivo anexado, informando sobre a possibilidade de edições dentro do prazo de uma semana, pois passando desse período daríamos prosseguimento ao estudo, a fim de cumprirmos o cronograma da pesquisa. Dos cinco profissionais entrevistados, nenhum realizou edições na transcrição das entrevistas e foram unânimes na autorização da utilização dos dados contidos nos relatos.

¹² Utilizamos a referência de Franco Basaglia em nosso trabalho tanto para identificar um participante da pesquisa, quanto para expor o pensamento teórico e ético-político do psiquiatra italiano. Desse modo, após menção do nome do pensador italiano, a fim de evitar quaisquer confusões, recorremos ao uso dos termos (autor/entrevistado), entre parêntesis, como forma de especificar e contextualizar as citações.

esse motivo, foram perseguidos. Trata-se de uma comunidade religiosa localizada no campo progressista, a qual tem assumido compromissos com os mais empobrecidos e em favor do Estado democrático de direito, sobretudo na atual conjuntura econômica, política e social.

Compreendemos que a pretensa neutralidade científica é falaciosa, uma vez que os fenômenos históricos e sociais têm caráter diferenciado dos fenômenos da natureza, portanto impossível de serem analisados de forma exógena, sem a implicação do sujeito no objeto de estudo. Entretanto, entendemos ser possível, em todo processo de pesquisa, vigiarmos a implicação pessoal do pesquisador, em seu nível psicoafetivo – “[...] ação subterrânea da subjetividade na elaboração e desenvolvimento de uma pesquisa” (BARBIER, 1985, p. 106 apud SILVA, 2018, p. 95) – com o presente objeto de estudo, vigilância que objetivamos considerando as seguintes medidas:

- a) Adoção de um ateísmo metodológico que, conforme Peter Berger (1985, p. 186 apud VASCONCELOS, 2019, p.52), nada mais é do que encarar a religião “[...] como projeção humana, baseada em infraestruturas específicas da história humana”; perspectiva que inviabiliza qualquer tentativa proselitista ou propagandista da religião e/ou da fé;
- b) Adoção de uma perspectiva materialista e dialética no desenvolvimento da pesquisa e na análise dos resultados, propondo uma aproximação deste objeto de forma a captar sua complexidade, rejeitando abordagens unilaterais, o que permitirá a compreensão dos aspectos positivos e negativos da religiosidade;
- c) Adoção de critérios rigorosos nos empreendimentos de revisão sistemática da literatura, como o filtro para a seleção de artigos científicos avaliados com Qualis CAPES A e B;
- d) Mediação dos resultados da análise de conteúdo à produção da comunidade científica.

Todas as entrevistas foram realizadas no mês de abril do ano de 2019¹³. Conseguimos contato com os profissionais sem muita dificuldade, pois, de forma geral, demonstraram estar disponíveis para o processo de entrevista, depois de um esforço nosso de expor a relevância social e os riscos e direitos éticos dos participantes. Apenas um participante solicitou acesso ao roteiro de perguntas com antecedência, o que foi viabilizado por tratar-se de um direito do entrevistado no processo de entrevista para realização de pesquisas.

¹³ Municípios e datas das entrevistas: Sapeaçu, em 03/04/19; Conceição do Almeida, em 04/04/19; São Félix, em 10/04/19; São Felipe, primeira visita 11/04/19, segunda visita 16/04/19; e Cruz das Almas, primeira visita 15/04/19, segunda visita 24/04/19.

Algumas condições adversas também ocorreram nesse processo de coleta de dados. As fortes chuvas do mês de abril danificaram uma instituição onde encontraria um participante do estudo, o que postergou a realização de nossa entrevista. Noutro caso, apesar de ter informações precisas sobre local e dias de trabalho de um profissional, não o encontrei na instituição no dia em que planejei fazer a visita institucional e estabelecer um primeiro contato, o que também acabou adiando a entrevista. Apesar destas situações adversas, na maioria dos casos os dados foram coletados em apenas um encontro com os participantes da pesquisa.

Faz-se necessário destacar, quanto à cidade de Muritiba, o sexto município inicialmente proposto e confirmado para a realização da pesquisa, que antes da realização das entrevistas entramos em contato com os responsáveis pelas instituições de Saúde Mental a fim de munirmo-nos de autorizações para realizarmos as entrevistas com os assistentes sociais. No dia 10 de janeiro de 2019 fiz o contato com a secretaria de saúde do município informando a natureza da pesquisa, a relevância social e os riscos éticos do estudo. No dia 30 de janeiro de 2019 foi emitida a declaração de aceite da pesquisa junto ao assistente social do CAPS. Entretanto, quando fomos a campo fazer contato com o profissional no dia 10 de abril de 2019 a recepcionista do CAPS informou que não havia assistente social na instituição. Um novo contato, no dia 22 de abril de 2019, dessa vez por telefone, foi feito com o CAPS a fim de procurar mais informações sobre a ausência do profissional. Falamos com a coordenação institucional que, depois de nossa insistência e reivindicação pelo direito à transparência do poder público, confirmou a informação de que estavam sem o profissional de Serviço Social na instituição. Ainda no dia 23 de abril mandamos um novo e-mail para a secretaria de saúde com solicitação de informação sobre a natureza da ausência do profissional na instituição, se por afastamento temporário ou definitivo, mas não recebemos retorno em tempo hábil para dar seguimento à pesquisa.

De forma geral, as entrevistas foram realizadas sem muitos problemas. Todas elas ocorreram em salas de atendimento dos próprios CAPS. Percebemos que nosso contato com os participantes do estudo, que durava em torno de 20 a 50 minutos, não atrapalhou a rotina de trabalho, apesar de algumas interrupções em função de demandas institucionais.

As entrevistas permitiram uma melhor aproximação das contradições que constituem a relação das temáticas do Serviço Social, da Saúde Mental e da religiosidade. Um acontecimento de uma das visitas para a realização das entrevistas é emblemático e ilustra bem a contradição e complexidade que envolvem este tema:

Cheguei ao CAPS às 09h da manhã. O portão da instituição estava fechado. Bati palmas e logo um funcionário do CAPS veio abrir o portão. Deparei-me com uma roda de conversa entre usuários, familiares e profissionais (assistente social, coordenadora da instituição, psicóloga e técnica de enfermagem). Havia uma estrutura montada para intervenção artística de um cantor que estava com um violão. Após breves orientações das profissionais sobre cuidados em Saúde Mental, o rapaz que iria cantar, aparentemente religioso, pediu para nos concentrarmos para rezarmos; rezamos o Pai-nosso, em seguida a Ave-Maria. Depois do momento de oração o cantor tocou duas músicas religiosas (Como Zaqueu e Noites traiçoeiras), antes da terceira canção eu e a assistente social saímos para a realização da entrevista. No momento da entrevista, quase que não reconheci aquela profissional que cantava louvores religiosos e rezava com os usuários, pois tinha uma perspectiva profundamente negativa em relação à religiosidade no contexto da Saúde Mental (*Anotações de impressões pessoais dos processos de visitas e entrevistas*).

Se esta experiência contraditória fosse o objeto de Vinicius de Moraes (2010, p. 183) em *Dialética*¹⁴, teria expressado: “É claro que a [religiosidade] é boa e a [experiência de fé], a única indizível emoção [...] Mas acontece que sou [cético]...”. Esse acontecimento emblemático, se não nos viabiliza o riso, ao menos exprime uma realidade contraditória do exercício profissional que merece ser analisada.

Para além da ideia do ceticismo da profissional, há nessa experiência outra possibilidade de interpretação da atitude, aparentemente contraditória, da assistente social. A profissional estaria, em sua atitude passiva diante das expressões de religiosidade – rezas e canções religiosas, ainda que já incorporadas pela cultura da sociedade brasileira – violentando o Estado laico, ou legitimando-o, à medida que não interfere na espontaneidade religiosa dos atores da referida cena? Proselitismo ou Laicidade? Eis alguns elementos em torno da presente discussão temática.

Antes de mergulharmos na complexidade deste objeto é necessário discorrer sobre o contexto deste estudo e o perfil de seus participantes.

1.2 CONTEXTO E PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os cinco municípios que contextualizam o presente estudo pertencem ao Território de Identidade do Recôncavo da Bahia. De acordo com a Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN), os 27 Territórios de Identidade foram reconhecidos a partir da identificação de particularidades locais, o que possibilitou adequar as propostas de desenvolvimento sustentável às especificidades territoriais do estado (SEPLAN, 2019).

¹⁴ Disse o poeta: “É claro que a vida é boa e a alegria, a única indizível emoção [...] Mas acontece que sou triste...” (MORAES, 2010, p.183).

O Território de Identidade do Recôncavo é composto por 19 municípios. Trata-se de um território urbanizado, apesar de possuir média inferior à urbanização do estado, com uma população em torno de 550.000 habitantes, conforme indica a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI) (SEI, 2016). O Produto Interno Bruto (PIB) deste território representou, em 2013, cerca de 3% do PIB do estado, além de também ter apresentado um PIB *per capita* de R\$ 10.766,75 (dez mil, setecentos e sessenta e seis reais e setenta e cinco centavos), número menor que o da Bahia (SEI, 2016). O rendimento médio das pessoas ocupadas no Recôncavo, conforme dados de 2010 apresentados pela SEI (2016), era de R\$ 686,63 (seiscentos e oitenta e seis reais e sessenta e três centavos), enquanto que o da Bahia era de R\$ 901,85 (novecentos e um reais e oitenta e cinco centavos), o que representa menos de um salário mínimo. Em 2014, apenas 3% do estoque de vagas de trabalho disponíveis no contexto estadual estava no Recôncavo (SEI, 2016). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no Recôncavo aumentou entre o período de 1991-2010, passando de 0,240 para 0,581 nesses 20 anos, apesar de ser um aumento menor que o do estado. A concentração de renda no Território do Recôncavo ficou estagnada, como mostrou o dado do Coeficiente de Gini no período de 2000-2010, registrando 0,569, número que não acompanhou a redução da desigualdade que houve no quadro da Bahia (SEI, 2016).

No que se referem aos aspectos culturais do Território de Identidade do Recôncavo da Bahia é relevante destacar algumas significativas características históricas desta região, que rememoram os tempos de colonização. Os períodos dos ciclos da cana-de-açúcar, da escravização e da indústria fumageira engendraram patrimônios arquitetônicos (Imperial Ponte Dom Pedro II em Cachoeira), festas populares (Bembé do Mercado em Santo Amaro da Purificação e o Carnaval de Maragogipe), religiosas (Festa da Boa Morte em Cachoeira) e a resistência de comunidades tradicionais – como as mais de 40 comunidades quilombolas do território – que dão densidade aos aspectos culturais desta localidade (SEI, 2016).

Tratando especificamente dos quatro municípios circunvizinhos a Cruz das Almas (Sapeaçu, São Félix, São Felipe e Conceição do Almeida) os dados revelam certa homogeneidade. Apresentam um dado semelhante no que se refere à população, estimada em torno de 14.000 a 20.000 habitantes, conforme dados de 2018 (IBGE, 2019b). A média do percentual da população ocupada dos municípios circunvizinhos a Cruz das Almas é de 9,2% e a média de salário mensal dos trabalhadores formais é de 1,5 salários mínimos (IBGE, 2019b). Conforme dados de 2016 a média do PIB *per capita* dos quatro municípios suprarreferidos é de R\$ 9.521,007, enquanto que a média do IDH, de acordo com dados de 2010, é de 0,618 (IBGE, 2019b).

Os dados referentes a Cruz das Almas destoam dos de sua circunvizinhança. A população está estimada em torno de 60.000 habitantes, o percentual de pessoas ocupadas é de 19%, e o salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 2,5 salários mínimos. Apresenta PIB *per capita* de R\$14.897,85 e IDH de 0,699 (IBGE, 2019b).

Outro dado que mostra a diferença entre o município de Cruz das Almas e sua circunvizinhança é o do percentual da população com rendimento nominal mensal *per capita* de até 1/2 salário mínimo. Em Cruz das Almas esse percentual está abaixo dos outros municípios (41,4%), conforme dados de 2010, enquanto que a média de sua circunvizinhança (composta pelos municípios deste estudo) apresenta a percentagem de 52,15% (IBGE, 2019b).

Ainda que os cinco municípios estejam no mesmo bojo contextual do presente estudo é necessário destacar que a circunvizinhança e o município de Cruz das Almas apresentam dados diferenciados, sendo este último uma referência econômica e social para as outras cidades.

Apesar da forte herança cultural de matriz africana que se apresenta no Território de Identidade do Recôncavo (SEI, 2016) os dados, do ano de 2010, dos municípios que contextualizam este estudo revelam quase nenhuma incidência de religiosidade de matriz africana em relação à população residente por religião. As médias percentuais das religiões mais professadas nestes cinco municípios são: Catolicismo Apostólico Romano com 73,18%, seguido das religiões Evangélicas com 12,91% e do Espiritismo com 0,54% (IBGE, 2019b).

Teixeira e Menezes (2011) apontaram tendências que o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000 já sinalizava, a saber: a diminuição do número de católicos e o aumento de evangélicos e sem-religião no Brasil, tendências comprovadas no Censo de 2010. Não obstante o aumento significativo dos sem-religião – o que não significa ausência de espiritualidade (SANCHIS, 2018) – a hegemonia religiosa do Brasil, como afirma Pierucci (2011), continua sendo cristã e estagna nos arraiais do catolicismo, religiões evangélicas e espiritismo, a despeito dos discursos sobre a diversidade religiosa do país.

As religiões de matriz africana, contrapondo-se às tendências expressas no Censo de 2000, mostraram crescimento de 12,5% (TEIXEIRA, 2013), entretanto, no caso específico do Território de Identidade do Recôncavo e dos municípios do presente estudo é possível inferir que a ausente profissão de fé dos adeptos das religiões de matrizes africanas nos dados do IBGE expressa, de um lado, a ressonância dos processos de racismo religioso que esse público vem sofrendo, sobretudo no contexto das mídias de comunicação monopolizadas por

segmentos evangélicos neopentecostais¹⁵ (SILVA, 2015), profundamente desrespeitosos e violentos em relação à religiosidade de matriz africana, e de outro a natureza sincrética de segmentos da religiosidade afro-brasileira, a qual influencia declarações de pertencimento às religiosidades mais aceitas socialmente, como o catolicismo e o espiritismo (PRANDI, 2003).

Além desses dados econômicos e culturais ainda é relevante expor outros sobre os aspectos sociais que rebatem diretamente na incidência de sofrimento mental da população baiana. O número anual de homicídios na Bahia em 2000 era de 1.242, número que subiu substantivamente no ano de 2017 para 7.487, um crescimento de mais de 500% (IPEA, 2019a). Trata-se de um dado associado a indicadores da Saúde Mental, sobretudo em relação à incidência de estresse pós-traumático, ansiedade, fobias e pânico (VASCONCELOS, 2019). De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) Contínua, no trimestre de abril-maio-junho a taxa de desocupação era de 17,3%, 5% maior que a taxa nacional referente ao mesmo trimestre (PNAD, 2019); dado também relacionado à produção extrínseca de sofrimento mental.

Outras informações relevantes são os indicadores de saúde. No ano de 2017, o estado da Bahia apresentou um número de 603 suicídios, número que triplicou em relação aos 202 suicídios do ano 2000 (IPEA, 2019b). Conforme dados do TABNET/DATASUS, em 2017, morreram 923 pessoas no estado da Bahia por ocorrência de Transtornos mentais e comportamentais, o que inclui os derivados do uso de álcool e outras drogas; número que cresceu 233% em relação ao ano 2000 (DATASUS, 2019). No contexto dos municípios deste estudo foram registradas dez mortes referentes a Transtornos mentais e comportamentais no ano de 2017 (cinco em Cruz das Almas, três em Sapeaçu e duas em Conceição do Almeida), número de mortes que triplicou em relação ao ano 2000, que registrou apenas três mortes em Sapeaçu (DATASUS, 2019). É possível perceber, portanto, que, dadas as características do desenvolvimento do capitalismo contemporâneo em seu estágio neoliberal, promotor de desemprego e violência urbana, há um impacto negativo dessa forma de organização social na subjetividade da população baiana, uma vez que se observa o aumento do número de suicídios e outras mortes associadas a Transtornos mentais e comportamentais.

É no pano de fundo social, econômico e cultural destes cinco municípios onde estão localizados os CAPS que compõem o quadro do presente estudo.

¹⁵ “[Os neopentecostais] caracterizam-se por enfatizar a guerra espiritual contra o Diabo e seus representantes na terra, por pregar a Teologia da Prosperidade, difusora da crença de que o cristão deve ser próspero, saudável, feliz e vitorioso em seus empreendimentos terrenos, e por rejeitar usos e costumes de santidade pentecostais, tradicionais símbolos de conversão e pertencimento ao pentecostalismo” (MARIANO, 2004, p. 123-124).

O modelo dos CAPS foi influenciado pelos processos de Reforma Psiquiátrica do cenário mundial, sobretudo a italiana, que propunham um rompimento com o modelo asilar e manicomial dos hospitais psiquiátricos no contexto de atenção em Saúde Mental (AMARANTE, 1997). A proposta de criação de uma instituição que aliasse o cuidado em Saúde Mental ao resgate da cidadania do louco se capilarizou no Brasil a partir da década de 1990. Foi justamente no final da década de 1980 e início de 1990 que emergiu na cena política o Movimento da Luta Antimanicomial, um desdobramento do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Esses atores contribuíram significativamente para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e, concomitante a este processo, para a expansão de vagas em instituições extra-hospitalares (VASCONCELOS, 2010). A Portaria n.º 224/92 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c) que regulamentou normas para os serviços de saúde extra-hospitalares foi fruto dessa atividade política efervescente dos movimentos sociais. Entretanto, é apenas com a aprovação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2004c) – conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica – reorientadora da assistência psiquiátrica e fomentadora da substituição de hospitais com características manicomiais por instituições de atenção psicossocial, que se abriu espaço para a implementação da Portaria do Ministério da Saúde GM 336/2002 (BRASIL, 2004c), onde as diretrizes para o funcionamento dos CAPS são estabelecidas.

Conforme a Portaria GM 336/2002 (BRASIL, 2004c) os CAPS são serviços categorizados por porte e clientela e por isso recebem variadas denominações: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. O Quadro abaixo expõe as principais características de cada tipo de CAPS:

Quadro 2 – Tipos de CAPS por porte e clientela

Tipo de CAPS	Porte	Clientela
CAPS I	População entre 20.000 e 70.000 habitantes.	Atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS II	População entre 70.000 e 200.000 habitantes.	Atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS III	População acima de 200.000 habitantes.	Atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS i	População acima de 200.000 habitantes.	Para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Tipo de CAPS	Porte	Clientela
CAPS ad	População acima de 100.000 habitantes.	Para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Fonte: BRASIL, 2004a, p. 19, 22.

É justamente em função dessas diretrizes, as quais estabelecem os tipos de CAPS de acordo com o porte e clientela, que os municípios do presente estudo possuem apenas a condição de porte para o CAPS de tipo I.

Estas instituições de natureza descentralizada e que obedecem a princípios territoriais representaram mudanças positivas na atenção em Saúde Mental, na medida em que o tratamento é aproximado da comunidade, permitindo um cuidado psicossocial em liberdade que abrange a família e a sociedade no processo de inclusão social do louco. Ademais, a ênfase na dimensão da cidadania no tratamento, um dos elementos herdados da Reforma Psiquiátrica italiana, é uma característica central do modelo CAPS no Brasil. Esta estreita relação entre o projeto de viabilização da cidadania como estratégia terapêutica e o modelo CAPS sugere, em nossa perspectiva, a presença do assistente social como um dos profissionais indispensáveis para a atenção em Saúde Mental.

Exposto o contexto territorial e social do estudo resta analisar o perfil dos participantes da pesquisa, dado sistematizado no Quadro 3:

Quadro 3 – Perfil dos participantes da pesquisa

Participante	Idade	Gênero	Orientação sexual	Religião/ Frequência por mês	
Lêda de Oliveira	35 anos	Mulher	Heterossexual	Católica	Sem frequência
Franco Basaglia (entrevistado)	28 anos	Homem	Heterossexual	Sem religião/Possui religiosidade não institucional	Não se aplica
D. Ivone Lara	45 anos	Mulher	Heterossexual	Católica	4 vezes ao mês
Luiza Erundina	36 anos	Mulher	Heterossexual	Católica simpatizante do espiritismo	1 vez (referente à igreja católica; não frequenta a religião espírita)

Participante	Idade	Gênero	Orientação sexual	Religião/ Frequência por mês	
Nise da Silveira	39 anos	Mulher	Heterossexual	Espírita	8 vezes ao mês

Fonte: Entrevista semiestrutura realizada pelo autor.

Os dados sobre o perfil dos entrevistados expressaram a insistente hegemonia feminina no seio da profissão, realidade não restrita ao contexto do exercício profissional no CAPS, mas que se capilariza em todos os espaços sócio-ocupacionais (IAMAMOTO, 2009a). Trata-se de quatro mulheres e um homem, três pessoas na faixa etária de 35 a 39 anos, uma na faixa etária de 25 a 29 anos e uma na faixa etária de 45 a 49 anos, todos/as heterossexuais¹⁶.

No que concerne ao perfil religioso, três assistentes sociais declararam-se da religião católica, apesar de um/a desses/as, a despeito de sua religiosidade, ter manifestado simpatia ao espiritismo ao afirmar: “[...] estou em crise, porque eu estou querendo entender o espiritismo depois que passei aqui para o CAPS” (Luiza Erundina). Houve uma autodeclaração como espírita, e uma pessoa afirmou não possuir religião, apesar de ter deixado clara a sua fé na transcendência, ou seja, sua religiosidade não institucional: “Botei [respondi] que eu não tenho religião [...] Eu respeito tudo, inclusive o ateu: ele escolheu ser ateu, tem seus motivos e ponto. Agora eu tenho a minha fé em Deus” (Franco Basaglia-entrevistado). Dentre os/as (3) católicos/as, um/a afirmou não estar frequentando a igreja, outro/a declarou que frequenta a instituição, grosso modo, uma vez ao mês, enquanto que o/a outro/a profissional disse participar das missas uma vez por semana (quatro vezes ao mês). O/a profissional espírita declarou participar das reuniões religiosas duas vezes por semana (oito vezes ao mês).

É importante ressaltar três aspectos referentes a estes dados sobre o perfil religioso dos profissionais entrevistados: 1 – A flexibilidade da religiosidade dos/as católicos/as; 2 – O compromisso frequencial do/a espírita e 3 – A ausência de profissionais evangélicos.

Dentre os/as católicos/as é possível captar a flexibilidade de sua religiosidade, na medida em que, concomitante a autodeclaração religiosa, há uma abertura para simpatizar com outra forma de religiosidade, além de também existir uma diversidade de possibilidades de frequência à instituição religiosa – quatro vezes ao mês, uma única vez ao mês, ou até

¹⁶ O dado sobre a orientação sexual dos participantes da pesquisa não é uma informação irrelevante no contexto do presente objeto de estudo. O propósito com essa questão no roteiro de entrevista foi o de analisar possíveis conflitos a partir do cruzamento de dados entre orientação sexual e consideração sobre religiosidade na saúde mental. A comunidade LGBT sofreu inúmeros ataques de segmentos religiosos fundamentalistas nos últimos anos, a proposta aqui foi a de tentar inferir se essas questões interferiam nas considerações dos assistentes sociais sobre a relevância da religiosidade na saúde mental.

mesmo a não frequência, o que não anula, na perspectiva do/a profissional entrevistado/a, sua identidade católica.

Diferentemente da religiosidade dos/as católicos/as, a religiosidade do/a espírita se expressou num maior compromisso frequencial em relação às reuniões religiosas, o que demonstra a importância dessa atividade espiritual na vida cotidiana – duas vezes por semana – deste/a assistente social.

Ainda sobre o perfil religioso dos/as entrevistados/as chama atenção a ausência de profissionais da religião evangélica, segunda expressão religiosa mais incidente tanto nos municípios que contextualizam esse estudo, como no Brasil¹⁷. Essa ausência não é especificidade do Serviço Social, pois Iamamoto (2009a) em análise de dados do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (2005) expõe o perfil religioso dos assistentes sociais que segue as tendências expostas pelo Censo do IBGE de 2010, católicos (67,65%), protestantes (12,69%) e espíritas (9,83%)¹⁸. A ausência de evangélicos, portanto, é expressão de uma opção de pesquisa que não trabalhasse numa perspectiva de amostragem, o que inviabilizaria este estudo, ao passo em que seria necessário mapear os/as assistentes sociais com essas características religiosas predefinidas, extrapolando, certamente, o contexto do Território do Recôncavo e o tempo de pesquisa para uma dissertação de mestrado.

Os participantes do estudo manifestaram o seguinte perfil de formação, conforme Quadro 4:

Quadro 4 – Perfil dos participantes da pesquisa sobre formação

Participante	Conclusão da graduação	IES de conclusão/Privada ou pública/Presencial ou EaD/Local	Outra formação	Pós-graduação
Lêda de Oliveira	2009	Faculdade Vasco da Gama, Privada, Presencial, Salvador/BA.	Técnico em enfermagem	Especializações em: Trabalho com famílias e comunidades; Saúde mental com ênfase em dependência química.

¹⁷ De acordo com o Censo 2010 do IBGE (2019a), os católicos ainda são maioria (64,6%), seguidos dos evangélicos (22,2%), sem-religião (8%) e dos espíritas e afro-brasileiros (2,02%).

¹⁸ Exceto pelo fato de que o número de sem-religião (8%) no Censo de 2010 é maior que o número de espíritas (2,02%) (IBGE, 2019a), o que não ocorre no contexto específico do Serviço Social, que apresenta a incidência de sem-religião na ordem de (7,92%), portanto número menor que o dos espíritas (9,83%).

Participante	Conclusão da graduação	IES de conclusão/Privada ou pública/Presencial ou EaD/Local	Outra formação	Pós-graduação
Franco Basaglia (entrevistado)	2016	UNOPAR, Privada, EaD, Cruz das Almas/BA.	Não	Concluindo especialização em Saúde Mental e outra em LIBRAS.
D. Ivone Lara	2007	Faculdade Nobre, Privada, Presencial, Feira de Santana/BA.	Não	Especialização em Gestão social de pessoas.
Luiza Erundina	2006	Faculdade Nobre, Privada, Presencial, Feira de Santana/BA.	Não	Especialização em Saúde coletiva.
Nise da Silveira	2001	Universidade Católica de Salvador, Privada, Presencial, Salvador/BA.	Graduanda em Direito	Especilizações em: Família; Terapia Comunitária e Terapia de casal e individual.

Fonte: Entrevista semiestrutura realizada pelo autor.

No que diz respeito à formação são oriundos de instituições privadas, sendo quatro pessoas provenientes de curso na modalidade presencial (Faculdade Vasco da Gama, Faculdade Nobre e Universidade Católica de Salvador) e uma de Ensino a distância (EAD) (Universidade Norte do Paraná – UNOPAR), todas as instituições localizadas no estado da Bahia, nas cidades de Feira de Santana, Salvador e Cruz das Almas.

Uma vez que os participantes do estudo possuem formação profissional privada é necessário que se contextualize as considerações dos assistentes sociais entrevistados às problemáticas desta natureza de ensino, destacando as dificuldades e limitações, de parte das instituições privadas, nas dimensões de pesquisa, extensão, vivência política universitária e aderência ao projeto de formação profissional proposto pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), a qual, a despeito do grande contingente de matrículas de graduação no setor privado, conta apenas com a filiação de 25% de Instituições de Ensino Superior (IES) (ABREU, 2016).

Outro aspecto da formação dos profissionais entrevistados é que um/a assistente social possui, além de sua graduação, uma formação técnica em enfermagem e outro/a está cursando a graduação em direito. Ademais, todos/as têm ou estão em processo de especialização. As especializações cursadas pelos entrevistados são diversas: Saúde Mental; Saúde Mental com ênfase em dependência química; Trabalho com famílias e comunidades; Família; Terapia

comunitária; Terapia de casal e individual; Saúde Coletiva; LIBRAS e Gestão Social de Pessoas. Trata-se de um público que se interessa pela qualificação profissional, sobretudo no espectro da saúde e Saúde Mental, o que expressa uma diferença com relação aos dados do CFESS de 2005, onde mais de 50% dos profissionais de Serviço Social do Brasil tinham apenas a graduação (IAMAMOTO, 2009a), número que obviamente já deve ter mudado significativamente.

Em relação às informações de trabalho, os participantes do estudo manifestaram os seguintes dados, como exposto no Quadro 5:

Quadro 5 – Perfil dos participantes da pesquisa sobre trabalho

Participante	Mais de um vínculo/áreas	Experiência/áreas	Tempo de CAPS	Forma de admissão	Vínculo	C.H	Salário
Lêda de Oliveira	Não	Assistência social, saúde e educação.	7-8 anos	Envolvimento político	Contratual	30	R\$ 1.600
Franco Basaglia (entrevistado)	Sim/Outra área	Apenas Saúde Mental.	1 ano	Envolvimento político	Contratual	20	R\$ 1.000
D. Ivone Lara	Sim/Secretaria de assistência social.	Assistência social e saúde.	6 anos	Concurso público	Estatutário	30	> R\$2.000
Luiza Erundina	Não	Assistência social, meio ambiente/ agricultura e docência.	2 anos	Concurso público	Estatutário	20	R\$ 1.700
Nise da Silveira	Sim/Assessora técnica da Política de Assistência Social.	Assistência social e saúde.	2 anos	Convite, não menciona o envolvimento político	Contratual	20	R\$ 1.500

Fonte: Entrevista semiestrutura realizada pelo autor.

Relativamente às informações do perfil dos participantes da pesquisa sobre trabalho, três afirmaram possuir vínculo empregatício contratual temporário, enquanto que os outros dois declararam ter vínculo estatutário. Conforme dados do CFESS (2005), essa não era a realidade profissional em nível macro¹⁹, pois a maioria dos assistentes sociais possuía vínculo estatutário (55,68%), seguido do vínculo celetista (27,24%) e contratual (9,41%). De três profissionais com vínculo contratual temporário, há duas menções ao envolvimento político como forma de admissão no espaço sócio-ocupacional; não houve referência direta à questão

¹⁹ Certamente os dados sobre vínculo empregatício da categoria já devem ter mudado, sobretudo em função do aumento do número de graduados em Serviço Social no Brasil.

política por parte de uma pessoa, mas essa hipótese não pode ser descartada, pois a contratação adveio de convite, o qual não se sabe a real natureza. Infere-se, portanto, que, a despeito dos dados macro sobre a hegemonia do vínculo empregatício estatutário dos assistentes sociais brasileiros, a realidade política interiorana de preservação do clientelismo e mandonismo interfere no vínculo empregatício dos assistentes sociais, ingerência que privilegia vínculos frágeis, os quais garantem docilidade e resignação diante da aplicação de projetos políticos. Essa realidade é intensificada em contextos onde o capital agudiza a exploração e fragiliza as relações de trabalho, como ocorrem nos atuais tempos neoliberais de retração de concursos públicos, reformas trabalhistas e legitimação da desorganização política.

A carga horária de trabalho no município está de acordo com a legislação: a maioria dos entrevistados (três) afirmou ter carga horária de trabalho de 20 horas semanais e dois declararam cumprir 30 horas. Destaca-se, contudo, que das pessoas entrevistadas, três possuíam outro vínculo além do CAPS, sendo duas na política de assistência social e uma fora do contexto do Serviço Social e de formação superior. O nível salarial situa-se com valores que vão de R\$ 1.000,00 (mil reais) e R\$ 1.700,00 (mil e setecentos reais) entre profissionais com carga horária de 20 horas semanais e de R\$ 1.600,00 (mil e seiscentos reais) e um pouco mais de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) para profissionais com 30 horas semanais. Os profissionais de vínculo estatutário são os que recebem maior salário, apesar da variação de carga horária, um com 20 horas semanais e um com 30 horas semanais.

A realidade objetiva do trabalho profissional dos assistentes sociais dos municípios analisados é adversa para a construção de vínculos com os usuários do serviço de Saúde Mental. No presente contexto de desfinanciamento das políticas sociais esses serviços são sucateados com a contratação de um número de profissionais que não dá conta da demanda pelos serviços. O impacto dessa realidade é trágico, pois com uma carga horária de 20 horas e a incompatibilidade entre demanda e condições objetivas adequadas para supri-la intensifica-se a exploração do trabalho do assistente social, o que, por vezes, acaba tornando o exercício profissional uma atividade meramente técnica, repetitiva, disposta a cumprir apenas as demandas institucionais e não responder às reais necessidades da população usuária. Como viabilizar a dimensão da cidadania do louco num contexto de desatenção e de castração da criticidade profissional impostos por atividades técnicas e institucionais? Ademais, como driblar a dimensão das demandas técnicas e institucionais num quadro de vínculo frágil e intensificação da exploração do trabalho?

Os assistentes sociais entrevistados têm remuneração menor que a média salarial dos trabalhadores formais do município de Cruz das Almas, que recebem em torno de 2,5 salários mínimos (IBGE, 2019b). Os salários baixos aos quais os profissionais se submetem refletem o lugar subalterno imposto ao Serviço Social no mundo do trabalho, imagem social análoga à condição da mulher na sociedade patriarcal, segmento hegemônico no quadro profissional. Outrossim, o grande contingente de assistentes sociais formados de forma sucateada e aligeirada nos últimos anos contribui para a desvalorização salarial, na medida em que se impõe à realidade do Serviço Social um significativo exército assistencial de reserva (IAMAMOTO, 2014).

Os dados da pesquisa do CFESS (2005) não correspondem à realidade dos profissionais entrevistados, porquanto apresentam a maioria dos assistentes sociais (77, 19%) como detentora de apenas um vínculo profissional; obviamente que essa diferença se justifica pelo contexto histórico, pois no decorrer dos anos a fragilização do trabalho se intensifica, processo que naturaliza o fenômeno da diversidade de vínculos. A inundação de demandas reais e institucionais para serem realizadas numa carga horária insuficiente e a baixa remuneração reverberam num sentimento de desânimo. A odisseia por melhores condições de vida levam os profissionais a acumularem vínculos de trabalho, o que, não poucas vezes, prejudica a saúde dos assistentes sociais, além de interferir na qualidade do exercício profissional.

Sobre a informação de tempo de trabalho em CAPS, três assistentes sociais mencionaram ter experiência de um a dois anos, enquanto que os outros dois afirmaram ter experiência de seis a oito anos. Trata-se de profissionais, em sua maioria, ainda inexperientes no contexto da Saúde Mental, mas que já possuem um mínimo de aproximação com os usuários – ainda que num contexto de dificuldade para a construção de vínculos – para contribuírem com os objetivos deste estudo. Fora a experiência no CAPS a maioria dos entrevistados, três, afirmou ter tido experiência de trabalho nas áreas da assistência social e em outros ramos da saúde, as duas áreas de maior empregabilidade dos assistentes sociais.

Esse é o quadro contextual do estudo e de participantes da pesquisa. A digressão sobre as características do Território de Identidade do Recôncavo, dos municípios de Cruz das Almas e sua circunvizinhança, da constituição dos CAPS e sua tipologia, e do perfil dos participantes da pesquisa foi um empreendimento introdutório, o qual permitiu uma aproximação marginal do objeto deste estudo e serviu para apontar os caminhos da dissertação. A seguir, propomos a exposição dos resultados de uma investigação mais nuclear, balizada nas seguintes questões: Como os assistentes sociais concebem a loucura e seu

tratamento? Como os assistentes sociais concebem a religiosidade de pessoas em tratamento em equipamentos da política de Saúde Mental? Existem relações de diálogo e convergência entre as considerações dos assistentes sociais – sobre a loucura, tratamento e a religiosidade – e o Projeto ético-político do Serviço Social?

2 (DES)PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E PERSPECTIVAS DE LOUCURA E TRATAMENTO

O objetivo deste primeiro capítulo é *analisar criticamente a concepção dos assistentes sociais entrevistados sobre a loucura e seu tratamento*.

Por qual motivo esta primeira empreitada teórica se faz necessária, uma vez que o objetivo geral deste estudo é *analisar criticamente as considerações de assistentes sociais sobre a religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS*?

Defendemos a tese de que as considerações de assistentes sociais sobre a espiritualidade de usuários da política de Saúde Mental é decorrente de determinada concepção de loucura e de tratamento. Levantamos a hipótese de que concepções de loucura e tratamento de natureza patologizadora, isto é, que concebem o louco como um doente perigoso, despojado do direito de vivência comunitária, o qual deve ser controlado mediante intervenção medicamentosa e/ou policalesca, tendem a desprezar a dimensão da religiosidade dos usuários no contexto da Saúde Mental, pois aderem a um conceito restrito de saúde, que não engloba, para além do aspecto biológico, outras dimensões complexas da existência. De outro lado, concepções de loucura e tratamento de natureza despatologizadora legitimam contatos dialógicos com a dimensão da religiosidade, porquanto baseiam-se em noções ampliadas de saúde e em perspectivas fomentadoras de processos de humanização da atenção em Saúde Mental.

As concepções (des)patologizadoras da vida, em nosso ponto de vista, forjadas com base na avaliação crítica da literatura do campo da Saúde Mental, são constituídas de três perspectivas distintas referentes à loucura e seu tratamento, a saber: a perspectiva *manicomial*, a perspectiva *psicossocial* e a perspectiva *antimanicomial*. Introduziremos este capítulo com a digressão sobre a natureza da perspectiva manicomial e sua relação com a tendência à patologização da vida. Em seguida, trataremos da perspectiva psicossocial que será apresentada no decorrer da exposição do processo de categorização dos dados das entrevistas, visto que em suas respostas os participantes da pesquisa demonstraram possuir essa concepção sobre a loucura e tratamento, a qual se localizou no limbo entre a despatologização e a patologização da existência. Finalmente, discutiremos sobre a perspectiva antimanicomial, apresentando-a como uma concepção essencialmente despatologizadora da vida, como uma perspectiva que supera as psicossocial e manicomial, dada sua característica abrangente e crítica das concepções de loucura e tratamento mais tradicionais.

2.1 PERSPECTIVA MANICOMIAL E PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA

Os participantes deste estudo, apesar de não descartarem totalmente uma concepção patologizadora da vida – como demonstraremos à frente – não têm aderência à perspectiva manicomial de compreensão da loucura e seu tratamento.

A perspectiva manicomial sobre as concepções de loucura e tratamento é baseada na ótica do alienismo pineliano, pensamento germinador da psiquiatria moderna.

Antes de Philippe Pinel (1745-1826) os hospitais ainda possuíam natureza religiosa e caritativa; eram instituições engendradas no bojo do antigo regime feudal de cosmovisão religiosa e não se caracterizavam como espaços de saúde (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1978).

Os primeiros hospitais cumpriam o serviço de acolher e prestar assistência aos segmentos pobres e doentes da sociedade; tratava-se de uma tentativa de seguir os preceitos paulinos, dos quais o maior princípio era o da caridade (AMARANTE, 2007).

Com o advento da idade clássica – para referirmo-nos a uma expressão utilizada por Foucault (1978) – os hospitais de natureza caritativo-assistencial começam a sofrer mudanças que revolucionaram sua natureza e redirecionaram suas funções sociais. É a partir da segunda metade do século XVII que essa mudança institucional se desenvolve com o surgimento do Hospital Geral na França, mas com uma novidade outrora inexistente nas instituições caritativo-assistenciais:

[...] com o advento do Hospital Geral a internação passou a ser determinada por autoridades reais e judiciárias. Ao diretor do estabelecimento foi delegado um poder absoluto que era exercido sobre toda a população, clientela potencial da instituição, e não apenas sobre os que já estariam internados (AMARANTE, 2007, p. 24).

Os Hospitais Gerais incorporam outras funções sociais, não mais associadas a simples assistência cristã, mas às funções dotadas de poder de polícia, de controle social. Uma das explicações de Foucault (1978) para a transformação institucional dos hospitais baseia-se na mudança de paradigma na compreensão do significado de miséria por parte de novas perspectivas religiosas. Se no catolicismo, dimensão espiritual da sociabilidade feudal, a miséria é sacralizada no símbolo do Cristo encarnado no pobre, compreensão que legitima práticas assistencialistas, no protestantismo dos reformadores Lutero e Calvino – religiosidade decorrente da sociabilidade burguesa – a miséria é relacionada à ira de Deus. Essa nova religiosidade seculariza a prática da assistência ao pobre, relegando esta tarefa ao Estado, ao

Hospital Geral, o qual não era mais a instituição fomentadora do alento, mas da punição e do juízo.

Objetivamente, estas transformações foram impulsionadas pela transição do modo de produção feudal para o capitalista, tensionadas pela luta de classes que movimenta a história.

As internações no Hospital Geral, seguindo a tendência da nascente sociabilidade capitalista, viabilizavam a inclusão do ocioso no mundo do trabalho, garantindo mão de obra barata e combatendo a vadiagem. Entretanto, além deste aspecto econômico, Foucault (1978) destaca o aspecto moral da internação. A internação também era uma forma de tratamento da ociosidade, a qual era vista como um pecado. Não à toa, o pecado mais enfatizado pela igreja deste período foi o da preguiça (FOUCAULT, 1978).

É no contexto do advento dos Hospitais Gerais, que agora dispunham de poder de polícia para combater a vadiagem dos pobres, incapacitados, doentes, loucos e miseráveis, que Foucault (1978) analisa o fenômeno da Grande internação, utilizando as palavras do próprio Cristo – *Compelle intrare*²⁰ – para ilustrar a tendência policialesca destas instituições, legitimadora de suas funções econômicas e morais.

Os Hospitais Gerais foram palco de experiências desumanas com os internos. A perplexidade decorrente da barbárie institucional, todavia, só se manifestou no quadro de constituição da sociabilidade burguesa. É no contexto da Revolução Francesa (1789) que se instauram tentativas de humanização dos Hospitais Gerais, sendo os médicos os grandes promotores deste processo de reforma institucional (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1978).

Estão postas as condições objetivas para o desenvolvimento do fenômeno de medicalização dos Hospitais Gerais. A capilarização do saber médico no contexto dos processos de reforma daquelas instituições determinou a natureza, agora sim, médica dos hospitais (AMARANTE, 2007).

Philippe Pinel, conhecido como o pai da psiquiatria, foi um dos primeiros reformadores do Hospital Geral. Suas experiências nos hospitais de *Bicêtre* e *La Salpêtrière* na França revolucionária influenciaram o processo de medicalização. Pinel prometeu liberdade aos loucos internados e as experiências de desacorrentamentos, as quais promovia, eram simbólicas (AMARANTE, 2007).

²⁰ Expressão em Latim que se refere a uma das parábolas de Jesus descrita no evangelho de Lucas, XIV, 23. O termo “Obriga-os a entrar” é relacionado à parábola das bodas do filho do rei, onde um rei anuncia a festa de casamento de seu filho, mas os convidados reais rejeitam a participação nas bodas. O rei ordena que seus servos obriguem a todos quantos encontrarem para participarem da festa.

O processo de medicalização dos hospitais reverberou numa transformação da natureza dessas instituições:

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisa que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplinas do corpo terapêutico e disciplinas terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem) (AMARANTE, 2007, p. 26).

Baseado numa perspectiva teórica sensorial e empírica, o alienismo pineliano fez dos hospitais um grande laboratório.

O conto *O Alienista*, de Machado de Assis, ilustra de forma magistral essa nova natureza do hospital-laboratório, ao passo em que expõe as características da *Casa Verde* – lugar onde se asilariam os loucos de Itaguaí, empreendimento humanista e intelectual do Dr. Simão Bacamarte, o qual propôs estudar a loucura e seu tratamento. Disse o doutor:

[...] O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal. Este é o mistério do meu coração. Creio que com isto presto um bom serviço à humanidade (MACHADO DE ASSIS, 2016, p.13).

Emergente deste contexto, a teoria sobre a alienação legitimou, e legitima até hoje, perspectivas manicomiais de tratamento do louco.

O alienismo pineliano, contraditoriamente engendrado no bojo de experiências revolucionárias francesas, é constituído de três pontos essenciais: 1) o conceito de alienação mental; 2) o isolamento do mundo exterior; e 3) o tratamento moral.

Apesar de o conceito de alienação mental em Pinel não tratar a loucura como uma doença, sua teoria a concebe como uma desordem da mente que impossibilita a percepção da realidade (AMARANTE, 2007). Para Amarante (2007) é justamente esse conceito de alienação mental que influencia a associação da loucura à periculosidade, concepção ressonante até hoje, que se torna uma concepção legitimadora de abordagens médicas policiaesca e persecutórias, como as de que lançou mão, no conto de Machado de Assis (2016), Simão Bacamarte ao internar quatro quintos da vila de Itaguaí na Casa Verde. Ademais, dado o fim trágico de sua personagem Simão Bacamarte – depois de recluir grande parte da vila de Itaguaí na Casa Verde, Machado de Assis (2016) satiriza essa frágil noção de loucura ao levar o doutor à conclusão de que era o único “mentecapto” digno de recolhimento asilar.

Outra abordagem do alienismo pineliano é a proposta de isolamento do mundo exterior como elemento terapêutico:

[...] ao propor a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo ‘isolamento’. Este, no entanto, não significa a perda da liberdade, pois, muito pelo contrário, é o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação (AMARANTE, 2007, p. 29).

Este primeiro passo para o tratamento – o isolamento – permitia um afastamento de interferências exteriores, determinantes da alienação, a fim de viabilizar dedicação integral a certo tipo de tratamento moral.

O tratamento moral, por sua vez, se configurava numa proposta de reeducação do louco mediante cumprimento de princípios e incorporação de valores. Tratava-se de verdadeiros processos de, nos termos de Goffman (2008), “mortificação do eu” e adequação às normas (morais) das Instituições Totais²¹.

A proposta terapêutica de Pinel era a de dar centralidade no tratamento da “doença” a despeito do sujeito “portador” da “doença”: “Esse modelo médico [...] implica em uma relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito da experiência da doença” (AMARANTE, 2007, p. 27). Surgia a abordagem hospitalocêntrica que caracterizou os manicômios modernos, balizada na centralidade no tratamento da doença; no tratamento asilar; em relações hierárquicas institucionais bem definidas e na supremacia do poder psiquiátrico sobre o corpo dos loucos internos.

A perspectiva do alienismo pineliano foi o germe para a constituição da psiquiatria moderna. Logo essa tendência de “tratamento” do louco, mais centrada nas questões da segurança e periculosidade (AMARANTE, 2007), se estenderia mundo afora nos meandros do saber psiquiátrico.

No contexto do Brasil, o modelo de tratamento desenvolvido por Pinel teve início no século XIX:

[...] no Brasil, o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio baseado nos princípios do alienismo francês, o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852 no Bairro da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, a extinta Praia da Saudade, mantinha-se a mesma tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos e

²¹ Instituição Total em Goffman é “[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. [...] Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes são incluídas no esquema físico [...]” (GOFFMAN, 2008, p. 11;16).

percalços, regidos sob a égide dos mais diversos manejos de intervenção e arbitrariedades (STOCKINGER, 2007, p. 27).

Paulo Amarante (2007) suspeita que Machado de Assis em *O Alienista* tenha se inspirado na história real do suprarreferido Hospício Pedro II e do primeiro diretor da assistência médico legal a alienados do Brasil, João Carlos Teixeira Brandão, considerado o “Pinel brasileiro”.

A análise sobre os impactos dessa abordagem manicomial-hospitalocêntrica de “tratamento” do louco no cenário brasileiro revela dados alarmantes. Apesar das variadas experiências tímidas de reformas institucionais dos hospitais psiquiátricos no contexto brasileiro, que se manifestam desde a década de 1940 (VASCONCELOS, 2010b), apenas na década de 1970 foi possível construir uma crítica à psiquiatria brasileira sustentada em dados concretos:

[...] a situação da assistência psiquiátrica no Brasil se apresentava caótica, com mais de sete mil doentes internados sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialistas. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades (MACHADO, 2009, p. 36).

Sobre a assistência psiquiátrica vinculada ao Ministério da Saúde (MS) e às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) da década de 1970, Paulo Amarante (1997) destaca a ausência de recursos técnicos e materiais e a natureza manicomial-asilar desses grandes hospitais, voltados para “[...] a população em grande desvantagem social, isto é, um misto de loucos, um misto de indigentes, os denominados ‘casos sociais’” (AMARANTE, 1997, p. 166).

Diferente da assistência psiquiátrica gerida pelo MS e pelas SES, o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) geriu a assistência psiquiátrica para aqueles vinculados ao mercado de trabalho formal. Todavia, a atenção psiquiátrica do MPAS dependeu de relações com os serviços da rede privada. A relação com o setor privado reverberou em sérias distorções: “Tais distorções levaram ao diagnóstico, por parte dos técnicos do próprio INAMPS²², de que em 1977 ocorreram 195.000 internações desnecessárias em psiquiatria no país, e ainda, de que o percentual de internações desta especialidade foi elevado em 344% de 1973 para 1976” (AMARANTE, 1997, p. 166-167).

²² Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Modelo de atenção em saúde anterior ao SUS.

O *lobby* que ocupou a máquina administrativa estatal e que favoreceu o setor privado justificou a diferença nos números de crescimento de leitos psiquiátricos nos setores público e privado entre as décadas de 1940-1970: “[...] enquanto os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21.079 em 1941 para 22.603 em 1978, os privados passaram de 3.034 para 55.670 no mesmo período” (AMARANTE, 1997, p. 167). Tratava-se de uma verdadeira indústria da loucura, a qual foi legitimada pela perspectiva de tratamento asilar. Impossível não nos referirmos ao diálogo entre Dr. Simão Bacamarte e sua esposa D. Evarista, em *O Alienista*, quando ambos chegam à conclusão de que a empreitada de tratar “lunáticos” era lucrativa. O doutor declarara: “– Quem diria que meia dúzia de lunáticos...” (MACHADO DE ASSIS, 2016, p. 21), o contexto dá conta de traduzir as reticências, sugerindo um “bom negócio”. Estaria Machado de Assis vaticinando o futuro e revelando a lucrativa indústria da loucura que se desenvolveria no Brasil?

O aumento de leitos psiquiátricos no setor privado não significou melhores condições de atenção em saúde:

Em que pese o caráter privado dos serviços contratados pela PS [Política de Saúde], a situação dos hospitais e da assistência aos doentes era a mesma das unidades públicas (carência de recursos materiais e humanos, maus tratos e violências), aos quais se somava um agravamento no que dizia respeito à falta de liberdade e de direitos (tempos de internação aumentados, proibição de visitas, etc.). Os tempos médios de permanência hospitalar em alguns casos, chegavam a 25 anos: as pessoas entravam em num hospital psiquiátrico sem a certeza de um dia poder sair²³ (AMARANTE, 1997, p. 167).

Este foi o quadro da atenção psiquiátrica, profundamente influenciada pela abordagem moderna do alienismo pineliano (psiquiatria), na década de 1970 no Brasil. Tanto o contexto público como o privado sinalizaram o desgaste do modelo manicomial e o impacto negativo de sua abordagem de tratamento. O caso do Colônia²⁴, hospital psiquiátrico de Barbacena/MG fundado no início do século XX, foi um exemplo da completa falência do modelo manicomial brasileiro, além de representar tendências da maioria das instituições psiquiátricas do país. Nesta instituição de “saúde” cerca de 70% dos internos não tinham diagnóstico de transtorno

²³ Sônia Maria da Costa, por exemplo, passou mais de 50 anos internada nos “porões da loucura” do Colônia – hospital psiquiátrico de Barbacena em Minas Gerais, como exposto no trabalho de jornalismo investigativo de Daniela Arbex (2013).

²⁴ “[...] [são] instituições [...] construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem submeter-se ao trabalho terapêutico. [...] Os alienistas brasileiros do início do século XX, [...] consideravam que o trabalho seria o ‘meio terapêutico mais precioso’, que estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo fazer desaparecer ‘os vestígios do delírio’. [...] logo as colônias mostraram-se iguais aos asilos tradicionais [...] nasceram instituições asilares de recuperação para o trabalho.” (AMARANTE, 2007, p. 39; 40).

mental²⁵ e ficou comprovada a morte diária de, em média, 16 pessoas, totalizando na história do Colônia, 60 mil mortos; um verdadeiro holocausto brasileiro (ARBEX, 2013).

A perspectiva manicomial, portanto, intrinsecamente relacionada ao alienismo pineliano moderno (a psiquiatria), circunscreve-se numa concepção patologizadora da vida. A alienação, que posteriormente se tornou doença, é superdimensionada em detrimento do sujeito que vive a experiência da loucura; o louco é um caso de segurança pública; o isolamento e a reforma moral são terapêuticas essenciais (AMARANTE, 2007); o controle da loucura, de corpos desviantes, via medicamentação e isolamento, é fomentado (MOYSÉS; COLLARES, 2018), engendrando seres necrófilos (OLIVEIRA, 2018) e indiferentes (CAPONI, 2018); o setor privado da loucura e a indústria farmacêutica são estimulados (AMARANTE, 1997; OLIVEIRA, 2018) e novos neurolépticos são criados, sustentados em duvidosas comprovações científicas, e comercializados mediante autorização de um Estado cooptado pela força econômica da *Big Pharma* (WHITAKER, 2017).

Apesar da tentativa de rompimento com o modelo de assistência psiquiátrica manicomial com o advento da reforma psiquiátrica brasileira, algumas abordagens patologizadoras da vida ainda persistem; mesmo em serviços de atenção psicossocial. Exemplo disso é o superdimensionamento do saber médico-psiquiátrico em instituições como os CAPS e a supervalorização do tratamento medicamentoso a despeito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da multiprofissionalidade e da diversidade das dimensões de tratamento (JORGE; BEZERRA, 2018). Para além da perspectiva manicomial, essa dimensão patologizadora sutil, no âmbito da perspectiva de atenção psicossocial, será desenvolvida ao passo em que analisarmos as considerações dos participantes da pesquisa sobre a loucura e seu tratamento.

2.2 PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL NO LIMBO DA (DES)PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA

Os assistentes sociais entrevistados demonstraram comungar com a perspectiva psicossocial no quadro de compreensão da loucura e seu tratamento. Todavia, antes de expormos o processo de categorização dos dados fornecidos pelos participantes da pesquisa é

²⁵ Como pode ser constatado no livro de jornalismo investigativo sobre o Colônia de Barbacena/MG de Daniela Arbex, “O Holocausto Brasileiro”, onde constam relatos sobre os casos de Luiz Pereira de Melo, que foi internado por conta de sua timidez, e de Geralda Siqueira Santiago Pereira, que foi internada porque engravidou do patrão; dentre outros, os quais comprovam o fato de que a “loucura” não era um determinante para internação (ARBEX, 2013).

necessária uma análise sobre as experiências reformistas históricas que influenciaram diversas reformas psiquiátricas, sobretudo a brasileira, e caracterizaram a atenção psicossocial a pessoas com sofrimento mental.

Paulo Amarante (1995, 2007) apresenta algumas características das experiências que protagonizaram a crítica ao alienismo pineliano e influenciaram a perspectiva psicossocial.

Após a experiência extrema (HOBSEAWM, 1995) que foi o advento da Segunda Guerra mundial, estabeleceu-se uma inflexão importante na forma de conceber os hospícios. O cenário do pós-guerra viabilizou reflexões referentes à barbárie e à humanização, o que permitiu um novo olhar para o manicômio, agora não mais naturalizador da violência e do descaso.

É do contexto do pós-segunda guerra que surgem as primeiras experiências de “reformas psiquiátricas”; num quadro de crise do capitalismo e de catalisação dos direitos humanos. Amarante (2007) divide essas experiências em três grupos, ou como o autor prefere, em “dois grupos mais um²⁶” (p. 41): 1º grupo – Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional; 2º grupo – Psiquiatria de Setor ou Comunitária e Psiquiatria Preventiva; e 3º grupo (mais um) – Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática.

Com relação ao primeiro grupo, Amarante (2007, p. 41) afirma que se tratou de uma experiência que lançou seus esforços na tentativa de recuperação da instituição, uma vez que se baseou na compreensão de que “[...] o fracasso [das instituições psiquiátricas] estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição”.

A experiência da Comunidade Terapêutica surgiu em Birmingham na Inglaterra, no Monthfield Hospital, mas passou a ser mais conhecida com Maxwell Jones na década de 1960. Jones compreendeu que “[...] a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos, fossem os técnicos, fossem os familiares, fossem os pacientes” (AMARANTE, 2007, p. 42). O elemento central desta experiência foi o da horizontalização das relações intrainstitucionais. A experiência das Comunidades Terapêuticas

[...] introduziu reuniões e assembléias [sic.] diárias, quando todos os aspectos relacionados à instituição eram debatidos. Todas as possibilidades eram analisadas, com ênfase para atuação da equipe, com objetivo de evitar situações de abandono, de descuido e, principalmente, de violência. [Tratava-se de] uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de

²⁶ Amarante (2007) não considera que as experiências da Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática sejam experiências de reformas, mas experiências que promoveram ruptura com o saber psiquiátrico tradicional. Por esse motivo o destaque para o termo “mais um”.

horizontalidade e ‘democratização’ das relações [...] (AMARANTE, 2007, p. 42-43).

A reflexão sobre a natureza das Comunidades Terapêuticas é relevante para o campo da Saúde Mental na contemporaneidade. O exemplo histórico permite diferenciar aquelas experiências das que se tem hoje no Brasil, que dão ênfase ao tratamento moral e religioso de pessoas dependentes do uso de álcool e outras drogas. Em última instância, esse debate desmascara a pseudo-identidade das autodenominadas “comunidades terapêuticas” hodiernas, pois diferem em essência das experiências que surgiram na Inglaterra no início do século XX, sobretudo no que diz respeito aos elementos de horizontalização das relações institucionais e de valorização dos direitos humanos (AMARANTE, 2007; PERRONE, 2014).

A Psicoterapia Institucional, por sua vez, surgiu no Hospital de Saint-Alban, no sul da França, e foi proposta por François Tosquelles. Essa experiência resgatou a característica do “trabalho terapêutico” das antigas Colônias, também propôs uma horizontalização nas relações institucionais e deu legitimidade à tese de universalização das funções terapêuticas no contexto hospitalar. Nesse sentido, os aspectos essenciais da Psicoterapia Institucional foram a sua abertura para outros referenciais teóricos e a valorização do acolhimento:

Dentre as propostas mais interessantes estão o primado da escuta polifônica, isto é, a busca de uma ampliação dos referenciais teóricos, de forma a não reduzir a escuta a esta ou aquela corrente conceitual, e a noção do acolhimento, ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital (AMARANTE, 2007, p. 44).

Entretanto, o que a diferenciou das Comunidades Terapêuticas foi o fato de que a Psicoterapia Institucional “[...] caminhou no sentido de propor a ‘transversalidade’, que [na perspectiva de Paulo Amarante trata-se do] encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e hegemonias” (AMARANTE, 2007, p. 45). Infere-se, portanto, que o legado da Psicoterapia Institucional tenha influenciado os debates atuais sobre a trans/interdisciplinaridade²⁷ no âmbito das instituições extra-hospitalares no cenário da Saúde Mental.

²⁷ De acordo com Vasconcelos (2002, p. 112) as práticas interdisciplinares são: “práticas de interação participativa que inclui a construção e pactuação de uma axiomática comum a um grupo de campos de saber conexos, definida no nível hierarquicamente superior, introduzindo a noção de finalidade maior que redefine os elementos internos dos campos originais” e os campos transdisciplinares são: “campos de interação de médio e longo prazo que pactuam uma coordenação de todos os campos de saberes individuais e inter- de um campo mais amplo, sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; tendência à estabilização e criação de campo de saber com autonomia teórica e operativa própria”.

As experiências de “reforma psiquiátrica” do segundo grupo, representado pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva, ampararam-se na crença de que “[...] o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado ‘pelas beiradas’ [...] isto é, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o trabalho terapêutico” (AMARANTE, 2007, p. 41). Ou seja, tratava-se de uma reforma lenta que almejava, em última instância, tornar o hospital psiquiátrico desnecessário mediante construção de serviços e instituições extra-hospitalares.

Com o esgotamento do modelo da Psicoterapia Institucional, surgiu na França, entre as décadas de 1950 e 1960, a Psiquiatria de Setor. Esta experiência enfatizou um trabalho externo ao hospital psiquiátrico, pois se baseou na compreensão de que a falta de acompanhamento terapêutico após a alta hospitalar era um dos possíveis determinantes para as reinternações. Com o objetivo de fazer acompanhamento extra-hospitalar foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM) e “[...] distribuídos nos diferentes ‘setores’ administrativos das regiões francesas. [...] Pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica se falou em regionalização” (AMARANTE, 2007, p. 45).

Para Lucien Bonnafé (1969 apud AMARANTE, 2007), o pai da lógica de setor, as situações promovidas pela setorialização do paciente após alta hospitalar, como conhecimento de lugares novos e partilhas, contatos com parentes e conhecidos, seriam positivas para o tratamento. Outra característica dessa perspectiva da Psiquiatria era a de que

O acompanhamento terapêutico dos pacientes poderia ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, tanto no interior do hospital quanto no local de residência. Em primeiro lugar, deve-se destacar a ideia de trabalho em equipe, que representou um marco de avanço até os dias atuais. O tratamento passava a ser considerado não mais exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe com vários profissionais (AMARANTE, 2007, p. 46).

A Psiquiatria de Setor, portanto, seguiu os avanços da Psicoterapia Institucional e sua proposta de transdisciplinaridade, mas num contexto extra-hospitalar, regional e multiprofissional.

A Psiquiatria Preventiva, também chamada de Psiquiatria Comunitária, foi proposta por Gerald Caplan no cenário dos Estados Unidos da década de 1950. Para Caplan todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas se fossem identificadas precocemente,

Caplan adotava uma teoria etiológica inspirada no modelo da História Natural das Doenças, de Leavell e Clark, que pressupõe uma linearidade no processo saúde/enfermidade, e uma evolução (paradoxalmente) ‘a-histórica’ das doenças. [...] Na medida em que as doenças mentais eram entendidas como sinônimo de

desordens, julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade (AMARANTE, 2007, p. 48).

Apesar do superdimensionamento do elemento da prevenção e da concepção linear, evolucionista e a-histórica do processo de saúde/enfermidade foi com a Psiquiatria Preventiva americana que se criou o termo “desinstitucionalização”, o qual significou o processo de redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, a redução do tempo de permanência hospitalar e a promoção de alta hospitalar. Nessa perspectiva de “desinstitucionalização” criou-se uma série de serviços extra-hospitalares, a saber: centros de Saúde Mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, enfermarias e leitos em hospitais gerais etc.; muitos dos quais foram incorporados ao processo de constituição da reforma psiquiátrica brasileira. Nesse sentido, o objetivo desta perspectiva reformista foi o de

[...] tornar o hospital um recurso obsoleto, que fosse caindo em desuso na medida em que a incidência das doenças mentais fosse diminuindo em decorrência das ações preventivas, e que os serviços comunitários de Saúde Mental fossem adquirindo maior competência e efetividade em tratar as doenças em regime extra-hospitalar (AMARANTE, 2007, p. 51).

Os experimentos do terceiro e último grupo, ao contrário dos anteriores, não tiveram características reformistas. As experiências da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, nos termos de Amarante (2007, p. 41), “[consideraram] que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais”. Este grupo germinou experiências de ruptura com o modelo psiquiátrico e foi o grupo que mais influenciou a reforma psiquiátrica brasileira.

A Antipsiquiatria surgiu em meados da década de 1950 e repercutiu na década de 1960 na Inglaterra após os psiquiatras Ronald Laing e David Cooper perceberem que as experiências das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional, as quais praticaram, não superaram o problema ético-moral relacionado à loucura. Acreditavam que a opressão sofrida pelos loucos ultrapassava as paredes dos hospitais psiquiátricos e se estendia aos âmbitos familiar e social. Nesse sentido, “[...] elaboraram a hipótese de que o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade” (AMARANTE, 2007, p. 52).

Como contraposição antitética à psiquiatria tradicional, a “Antipsiquiatria” representou a seguinte definição de loucura: “[...] a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade [...]” (AMARANTE, 2007, p. 52). Ao negar o saber da psiquiatria tradicional

excluiu-se, também, a noção de “doença” e de patologia. Substituiu-se a perspectiva de tratamento do “doente mental” por uma concepção de atenção à pessoa com sofrimento. Essa inflexão teórico-conceitual de loucura influenciou, por exemplo, o Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, que se propôs a superar as determinações sociais objetivas de produção da loucura, conforme desenvolveremos à frente.

Finalmente, a Psiquiatria Democrática, proposta por Franco Basaglia (autor), surgiu em Gorizia, na Itália, no início da década de 1960. No contexto da experiência italiana, Amarante (2007) destaca que Basaglia (autor):

[...] começou a sentir que a ‘serpente’ [instituição psiquiátrica] não poderia ser combatida através das medidas administrativas ou de humanização [...], percebeu que o combate deveria ser de outra ordem: teve início o período de negação da psiquiatria enquanto ideologia. [Basaglia propôs a superação] da fundamentação de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana. [O que o levou a uma luta contra] o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas (AMARANTE, 2007, p. 55-56).

De forma similar à Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática rompeu com a psiquiatria tradicional e sua ideologia legitimadora de processos de internação e segregação do louco, nos âmbitos teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural.

Como estratégia de superação do aparato manicomial, a Psiquiatria Democrática gestou o conceito dos “serviços substitutivos”, o qual significou a substituição do hospital psiquiátrico – não se tratou, portanto, de instituições alternativas ou paralelas.

Os Centros de Saúde Mental foram as primeiras instituições substitutivas a serem implementadas por esta perspectiva:

A partir do conceito de ‘tomada de responsabilidade’, os CSM passavam a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da Saúde Mental de cada território. [Tratava-se de] centros que, atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade (AMARANTE, 2007, p. 57-58).

A característica dos CSM expressa a influência da Psiquiatria Democrática no processo de constituição dos CAPS brasileiros, cujos objetivos e funções são similares e convergentes com os daquelas instituições extra-hospitalares e substitutivas.

A Psiquiatria Democrática também propôs outras estratégias de fomento à inclusão social: cooperativas de trabalho, residências para que os ex-internos habitassem a cidade e

atividades socioculturais. Ou seja, tratou-se de uma experiência que claramente relacionou a atenção às pessoas com sofrimento mental a uma perspectiva de promoção da cidadania²⁸.

Os determinantes objetivos para todas essas experiências de transformações assistenciais têm relação substantiva com o quadro de crise do capitalismo mundial a partir da década de 1930, o qual engendrou uma política econômica de intervenção estatal e um sistema de proteção social amplo, impulsionados, também, pela luta organizada da classe trabalhadora por melhores condições de vida.

O legado das experiências reformistas de atenção psiquiátrica e críticas da vertente do alienismo pineliano pode ser resumido, portanto, mediante a exposição das seguintes características da perspectiva de atenção psicossocial: valorização da humanização hospitalar; horizontalização das relações institucionais; valorização de abordagens trans/interdisciplinares; valorização de instituições extra-hospitalares, mais próximas da comunidade, da família, da vida em sociedade; inflexão no eixo de atenção da doença para a pessoa com sofrimento mental; ruptura com práticas terapêuticas de isolamento e valorização de estratégias de promoção da cidadania como elemento terapêutico.

A seguir, justificaremos o enquadramento das considerações dos assistentes sociais entrevistados nos contornos da perspectiva psicossocial de concepção de loucura e tratamento.

2.2.1 Análise e discussão dos dados coletados

Por quais motivos enquadrar a concepção de loucura e tratamento dos participantes da pesquisa na perspectiva psicossocial?

Pretendemos responder a esta questão ao passo em que expusermos o processo de categorização dos dados coletados nas entrevistas.

Este processo de análise decorre da segunda parte do roteiro de entrevista, cujas perguntas foram: 1) Quem é o usuário do CAPS? (perfil, história e trajetória); 2) De que forma se dá o tratamento da pessoa em tratamento no CAPS? (necessidades de saúde, rotina na instituição); 3) O que cabe ao Serviço Social no CAPS? e 4) De que forma seu trabalho no CAPS dialoga com o Projeto Ético-político da profissão (PEP)?

²⁸ O termo cidadania é polissêmico. É justamente essa polissemia, ou a forma diversa com que cada perspectiva concebe a cidadania, que vai demarcar se uma perspectiva sobre loucura e tratamento é psicossocial ou antimanicomial. Defendemos a tese de que a perspectiva psicossocial dialoga com uma dimensão restrita da cidadania, ao contrário da perspectiva antimanicomial, a qual procura estabelecer uma relação com a concepção de cidadania ampliada. Essa reflexão será desenvolvida à frente.

Os dados decorrentes da análise das quatro perguntas da segunda parte do roteiro de entrevista possibilitaram uma categorização final sobre a concepção de loucura e tratamento dos assistentes sociais entrevistados, como exposto no Quadro 6:

Quadro 6 – Categorização final sobre as concepções de loucura e tratamento

Categoria primária - pergunta 1	Categoria primária - pergunta 2	Categoria primária - pergunta 3	Categoria primária - pergunta 4	Categorias finais sobre as concepções de loucura e tratamento	
				Loucura	Tratamento
O usuário do CAPS é uma pessoa que vivencia situações diversas de obstrução de direitos, conflitos familiares, desapontamentos, sofrimentos profundos e experiências religiosas danosas, de onde decorre seu transtorno mental.	O tratamento no CAPS ocorre mediante elaboração de um plano terapêutico para o usuário e frequência às consultas com a equipe multiprofissional, com ênfase no acompanhamento com o psiquiatra e psicólogo; participam de oficinas terapêuticas e atividades de lazer, tendo a unidade de saúde como um segundo lar, onde são alimentados e medicados.	As atividades do Serviço Social no CAPS são: acolhimento do usuário e viabilização de sua inclusão social mediante acesso aos direitos sociais; acompanhamento, viabilização de vínculos, acolhimento e amparo da família e realização de projetos e estratégias em Saúde Mental.	O diálogo entre as atividades do Serviço Social no CAPS e o PEP profissional ocorre através da viabilização de uma liberdade restrita, autonomia, empoderamento e de uma cidadania restrita, mediante acesso às políticas sociais, garantia de direitos sociais, inclusão social e fortalecimento da autoestima.	Loucura associada a um diagnóstico determinado extrinsecamente	Tratamento psicossocial com ênfase no campo psi, o qual incorpora a dimensão da cidadania restrita como elemento terapêutico complementar

Fonte: Análise de conteúdo realizada pelo autor.

A análise das entrevistas permitiu que chegássemos a duas categorias finais sobre as considerações de loucura e tratamento, a saber: 1) Loucura associada a um diagnóstico determinado extrinsecamente e 2) Tratamento psicossocial com ênfase no campo psi, o qual incorpora a dimensão da cidadania restrita como elemento terapêutico complementar.

A seguir expomos as unidades de sentido que constituem essas categorias, fazendo mediações com a história e os conceitos teóricos que envolvem os elementos que se manifestaram na análise de conteúdo.

2.2.1.1 Loucura como um determinante extrínseco

A pergunta cujo objetivo foi perquirir os assistentes sociais sobre o perfil dos usuários do CAPS, foi a que melhor permitiu uma aproximação da concepção de loucura dos entrevistados. Todos os entrevistados relacionaram a condição de loucura a uma dimensão extrínseca.

A entrevistada Nise da Silveira associou o usuário do CAPS à obstrução de direitos “[...] São pessoas, geralmente, [...] sem benefícios, tanto sem benefício financeiro, quanto benefícios sociais [...]”. Além deste, outros determinantes extrínsecos também foram destacados pela entrevistada, a exemplo dos conflitos familiares: “[...] são pessoas fragilizadas nesse aspecto, fragilizadas em relação aos seus vínculos familiares [...]”; Para o entrevistado Franco Basaglia, “São pessoas que [...] muitas das vezes [vivem situações] baseadas em conflitos familiares”. Ademais, a loucura também esteve associada a desapontamentos, sofrimentos profundos e a experiências religiosas danosas, como expressou a entrevistada Luiza Erundina: “[...] Foi tentar a vida em São Paulo, não conseguiu voltou com transtorno”; ou, como ressalta o Franco Basaglia (entrevistado), “São pessoas que vêm de sofrimentos profundos, muitos deles até causados por álcool, drogas, que geram muitos transtornos”. Luiza Erundina ressaltou: “Aí entra outro fator importante que a gente está vendo, a religião. Os surtos que a gente está tendo [muitos são de] mulheres da religião”.

A perspectiva manicomial do alienismo pineliano, da mesma forma, se ancorou na premissa de que a alienação era produzida numa dimensão extrínseca, o que legitimou o isolamento de influências danosas externas como forma de tratamento (AMARANTE, 2007).

O legado das experiências reformistas que constituíram o caldo no qual se baseou a perspectiva psicossocial, sobretudo ancorado no grupo da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, também dá ênfase à produção extrínseca da loucura, mas com uma proposta terapêutica diferente da de Pinel. O remédio seria uma ruptura com a psiquiatria, a fim de entender as relações extrínsecas, externas, sociais que produziam a experiência da loucura e, a partir desta compreensão, desenvolver uma terapêutica relacionada a processos de reversão das relações sociais produtoras de sofrimento mental (AMARANTE, 1997, 2007). Resta saber a forma como a Psiquiatria moderna lidou com a experiência da loucura, empreendimento que contextualiza a discussão do próximo núcleo de sentido.

2.2.1.2 *Loucura como um diagnóstico*

Outro núcleo de sentido que surgiu da análise de conteúdo das entrevistas foi a associação da loucura a um diagnóstico, a exceção de Nise da Silveira que deu ênfase apenas à determinação extrínseca da condição do louco. Sobre os usuários do CAPS os entrevistados afirmaram: “[...] pessoas com transtornos mentais graves e persistentes” (Lêda de Oliveira); “[Pessoas que possuem] Transtornos graves e persistentes [como a] bipolaridade, a esquizofrenia, a ansiedade [...], epilepsia, junto com outros tipos de transtornos” (Franco Basaglia-entrevistado); “[...] depressivos, [pessoas que têm] distúrbio mental [...]” (D. Ivone Lara); “[...] pessoa que se sente com a Saúde Mental comprometida, seja por transtorno de ansiedade, depressão, seja por alguma coisa congênita [...], esquizofrenia, uma pessoa que tem transtorno mental [...]” (Luiza Erundina).

Nise da Silveira coloca o diagnóstico entre parênteses e discorre sobre o lugar social dos usuários do CAPS, uma vez que os identifica como pessoas sem acesso a direitos e com vínculos familiares e sociais frágeis. Apesar dos outros entrevistados também mencionarem as condições extrínsecas do louco, fazem-no a partir de uma mediação patologizadora, na medida em que lançam mão do diagnóstico para enquadrar, categorizar e determinar o perfil do usuário do CAPS.

É necessário fazer uma breve contextualização histórica para que se compreenda a pregnância da perspectiva diagnóstica no contexto da Saúde Mental.

Robert Whitaker (2017), Fernando Freitas e Paulo Amarante (2015), ao tratarem sobre o processo de constituição da psiquiatria hodierna, mencionam certa revolução farmacológica que emergiu no século XX. Os avanços da medicina foram notáveis no início do século passado; muito em função da influência de Paul Ehrlich, cientista alemão do século XIX, criador das “pílulas mágicas” para as doenças infecciosas.

Conforme Whitaker (2017),

As empresas farmacêuticas haviam desenvolvido melhores anestésicos, sedativos, anti-histamínicos e anticonvulsionantes, prova de como os cientistas vinham se aprimorando na síntese de substâncias químicas que agiam de maneiras proveitosas sobre o sistema nervoso central (WHITAKER, 2017, p. 57).

Ao passo em que o saber médico avançava com o desenvolvimento de remédios para diversas doenças, a especialidade da psiquiatria ainda expressava-se nos meandros bárbaros do manicômio pineliano para o tratamento da loucura. Todavia, pouco a pouco os tratamentos

manicomiais – hidroterapia, injeção de extrato de tireoide de ovelha, injeção de sais metálicos, sonoterapia – foram evoluindo para terapias que agiam diretamente no cérebro: terapias insulínicas; terapias convulsivas, mediante aplicação de metrazol ou eletrochoques; lobotomia etc. (WHITAKER, 2017). Essas terapêuticas foram alvo de intensas críticas de movimentos sociais vinculados à Antipsiquiatria, os quais fomentaram na sociedade do pós-segunda guerra uma preocupação com a questão da loucura. Com o desencadeamento do movimento de humanização nos Hospitais Psiquiátricos no mesmo contexto norte-americano de avanço biotecnológico “[...] foi fácil para todos ter uma visão de onde se poderia encontrar uma solução de longo prazo [para a preocupação com a loucura]. O país poderia depositar sua confiança nos poderes transformadores da ciência” (WHITAKER, 2017, p. 60).

A loucura tornou-se uma doença mental, conceito derivado do saber psiquiátrico moderno, ancorado, sobretudo, numa perspectiva biologicista²⁹ influenciada pelos avanços científicos do combate às doenças infecciosas. Foi sob a influência – ou pressão – dos avanços médicos em outras especialidades que surgiram as primeiras drogas psiquiátricas. Essa não é uma afirmação hiperbólica, uma vez que, segundo Robert Whitaker (2017, p. 69), a criação das primeiras drogas psiquiátricas decorreu de “[...] pesquisas [...] para encontrar pílulas mágicas contra doenças infecciosas”.

Três agentes foram fundamentais para o desenvolvimento deste novo projeto da Psiquiatria de combate farmacológico da loucura: os médicos, a indústria farmacêutica e o Estado (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Os médicos-pesquisadores desenvolviam pesquisas que legitimavam a perspectiva biologicista da psiquiatria³⁰, o Estado, além de dar fomento à pesquisa, aprovava os novos medicamentos³¹ e à indústria farmacêutica cabia a comercialização³² (FREITAS; AMARANTE, 2015; WHITAKER, 2017).

²⁹ Saber médico centrado na dimensão biológica em detrimento das dimensões psicológicas, sociais e culturais.

³⁰ Vinculados à Sociedade Norte-americana de Psiquiatria (APA), muitos médicos pesquisadores não só desenvolveram pesquisas fraudulentas – e foram muito bem pagos pela indústria farmacêutica por isto – como se associaram à mídia e deram palestras divulgando a vertente biologicista da psiquiatria (WHITAKER, 2017).

³¹ O Estado é representado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) dos Estados Unidos, instituição criada em 1948 e responsável pelo desenvolvimento científico em saúde mental, e pela Administração Federal de Alimentos e Medicamentos (FDA), instituição responsável pela avaliação e aprovação de novos medicamentos. Ambas as instituições são citadas no trabalho de Whitaker (2017) como legitimadoras da perspectiva biologicista e signatárias dos interesses da indústria farmacêutica, ainda que à revelia de provas científicas.

³² Robert Whitaker (2017) denuncia a *Big Pharma* pela tentativa de cooptação de médicos psiquiátricos através da viabilização da participação gratuita em eventos luxuosos, de brindes e palestras com remunerações altas. Ademais, exemplifica a lucratividade da empreitada farmacológica ao passo em que expõe o aumento de valor de uma empresa farmacêutica, Eli Lilly, na Wall Street, valor que subiu de 10 bilhões de dólares em 1987 para 90 bilhões em 2000. Expõe também as relações de proximidade que havia entre pesquisadores do NIMH e da APA com empresas farmacêuticas.

O elemento fundamental dessa comunhão lucrativa foi o da tese da loucura como um “desequilíbrio químico do cérebro”³³ (FREITAS; AMARANTE, 2015, WHITAKER, 2017), ou seja, a loucura determinada por uma dimensão intrínseca – perspectiva contrária à expressa pelos participantes da pesquisa:

Esta ideia está baseada na teoria de que enfermidades mentais são resultado de desequilíbrio químico do cérebro e, conseqüentemente, faz com que a terapêutica seja vista como a forma de possibilitar o reajuste do equilíbrio químico, o que de fato acontece apenas por meio de prescrição de antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 77-78).

Trata-se de uma teoria que simplifica a complexidade cerebral e o fenômeno da loucura, relacionando-os a meros intercâmbios químicos. Machado de Assis (2007, p. 16) em *Memórias Póstumas de Brás Cubas* afirmou que o cérebro é o lócus de um trapézio onde as ideias fazem “[...] as mais arrojadas cabriolas”. A psiquiatria moderna não consentiu em comungar com esta sensação de ignorância diante do incomensurável – a ideia, a mente, a loucura – e se deteve na mais rasa das explicações para as desordens mentais: desequilíbrio da serotonina, dopamina e noradrenalina nas sinapses cerebrais; teoria contraposta pelos estudos de Malcolm Bowers, Joseph Mendels e Alan Frazer, James Maas, David Burns e David Healy (WHITAKER, 2017).

A psiquiatria, portanto, legitimou o tratamento da loucura com “pílulas mágicas”, na medida em que compreendeu tratar-se de antídotos contra o “desequilíbrio químico” do cérebro; teoria proposta pelos doutores Joseph Schildkraut e Jacques Van Rossum na década de 1960 (WHITAKER, 2017). A loucura transitou do conceito de alienação para a versão contemporânea do conceito de doença, o transtorno mental (FREITAS; AMARANTE, 2015).

A construção social da noção de doença, processo de preparação do cenário para a emergência da teoria do “desequilíbrio químico” do cérebro e para a ideia de transtorno mental, precisou de um instrumento de ancoragem diagnóstica, papel assumido pelos diversos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM), produzidos pela Sociedade Norte-americana de Psiquiatria (APA) desde a década de 1950, os quais possuem racionalidade semelhante à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), publicado desde 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (FREITAS; AMARANTE, 2015). Trata-se de instrumentos flexíveis e baseados em critérios diagnósticos imprecisos, de acordo com indicação de Freitas e Amarante (2015).

³³ “A hipótese do desequilíbrio químico está relacionada com quantidades alteradas de serotonina, noradrenalina e/ou dopamina nas sinapses do cérebro” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 80).

Os autores tecem uma crítica ao paradigma Kraepeliano³⁴ de categorização de sintomas para definir o enquadramento de uma patologia e estabelecer diagnósticos – lógica utilizada nos DSM. Demonstraram que os sintomas da esquizofrenia, por exemplo, não são privativos desta patologia mental, mas estão presentes em inúmeros outros transtornos, não sendo possível estabelecer uma categoria de sintomas exclusiva para a esquizofrenia na perspectiva categórica diagnóstica do paradigma Kraepeliano. Essa reflexão lança luz sobre a natureza simplificadora da proposta diagnóstica dos DSM.

Nas décadas de 1960/70 a Antipsiquiatria empreendeu diversas críticas a estes critérios diagnósticos imprecisos. Foi a partir deste contexto que surgiram respostas da APA, as quais objetivavam atacar aquele movimento com a publicação dos DSM III, DSM III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR e DSM-V³⁵; manuais diagnósticos exaltados pela psiquiatria por sua capacidade diagnóstica precisa (FREITAS; AMARANTE, 2015; WHITAKER, 2017). A respeito do DSM mais recente (DSM-V), Jorge e Bezerra (2018) declaram: “[...] repete o modelo das versões anteriores, apresentando grandes fragilidades epistemológicas e uma lista de sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais” (p. 59).

Não obstante os problemas diagnósticos e a profunda flexibilidade dos DSM, como mostraram as diversas reformulações catalisadas por conflito de interesses (FREITAS; AMARANTE, 2015), esses são os instrumentos exportados para o mundo, a fim de servirem de auxílio no processo diagnóstico da loucura em diversas instituições, inclusive psicossociais (JORGE; BEZERRA, 2018).

Derivada de reflexões provocativas de Walter de Oliveira (2018), as seguintes perguntas se fazem necessárias: A quais atores interessam a capilaridade de uma teoria que atesta a loucura como um desequilíbrio químico do cérebro e a medicamentação como a terapêutica por excelência? Quais forças são beneficiadas com a crescente tendência dos DSM de patologização de comportamentos³⁶? A ciência psiquiátrica e os processos diagnósticos, uma vez que legitimam interesses neoliberais e da indústria farmacêutica, devem ser passíveis de credibilidade científica?

³⁴ Considerado o pai da psiquiatria moderna, Emil Kraepelin (1856-1926) foi o criador da abordagem de categorização diagnóstica de transtornos.

³⁵ Manual Diagnóstico mais atual, publicado no ano de 2013.

³⁶ A exemplo da categoria *F44.3* (CID-10) – *Estados de transe e de possessão*, a qual no DSM-5 é associada a *transtornos dissociativos*; e das categorias *F64.0 – F64.9* (CID-10) – *Transexualismo; Travestismo bivalente; Transtorno de identidade sexual na infância; Outros transtornos da identidade sexual; Transtorno não especificado da identidade sexual*, as quais são relacionadas à *disforia de gênero* no DSM-5 (CID-10, 1998; DSM-5, 2014).

Se por um lado a concepção de loucura dos assistentes sociais é de natureza psicossocial e despatologizadora, pelo que reconhece o determinante extrínseco da loucura, de outro é patologizadora, pois legitima abordagens diagnósticas balizadas por um saber biomédico questionável do ponto de vista científico.

Essa concepção dos assistentes sociais reflete um problema da política de Saúde Mental no Brasil após a reforma psiquiátrica. Apesar de ser uma política de atenção psicossocial influenciada por experiências críticas e progressistas, ainda é possível notar a presença de práticas profissionais patologizadoras em espaços institucionais psicossociais (JORGE; BEZERRA, 2018) e reminiscências de um saber biologicista na própria composição da política de Saúde Mental³⁷, o que pode ser explicado como uma síntese dos embates entre os atores que disputam o direcionamento da política de saúde no Brasil.

Por este motivo defendemos a tese de que a perspectiva antimanicomial de concepção da loucura e tratamento supera a perspectiva psicossocial, pois esta última, ainda que progressista, tem tolerado a permanência de abordagens profissionais de patologização da vida, perspectiva que caminha na contramão das conquistas do Movimento da Luta Antimanicomial. Desenvolveremos este debate na última parte deste capítulo.

2.2.1.3 Tratamento psicossocial com ênfase no campo psi

A concepção diagnóstica do fenômeno da loucura, expressa pela maioria dos participantes da pesquisa, caminha na direção de legitimar uma abordagem que tem se revelado tendência no contexto das instituições psicossociais: a centralidade do tratamento no campo psi (JORGE; BEZERRA, 2018).

A loucura, portanto, é um transtorno mental que deve ser tratada, centralmente, no campo biopsicológico.

Esse usuário vai ser inserido nas oficinas de artesanato, se ele tiver uma certa habilidade e noção do que pode vir a fazer, senão ele fica só no atendimento [...] com a psicóloga e no atendimento ambulatorial com o psiquiatra [...] (**Nise da Silveira**).

[...] Ele passa também pelo médico. O médico vai diagnosticar. Cada paciente aqui tem um CID [Código Internacional de Doenças] da doença, e o médico faz o diagnóstico. A partir deste diagnóstico a gente traça um projeto terapêutico para cada paciente (**Lêda de Oliveira**).

³⁷ Desenvolveremos esta afirmação na última parte deste capítulo.

[o atendimento com] [o] psiquiatra [...] é de mês em mês, não só para incluir medicamentos, mas também para fazer os desmames. Ela vai analisando a situação de cada um para ver se algum deles podem se tornar usuários ambulatoriais. [...] O terapeuta, o psicólogo envolve bastante essa questão da emoção. Eles [os usuários] vão aprendendo a lidar. O nosso papel não é tirar a doença e sim fazer a pessoa saber lidar com a doença (**Franco Basaglia-entrevistado**).

[...] Eu faço o encaminhamento para o acompanhamento com a psicóloga [...] e a consulta com a psiquiatra. Depois da primeira consulta ele [o psiquiatra] vê a necessidade, se de uma semana, quinze dias, ou o que é o correto, três meses, de fazer o acompanhamento a cada três meses [...] com o psiquiatra. [...] Não é só tomar medicação, ele tem que ter uma terapia, fazer uma terapia ocupacional para poder estar se desenvolvendo e se ocupando com algo, trabalhando a mente, se sentir importante para a sociedade (**D. Ivone Lara**).

Geralmente é identificado pela pessoa [a situação de Saúde Mental], ou então através da atenção básica, vem a requisição [solicitando] o psiquiatra. [...] Nem todo mundo precisa do psiquiatra [...]. Chega aqui [o usuário] e a gente vai identificando, faz anamnese, passa pelo psiquiatra, passa pela terapia, faz as oficinas, a gente coloca nas oficinas [...]. Geralmente, a gente não joga consulta logo com o psiquiatra quando é surto, porque passa pela anamnese, a gente vai analisando, quando tiver uma vaga disponível a gente vai inserindo (**Luiza Erundina**).

Na perspectiva dos entrevistados o tratamento é substancialmente centrado no campo psi, pois depende: do diagnóstico psiquiátrico (Lêda de Oliveira); da prescrição medicamentosa fornecida pelo médico psiquiatra (Franco Basaglia-entrevistado) e das terapias que se fundem ao tratamento medicamentoso (Franco Basaglia-entrevistado e D. Ivone Lara). Apesar de mencionarem as oficinas no contexto de tratamento dos usuários, percebe-se uma ênfase no elemento terapêutico centrado no acompanhamento com o médico psiquiatra e com o psicólogo (Nise da Silveira e D. Ivone Lara). Até a alta do serviço do CAPS condiciona-se à análise do psiquiatra (Franco Basaglia-entrevistado). Resta aos assistentes sociais, que, nessa perspectiva, não participam diretamente da dimensão de tratamento do usuário, fazer encaminhamentos aos profissionais do campo psi (D. Ivone Lara e Luiz Erundina).

No que se refere à subordinação do Serviço Social ao campo psi, Bisneto (2007, p. 146) afirma:

Nas instituições psiquiátricas o assistente social desenvolve as suas práticas de forma subordinada ao saber médico psiquiátrico, que é o saber com mandato social, isto é, o reconhecimento no plano legal sobre o campo da Saúde Mental, nas condições econômicas, políticas e ideológicas da sociedade burguesa.

Além do aspecto subordinado do trabalho do assistente social no contexto de hegemonia do saber psiquiátrico, Bisneto (2007) chama atenção para o risco de o exercício profissional do Serviço Social se tornar uma atividade de apoio organizacional:

Nas condições da psiquiatria tradicional, às vezes puramente medicamentosa, o assistente social corre o risco de ser relegado disfarçadamente a um agente meramente organizacional, sendo incumbido de tarefas administrativas, tais como conferir a documentação do paciente para constatar seus direitos ao atendimento conveniado, verificar as suas possibilidades de retorno ao lar no tempo hábil de alta, ou mobilizar a família apenas por recursos que ajudem a organização (BISNETO, 2007, p. 147-148).

Ora, a concepção de cidadania restrita como uma dimensão complementar do tratamento é decorrente da suprarreferida subordinação do saber do Serviço Social ao saber psi. A dimensão da cidadania não ocupa espaço central no processo de tratamento, como defendeu o grupo que rompeu com a psiquiatria, antes assume contornos restritos, subsumidos à lógica do campo psi. Pensar num tratamento que tenha a cidadania como elemento central é pensar, prioritariamente, na reversão de relações sociais objetivas determinadas por um quadro macrosocietário, como pretendemos desenvolver à frente.

2.2.1.4 Cidadania restrita como elemento terapêutico complementar

Os entrevistados afirmaram que suas atividades seguem a tendência de viabilizar acesso às políticas sociais, aos direitos sociais e de possibilitar a inclusão social dos usuários do CAPS:

[...] orientação para [recebimento dos] benefícios, que a gente sabe que têm os benefícios assistenciais que maioria dos pacientes aqui tem direito. A gente tenta orientar, encaminhar para a secretaria de assistência social, juntamente com o relatório médico, para que eles possam ter acesso a esse benefício (**Lêda de Oliveira**).

Trabalho essa questão social. Eu trabalho a questão dos direitos. [...] Tem a parte do vínculo com a rede. Quando eu falo vínculo de rede é o vínculo com os PSF, as unidades de saúde. Eu tenho que estar sempre vinculado com elas para saber como é que está o procedimento desse usuário, porque acham que só o CAPS cuida de Saúde Mental (**Franco Basaglia-entrevistado**).

A questão do benefício que é muito visado aqui no município, eles têm um interesse muito grande. Às vezes não cuida do paciente, mas tem interesse no benefício. Então o Serviço Social vai em busca desse familiar para saber quem está usando esse dinheiro, para saber se realmente está cuidando (**D. Ivone Lara**).

[...] encaminhamento de precariedade habitacional, orientação do benefício, [...] os encaminhamentos, enfim. [...] você às vezes não tem o que comer, você conseguir garantir um BPC para aquela pessoa através do encaminhamento, ajuda muito [no tratamento] (**Luiza Erundina**).

Relativamente à relação dialógica entre suas atividades e o Projeto Ético-político do Serviço Social, seguiram a mesma tendência:

[...] a gente trata da questão dos direitos sociais, não é só uma questão de benefícios [...] mas é a questão de ele ter um benefício social muito maior, que é o seu empoderamento enquanto ser-humano. (**Nise da Silveira**).

Ele tem o direito de estar exercendo a sua cidadania como qualquer outra pessoa, porque ele é uma pessoa de direitos e ele pode estar correndo atrás de seus direitos [...]. No CAPS a gente dá a liberdade a ele, a autonomia para que ele possa estar resolvendo as questões dele, de saúde em outras especialidades [...]. Então a gente tenta dar autonomia a ele para que ele procure o serviço, não fique só rotulado no CAPS, mas procure outro serviço para poder estar cuidando da outra parte também (**Lêda de Oliveira**).

Mas a questão da cidadania eu envolvo direitos e deveres. É basicamente isso, essa parte de trabalhar em cima disso mesmo, de direitos: que você tem direito a medicamento, você tem direito à saúde, você tem direito à escola. [...] É direito e dever, à saúde... “Procure, não fica atrás aqui do CAPS apenas. Chame seu familiar. Está passando mal? Vá ao médico, você tem prioridade”. (**Franco Basaglia-entrevistado**).

Nós fazemos assembleia com os familiares, nós fazemos rodas de conversa com eles. Eu estou sempre buscando eles para a sociedade, informando. Não é porque eles têm transtorno mental que têm que ficar excluídos, de jeito nenhum. [...] Mas a gente fala sobre eleições. Nós falamos sobre a importância... O dever e o direito. [...] Através desses informativos, da conversa, do diálogo com eles, para eles [serem] inseridos na sociedade (**D. Ivone Lara**).

Eu acho que através da busca pelas políticas públicas, porque aqui a gente trabalha bem em cima: “É seu direito, é seu benefício, curador não está dando certo? Vamos embora atrás do ministério público. Você tem direito! [...]”. E aqui a gente tem, através das oficinas, sim a questão de cidadania, a questão de documentação... (**Luiza Erundina**).

Trata-se de uma concepção ancorada num conceito restrito de cidadania, ou seja, uma concepção de cidadania associada ao direito positivo, consolidado na esfera legal e constitucional.

Concordamos com Coutinho (1999) ao afirmar as dimensões do direito e da cidadania como elementos anteriores à positivação legal, uma vez que os direitos e a cidadania são construções histórico-sociais e não naturais – como quiseram Locke e os jusnaturalistas. A noção de direito já estava presente nas lutas operárias pela redução da jornada de trabalho e no movimento pelo sufrágio universal no contexto europeu antes de sua positivação (COUTINHO, 1999).

Essa reflexão não caminha na direção de concordância com um marxismo mecanicista que relaciona a cidadania à reprodução unilateral do capital. Compreendemos, ainda em acordo com Coutinho (1999), que o processo tendencial de universalização da cidadania decorrente da modernidade, com a garantia de direitos civis, políticos e sociais (MARSHALL,

1967), foi um processo complexo desdobrado pela luta de classes em condições sociais determinadas historicamente e que favoreceu tanto as forças do capital como as do trabalho.

Todavia, segundo Coutinho (1999, p. 57) existe uma incompatibilidade entre a plena universalização da cidadania e a ordem societária do capital:

[...] a divisão da sociedade em classes constitui limite intransponível à afirmação conseqüente [sic.] da democracia. Como parece óbvio, a condição de classe cria, por um lado, privilégios, e, por outro, déficits, uns e outros aparecendo como óbices a que todos possam participar igualitariamente na apropriação das riquezas espirituais e materiais socialmente criadas (COUTINHO, 1999, p. 57).

Portanto, ainda que formalmente os direitos de cidadania estejam positivados, presentes nas Constituições Federais, sua plena materialização na ordem do capitalismo torna-se inviável. Trata-se, nesse sentido argumentativo, de direitos universais, dadas suas características de total capilaridade, mas que se configuram como abstratos, pois na materialidade da vida real são profundamente negligenciados na dimensão de sua efetivação.

A esta concepção restrita de cidadania – relacionada à positivação de direitos – contrapõe-se uma concepção ampliada. Cidadania ampliada, para Coutinho (1999, p. 42), seria:

[...] a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado (COUTINHO, 1999, p. 42).

A cidadania como apropriação coletiva de bens socialmente criados e atualização de todas as potencialidades de realização humana pressupõe uma efetiva democracia, isto é, “[...] a construção coletiva do espaço público, como a plena participação consciente de todos na gestação e no controle da esfera política” (COUTINHO, 1999, p. 42). Uma cidadania ampliada, portanto, além da dimensão do direito positivo, engloba os direitos humanos ainda não positivados, os quais sinalizam para possibilidades concretas de emancipação humana (MARX, 2010b), onde “[...] o livre desenvolvimento de cada um é a condição do livre desenvolvimento de todos” (MARX; ENGELS, 1956, p. 43).

O debate sobre os direitos humanos, sobretudo no bojo do Serviço Social pós-reconceituação, configura-se como uma instância mais abrangente do que aquela restrita ao direito positivo, arregimentado pela legislação. A “defesa intransigente dos direitos humanos” (BRASIL, 2012, p. 23), dever legatário do PEP profissional, decorre da compreensão dos direitos humanos como “[...] um campo epistemológico e de luta social estratégica, no

horizonte de construção de uma ordem social libertária, no contexto de um campo de disputa de projetos societários” (VINAGRE, 2011, p. 108); por conseguinte “[...] a concepção de Direitos Humanos presente no código de 1993 vai além dos direitos concebidos na sociedade capitalista, pressupõe o horizonte de outra forma de sociabilidade” (MAIOR et al., 2018, p. 134).

Portanto, pensar a cidadania ampliada nos contornos da sociabilidade burguesa é, necessariamente, pensar na organização, disputa e luta políticas num contexto macrossocietário. Ao contrário da cidadania restrita, aquela subsumida ao direito positivo, a disputa pela cidadania ampliada demanda mobilização ativa, pois é fruto de processos histórico-sociais determinados por conflitos e luta de classes.

Foi possível identificar na fala dos assistentes sociais que o diálogo entre suas atividades no CAPS e o PEP profissional ocorre através da mediação com os princípios da liberdade, autonomia e empoderamento³⁸:

[...] a gente trata da questão dos direitos sociais, não é só uma questão de benefícios [...] mas é a questão de ele ter um benefício social muito maior, que é o seu *empoderamento* enquanto ser-humano (**Nise da Silveira**).

No CAPS, a gente faz o tratamento com as pessoas que têm o transtorno, mas a gente dá a *liberdade* a ele, a *autonomia* para que ele possa estar resolvendo as questões dele, de saúde em outras especialidades [...]. Então a gente tenta dar *autonomia* a ele para que ele procure o serviço, não fique só rotulado no CAPS, mas procure outro serviço para poder estar cuidando da outra parte também (**Lêda de Oliveira**).

Eu trabalho com essa parte aqui, ser especial, ter *autonomia*. [...] Eu trabalho bastante essa questão. Muitas vezes até para o lado da psicologia [...], para o lado muito da emoção, porque como eu já sei que os direitos deles, quando eu falo na parte de benefício, estão preservados, então eles estão bem cuidados nessa parte e aí eu trabalho mais a questão da autoestima, *autonomia* mesmo (**Franco Basaglia-entrevistado**).

Os princípios da liberdade, autonomia e empoderamento não são percebidos em termos emancipatórios, no sentido de sinalizar possibilidades de construção de uma sociedade onde não haja determinantes objetivos para o sofrimento mental, antes estes princípios são pensados no contexto restrito de acesso às políticas sociais públicas, ou seja, são pensados na dimensão do direito positivo, de uma cidadania restrita. Nessa direção, a seguinte pergunta se faz necessária sobre o trabalho dos assistentes sociais na Saúde Mental: Se o trabalho

³⁸ “[...] o marco histórico que trouxe notoriedade ao conceito [de empoderamento] foi a eclosão dos novos movimentos sociais contra o sistema de opressão em movimentos de libertação e de contracultura, na década de 1960 do século passado, nos Estados Unidos, passando o empowerment a ser utilizado como sinônimo de emancipação social” (BAQUERO, 2012, p. 174-175) Todavia, também pode-se ser interpretado como “[...] obtenção, alargamento ou reforço de poder” (*Idem, Ibidem*).

profissional restringe-se à viabilização de acesso a uma dimensão restrita de cidadania do usuário do CAPS, de que forma deve-se pensar o exercício profissional em contexto neoliberal de retração e desfinanciamento dos direitos sociais?

Nos termos de Netto e Braz (2012, p. 238), o neoliberalismo se configura como um “conjunto ideológico”, originalmente defendido pelo economista austríaco Hayek (1899-1992), que compreende:

[...] uma concepção de homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na ideia da natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção rasteira da liberdade (vista como função da liberdade de mercado) (NETTO; BRAZ, 2012, p. 238).

Está-se diante de uma tendência mundial do capitalismo, após a crise dos variados tipos de Welfare State³⁹, de retração dos direitos sociais característicos daquelas formas de organização social. Nessa direção, “[...] o capitalismo contemporâneo particulariza-se pelo fato de, nele, o capital estar destruindo as regulamentações que lhe foram impostas como resultado das lutas do movimento operário e das camadas trabalhadoras” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 237).

A tendência dessa fase atual do capitalismo mundial, inaugurada a partir da década de 1970, é a de suplantar a soberania dos Estados-nação, desregulamentando direitos sociais conquistados a fim de aumentar as taxas de lucro estagnadas em função da herança das políticas de *Welfare State* nos países de capitalismo central.

José Bisneto (2013) afirma que no cenário do neoliberalismo as políticas sociais têm sido insistentemente desfinanciadas, tendência que tem descaracterizado o trabalho do assistente social na Saúde Mental, redirecionando-o, para além das atividades de apoio administrativo (BISNETO, 2007), a ações afetivas e de lazer. Um dos impactos de conceber apenas a dimensão restrita da cidadania no trabalho dos assistentes sociais é o de descaracterizar o exercício profissional em contextos de desfinanciamento das políticas sociais, sobretudo no campo da Saúde Mental.

Se de um lado os assistentes sociais entrevistados não vislumbram possibilidades de um exercício profissional mediado por uma concepção ampliada de cidadania – concepção profundamente convergente com o espírito do PEP profissional – de outro exercem suas atividades num contexto político e social de retração dos direitos sociais e de

³⁹ Estados de bem-estar social caracterizados pelo protagonismo das políticas sociais no processo de promoção da cidadania – no sentido de Marshall (1967) – através da tendência à universalização de direitos sociais, civis e políticos e pela ampliação do emprego.

desfinanciamento das políticas sociais públicas, o que inexoravelmente reverbera no sucateamento da política de Saúde Mental e na descaracterização da atividade profissional.

Esse cenário complexo demanda dos profissionais de Serviço Social uma competência crítica que não sucumba a fatalismos e conformismos, nem a messianismos utopistas (IAMAMOTO, 2009b, 2015). Ainda que diante da incompatibilidade entre a plena universalização da cidadania no quadro da sociabilidade burguesa (COUTINHO, 1999) é possível munirmo-nos do legado de nosso PEP profissional – balizado numa concepção ampliada de cidadania – a fim de, nas condições de trabalho mais adversas, sinalizarmos possibilidades de emancipação humana. A reflexão filosófico-ontológica da liberdade como valor ético central do atual código de ética e também do PEP profissional caminha justamente na direção de afirmar a capacidade do ser social de fazer escolhas, o que em última instância afirma a possibilidade concreta de construção de outra sociabilidade em condições objetivas adversas (BARROCO, 2010; BONETTI, 1998; IAMAMOTO, 2015). O rigor teórico-crítico de análise da sociabilidade burguesa e de seus impactos nas políticas e instituições sociais públicas no atual cenário do capitalismo não fomenta fatalismo, mas uma esperança subversiva enraizada na concreção histórica da realidade.

Portanto, uma competência profissional crítica no quadro da Saúde Mental lança mão – para além das funções administrativas de apoio e da dimensão do direito positivo – da cidadania ampliada, dos direitos humanos ainda não positivados e do espírito do PEP profissional a fim de dar conta das demandas reais da população usuária dos CAPS. Essa ampliação de horizonte, inexoravelmente, colocará a dimensão do tratamento do louco num contexto macrosocietário, onde as terapêuticas estarão centradas e condicionadas aos processos de reversão das relações sociais e históricas de produção do sofrimento mental. O campo psi, portanto, não será superdimensionado no processo de tratamento, antes, como deve ser, será subordinado à dimensão da cidadania ampliada.

Malgrado as condições objetivas adversas para a materialização do PEP profissional no trabalho do assistente social na Saúde Mental, é possível viabilizar a participação social de usuários, familiares e movimentos sociais no processo de controle social, avaliação e fiscalização dos serviços do CAPS, bem como fornecer as informações necessárias a fim de que se medeie a questão da loucura a um quadro macrosocietário, onde somente forças sociais e políticas organizadas têm poder de influência e intervenção.

Mais uma vez a concepção dos entrevistados se expressou de forma complexa. Se de um lado os assistentes sociais dialogaram com a dimensão da cidadania, o que caracteriza uma abordagem despatologizadora da vida, de outro superdimensionaram o saber psi no

contexto do tratamento ao restringirem a dimensão terapêutica da cidadania a um lugar de complementariedade.

Justificamos o enquadramento das considerações dos assistentes sociais entrevistados à perspectiva psicossocial por dois motivos:

- 1) Os assistentes sociais expressaram uma concepção de loucura determinada extrinsecamente, tendência legatária das experiências psiquiátricas reformistas que influenciaram a política de Saúde Mental, de natureza psicossocial, no Brasil;
- 2) Os assistentes sociais expressaram uma concepção de tratamento que dialoga com a dimensão da cidadania, ainda que num lugar de complementariedade.

Não foi possível, todavia, enquadrar de forma precisa as considerações dos assistentes sociais sobre loucura e seu tratamento no quadro da (des)patologização da vida. Se de um lado os entrevistados expressaram os determinantes extrínsecos da loucura e a relação complementar da dimensão da cidadania no contexto do tratamento, de outro expressaram uma concepção diagnóstica da loucura e uma concepção de tratamento que superdimensiona o campo psi em detrimento do elemento terapêutico da cidadania. Portanto, enquadrámos as considerações dos assistentes sociais numa *perspectiva psicossocial localizada no limbo entre a despatologização e a patologização da vida*.

2.2.2 Síntese de determinantes sócio-históricos

Antes de finalizarmos este capítulo com o debate da perspectiva antimanicomial, fez-se necessário a exposição da síntese dos determinantes sócio-históricos das suprarreferidas considerações dos assistentes sociais sobre a loucura e seu tratamento. Compreendemos que este movimento expositivo é relevante na medida em que dá concreticidade às declarações dos entrevistados, desvelando alguns – não todos – determinantes fundamentais para a construção de narrativas baseadas numa *perspectiva psicossocial localizada no limbo entre a despatologização e a patologização da vida*.

É importante contextualizar a concepção dos entrevistados a um cenário mundial que, desde a década de 1970, tem fomentado mudanças significativas nas políticas sociais e na vida cotidiana. Esta década marcou uma inflexão substantiva no que se refere ao modelo de produção na conjunção do capitalismo mundial. Se no quadro anterior a produção fordista foi o modelo de produção que deu sustentação a uma sociabilidade de bem-estar social, uma vez que se baseou numa política econômica de pleno emprego e intensos investimentos em políticas sociais, a partir da década de 1970 a produção seriada e massiva foi revertida num

modelo toyotista de produção, o qual passou a evitar a criação de estoques e a tendência à superprodução (ANTUNES, 2006).

O correspondente subjetivo deste processo objetivo de reestruturação produtiva foi a ideologia do neoliberalismo. Este novo modelo de gestão das políticas sociais e do Estado fomentou uma série de contrarreformas que descaracterizaram o pacto social mundial assumido no contexto do pós-segunda guerra. Tratou-se da assunção de uma tendência de restrição dos direitos sociais conquistados, a fim de que o capital mundial vislumbrasse novas possibilidades de reprodução, o que intensificou os processos de concentração e centralização de riqueza (BEHRING, 2003; NETTO; BRAZ, 2012).

O modelo do Welfare-state passou a ser freado em diversos Estados-nação, sobretudo em regiões periféricas do capitalismo mundial. As políticas sociais foram sucateadas e, na onda deste processo de sucateamento, as experiências psiquiátricas reformistas, oriundas em sua maioria do cenário de bem-estar social, sofreram sérios impactos negativos.

No contexto do Brasil, país onde não se constituiu de forma plena um Welfare-state – dada a reação violenta da burguesia nacional dependente, aliada às forças militares, no quadro de irrupção de um nacional desenvolvimentismo na década de 1960 – mal se comemora o marco de uma Constituição Federal socialdemocrata em 1988, inicia-se um processo de desmonte no alvorecer da década de 1990.

O processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira deu-se no cenário de contrarreforma do Estado nacional. Se de um lado a perspectiva de atenção psicossocial foi subvertendo a lógica da atenção psiquiátrica, de outro a indústria da loucura, incorporada nos hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas de natureza confessional religiosa, não perdeu influência, uma vez que a legislação pós-reforma não extinguiu o hospital psiquiátrico e ainda viabilizou possibilidades de tratamento nas comunidades terapêuticas conservadoras – desenvolveremos estes aspectos à frente.

No quadro atual, sobretudo após crise política de 2014 e o golpe político de 2016⁴⁰, as estruturas de atenção psicossocial têm sofrido processos de desfinanciamento como resultado da Emenda Constitucional (EC) 95, que criou um teto para “gastos” públicos. A lógica da atenção psiquiátrica tem dado sinais de retrocessos e de desconstrução da lógica de atenção

⁴⁰ Refiro-me a crise fomentada pelos representantes dos interesses da burguesia internacional após a vitória eleitoral de Dilma Rousseff em 2013, que desembocou num processo de impeachment em 2016, profundamente questionável nas circunstâncias daquela conjuntura.

psicossocial, como foi possível perceber nas últimas declarações do Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Junior⁴¹.

Neste mesmo contexto, é perceptível o avanço do complexo médico industrial na empreitada de criar novos medicamentos. A biotecnologia se desenvolve como um campo de combate à experiência do sofrimento, fomentando uma tendência à medicamentação da existência (OLIVEIRA, 2018; VASCONCELOS, 2016). Em 2007 o Brasil vendia 29 mil caixas de Rivotril (ansiolítico à base de clonazepam) por ano, número que cresceu exponencialmente em 2015, 23 milhões de caixas vendidas (CARTA CAPITAL, 2019). Essa realidade de medicamentação da vida é muito próxima da realidade distópica do romance de Aldous Huxley (2016), *Admirável mundo novo*, onde o hedonismo associava-se ao coletivismo a fim de garantir um permanente estado de bem-estar, felicidade, estabilidade, os quais eram efetivamente garantidos com as doses diárias de uma droga chamada soma, utilizada ante situações de incômodo e infelicidade.

Concordamos com Carvalho (2000) ao considerar a vida cotidiana – dimensão pragmática, imediata, automática e superficial da vida em sociedade – como produto de ingerência de forças do Estado e também capitalistas. O quadro de retração de direitos sociais, de desemprego, de desalento, de individualismo, de hedonismo-consumista, de desenvolvimento da biotecnologia e da Big Pharma num cenário propício para produção de superlucros, engendra subjetividades marcadas pelo “desamparo e depressão” somadas a uma “desarticulação da perspectiva de futuro”, fatores viabilizadores de todas as violências decorrentes do narcotráfico e do consumo abusivo de drogas (SILVEIRA, 2002; VASCONCELOS, 2016). Esse quadro conjuntural também vem revelando uma “diminuição da presença real paterna e materna na família [...]” (VASCONCELOS, 2016, p. 191), o que tem fragilizado o processo de formação de valores nas crianças e possibilitado “[...] a incidência de comportamentos antissociais, abuso de drogas e [...] criminalidade” (VASCONCELOS, 2016, p. 192). Ademais, o atual contexto societário tende ao desgaste dos mecanismos psíquicos de reconhecimento da alteridade e reciprocidade, processo que desencadeia

[...] um recuo nas defesas individuais e coletivas contra impulsos delinquentiais, corroendo as noções básicas de reconhecimento da reciprocidade humana e da ética,

⁴¹ A nota técnica (nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS) produzida pelo Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Júnior, entre outros retrocessos, legitima o tratamento com eletroconvulsoterapia; desconsidera a Política Nacional de Redução de Danos ao propor uma perspectiva de tratamento baseada na abstinência; e retoma a abertura de leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2019c).

estimulando a emergência de focos de perversidade, barbárie e de demandas de se viver o gozo sem limites (VASCONCELOS, 2016, p. 195).

Este cenário, além de fomentar significativos processos de sofrimento mental, tem engendrado respostas imediatistas para a complexidade da existência, respostas deslucadas de seus determinantes objetivos, macrosocietários e econômicos. A medicamentação, por exemplo, associa-se à lógica da dimensão cotidiana da vida – imediatista, pragmática e automática – a fim de dar respostas ao problema estrutural do sofrimento no contexto da sociedade capitalista neoliberal.

Às forças capitalista-neoliberais de produção de práticas cotidianas medicamentadoras, unem-se as tendências de construção de uma política de Saúde Mental híbrida – a qual incorpora pautas do mercado e de movimentos sociais da sociedade civil – e de uma formação em saúde, no campo da medicina psiquiátrica, ainda substantivamente biologicista. Uma vez que o saber médico-psiquiátrico é o que tem mandato social no campo da Saúde Mental (BISNETO, 2007), a lógica biologicista de atenção à loucura se capilariza, ainda que de forma sutil, no contexto das instituições psicossociais.

Relativamente ao campo profissional, inferimos que os problemas ético-políticos que decorrem da não filiação à ABEPSS de grande parte de cursos de Serviço Social em instituições de ensino superior privadas – as quais são as instituições formadoras dos participantes deste estudo – também incluem incorporações frágeis – ou a não incorporação – da perspectiva teórica que baliza o PEP profissional (ABREU, 2016), com destaque para a perspectiva de totalidade, oriunda do método materialista histórico-dialético proposto pela teoria social de Karl Marx, o que em última instância pode reverberar numa aceitação acrítica da supremacia do saber psiquiátrico biologicista pelos assistentes sociais trabalhadores da Saúde Mental formados em circunstâncias que os alijam da criticidade.

Portanto, compreendemos que a *perspectiva psicossocial localizada entre a despatologização e a patologização da vida* é um ponto de vista sobre a loucura e seu tratamento determinado no limbo dos seguintes processos objetivos: reestruturação produtiva; neoliberalismo; contrarreformas do Estado; sucateamento da política de Saúde Mental; fomento às forças mercadológicas na constituição da política de Saúde Mental; tendência a respostas imediatistas ao problema do sofrimento numa sociedade estruturalmente injusta; formação médico-psiquiátrica substantivamente biologicista e formação em Serviço Social fragilizada em relação ao seu vínculo teórico e ético-político com o PEP da profissão.

2.3 PERSPECTIVA ANTIMANICOMIAL E DESPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA

Finalmente, apresentaremos a seguir a natureza da perspectiva antimanicomial de compreensão da loucura e seu tratamento. Defenderemos a tese de que esta perspectiva, apesar de ser gestada nas mesmas balizas dos movimentos psiquiátricos reformistas que constituíram a política psicossocial, supera as outras vertentes de atenção em Saúde Mental, uma vez que amplia o horizonte de compreensão da loucura e de seu tratamento.

Nesse sentido, faz-se necessário a exposição do processo de constituição da Luta Antimanicomial no Brasil, movimento social influenciado pela Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática italiana e importante catalisador de mudanças que consolidaram a reforma psiquiátrica brasileira.

A literatura já atestou as relações de convergência entre o Movimento Sanitário e o de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 1997; SCHEFFER; SILVA, 2014; VASCONCELOS, 2010a). Ambos surgiram num contexto de crise do capitalismo mundial e se arvoraram na empreitada de democratização do Estado brasileiro num cenário político de esgotamento da ditadura militar e ascensão dos movimentos populares.

Nos marcos do final da década de 1980, segmentos do Movimento Sanitário ocuparam cargos de gestão estratégicos para o fortalecimento do projeto de um Sistema Único de Saúde, fomentando experiências de descentralização administrativa que direcionavam para outro modelo organizativo de saúde. Essa estratégia gramsciana – no sentido de incorporação dos movimentos sociais ao momento superestrutural da organização social, numa verdadeira disputa pela direção social das políticas sociais e do Estado – foi um marco na relação do Movimento Sanitário com o Estado e um delineador da reforma sanitária brasileira.

Entretanto, no caso específico do MTSM, a despeito das inegáveis convergências com o Movimento Sanitário, as relações com o Estado se deram de forma diferenciada. O MTSM, movimento que congregou trabalhadores da Saúde Mental, usuários e familiares, num primeiro momento focou sua estratégia na denúncia da indústria da loucura e das experiências desumanas que marcaram os hospitais psiquiátricos. À semelhança do Movimento Sanitário, com o processo de abertura do Estado brasileiro no cenário da década de 1980, muitos atores do MTSM assumiram cargos e posições de poder no Estado a fim de tensionarem uma reforma psiquiátrica (VASCONCELOS, 2010a). Todavia, é nesse contexto histórico que o MTSM, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, entre os dias 3 e 6 de dezembro de 1987 na cidade de Bauru/SP, permite-se a uma autocrítica estratégica sobre essa relação com o Estado. A superação do manicômio, o qual se materializava em instituições

asilares como os hospitais psiquiátricos, requeria, na perspectiva de parte da militância do MTSM, uma luta para além da relação institucional com o Estado. Ficou claro para o MTSM que a estratégia da reforma psiquiátrica teria de passar por uma *Luta Antimanicomial* que extrapolasse uma reforma institucional dos serviços de saúde e se capilarizasse na organização social para a superação da sociedade produtora da loucura (AMARANTE, 1997; MANIFESTO DE BAURU, 1987; VASCONCELOS, 2010a). Portanto, a emergência do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) estabeleceu uma relação diferenciada com o Estado.

A implementação das Portarias 224/92 e 469/GM de 2001, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c), são exemplos de como estes dispositivos, apesar de progressistas e de caminharem na direção de uma reforma psiquiátrica, não propunham uma ruptura, de fato, com o modelo patologizador (LUZIO; YASUI, 2010), o que pode ser explicado como resultado de uma síntese do embate entre atores políticos que disputam o direcionamento da política de saúde no país.

A Portaria 224/92 (BRASIL, 2004c) regulamentou normas para os serviços de saúde extra-hospitalares, além de homogeneizar⁴² as experiências dos CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e não superar a lógica manicomial dos Hospitais Psiquiátricos:

Não há, na Portaria, nenhuma menção a serviços substitutivos ou a uma mudança de modelo assistencial; e – o que é mais relevante, do ponto de vista da remuneração – não se caracterizava como um serviço, uma unidade, e sim como um procedimento. Dessa forma, vários ambulatórios de Saúde Mental se credenciaram com o “procedimento NAPS/CAPS”, mas continuaram atendendo como um ambulatório. Houve uma ampliação do “menu” de ofertas de tratamento (LUZIO; YASUI, 2010, p. 19).

A Portaria 469/GM de 2001 (BRASIL, 2004c), que “[alterou] a sistemática de remuneração dos procedimentos de internação em hospital psiquiátrico” (LUZIO; YASUI, 2010, p. 22) também seguiu esta tendência de progresso, mas não de ruptura. A referida portaria, numa estratégia de humanização da atenção em Saúde Mental, propôs um processo de avaliação, denominado Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar. Ora, a

⁴² É equivocada a homogeneização dos CAPS e NAPS, pois são instituições de natureza e objetivos diferenciados. “O CAPS foi implantado como um serviço intermediário entre o ambulatório e a internação psiquiátrica, funcionando em cinco dias da semana, por no máximo oito horas diárias, cuja proposta terapêutica era a de uma prática clínica centrada na vida cotidiana da instituição, de modo a permitir o estabelecimento de uma rede de sociabilidade para fazer emergir a instância terapêutica. [...] O NAPS foi criado como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, portanto para funcionar durante as vinte e quatro horas. Ficava responsável pelo atendimento integral à demanda de Saúde Mental de uma região, principalmente aos casos graves, através de uma multiplicidade de ações, as quais tinham como objetivo a restituição do poder contratual do usuário, de modo a possibilitar a ampliação de sua autonomia” (LUZIO; YASUI, 2010, p. 20).

proposta era a de induzir a humanização nos hospitais psiquiátricos e não de superá-los na direção de outra forma de atenção e cuidado em saúde. A própria Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2004c), considerada Lei da reforma psiquiátrica, aponta para esta tendência reformista, pelo fato de não seguir o direcionamento do Projeto de Lei (PL) original 3.657/89 – de autoria do Dep. Paulo Delgado (PT/MG) – de “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços” (LUZIO; YASUI, 2010, p. 21). Antes, a referida Lei manteve “[...] a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, [apenas acenando] para uma proposta de mudança do modelo assistencial” (LUZIO; YASUI, 2010, p. 22).

Portanto, a política de Saúde Mental brasileira tem mostrado uma tendência híbrida, uma vez que incorpora propostas progressistas na atenção em Saúde Mental, mas também as demandas da indústria da loucura, com a permanência dos hospitais psiquiátricos (LUZIO; YASUI, 2010), o fomento à regulamentação das Comunidades Terapêuticas de natureza religiosa (CFESS, 2014) e a construção de uma Política Nacional sobre Drogas que caminha na contramão dos avanços da Luta Antimanicomial, dada sua característica de segurança pública (BRASIL, 2002, 2019d). Ademais, a legislação em Saúde Mental também lança mão do saber biologicista, patologizador da vida, na medida em que privilegia o cargo psiquiátrico no quadro das equipes multiprofissionais e utiliza códigos diagnósticos no processo de organização dos serviços de atenção em Saúde Mental (BRASIL, 2004c). Talvez seja esse hibridismo demarcador da política de Saúde Mental brasileira, de natureza psicossocial, o principal fator determinante para o enquadramento das considerações dos assistentes sociais entrevistados no limbo entre a despatologização e a patologização da vida.

Entretanto, esse hibridismo da política de Saúde Mental deve ser analisado considerando as diversas disputas econômicas e políticas na dimensão da superestrutura do Estado brasileiro. A natureza híbrida da política de Saúde Mental, com seus avanços e limitações, é resultante dos diversos conflitos que se desenrolaram no âmbito da sociedade civil e da tendência à coalizão de interesses diversos, às vezes até antagônicos.

Assim sendo, é importante destacar a diferença dos termos reforma psiquiátrica e MLA; o primeiro refere-se às mudanças técnico-assistenciais e político-legais que cercaram a questão da atenção psiquiátrica no Brasil, mudanças significativas e relevantes, mas que ainda convivem com reminiscências patologizadoras do modelo manicomial (medicamentação, supremacia do saber médico, biologicismo etc.); já o MLA é um movimento social apartado da esfera estatal que catalisou as mudanças mais significativas no processo de consolidação da reforma psiquiátrica, movimento crítico às tendências de patologização da vida e que assume estratégias amplas de luta no processo de defesa da cidadania do louco.

Fica evidente, portanto, que houve um distanciamento entre o Movimento da Luta Antimanicomial e o Estado, justamente para que a crítica programática fosse possível:

O Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) tem defendido uma posição de independência em relação ao aparelho estatal, ainda que muitos de seus atores tenham sido gestores das políticas municipais de saúde. É nessa condição que o MLA define sua participação, como representante do segmento da sociedade civil, nas comissões de reforma psiquiátrica criadas pelos Conselhos de Saúde nos vários níveis de governo (LUZIO; YASUI, 2010, p. 20).

O II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, também conhecido como Encontro de Bauru, sintetizou o compromisso dos atores que compuseram o MTSM de romper com o modelo manicomial via organização popular e sindical para superação da sociedade produtora da loucura. O manifesto do Encontro de Bauru teceu uma crítica à perspectiva de institucionalização da reforma psiquiátrica: “Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos” (MANIFESTO DE BAURU, 1987, s/p); além de estender sua crítica ao Estado e tratar das estratégias que devem pautar a Luta Antimanicomial:

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. [...] Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (MANIFESTO DE BAURU, 1987, s/p).

O lema da reforma psiquiátrica de caráter institucional foi substituído, no âmbito do Movimento Social, pelo lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”; bandeira da Luta Antimanicomial. Tal meta, como retratado pelo Manifesto de Bauru, só se mostraria viável na medida em que o movimento popular da Saúde Mental se unisse aos demais movimentos sociais na luta pela construção de uma sociedade mais justa. A pauta, nesse sentido, se desinstitucionaliza e se amplia, colocando novos desafios para os sujeitos políticos da Saúde Mental.

A perspectiva do Manifesto de Bauru que identifica o Estado como o impositor e sustentador de mecanismos de exploração, produção da loucura e da violência faz-nos inferir que a Luta Antimanicomial lança mão de referenciais ampliados de cidadania. A utopia⁴³ de uma sociedade sem manicômios só se vislumbraria, no ponto de vista do MLA, uma vez que

⁴³ Utopia não no sentido quimérico, mas no sentido de um “não-lugar” momentâneo.

as relações sociais injustas de produção da loucura, num campo macrossocietário, fossem subvertidas. Daí o compromisso estabelecido pelo MLA de construir alianças com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. Trata-se de um movimento que incorpora a luta pela cidadania do louco à luta pela cidadania de todos os trabalhadores.

Nesse sentido, o MLA, apesar de ter colaborado substantivamente para a positivação dos direitos do louco através de uma reforma psiquiátrica, caminha numa direção que extrapola o direito positivo, arregimentado legalmente, uma vez que tensiona lutas macrossocietárias com poder de reversão das relações sociais produtoras da loucura, do sofrimento, de processos de patologização e de medicamentação da vida.

A luta contra o cenário de retração de direitos sociais e humanos, contra projetos contrarreformistas, contra ajustes fiscais e contra a exploração, além de localizar-se no campo da defesa do direito positivo, circunscreve-se, sobretudo no âmbito da cidadania ampliada, na medida em que se trata de uma luta que sinaliza possibilidades de um devir histórico onde a apropriação dos bens produzidos coletivamente se dará de forma equânime, pois é justamente do quadro extrínseco de exploração, de exclusão e desigualdade de onde decorre o sofrimento mental. Nesse sentido, afirma Lobosque (2001, p. 107 apud CORREIA, 2006, p. 93) sobre o MLA: “O movimento antimanicomial é uma instância de militância política, inscrita em um processo mais amplo de transformações sociais, cujo *front* consiste no combate às formas de exclusão que tomam a loucura por objeto” (grifo da autora).

A perspectiva de cidadania assumida pelo MLA não é passiva – como é a dos entrevistados – antes é mediada pela luta, pois o movimento não concebe os direitos humanos (civis, políticos e sociais) como direitos naturais, garantidos e consolidados sem atrito, mas como construções histórico-sociais resultantes de conflitos de interesse e luta de classes.

Não foi possível identificar essa perspectiva militante e abrangente nas considerações dos assistentes sociais entrevistados; talvez em função do pouco tempo de experiência com a política de Saúde Mental. Eles afirmaram o direito do usuário do CAPS sem refletir sobre os limites da concretização do direito positivo na sociabilidade burguesa, sobretudo na conjuntura do neoliberalismo. A cidadania ampliada, a defesa dos direitos humanos para além do instituído no marco legal, não se fez presente nos relatos dos participantes da pesquisa, uma vez que não mencionaram a dimensão da disputa e luta políticas no âmbito macrossocietário como mediações necessárias à consolidação da cidadania do louco, o que expressou pouca ressonância do espírito do MLA no contexto da práxis dos assistentes sociais entrevistados.

Na perspectiva antimanicomial, destarte, a loucura é considerada uma produção extrínseca de relações sociais injustas, de exploração e de desigualdade. A terapêutica, nesse sentido, envolveria a reversão do quadro macrosocietário produtor da loucura. Todavia, nos limites da presente ordem social ainda é possível pensar formas de tratamento convergentes com o MLA, na medida em que se valorize: a redução significativa do uso de medicamentos no processo de tratamento – conforme experiências de David Healy, do “diálogo aberto” de Jaako Seikkula, do Centro Sêneca na Califórnia e do projeto Alasca com Jim Gottstein (WHITAKER, 2017) – experiências de maior liberdade para que o usuário gira de forma autônoma o uso medicamentoso (PORTUGAL; TORRENTÉ; TORRENTÉ, 2018); e experiências de maior prescrição de formas alternativas de tratamento, a exemplo de exercícios físicos, conforme proposto pelo Instituto Nacional Pró-Saúde e Excelência Clínica do Reino Unido (WHITAKER, 2017).

Apesar das semelhanças com a perspectiva psicossocial, sobretudo no que se refere à concepção da loucura como produto extrínseco das relações sociais, a perspectiva antimanicomial é essencialmente despatologizadora da vida, uma vez que concebe a experiência da loucura não como uma doença, mas como um sofrimento mental determinado em conjunturas político-econômico-sociais específicas.

Portanto, assumimos a hipótese de que conceber a loucura e seu tratamento nos marcos da perspectiva antimanicomial amplia o campo de direitos da pessoa com sofrimento mental, o que inclui sua religiosidade; dimensão que por muito tempo foi concebida como um sintoma da patologia mental e não como expressão da subjetividade e um direito humano do louco (DALGALARRONDO, 2008) – reflexão que pretendemos desenvolver no capítulo seguinte.

3 RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL: FOLGANDO OS NÓS DE UMA RELAÇÃO MAL RESOLVIDA NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

O cantor e compositor Gilberto Gil, na canção *Se eu quiser falar com Deus*, do Álbum *Luar (A Gente Precisa Ver o Luar)* de 1981, expressou o seguinte num de seus versos: “Se eu quiser falar com Deus [...] tenho que folgar os nós” (GIL; MOREIRA, 1981). Recorremos a esta imagem poética para afirmarmos o objetivo deste capítulo: folgar os nós de uma relação mal resolvida entre a religiosidade e o Serviço Social a partir da análise crítica da concepção dos entrevistados sobre a religiosidade de pessoas em tratamento em equipamentos da política de Saúde Mental. Nesse sentido, a proposta deste capítulo é fomentar o diálogo entre a religiosidade e o Serviço Social, superando abordagens de tratamento desta questão que procuram atar nós, encerrando os debates, as reflexões e os possíveis diálogos. Se quisermos falar, dialogar, refletir, princípios fundamentais do processo dialético, há que se *folgar os nós*!

No contexto da Saúde Mental a religiosidade dos usuários, para os assistentes sociais entrevistados, foi concebida em termos paradoxais, pois trataram-na como uma dimensão que pode se configurar positiva e/ou negativa na especificidade de diversas situações de demandatários dos CAPS. A complexidade do elemento paradoxal da religiosidade na Saúde Mental dificultou convergências nos relatos dos profissionais entrevistados sobre possíveis relações dialógicas entre a religiosidade-saúde e o PEP do Serviço Social. Entretanto, essa dificuldade de convergência sobre possíveis diálogos com o PEP não derivou somente da natureza paradoxal da religiosidade na Saúde Mental, mas – *e essa é a tese fundamental deste capítulo* – de uma relação mal resolvida entre a religiosidade e o Serviço Social no decorrer da história da profissão no Brasil.

Expomos, num primeiro momento, o processo de categorização das considerações dos assistentes sociais em resposta às questões da última parte do roteiro de entrevista. O processo de categorização permitiu que chegássemos a uma concepção homogênea, expressa pelos entrevistados, sobre a religiosidade na Saúde Mental, a qual manifestou natureza paradoxal. Em seguida, analisamos essa concepção, bem como seu impacto no processo de construção de convergência/divergência nos relatos dos entrevistados sobre as possíveis relações dialógicas entre religiosidade-saúde e o PEP profissional.

Finalizamos a digressão deste capítulo desenvolvendo a tese de que as divergências presentes nos relatos dos entrevistados sobre as possíveis relações dialógicas entre a religiosidade-saúde e o PEP derivam, também, de uma relação mal resolvida, um “recalque da religiosidade” no Serviço Social brasileiro. Trata-se de um fenômeno decorrente da crítica ao

projeto do Serviço Social Tradicional, o qual produziu um efeito de associar, de forma imediata, a religiosidade ao conservadorismo. Ademais, apresentamos sugestões de como superar os problemas decorrentes deste “recalque” e quais seus impactos para a profissão.

3.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS

De que forma os assistentes sociais entrevistados conceberam a religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS? A exposição do processo de categorização dos dados coletados nas entrevistas pretende responder a esta questão.

Este processo de análise decorre da terceira e última parte do roteiro de entrevista, cujas perguntas foram: 1) Você já teve contato com alguma demonstração de religiosidade por parte de pessoas em tratamento no CAPS? Comente sua experiência; 2) Como você visualiza a questão da religiosidade de pessoas em tratamento no CAPS? 3) A religiosidade de pessoas em tratamento no CAPS contribui com o tratamento ou não? 4) Como você visualiza a relação da religiosidade com a saúde e quais os rebatimentos dessa relação no Projeto ético-político do Serviço Social?

Os dados decorrentes da análise das quatro perguntas da terceira e última parte do roteiro de entrevista possibilitaram uma categorização final sobre a forma como os entrevistados visualizam a religiosidade de usuários dos CAPS, como exposto no Quadro 7:

Quadro 7 – Categorização final sobre a concepção de religiosidade na Saúde Mental

Categoria primária - pergunta 1	Categoria primária - pergunta 2	Categoria primária - pergunta 3	Categoria primária - pergunta 4	Categoria Final/ Concepção de religiosidade na SM
Usuários manifestam sua crença religiosa, que pode privá-los de participação em atividades do serviço e interromper o tratamento medicamentoso.	(3) afirmaram que a religiosidade é uma dimensão positiva para a Saúde Mental, não representa um problema para o serviço e permite a negociação dos termos do tratamento; (2) afirmaram a religiosidade como alienação, como uma dimensão catalisadora de privação e que prejudica a Saúde Mental.	(3) concebem o impacto paradoxal da religiosidade na Saúde Mental, ao destacarem os aspectos positivos e negativos na especificidade do tratamento de alguns usuários (a maioria dá ênfase à dimensão negativa da religiosidade); (1) concebe apenas o aspecto positivo da religiosidade, pois é uma dimensão complementar ao tratamento medicamentoso e (1) concebe apenas o aspecto prejudicial da religiosidade, dada as ingerências contraproducentes de lideranças religiosas no tratamento de alguns usuários.	A religiosidade pode interferir negativamente no tratamento e nesse sentido não há diálogo com o PEP, pois não leva à autonomia; a religiosidade é um direito humano que precisa ser respeitado e viabiliza a inclusão social.	A religiosidade dos usuários no contexto da Saúde Mental é concebida em termos paradoxais – com ênfase na dimensão negativa – pois promove inclusão e bem-estar, mas também alienação e privação, contradição que dificulta relatos convergentes sobre possíveis relações dialógicas entre a religiosidade-saúde e o PEP do Serviço Social.

Fonte: Análise de conteúdo realizada pelo autor.

A análise das entrevistas permitiu que chegássemos a seguinte categoria sobre a concepção de religiosidade na Saúde Mental: A religiosidade dos usuários no contexto da Saúde Mental é concebida em termos paradoxais – com ênfase na dimensão negativa – pois promove inclusão e bem-estar, mas também alienação e privação, contradição que dificulta relatos convergentes sobre possíveis relações dialógicas entre a religiosidade-saúde e o PEP do Serviço Social.

Antes de analisarmos essa categoria temática que surgiu das entrevistas é necessário dar destaque à diversidade de termos utilizados pelos entrevistados para referirem-se à dimensão da religiosidade. Muitos deles mencionaram a igreja, as lideranças religiosas e a fé.

Estes três elementos, ainda que tenham sentidos diferenciados, representam a dimensão da religiosidade. Não foi o objetivo deste trabalho tratar das considerações dos entrevistados sobre a especificidade de cada um destes sentidos, mas analisar suas considerações sobre o aspecto geral da religiosidade. Por este motivo tem-se a impressão de uma certa homogeneização dos termos igreja, lideranças religiosas e fé na análise das entrevistas. Essa homogeneização foi algo proposital, o que, em nossa perspectiva, não muda o resultado essencial captado nos relatos dos entrevistados: a natureza paradoxal da religiosidade no âmbito da Saúde Mental.

A seguir expomos as unidades de sentido que constituem a categoria desta análise de conteúdo, fazendo mediações com a história e os conceitos teóricos que envolvem os elementos que se manifestaram.

3.1.1 O paradoxo da religiosidade na Saúde Mental

A concepção dos assistentes sociais entrevistados sobre a religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS mostrou-se contraditória, uma vez que apresenta elementos positivos e negativos dessa relação. Esta perspectiva expressa pelos assistentes sociais tem ressonância na literatura especializada do campo da Saúde Mental? A dimensão paradoxal da religiosidade na Saúde Mental também é uma realidade na literatura? Quais as convergências e divergências entre a concepção dos entrevistados e o dado manifesto da literatura especializada sobre a natureza da religiosidade no campo da Saúde Mental?

3.1.1.1 A dimensão positiva da religiosidade para a Saúde Mental

Os assistentes sociais entrevistados afirmaram a religiosidade como uma dimensão complexa para a Saúde Mental, o que inclui seus impactos positivos:

Eu acho que [a religiosidade deles é algo] muito positivo e curador (**Nise da Silveira**).

Eu acho que sim [a religiosidade contribui para o tratamento]. A fé tem poder curador, seja ela da religião que for (**Nise da Silveira**).

Eu não tenho nada contra em relação a isso, porque se isso faz bem a eles eu não vejo porque [impedir]... (**Lêda de Oliveira**).

Tem paciente que a gente percebe que a partir do momento que ele procurou por uma religião, uma igreja, ele teve uma melhora no quadro. Por quê? Porque tem essa questão mesmo da oração, eles acreditam que Deus cura, que indo para a igreja vão

se libertar do que aconteceu, do que foi feito. Então... É positivo nessa questão [...] **(Lêda de Oliveira)**.

[...] quando eu não estou me sentindo bem eu sempre procuro uma igreja para poder até ouvir a palavra. Quando a gente ouve uma palavra, a gente se sente melhor, a gente se sente mais tranquila, a gente se sente com a alma mais regenerada, mais leve... Então eu tiro isso por mim. [...] A gente sabe que muitos pacientes não têm um lazer, então eles sempre procuram uma igreja para poderem estar saindo de casa [...]. A gente sabe que nas igrejas também são realizadas algumas atividades, a gente sabe que têm grupos e eles podem estar participando desse convívio também, com outras pessoas. [...] A gente sabe que é muito difícil ter essas atividades de lazer em outros campos, mas que na igreja eles encontram essas atividades [...] Eu acho que [a religiosidade deles contribui com] a liberdade e a cidadania. [...] De diversão, de sair, de conviver com outras pessoas **(Lêda de Oliveira)**.

Eu [...] vejo o lado bom da religião, para mim também tem esse lado maravilhoso, inclusive combate às drogas, etc. **(Franco Basaglia-entrevistado)**.

[...] você seguindo o tratamento é bom você estar numa igreja? É bom! Você está ali ouvindo palavras bonitas, cantando, com a comunidade junta, bom. [...] É como eu te digo, se for analisar pelo lado fora da Saúde Mental a igreja trabalha bem na parte de [...] trabalhar com cantos, com música, ensinando a palavra. Querendo ou não tira as pessoas de estarem no meio das drogas. Tirar, tira. Os projetos sociais que elas desenvolvem... Eu elogio essa parte muito **(Franco Basaglia-entrevistado)**.

Então eu insisto, enquanto assistente social... [...] “Eles têm que ir, é um direito deles. Direito de escolha e eu tenho que respeitar, porque é a religião deles” **(D. Ivone Lara)**.

[...] a minha religião às vezes pode me tirar daquilo [dos problemas de Saúde Mental], mas eu tenho que parar de seguir ao pé da letra [a religião] **(Luiza Erundina)**.

Antes de tratar do aspecto positivo da religiosidade para a Saúde Mental é necessário discutir sobre o movimento teórico de inflexão que marcou a forma como a ciência psi compreendeu a dimensão da religiosidade.

A saúde/adoecimento mental e a religiosidade têm uma relação muito próxima; desde o século XIX essas dimensões são associadas. Todavia, o tratamento teórico que a ciência psi dispensou sobre a relação religiosidade-saúde/adoecimento mental no quadro do século XIX foi marcado por uma perspectiva negativa da religiosidade. Conforme indica Koenig (2007b), Sigmund Freud foi um dos profissionais do campo psi que contribuiu significativamente para a ressonância de um sentido negativo da religião em relação ao adoecimento mental. Freud (1962 apud KOENIG, 2007b, p. 96) afirmava: “Religião seria assim a neurose obsessiva universal da humanidade... [...]”. E conclui: “Assim, Freud pensava que as crenças religiosas tinham suas raízes em fantasia e ilusão e poderiam ser responsáveis pelo desenvolvimento de psicoses (embora nunca tenha atribuído diretamente a causa da psicose à religião, apenas à neurose)” (KOENIG, 2007b, p. 96).

Dalgalarondo (2008, p. 147) afirma que essa perspectiva negativa da religiosidade em relação à Saúde Mental derivou dos períodos da Idade Média e Renascença, quando as doenças físicas e psicológicas foram concebidas como corolários do pecado. Entretanto, foi apenas no século XIX que a relação religiosidade-saúde/adoecimento mental foi tratada na perspectiva da ciência psi;

Naquele século, uma das formulações mais recorrentes refere-se à idéia [sic.] de que o excesso de religiosidade, o fanatismo religioso, as práticas religiosas intensas, assim como determinadas formas de religiosidade (como as espiritualistas e as religiosidades dos povos “primitivos”) seriam propiciadores do adoecimento mental (DALGALARRONDO, 2008, p. 147).

Ao apresentar a trajetória da relação entre religião e Saúde Mental, Dalgalarondo (2008) evidencia a importância de um estudo histórico sobre os aspectos que a infirmam na perspectiva da psiquiatria. O “pai” da Psiquiatria moderna, Phillipe Pinel, destacou a relação entre religiosidade e adoecimento mental na publicação de um tratado em 1801 que apontava “[...] os excessos religiosos como fatores relevantes na gênese da alienação mental” (DALGALARRONDO, 2008, p. 147).

Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, em uma de suas publicações de 1838 conceituou o termo “monomaníacos religiosos”⁴⁴: “A monomania religiosa, segundo o mesmo francês, [representava] uma exacerbação patológica de determinados traços presentes na maior parte das pessoas, que os [conduziam] a uma peculiar organização patológica que os [afastava] de um modo de vida razoável e saudável” (DALGALARRONDO, 2008, p. 148).

Jacques-Joseph Moreau (1804-1884), discípulo de Esquirol, afirmou que “[...] a exaltação das idéias [sic.] religiosas é a causa principal, pode-se quase dizer única da loucura entre os muçulmanos” (1843 apud DALGALARRONDO, 2008, p.148).

Winslow (1853 apud DALGALARRONDO, 2008), na mesma perspectiva dos outros psiquiatras do século XIX, afirmou que os excessos e fanatismo religiosos são os principais determinantes para o desencadeamento de transtornos mentais nos hindus.

George Burrows, em uma publicação de 1828, em análise das características religiosas da Inglaterra, constatou que a liberdade de culto e discussão teológica, o sectarismo e o trânsito religioso são determinantes para o que ele chamou de “loucura religiosa” (apud DALGALARRONDO, 2008).

⁴⁴ “[...] são aqueles delirantes que crêem [sic.] que têm uma missão celeste, acreditam-se profetas, estão em comunicação com Deus, com o céu, com os anjos” (DALGALARRONDO, 2008, p. 147).

Na Alemanha Karl Wilhelm Ideler, em publicações de 1848 a 1850, conceituou os “delírios religiosos” como sendo “[...] a consequência [sic.] da ilimitada ânsia pelo divino” (DALGALARRONDO, 2008, p. 148).

Gresinger em 1867 e Krafft-Ebing em 1879, também reafirmaram a dimensão ou exaltação religiosa como elemento fundamental para a psicopatologia⁴⁵ (DALGALARRONDO, 2008).

Além dos suprarreferidos psiquiatras, Dalgarrondo (2008) destaca alguns relevantes psicopatologistas que pensaram a relação religiosidade-saúde/doença mental na modernidade. Em Emil Kraepelin, Dalgarrondo (2008, p. 152) afirma existir uma “[...] presença marcante de elementos religiosos [em sua psicopatologia]”. Observamos que em De Sanctis, já começa haver uma separação entre experiência religiosa e doença mental, uma vez que o cientista propunha que a “[...] psicopatologia deveria ater-se à presença do religioso na verdadeira doença mental, que é algo qualitativamente diferente das experiências [...] da vida religiosa cotidiana” (DALGALARRONDO, 2008, p. 154). No caso de Karl Jaspers, havia uma relação de sentidos entre psicose e religião, na medida em que, em sua perspectiva, “[...] delírio e religião talvez [fossem] formas irracionais que, paradoxalmente, [oferecessem] sentidos viáveis à condição humana, naqueles momentos e dimensões da existência marcados por sofrimento e irracionalidade extrema” (DALGALARRONDO, 2008, p. 158).

Dois outros trabalhos de psicopatologistas, a saber Andrew Sims (1995 apud DALGALARRONDO, 2008) e Jackson e Fulford (1997 apud DALGALARRONDO, 2008), caminharam na direção de distinguir os fenômenos ou experiências religiosas dos psicopatológicos. Sims afirmou que

[...] os delírios religiosos não são causados por crenças religiosas excessivas ou radicais, nem por erros ou falhas morais cometidos que o próprio paciente atribui como causa de seus infortúnios. Para esse autor, os delírios religiosos provêm, simplesmente, de um adoecimento mental de base [...] (1995 apud DALGALARRONDO, 2008, p. 165).

Jackson e Fulford afirmaram que os sintomas patológicos relacionados à experiência religiosa presentes em pacientes nem sempre são negativos para a Saúde Mental. Esses autores demonstraram que a diferenciação entre saúde e doença, entre experiências religiosas-culturais e sintomas psicopatológicos envolve julgamentos de valores, o que dificulta um discernimento assertivo. Esses autores apresentaram em seu trabalho um quadro sinóptico (Anexo B) que resumiu as contribuições de psicopatologistas, psicólogos e teólogos, no

⁴⁵ Um ramo da medicina que se dedica ao estudo das chamadas “doenças mentais”.

sentido de diferenciar EE [experiência espiritual] dos SP [sintomas psicopatológicos] (1997 apud DALGALARRONDO, 2008, p. 168).

Esses últimos autores romperam, em parte, com a perspectiva negativa da religiosidade, isto é, com a ideia de que a religiosidade catalisa a doença mental.

Koenig (2007b, p. 96) afirma que

[...] esta perspectiva negativa relativa à religião não se baseava em pesquisas sistemáticas nem em cuidadosas observações objetivas, mas sim nas opiniões pessoais e experiências clínicas de pessoas poderosas e influentes dentro da academia psiquiátrica que tiveram pouca experiência com religiosidade saudável.

Entretanto, uma mudança significativa começa a acontecer no final da década de 1990 e início do século XXI, pois

Investigações sistemáticas passaram a demonstrar que pessoas religiosas não eram sempre neuróticas ou instáveis e que indivíduos com fé religiosa profunda na realidade pareciam lidar melhor com estresses da vida, recuperar-se mais rapidamente de depressão e apresentar menos ansiedade e outras emoções negativas que as pessoas menos religiosas [...] (KOENIG, 2007a, p.5).

A partir dessa afirmação de Koenig (2007a), fizemos um levantamento de artigos científicos⁴⁶, e pesquisas de modo geral, que expusessem a natureza da relação entre religiosidade e Saúde Mental.

Para além dos artigos de revisão sistemática da literatura já citados no Quadro 1, expostos na introdução deste trabalho, analisamos também algumas pesquisas específicas⁴⁷ que expressaram os impactos da religiosidade na Saúde Mental⁴⁸. O Quadro 8, a seguir, apresenta as sinopses dos trabalhos analisados.

⁴⁶ Artigos científicos de periódicos e revistas avaliadas com conceito Qualis A e B pela CAPES. Este rigor se justifica pelo fato de a empreitada de associação entre a dimensão da religiosidade com a saúde mental ser delicada do ponto de vista científico.

⁴⁷ Revisão realizada no sistema de pesquisas do Google Acadêmico. Utilizaram-se os seguintes termos de busca: religiosidade OR religião OR espiritualidade AND saúde mental. O sistema retornou, aproximadamente, 76.400 resultados, dos quais coletamos uma amostra de artigos científicos de revistas/periódicos (foram excluídos da amostra artigos de revisão, teses, dissertações e textos de outra natureza) que tratavam especificamente da relação entre saúde mental e religiosidade/espiritualidade. A opção pela escolha de apenas 10 artigos específicos baseou-se numa abordagem de fechamento amostral por saturação teórica, à medida em que “[...] os dados obtidos passam a apresentar [...] uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 17).

⁴⁸ Procuramos fazer a nossa própria revisão de literatura para confirmarmos, de forma autônoma, a associação positiva entre a religiosidade e a saúde mental, mas outras revisões de literatura podem ser consultadas a fim de que essa relação possa ser comprovada, a exemplo das pesquisas apresentadas no Quadro 1 da introdução deste trabalho e da obra de Paulo Dalgalarondo (2008), a qual destacou os aspectos positivos da religiosidade para a saúde física, os transtornos mentais, os problemas com uso de álcool e outras drogas, o suicídio, a depressão e para a promoção de bem-estar, qualidade de vida e rede de apoio social.

Quadro 8 – Enquadramento de títulos e sinopses de trabalhos analisados sobre a relação da religiosidade com a Saúde Mental

Autor/es	Título	Sinopse
Silva e Moreno (2004)	A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família	Estudo realizado com famílias de pessoas com transtornos mentais sobre a relação da religiosidade com o cuidado e a esperança de cura.
Moraes e Dalgalarondo (2006)	Mulheres encarceradas em São Paulo: Saúde Mental e religiosidade	Estudo realizado com mulheres de uma penitenciária sobre a relação da religiosidade com sua Saúde Mental.
Florianio e Dalgalarondo (2007)	Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família	Estudo sobre as relações entre as dimensões da vida sociocultural (religião, Saúde Mental e qualidade de vida) em idosos de um Programa de Saúde da Família (PSF) de Campinas/SP.
Leão e Lotufo Neto (2007)	Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental	Estudo sobre o impacto de práticas espirituais (comunicação mediúnica) na evolução clínica de pessoas com sofrimento mental internadas na Unidade Hospitalar de Longa Permanência das Casas André Luiz.
Soeiro e colaboradores (2008)	Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário	Estudo sobre a prevalência de transtornos mentais em pacientes internados no hospital geral universitário de Campinas, bem como relacioná-los aos dados de religiosidade dos entrevistados.
Souza e Caldas (2009)	Os Sentidos da relação entre Saúde Mental e Religiosidade para profissionais de Saúde da Família em Ilhéus – Bahia	Estudo sobre a perspectiva de profissionais de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à religiosidade associada aos transtornos mentais.
Oliveira e Junges (2012)	Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos	Estudo exploratório sobre a perspectiva de psicólogos em relação à dimensão da espiritualidade/religiosidade na Saúde Mental.
Silva, Passos e Souza (2015)	Associação entre religiosidade e Saúde Mental em pacientes com HIV	Estudo sobre a associação entre religiosidade e indicativos de ansiedade e depressão em pacientes com HIV em serviços de saúde no sul do Brasil.
Reinaldo e Santos (2016)	Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares	Estudo etnográfico sobre a religião e sua relação com os transtornos psiquiátricos na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes e seus familiares.

Autor/es	Título	Sinopse
Salimena e colaboradores (2016)	Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem	Estudo sobre a compreensão dos significados da espiritualidade para usuários de um CAPS do interior de Minas Gerais.

Fonte: Revisão de literatura realizada pelo autor.

A pesquisa de Silva e Moreno (2004) analisou entrevistas semi-estruturadas realizadas com familiares de pessoas com sofrimento mental em tratamento numa unidade de saúde da família do interior do estado de São Paulo. O objetivo da pesquisa foi o de apreender como os familiares percebem e vivenciam a religiosidade num contexto de sofrimento psíquico. As autoras concluíram 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” (SILVA; MORENO, 2004, p. 168).

O estudo de Moraes e Dalgalarondo (2006) propôs verificar o perfil de Saúde Mental de mulheres em situação privativa de liberdade na sua relação com a dimensão da religiosidade. Foram analisados 358 questionários aplicados a mulheres presas na Penitenciária Feminina da capital de São Paulo. Os autores concluíram da seguinte forma:

O presente trabalho encontrou uma prevalência relativamente baixa de transtornos mentais em mulheres encarceradas no Presídio Feminino de São Paulo. Verificou também possíveis relações positivas entre religiosidade e Saúde Mental junto a mulheres presas, concordando em parte com a literatura existente. Observou alta frequência [sic.] de presas afiliadas a igrejas evangélicas, embora estas circulem entre as diferentes confissões e cultos existentes na unidade prisional (MORAES; DALGALARRONDO, 2006, p. 55-56).

As relações positivas entre religiosidade e Saúde Mental, mencionadas pelos autores, fazem referência às incidências baixas de perda de sono e tentativa de suicídio entre mulheres religiosas ou muito religiosas, além de essa dimensão também contribuir “[...] para a recuperação da autoimagem do indivíduo preso [e de] representar um sentido para a áspera experiência do aprisionamento, o que ajudaria a presa a enfrentar o cotidiano de uma penitenciária” (p. 55).

Em Floriano e Dalgalarondo (2007) os autores propuseram avaliar as relações entre as dimensões da vida sociocultural (religião, Saúde Mental e qualidade de vida) em idosos de um Programa de Saúde da Família (PSF) de Campinas/SP. Foram avaliados 82 idosos. Relativamente aos resultados específicos sobre as associações entre Saúde Mental e religiosidade verificou-se que os idosos membros de igrejas evangélicas têm pior qualidade de

vida em todas as dimensões (social, cultural, física e psicológica). Todavia, os autores chamam atenção para o fato de que neste resultado estão inseridos os dados sobre o perfil dos evangélicos no Brasil (pobres, negros, de menor formação e de trabalho subalterno), o que, em parte, tiraria a responsabilidade causal do fator religião evangélica para uma menor qualidade de vida psicológica em idosos do PSF.

Leão e Lotufo Neto (2007) procuraram avaliar o impacto de práticas espirituais (comunicação mediúnica) na evolução clínica de pessoas com sofrimento mental internadas na Unidade Hospitalar de Longa Permanência das Casas André Luiz. Fez-se uma comparação entre o grupo experimental, constituído de 20 pessoas que participaram durante 6 meses de comunicações mediúnicas, e o grupo controle, também constituído de 20 pessoas que não participaram das sessões espirituais. Os grupos correspondiam aos 650 pacientes da instituição. Chegou-se à conclusão de que o uso das práticas espirituais, especificamente, neste caso, o de comunicação mediúnica, apresentou resultados positivos na evolução clínica e comportamental dos internos com sofrimento mental, conforme Escala de Observação Interativa de Pacientes Psiquiátricos Internados (EOIPPI).

O estudo de Soeiro e colaboradores (2008) propôs investigar a prevalência de transtornos mentais em pacientes internados no hospital geral universitário de Campinas/SP, bem como relacioná-la aos dados de religiosidade dos entrevistados. Tratou-se de uma pesquisa com 253 participantes. Chegou-se ao resultado de que pessoas pouco religiosas ou sem-religião tem sete vezes mais chances do que pessoas religiosas de desenvolverem transtornos associados ao abuso de álcool. Entretanto, outro resultado demonstrou que pessoas muito religiosas, em relação às moderadamente religiosas, têm três vezes mais chances de desenvolverem um Transtorno Bipolar do Humor (TBH), enquanto que pessoas não religiosas ou sem religião têm seis vezes mais chances. A filiação às igrejas evangélicas, como demonstrado pelo estudo, relaciona-se a uma rigidez moral que repele o uso e abuso de álcool, mas ainda não há clareza sobre as conclusões de uma prevalência do TBH nos extremos referentes à religião, isto é, em pessoas muito religiosas ou sem religião.

O estudo realizado por Souza e Caldas (2009) foi desenvolvido no município de Ilhéus/BA com a participação de dois médicos, três enfermeiros e vinte agentes comunitários. O estudo teve por objetivo analisar o posicionamento dos profissionais sobre a religiosidade e a Saúde Mental. Em análise de conteúdo das conversas grupais constataram-se as seguintes categorias: dimensão espiritual como fator desencadeante e explicativo da doença mental; os espaços de tratamento religioso e suas implicações sociais; e das distinções e fluidez entre o discurso religioso e o discurso médico. Os entrevistados chegaram à conclusão de que a

religião pode ser um elemento desencadeador e explicativo do transtorno (podendo, inclusive, incorrer em negligência ao tratamento medicamentoso); oferece um espaço de tratamento mais viável (no que se refere à questão da distância e dificuldade de acesso)⁴⁹; e permite uma fluidez no discurso religioso – um discurso não rígido, manifesto na expressão de que “nem sempre o problema é espiritual” – o que favorece o cuidado plural e não reducionista.

O artigo dos autores Oliveira e Junges (2012) tratou de um estudo exploratório feito com dois grupos de profissionais graduados em psicologia. Um grupo foi formado por cinco profissionais de um CAPS e o outro por cinco profissionais de clínicas particulares. A partir da análise de conteúdo, constatarem-se três categorias que surgiram nos relatos dos profissionais: 1. Saúde mental como equilíbrio da vida; 2. Espiritualidade/religiosidade como experiência; e 3. Clínica como autoconhecimento e autonomia. A partir dessas categorias os autores concluíram que, na perspectiva dos psicólogos, “[...] a espiritualidade/religiosidade, quando bem integrada na vida do sujeito, contribui de forma positiva para a sua Saúde Mental” (OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 475).

Em Silva, Passos e Souza (2015) verificou-se a associação entre religiosidade e indicativos de ansiedade e depressão em pacientes com HIV em serviços de saúde no sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa transversal com amostra de 617 pessoas. Chegou-se aos resultados de que a religiosidade dos pacientes com HIV está associada a menor depressão, menor ansiedade e menor uso de álcool e tabaco. Ademais, verificou-se que a condição de lipodistrofia de muitos pacientes estava associada a maior religiosidade, uma vez que o vínculo com este grupo de apoio permite uma melhor percepção de si. Concluiu-se que a religiosidade é benéfica para a Saúde Mental de pessoas soropositivas, pois viabiliza apoio social e a redução do uso de álcool e tabaco, questões relacionadas a menor depressão e ansiedade.

O estudo etnográfico de Reinaldo e Santos (2016) procurou compreender as percepções de profissionais de saúde, pacientes e seus familiares sobre a religião e sua relação com os transtornos psiquiátricos. Foram feitas entrevistas com 56 pessoas com sofrimento mental, 35 profissionais de saúde, 46 familiares de pessoas com transtornos mentais e 12 líderes religiosos. Esse público foi constituído de pessoas com e sem religião. Em análise de

⁴⁹ “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” (SOUZA; CALDAS, 2009, p. 463).

conteúdo chegou-se as seguintes categorias: 1. Vivência religiosa/espiritualidade como fator que fortalece o indivíduo no enfrentamento da doença; 2. Vivência religiosa/espiritualidade como fator que dificulta o tratamento e 3. Dificuldades do profissional de lidar com a vivência religiosa/espiritualidade de pacientes e familiares. Pode-se concluir que o trabalho manifestou resultados paradoxais sobre a religiosidade no campo da Saúde Mental, destacando sua forma positiva (enfrentamento da doença, apoio mútuo e outros), que foi ratificada pelos atores envolvidos no estudo, mas também sua forma negativa (dificuldades com a aderência ao tratamento); o que pode induzir às dificuldades dos profissionais da saúde ao lidarem com essa dimensão.

Salimena e colaboradores (2016) pretenderam compreender os significados da espiritualidade para usuários de um CAPS do interior de Minas Gerais. Chegou-se a duas unidades de significado na análise dos relatos: 1. A espiritualidade é um suporte terapêutico para a Saúde Mental; e 2. O templo religioso é o local de manifestações da espiritualidade. Conclui-se que a dimensão da espiritualidade é relevante para o público entrevistado, apesar de não vislumbrar possibilidades de vivenciar sua espiritualidade nos serviços de saúde. Nesse sentido, os resultados deste estudo chamou a atenção dos pesquisadores para que se avaliassem as melhores formas de incorporar esta dimensão no processo de tratamento das pessoas com sofrimento mental.

Os resultados da revisão de literatura acerca dos impactos da religiosidade na Saúde Mental podem ser sistematizados da seguinte forma:

Quadro 9 – Conclusões da literatura sobre os impactos da religiosidade na Saúde Mental

Autor/es	Impactos da religiosidade na Saúde Mental	
	Positivos	Negativos
Silva e Moreno (2004)	Acolhida singular frente ao sofrimento de um dos membros da família.	_____
Moraes e Dalgalarrodo (2006)	Incidências baixas de perda de sono e tentativa de suicídio entre mulheres religiosas ou muito religiosas e contribuição da religiosidade para a recuperação da auto-imagem do indivíduo preso.	_____
Floriano e Dalgalarrodo (2007)	_____	Os idosos membros de igrejas evangélicas têm pior qualidade de vida em todas as dimensões (social, cultural, física e psicológica).

Autor/es	Impactos da religiosidade na Saúde Mental	
	Positivos	Negativos
Leão e Lotufo Neto (2007)	O uso das práticas espirituais (comunicação mediúnica) apresentou resultados positivos na evolução clínica e comportamental dos internos com sofrimento mental.	_____
Soeiro e colaboradores (2008)	Pessoas pouco religiosas ou sem-religião tem sete vezes mais chances do que pessoas religiosas de desenvolverem transtornos associados ao abuso de álcool.	Pessoas muito religiosas, em relação às moderadamente religiosas, têm três vezes mais chances de desenvolverem um Transtorno Bipolar do Humor (TBH).
Souza e Caldas (2009)	Oferece um espaço de tratamento viável e favorece um cuidado plural, no ponto de vista de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).	A religião pode ser um elemento desencadeador e explicativo do transtorno, podendo, inclusive, incorrer em negligência ao tratamento medicamentoso.
Oliveira e Junges (2012)	A religiosidade, na perspectiva de psicólogos, quando bem integrada na vida do sujeito, contribui de forma benéfica para a Saúde Mental.	_____
Silva, Passos e Souza (2015)	A religiosidade é benéfica para a Saúde Mental de pessoas soropositivas, pois viabiliza apoio social e a redução do uso de álcool e tabaco, questões relacionadas a menor depressão e ansiedade.	_____
Reinaldo e Santos (2016)	A religiosidade como possibilidade de enfrentamento da doença e apoio mútuo.	A religiosidade como obstáculo para aderência ao tratamento.
Salimena e colaboradores (2016)	A religiosidade como suporte terapêutico.	_____

Fonte: Autoral.

Além das pesquisas oriundas de uma revisão sistemática da literatura, um estudo desenvolvido pelo autor também apresenta dados semelhantes aos supra-referidos. Magalhães (2017) analisou as considerações de usuários de um CAPS I sobre as dimensões da religiosidade/espiritualidade no contexto da Saúde Mental. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de natureza empírica e exploratória. A análise de conteúdo das entrevistas mostrou que, na perspectiva dos usuários, as dimensões da religiosidade/espiritualidade influenciam um processo de resignificação do sofrimento mental, contribuem para um progresso e bem-estar no contexto da saúde/sofrimento mental e ainda promovem a ampliação da noção de

saúde. Constatou-se com o referido estudo que as dimensões da religiosidade/espiritualidade são relevantes para os usuários no processo de vivência da saúde/sofrimento mental (MAGALHÃES, 2017).

As pesquisas expostas caminharam na direção de estabelecer uma ênfase na relação positiva entre a religiosidade e a Saúde Mental. São estudos que abrangem um raio significativo de atores que compõem o contexto da Saúde Mental (profissionais da Saúde Mental, usuários e familiares) e expressam notável convergência com as declarações dos assistentes sociais entrevistados.

Os assistentes sociais entrevistados, apesar de destacarem o impacto paradoxal da religiosidade na Saúde Mental⁵⁰, dão pouca ênfase à dimensão positiva da religiosidade em comparação com a dimensão negativa, como desenvolveremos à frente. Todavia, a dimensão positiva da religiosidade é expressa no relato dos entrevistados e comunga com os dados da literatura analisada ao caminhar na direção de ser concebida como um elemento curador (Nise da Silveira e Luiza Erundina); promotor de inclusão, bem-estar e ressocialização (Lêda de Oliveira e Franco Basaglia-entrevistado); e como um direito humano (D. Ivone Lara).

3.1.1.2 A dimensão negativa da religiosidade para a Saúde Mental

Sobre a dimensão negativa da religiosidade para a Saúde Mental os assistentes sociais declararam:

[...] têm outros que são alienados. A gente tem paciente aqui que realmente deixa de tomar a medicação, porque acha que Deus está acima de tudo e que Deus cura, e que Deus... Através da oração vai ser curado e não precisa tomar medicação (**Lêda de Oliveira**).

Alguns não sabem lidar com isso [...] são alienados. E acabam deixando de fazer o tratamento no CAPS e a gente tem experiência com isso, de pacientes que fazem acompanhamento, frequentam a igreja, e que têm um tratamento positivo. Já têm outros que frequentam a igreja e deixam de tomar a medicação e voltam a surtar (**Lêda de Oliveira**).

Ela se limita de participar de algumas atividades justamente devido à religião. Eu acho que interfere, porque a do véu [termo utilizado para referir-se à Congregação Cristã do Brasil] hoje é uma das mais rígidas, severas. Ela induz muito a pessoa. Em São João, por exemplo, a gente comemora essa época festiva e a usuária não participa. Quando fazem atividades com o educador físico que envolva dança ela também se priva de participar, porque tem medo do que vão falar na rua. Ela sente vontade, porém o medo não deixa. Temos a questão do candomblé, porque já tivemos duas usuárias que pararam de tomar medicamento, porque foram para o

⁵⁰ Com exceção de Nise da Silveira, que destaca apenas a dimensão positiva da religiosidade para a saúde mental.

terreiro e lá disseram que deveriam parar pelo simples fato de... O pai de santo [ter pedido] (**Franco Basaglia-entrevistado**).

Infelizmente algumas igrejas acham que soltando na igreja [resolve], porque “Isso é falta de Deus”, “Vão procurar Deus, obedecer a Deus e está curado” [...]. Em relação ao pastor da Assembleia de Deus e a vários outros pastores que dizem que é [o sofrimento mental] espírito ruim, que é demônio, que vão tirar isso, passa o pano na cara, porque vão tirar, bebe essa água que vai sair tudo... Essas coisas interferem muito. Muitos deixam de procurar tratamento devido a isso [...] tem muito esse lado ruim, o lado do domínio, que não deixa a pessoa expressar a própria opinião. [...] Eles têm a sua religião, porém eu não concordo com a atuação da Religião... (**Franco Basaglia-entrevistado**).

Prejudica, prejudica. [...]. E já teve situação, como eu te falei, que tira a pessoa do tratamento. [...] para mim prejudica mais do que melhora. [...] esse ato de privação de dizer que tudo é demônio, que você vai ficar curado só pela fé, que você fez algo errado, por isso que você está pagando, isso eu não concordo não. [...] essa [outra] parte de dizer que só vai ser curado assim, isso aí para mim atrapalha e muito (**Franco Basaglia-entrevistado**).

Atrapalha sim, atrapalha. A gente quer trabalhar a questão da autonomia e só querem deixar a pessoa privada, naquele quadradinho: “Não, é só isso aqui, porque tu vai ter que ir para o céu”, e pronto. Você não pode jogar bola, você não pode jogar capoeira, você não pode lutar um boxe, você vai para o céu, só isso. Atrapalha e pronto (**Franco Basaglia-entrevistado**).

Nós comemoramos no mês, o aniversariante do mês. Então têm uns que é da religião evangélica que não permite comemoração, então eles não participam. [...] Aí na outra semana um já não vem porque participou [de alguma atividade] do candomblé. Passou a noite lá no centro deles fazendo as seitas deles. Então a gente vivencia muito isso. E tem a questão dos pastores que é muito complicado. Acabam interferindo no tratamento. Eles alegam que isso é coisa do demônio e que a cura será feita na igreja, que não precisa de medicação. Então de uma certa forma atrapalha o tratamento, porque eles deixam de tomar medicação, eles surtam. [...] Têm casos aqui de paciente que abandonaram o tratamento porque o pastor não permitiu (**D. Ivone Lara**).

Sinceramente? Prejudica. Já conversei com o psiquiatra, nós já discutimos, eu e a psicóloga, também, sobre isso. Prejudica. Porque temos pacientes que necessitam do medicamento e se recusam a vir [à instituição], o familiar não deixa, porque o pastor não quer (**D. Ivone Lara**).

O que a gente tem muito aqui, eu não sei nem se eu posso citar, a igreja chamada do véu [Congregação Cristã do Brasil, denominação evangélica pentecostal]. A gente já teve quatro surtos, uma na roça, uma senhora recente que está melhorando, uma mocinha que cuida do irmão que tem transtorno que é [da igreja citada], e uma outra que não me lembro. Que eu consegui identificar, que eu comento assim... Porque são várias. E eu comento assim, e a gente brinca: “Olha, é da igreja do véu!” [...] Tem um que entrou e disse assim: “Não, eu já dei o remédio ao meu irmão, ele está em comunhão, eu não vou tomar essa medicação porque eu não preciso”, falam um discurso louco aí, um discurso confuso, que você fica assim [semblante de admiração] (**Luiza Erundina**).

Tem horas que eu acho que é alienação. [...] Eu acho que tudo demais faz mal ao ser-humano. Você tem que ter tudo sob medida. [...] Eu não gosto de me sentir [sufocada]... Então eu acho que tudo que sufoca, tudo que o ser-humano faz ali [...] [estando] preso, leva a um estresse na mente. Em tudo na vida. [...] Eu acho não, eu tenho certeza. Tudo na vida (**Luiza Erundina**).

[...] têm outras [famílias] que são resistentes: “Não, só oração vai funcionar”. Aí quando já está demais, andando pela rua, já descalço, com véu na mão, ou então com a bíblia, é aí que eles veem que estão doentes, mas primeiro eles tratam com oração, a gente tem resistência sim (**Luiza Erundina**).

[...] a gente tem que ter muito cuidado com os líderes religiosos. Porque eles têm uma tendência em manipular as pessoas, sejam evangélicas, sejam cristãs, seja umbanda, em qualquer uma. Então eu acho que para você frequentar você tem que perceber o que está ali atrás. [...] não [é possível um diálogo entre a relação religiosidade-saúde e o PEP]. Eu acho que ele quer conter [ele = a religiosidade ou as lideranças], ele quer manipular, sempre eu achei isso (**Luiza Erundina**).

Para tratarmos da dimensão negativa da religiosidade para a Saúde Mental recorremos à revisão de literatura realizada por Paulo Dalgalarondo (2008).

Em análise da revisão de literatura feita por Koenig e Larson (2001 apud DALGALARRONDO, 2008, p. 188), o autor destacou alguns elementos negativos da religiosidade em relação à Saúde Mental ao expor os resultados de pesquisas realizadas nas décadas de 1950/60, os quais expressaram que estudantes universitários mais religiosos desenvolvem “[...] traços de personalidade como conformismo, dependência, atitudes defensivas, baixa auto-estima, pior ajustamento, perfeccionismo, insegurança e ódio autodirigido”.

A análise do trabalho de Pruyser (1977 apud DALGALARRONDO, 2008, p. 188) também revelou uma relação negativa entre a religiosidade e a Saúde Mental, pois, de acordo com sua obra, “[...] há evidências de que a religião pode ser usada para racionalizar o ódio, preconceito e discriminação [além de a religiosidade exacerbada ser encontrada em pessoas] especialmente tendentes a [sic.] dependência, culpa excessiva, perfeccionismo, pensamentos obsessivos e ansiedade”.

Estudos mais recentes seguem a mesma linha de associar a religiosidade como uma dimensão negativa para a Saúde Mental. Em Schaffer (1997 apud DALGALARRONDO, 2008) identificou-se significativa relação entre maior religiosidade e maior sofrimento mental; em Sorenson e colaboradores (1995 apud DALGALARRONDO, 2008) também foi identificado mais sintomas depressivos nas participantes da pesquisa (mães adolescentes) mais religiosas; no estudo de Strawbridge e colaboradores (1998 apud DALGALARRONDO, 2008) verificou-se que a religiosidade contribuía para o enfrentamento de problemas externos ao indivíduo, mas intensificava problemas de origem interna, como os relacionados à vida pessoal, familiar e à dimensão subjetiva; e no estudo desenvolvido por Krause e Wulff (2004 apud DALGALARRONDO, 2008) identificou-se que as dúvidas religiosas se associavam com maior sofrimento depressivo, principalmente quando se tratavam de dúvidas de lideranças.

Dalgalarrondo (2008) destaca ainda diversos outros aspectos sobre a associação negativa entre religiosidade e Saúde Mental, como a proibição, por parte de subgrupos religiosos, de uma série de procedimentos médicos, a saber: uso de vacinas; transfusão de sangue e tratamentos medicamentosos e psicoterápicos. Em muitas denominações religiosas existe também um tratamento demasiado homofóbico às pessoas homossexuais e transexuais, o qual promove inúmeros prejuízos à Saúde Mental; além do fato de algumas religiões suscitarem, ao contrário da fé e esperança, de caráter positivo para a saúde, sentimentos de culpa, insegurança e até de medo. Ademais, alguns segmentos religiosos cobram do fiel uma rigidez moral inalcançável, a qual acarreta sentimentos de incapacidade e enfraquecimento moral. Nessa mesma linha de sentido, Mano (2010) afirma existir uma relação muito próxima entre o conteúdo religioso de igrejas (neo)pentecostais e a incidência de transtornos psicóticos em fiéis pertencentes a estas comunidades, uma vez que nestes espaços religiosos é valorizada uma rigidez moral – no que se refere à sexualidade – a qual catalisa fortes sentimentos de culpa caso não se alcance o modelo moral vislumbrado.

Com exceção de Nise da Silveira, todos os outros profissionais entrevistados expressaram a dimensão negativa da religiosidade para a Saúde Mental. É interessante destacar o seguinte fato: *dos (4) profissionais que mencionaram os aspectos paradoxais (positivos e negativos) da religiosidade para a Saúde Mental (Lêda de Oliveira; Franco Basaglia-entrevistado; D. Ivone Lara e Luiza Erundina), (3) deram maior ênfase à dimensão negativa desta relação*⁵¹. A dimensão negativa da religiosidade é expressa no relato dos entrevistados e comunga com os dados da literatura analisada ao caminhar na direção de ser concebida como uma dimensão que priva os usuários de participação em atividades do serviço (Franco Basaglia-entrevistado e D. Ivone Lara); que interrompe o tratamento medicamentoso (Lêda de Oliveira; Franco Basaglia-entrevistado; D. Ivone Lara e Luiza Erundina); que se configura como alienação (Franco Basaglia-entrevistado e Luiza Erundina) e que desencadeia sofrimento mental e prejudica a autonomia (Franco Basaglia-entrevistado e Luiza Erundina).

A despeito da ênfase dada à dimensão negativa da religiosidade por parte dos entrevistados, gostaríamos de concluir este tópico com a seguinte afirmação de Dalgalarrondo (2008, p. 190, grifo nosso) sobre a natureza marginal desta perspectiva negativa no contexto da literatura científica:

⁵¹ Dos (4) entrevistados que destacaram os aspectos paradoxais, apenas Lêda de Oliveira deu maior ênfase à dimensão positiva da relação religiosidade-saúde mental.

Em suma, apesar de a maioria das evidências empíricas apontar para uma associação positiva entre Saúde Mental, religião e religiosidade, também há, *embora em menor número*, evidências empíricas de que, para alguns subgrupos, em determinadas situações e condições de vida, e em certos contextos religiosos, o maior envolvimento religioso pode, ao contrário, estar associado a *aspectos negativos da saúde física e mental*.

Por qual motivo a dimensão negativa da religiosidade é enfatizada no relato dos entrevistados, enquanto que a dimensão positiva da religiosidade é enfatizada na literatura especializada? Por qual motivo as ênfases dadas ao impacto da religiosidade na Saúde Mental no relato dos entrevistados e na literatura especializada são diferentes? Estas são questões que procuraremos responder a seguir.

3.1.2 Divergências sobre o diálogo entre religiosidade-saúde e o PEP profissional

Um dado significativo da análise das entrevistas é o da divergência entre os assistentes sociais entrevistados sobre a possibilidade de diálogo entre religiosidade-saúde e o PEP profissional⁵²:

Não dialogam, mas deveriam andar juntos, mas não dialogam, infelizmente [...] Porque a gente ainda tem, principalmente os profissionais de saúde, eles ainda têm uma postura muito cética de que a gente pode curar, só a gente pode curar, só a gente pode fazer, se eu não fizer a cirurgia ninguém mais pode. (Nise da Silveira).

Eu acho que [a religiosidade deles contribui com] a liberdade e a cidadania. Eles têm a liberdade de... [...] De diversão, de sair, de conviver com outras pessoas. A cidadania também por mostrar que ele tem o direito de estar ali naquele espaço, que é um espaço de todos. Isso também contribui (Lêda de Oliveira).

Eu tenho um ano aqui e vou te falar por um usuário, não dialoga [o PEP profissional e a religiosidade do usuário]. Por essa usuária e esse um ano só de experiência [...] Agora com essa aí eu digo que prejudica, para mim atrapalha. Apesar de que eu falo às pessoas: “Tenha fé”, mas não estou falando para ficar submissa à religião. [...] Atrapalha sim, atrapalha. A gente quer trabalhar a questão da autonomia e só querem deixar a pessoa privada, naquele quadrado (Franco Basaglia-entrevistado).

Existe a dificuldade, mas mesmo com essa dificuldade nós podemos fazer com que isso contribua de outra forma. Eu nem exemplifiquei antes, que tem a questão de muitos que chegam aqui e dizem assim: “Ah, ela não está doente não, isso aí é um espírito do mal. É um espírito. Esse espírito a gente vai levar para o centro retirar”. Então não dá certo e aí volta, retorna. Então eu deixo: “Vá sim, é um direito da senhora levar seu filho. Mas eu queria deixar claro que quando a senhora ver que não deu resultado, pode voltar. O CAPS está aberto para fazer o tratamento. Eu estarei aqui, aguardando para poder estar conversando, para poder fazer esse acompanhamento”. [...] “Eles têm que ir, é um direito deles. Direito de escolha e eu tenho que respeitar, porque é a religião deles”. Mas eu falo que é possível andar junto (D. Ivone Lara).

⁵² O processo histórico que engendrou a constituição do Projeto ético-político do Serviço Social será desenvolvido nos tópicos seguintes.

Eu acho que existe em qualquer religião, a gente tem que ter muito cuidado com os líderes religiosos. Porque eles têm uma tendência em manipular as pessoas, sejam evangélicas, sejam cristãs, seja umbanda, em qualquer uma. [...] O diálogo que você diz é combinação, andar junto, eu acho que não [é possível um diálogo entre a relação religiosidade-saúde e o PEP]. Eu acho que ele quer conter [ele = a religiosidade ou as lideranças], ele quer manipular, sempre eu achei isso. (**Luiza Erundina**).

No relato de Nise da Silveira a relação entre religiosidade e saúde é vista numa perspectiva negativa pelo PEP profissional, o que, em seu ponto de vista, não deveria acontecer, pois a fé é uma dimensão curativa. Na perspectiva de Lêda de Oliveira a relação entre religiosidade e saúde é vista como algo positivo pelo PEP profissional, pois se trata de uma relação que viabiliza a inclusão do louco nos espaços e atividades religiosas, consideração que dialoga com a fala de D. Ivone Lara ao associar a religiosidade a um direito humano. Entretanto, para Franco Basaglia (entrevistado) e Luiza Erundina a relação entre religiosidade e saúde é vista numa perspectiva negativa pelo PEP profissional, pois se trata de uma relação que prejudica a autonomia do usuário.

A análise das entrevistas manifestou as seguintes divergências: dois profissionais afirmaram que o PEP da profissão não dialoga com a relação religiosidade-saúde, pois prejudica a autonomia do usuário; dois profissionais afirmaram que a relação religiosidade-saúde dialoga com o PEP, pois viabiliza inclusão social e se configura como um direito humano que precisa ser respeitado e um profissional afirmou que a relação religiosidade-saúde não dialoga com o PEP da profissão, mas deveria.

Trata-se de três perspectivas diferentes sobre as possibilidades de diálogo entre religiosidade-saúde e o PEP profissional, todavia nenhuma perspectiva se configura tendência hegemônica, o que nos faz inferir *a existência de uma dificuldade de convergência, no relato dos entrevistados, sobre o diálogo entre religiosidade-saúde e o PEP profissional*.

A pergunta que precisa ser feita para nortear nossa curiosidade investigativa é: Por que existe uma dificuldade entre os assistentes sociais de concordarem sobre possíveis diálogos entre *religiosidade-saúde* e o PEP profissional?

Gostaríamos de oferecer possíveis respostas para esta questão-problema. Uma das possíveis explicações para esta divergência *decorre da natureza paradoxal do impacto da religiosidade no contexto da Saúde Mental*. Os assistentes sociais entrevistados seguem a tendência da literatura de atestarem as contradições da religiosidade para a Saúde Mental dos usuários.

Ora, enquanto a religiosidade oferece uma rede de apoio mútuo, um mecanismo de enfrentamento das adversidades da vida, espaços de bem-estar e de inclusão, promove também sentimentos de culpa, violações dos direitos humanos e uma série de boicotes ao tratamento psicossocial. *A natureza contraditória que constitui a religiosidade no contexto da Saúde Mental dificulta relatos convergentes entre os assistentes sociais sobre as possibilidades de diálogos entre religiosidade-saúde e o PEP profissional.*

A seguir, um exemplo elucidativo desta reflexão: não há concordância entre os assistentes sociais em relação à tese de que *é* possível um diálogo entre religiosidade-saúde e o PEP, em função da influência da dimensão **negativa** da religiosidade para a Saúde Mental. Da mesma forma, não há concordância com a tese de que **não é** possível um diálogo entre a religiosidade-saúde e o PEP, por conta da influência da dimensão **positiva** da religiosidade para a Saúde Mental.

Outra explicação para as divergências dos assistentes sociais sobre a possibilidade dialógica entre religiosidade-saúde e o PEP profissional *deriva da concepção híbrida de loucura e tratamento expressa pelos entrevistados, ou seja, concepção que incorpora elementos patologizadores e despatologizadores da vida.* Como constatado no primeiro capítulo, os assistentes sociais concebem a natureza extrínseca da loucura e dialogam com uma dimensão, ainda que restrita, de cidadania no contexto do tratamento. Todavia, também expressam a dimensão diagnóstica da loucura e superdimensionam o saber psi no processo de tratamento. *Esse hibridismo conceitual de loucura e tratamento também dificulta a convergência de relatos em torno das possibilidades de diálogo entre religiosidade-saúde e o PEP profissional,* pois ainda que permita a consideração da dimensão da cidadania no processo de tratamento – o que associa a religiosidade a um direito humano e viabiliza um diálogo com o PEP – atua também como um superdimensionador do saber psi – o que patologiza a religiosidade e faz os assistentes sociais relegarem essa dimensão ao campo psi⁵³, impossibilitando qualquer diálogo com o PEP.

Estas reflexões são algumas das possíveis explicações sobre as divergências entre assistentes sociais em relação à religiosidade-saúde e o PEP profissional, entretanto elas não dão conta de elucidar a complexidade do problema em questão.

Quais outros elementos explicariam os relatos divergentes dos assistentes sociais entrevistados sobre a relação religiosidade-saúde e o PEP profissional?

⁵³ A declaração de Luiza Erundina caminhou nessa direção ao relatar o seguinte: “[...] E tem horas que a gente precisa saber: ‘Será que é porque nasceu, cresceu, foi criado ali [na igreja], que está se sentindo presa, que não é aquilo, não é aceito [...]’, a gente fica meio confuso. Eu digo: ‘Olha, isso aí fica para a parte da psicologia, vamos embora para cá’” (Luiza Erundina).

Em nossa perspectiva, a chave explicativa para o problema em questão está localizada nas ênfases divergentes sobre a natureza da religiosidade presentes nas considerações dos entrevistados e na literatura especializada.

Dos quatro profissionais que mencionaram os aspectos paradoxais (positivos e negativos) da religiosidade para a Saúde Mental (Lêda de Oliveira; Franco Basaglia-entrevistado; D. Ivone Lara e Luiza Erundina), três deram maior ênfase à dimensão negativa desta relação; ou seja, *apesar de conceberem a religiosidade numa dimensão paradoxal, os entrevistados enfatizam sua dimensão negativa*. Na literatura especializada, todavia, apesar de também existir a compreensão do impacto da religiosidade em termos paradoxais para a Saúde Mental, *há maior ênfase na associação positiva dessa relação*. Por qual motivo as ênfases dadas ao impacto da religiosidade na Saúde Mental no relato dos entrevistados e na literatura especializada divergem? O que explica essa divergência, uma vez que o campo da Saúde Mental é tanto o lócus de atuação profissional dos entrevistados como o foco de reflexão teórica da literatura?

Os dados apresentados até aqui permitem que façamos a seguinte inferência: o elemento que explica a dificuldade de convergência no relato dos entrevistados sobre a relação religiosidade-saúde e o PEP profissional, como as ênfases divergentes sobre a natureza da religiosidade presentes nas considerações dos entrevistados e na literatura especializada, *decorre de uma realidade específica do Serviço Social brasileiro que envolve uma relação mal resolvida com a dimensão da religiosidade*.

3.1.2.1 *Folgando os nós de uma relação mal resolvida no Serviço Social brasileiro*

O ponto de partida da reflexão desenvolvida neste tópico é o pressuposto de que as dificuldades dos assistentes sociais entrevistados de conceberem as possibilidades de diálogos entre a relação religiosidade-saúde e o PEP profissional decorrem, também, de uma relação mal resolvida entre a religiosidade e o Serviço Social brasileiro.

Pretendemos demonstrar esta tese à medida que discutirmos sobre a gênese, desenvolvimento e renovação do Serviço Social brasileiro; processo que culminou numa intenção de ruptura com um projeto profissional conservador e, em muitos aspectos, confessional, e na construção de um Projeto Ético-político crítico. Malgrado o processo de intenção de ruptura e desenvolvimento objetivo de um PEP crítico, pretendemos demonstrar que, à revelia da secularização da profissão, a dimensão da religiosidade ainda é um elemento significativo no Serviço Social. Entretanto, apesar de sua substantiva presença no contexto

profissional é possível captar a existência de um “recalque”⁵⁴ da religiosidade” no âmbito do Serviço Social brasileiro. Pretendemos fazer algumas inferências sobre os prováveis determinantes e impactos deste “recalque”, além de sugerirmos formas de superação desta relação mal resolvida.

3.1.2.1.1 A plataforma da estação Serviço Social brasileiro: continuidades, rupturas, sínteses e um “recalque”

O cantor e compositor Milton Nascimento, na canção *Encontros e despedidas*, mesmo nome dado ao seu Álbum de 1985, propõe a imagem lírica de uma plataforma de estação de trem onde ocorrem encontros e despedidas (BRANT; NASCIMENTO, 1985). Recorremos a esta imagem poética para tratarmos do desenvolvimento do Serviço Social brasileiro, *trem* que experimentou continuidades, rupturas e sínteses ao longo de seus quase noventa anos de história.

Concordamos com a tese de que o Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho (IAMAMOTO, 2015) decorrente de um determinado contexto do capitalismo mundial, o de seu estágio monopolista (NETTO, 2011). Entretanto, pensar o processo de gênese e profissionalização do Serviço Social brasileiro é analisar também as suas protoformas, caracterizadas pela atuação confessional das chamadas “damas de caridade”, as quais tinham notável vinculação com as classes burguesas e com a dimensão da religiosidade, leia-se religião católica (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013). Tratar das protoformas do Serviço Social para compreender sua relação com a dimensão da religiosidade não é sucumbir à tese endogenista⁵⁵ de apreensão da gênese da profissão (MONTAÑO, 2007), antes é um dever teórico relevante a fim de compreender, do ponto de vista histórico, os processos ulteriores de entranhamento e expurgo das balizas confessionais da profissão.

⁵⁴ O termo “recalque” é utilizado em referência à Freud e pode ser interpretado como uma ideia que sugere um mecanismo de defesa contra possíveis ameaças. A utilização deste termo para pensar o contexto profissional foi primeiramente sugerida pelo professor Eduardo Mourão Vasconcelos (2010b) ao tratar da subjetividade.

⁵⁵ Montañó (2007) enquadra um conjunto de trabalhos – dos mais recentes (1990) até os que remontam a década de 1970 – que discutem a gênese do Serviço Social numa perspectiva chamada por ele de endogenista. Os teóricos desta tese (Herman Kruse, Natálio Kisnerman, Ezequiel Ander-Egg e Juan Barreix, Boris Alexis Lima, Norberto Alayón, José Lucena Dantas, Balbina Ottoni Vieira e García Salord) compreendem o Serviço Social como resultado da evolução histórica das práticas de ajuda e caridade, num claro movimento de análise interno à profissão. Como contraponto à tese endogenista, o autor apresenta ainda a perspectiva histórico-crítica. Os autores desta tendência (Marilda Iamamoto, Raul de Carvalho, José Paulo Netto, Manuel Manrique Castro, Maria Lúcia Martinelli e Vicente de Paula Faleiros), ao contrário dos endogenistas, tratam a gênese da profissão a partir de uma mediação obrigatória com a dimensão estrutural da sociedade, considerando determinado modo de produção (o capitalista), determinado estágio do capitalismo (o monopolista) e a função social que a profissão assume neste contexto estrutural (a de legitimação do modo de produção vigente).

A profissão, no cenário brasileiro, surgiu no seio do bloco católico num quadro de perda de hegemonia da Igreja em âmbito mundial. A perda de influência da Igreja Católica para a modernidade foi o que motivou diversas estratégias de recristianização da sociedade, sustentadas numa Doutrina Social⁵⁶ de natureza anticapitalista-romântica⁵⁷. Foi no contexto destas balizas ideo-teóricas que os primeiros agentes de caridade intervieram na Questão Social; caracterizada pelas expressões resultantes do conflito fundamental entre capital e trabalho, o qual reverbera numa diversidade de mazelas sociais, mas também no ingresso da classe trabalhadora na cena política de luta por melhores condições de vida (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013).

Ademais, para além das influências do pensamento religioso franco-belga num quadro de perda de hegemonia da Igreja, o Serviço Social brasileiro particularizou-se por sua vinculação com as classes burguesas, associação que demarcou o perfil das primeiras profissionais e justificou as vinculações do bloco católico militante com a Ação Integralista Brasileira, de notável influência fascista. A este respeito, Iamamoto e Carvalho (2013, p. 229) afirmam:

[...] o posicionamento político do movimento católico laico, seu conservadorismo, sua proximidade à Ação Integralista Brasileira, também não podem ser debatidos exclusivamente à aliança entre o Vaticano e o fascismo italiano e à orientação da hierarquia. Retrata o comportamento de um setor da sociedade brasileira num momento de grande radicalização e acirramento das tensões políticas e sociais. O laicado, o apostolado social, ao servir a Igreja participando de seus movimentos, ao pretender servir aos pobres retirando-os da situação de anomia e atenuar os antagonismos de classe, está objetivamente servindo à manutenção e reforço do domínio de sua própria classe e/ou das classes a que se alia.

As instituições formativas das duas primeiras décadas da profissão (1930/40) esforçaram-se na tentativa de preparar moral e tecnicamente um profissional “vacionado”⁵⁸ para o serviço do enfrentamento da Questão Social, formação profissional inspirada no

⁵⁶ Trata-se de uma série de ensinamentos da Igreja Católica direcionados à pregação do Evangelho e ao serviço na sociedade. Parte essencial desta doutrina foi baseada nas encíclicas papais *Rerum Novarum* (Papa Leão XIII – 1891) e *Quadragesimo Anno* (Papa Pio XI – 1931 – encíclica referente ao aniversário de quarenta anos da *Rerum Novarum*), as quais defendem a atuação da Igreja diante da Questão Social como uma terceira via, alternativa ao liberalismo e socialismo.

⁵⁷ Trata-se de um pensamento notadamente conservador, saudosos de valores e da estrutura social do passado, que assume posicionamento crítico em relação à ordem social moderna e suas representações político-organizacionais: o liberalismo e o socialismo.

⁵⁸ “[...] uma pessoa da mais íntegra formação moral, que a um sólido preparo técnico [alia] o desinteresse pessoal, uma grande capacidade de devotamento e sentimento de amor ao próximo; [é] realmente solicitado pela situação penosa de seus irmãos, pelas injustiças sociais, pela ignorância, pela miséria, e a esta solicitação [correspondem] as qualidades pessoais de inteligência e vontade. [É] dotado de outras tantas qualidades inatas, cuja enumeração é bastante longa: devotamento, critério, senso prático, desprendimento, modéstia, simplicidade, comunicatividade, bom humor, calma, sociabilidade, trato fácil e espontâneo, [sabe] conquistar a simpatia, [sabe] influenciar e convencer etc.” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013, p. 233-234).

pensamento cristão⁵⁹ e que propunha uma atuação caracterizada pelo ajustamento moral da classe subalterna; constituía-se assim o Serviço Social tradicional. Portanto, a intervenção dos assistentes sociais vinculados ao projeto do Serviço Social tradicional particularizava-se por uma amortização de conflitos derivada de um ideário antcapitalista-romântico, antiliberal e anticomunista, o que, em última instância, objetivava a docilização da classe trabalhadora, empreendimento substantivamente relevante para o desenvolvimento do capital.

Essa foi a reflexão que permitiu que o Serviço Social, em sua maturidade, compreendesse o significado social da profissão: profissão que atua basilamente no processo de enfrentamento da Questão Social e que reproduz relações sociais favoráveis à manutenção do *status quo* e do modo de produção capitalista (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013).

Todavia, na segunda metade da década de 1950, as balizas do Serviço Social tradicional entram em colapso em função de uma série de transformações objetivas e subjetivas que se desenvolvem na sociedade. É no contexto de constituição da maturidade do capitalismo nacional, numa evidente tendência à industrialização pesada e à modernização, que a ordem social demanda profissionais concatenados com esta orientação desenvolvimentista. A inserção da sociedade brasileira no quadro do capitalismo monopolista, apesar de num contexto de “autocracia burguesa” (NETTO, 1998), viabiliza preocupações macrosociedade no âmbito do Serviço Social, as quais se baseavam em reflexões sobre o lugar subalterno – de subdesenvolvimento – do Brasil no quadro mundial e fomentavam estratégias de práticas profissionais que comungassem com a lógica modernizadora. Ganhava força e relevância no seio da profissão, para além das tendências de trabalhos individuais e com grupos promovidos pelo Serviço Social tradicional, a perspectiva do Desenvolvimento de Comunidade. Este cenário de transformações objetivas e subjetivas na sociedade brasileira foi o delineador da crise do Serviço Social tradicional e o catalisador dos processos de renovação da profissão (NETTO, 1998).

Netto (1998) identifica três tendências que emergiram no período de “autocracia burguesa” (1964-1985) e que constituíram o processo de renovação do Serviço Social brasileiro. A primeira tendência, que surgiu na segunda parte da década de 1960, tratou-se de uma perspectiva que se aliou ao cenário desenvolvimentista. A *perspectiva modernizadora* propôs uma ruptura com o lastro tradicional da profissão à medida que modernizou as bases

⁵⁹ O pensamento cristão incorporado pelo Serviço Social brasileiro baseava-se no neotomismo: “[...] movimento de retorno à doutrina de S. Tomás de Aquino, no seio da cultura católica, que foi iniciado pela encíclica Aeterni Patris de Leão XIII (4 de agosto de 1879). Esse movimento consiste na defesa das teses filosóficas tomistas contra as diversas tendências da filosofia contemporânea e, indiretamente, na reelaboração e na modernização de tais teses” (ABBAGNANO, 2007, p. 711). Um dos fundamentos do pensamento tomista era: “A relação entre razão e fé consiste em confiar à razão a tarefa de demonstrar os preâmbulos da fé” (*Ibidem*, p. 962).

teóricas sobre as quais ancorava sua intervenção e ampliou suas competências profissionais para além de sua dimensão subalterno-executiva. Sua vinculação com o estrutural-funcionalismo e com o positivismo expressou uma aceitação ao regime ditatorial (NETTO, 1998), além de ter sido uma tendência que não rompeu com o direcionamento neotomista⁶⁰, confessional, do Serviço Social tradicional (SIMÕES, 2005).

As outras duas tendências apresentadas por Netto (1998) como constitutivas do processo de renovação do Serviço Social brasileiro emergiram no contexto da década de 1970. Uma tendência aglutinou segmentos do conservadorismo católico avessos à modernização impetrada pela perspectiva modernizadora. Constituído de maneira reativa, reacionária à tendência modernizadora, a perspectiva da *reatualização do conservadorismo* resgatou a lógica de superdimensionamento da dimensão da singularidade, circunscrevendo seu pensamento aos meandros da fenomenologia, numa clara inclinação à psicologização e moralização das relações sociais e despolitização do tratamento à Questão Social (NETTO, 1998). Pedro Simões (2005) também destaca a continuidade da perspectiva de reatualização do conservadorismo, estruturada no pensamento da fenomenologia, com a dimensão da religiosidade do Serviço Social tradicional, uma vez que expõe as relações de convergência da fenomenologia existencial com a ética cristã⁶¹.

A *perspectiva de intenção de ruptura* com o Serviço Social tradicional, contemporânea da tendência anterior, emergiu como resultado de uma articulação crítica à posição dependente da América Latina no contexto do capitalismo mundial e de uma aproximação tímida com a perspectiva teórica do marxismo, que, apesar de ter sido incorporada de forma equivocada, através de divulgações rasas, as quais supervalorizaram um militância messiânico, conquistou hegemonia e dirigiu a categoria no rumo da secularização da profissão e de sua maturidade teórica, muito por influência dos direcionamentos assumidos pelos Programas de Pós-graduação (NETTO, 1998).

Todavia, a trajetória profissional na direção de sua secularização, processo catapultado por essa tendência de ruptura com o Serviço Social tradicional, não ocorreu de forma apartada da dimensão da religiosidade. Pinheiro (2010) discorre sobre a mediação religiosa presente nos processos de secularização da profissão, isto é, de superação das malhas conservadoras e confessionais do Serviço Social. A autora destaca a influência da última fase intelectual do pensador católico Alceu Amoroso Lima para a militância social contrária à ditadura militar.

⁶⁰ Pedro Simões (2005) destaca a ressonância do neotomismo em documentos que representaram a perspectiva modernizadora (documentos de Araxá e Teresópolis), os quais mencionavam “[...] postulados éticos metafísicos” ([em nota de rodapé], p. 144).

⁶¹ Conferir nota de rodapé n. 10 em Simões (2005, p. 144).

Apesar de ter tido maior penetração no Serviço Social brasileiro a partir de sua fase de expositor da democracia social de Jacques Maritain, Alceu Amoroso Lima em sua fase revolucionária, crítica do tradicionalismo católico e da ditadura militar, certamente influenciou muitos estudantes da esquerda católica, os quais intencionaram uma ruptura com o Serviço Social tradicional (PINHEIRO, 2010).

Ademais, outras contribuições religiosas foram significativas para o processo de intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional, a saber: a influência da Juventude Universitária Católica (JUC) e da Teologia da Libertação na formação política e na viabilização das primeiras aproximações com o marxismo para parte da vanguarda intelectual do Serviço Social (ABREU, 2002; PINHEIRO, 2010); a influência do socialismo revolucionário francês de Emmanuel Mounier e Joseph Lebreton, que teve ressonância em pensadores do Movimento de Reconceituação da América Latina, como Ezequiel Ander-Egg e Natálio Kisnermann, e do Brasil, no grupo que desenvolveu o Método de BH (PINHEIRO, 2010); e a influência de Paulo Freire com sua proposta de educação de base e crítica da burocracia e da sociedade burguesa, balizadas numa perspectiva filosófico-cristã (ABREU, 2002; PINHEIRO, 2010).

É no quadro da década de 1990 que esta tendência de ruptura alcança sua maturidade teórica ao superar os valores humanista-cristãos no Serviço Social, intelectualidade que viabilizou reflexões direcionadas para a compreensão do significado sócio-histórico da profissão e as possibilidades objetivas da atividade profissional na perspectiva da emancipação humana.

Estabelece-se a liberdade como valor ético central da profissão, o que sugere a capacidade do ser social de fazer escolhas entre alternativas concretas e ilumina possibilidades de construção de outra sociedade, locus do pleno desenvolvimento humano. Esta reflexão constitui a essencialidade do que se nominou Projeto ético-político do Serviço Social⁶², o qual expressou a inflexão da categoria na atenção dada à Questão Social, não mais balizada num projeto confessional reajustador e anticapitalista romântico, mas num projeto que vislumbra possibilidades concretas de emancipação humana. A reflexão e o direcionamento assumidos pelo Projeto ético-político do Serviço Social materializaram três documentos basilares da profissão ancorados nesta perspectiva filosófico-crítica: o código de ética de 1993; a Lei de regulamentação da profissão de 1993 e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996. Este direcionamento tem sido defendido de forma hegemônica pela

⁶² Os projetos profissionais, inclusive o do Serviço Social, possuem natureza ético-política uma vez que se vinculam a projetos societários mais amplos (conservador ou transformador) (BRAZ; TEIXEIRA, 2009).

categoria profissional através das instâncias de participação nas entidades organizativas da profissão, os Conjuntos Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)/Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e Executiva Nacional de Estudantes em Serviço Social (ENESSO).

Malgrado a tendência à secularização da profissão nos últimos 40 anos, a dimensão da religiosidade no contexto profissional ainda é significativa?

Iamamoto (2013) compreende que existe um motivador vocacional de corte religioso que influencia diretamente a escolha do curso de Serviço Social por estudantes. Em estudo feito por Simões (2007), em 1996 e 2006, com estudantes do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro constatou-se que 88,9% dos participantes da pesquisa eram religiosos e que 62,4% participavam ativamente de instituições religiosas. Estudo semelhante feito por Mori e Silva (2016) com estudantes da Universidade Estadual de Londrina chegou à mesma conclusão – perfil religioso significativo – o que confirma a inferência de Iamamoto (2013). Estes estudos, ainda que impossibilitem generalizações, atestam o dado substantivo da religiosidade como uma dimensão relevante para o discente de Serviço Social.

Nessa mesma direção, Simões (2005), em estudo feito com assistentes sociais do Brasil e da Inglaterra, chegou à conclusão de que, no caso do Brasil, a maioria de assistentes sociais é religiosa e participa ativamente de instituições religiosas e em trabalhos voluntários, a despeito da participação em movimentos sociais e partidos políticos. Iamamoto (2009a) confirma esse dado ao expor, em consulta à pesquisa do CFESS divulgada em 2005 com o universo de 61.151 profissionais, que cerca de 90% dos/as assistentes sociais são religiosos.

O estranhamento que estes dados desperta não diz respeito apenas à religiosidade intrínseca dos estudantes e profissionais, uma vez que a sociedade brasileira, de uma forma geral, é substantivamente religiosa (IBGE, 2019a), mas deriva da significativa presença da religiosidade numa profissão calcada num projeto profissional materialista, balizado na perspectiva teórico-metodológica do materialismo histórico e dialético de Karl Marx, o qual visualiza a religiosidade como uma projeção humana decorrente de uma relação objetiva do Ser Social com a natureza (TONET, 2016).

Pedro Simões (2005) afirma que a atração de religiosos à profissão deriva da natureza valórica, em detrimento do caráter operativo, da profissão:

[...] o que qualifica o assistente social como estando afinado com o “projeto profissional” é a sua adesão aos valores postos pela profissão. Sua competência técnica é um elemento secundário à esfera dos compromissos assumidos e defendidos pelo profissional. [...] Assim, por estar a formação profissional baseada em uma afirmação de valores, aqueles que se utilizam destes como justificativa e

base para suas escolhas profissionais encontram ressonância na formação acadêmica. A luta por uma “sociedade justa”, “por valores democráticos” e por “igualdade” pode também ser lida com uma conotação religiosa. A caracterização da profissão como sendo, privilegiadamente, uma ação valórica contribui, assim, para atrair mais religiosos para a profissão (SIMÕES, 2005, p. 151-152).

Na perspectiva defendida por Simões (2005), os valores utópicos defendidos pelo PEP profissional, por não estarem associados prioritariamente à imanência, isto é, à dimensão técnico-operativa, imprimem à profissão uma atratividade religiosa. Discordamos desta tese explicativa por dois motivos: 1) A associação dos valores do PEP da profissão à dimensão da religiosidade é equivocada, porque a natureza valórica religiosa é constituída no âmbito da transcendência, da abstração idealista, enquanto que a natureza valórica do PEP deriva de uma reflexão ontológica materialista sobre a liberdade, ou seja, os valores do PEP são decorrentes de possibilidades concretas e 2) Se a atratividade religiosa oriunda dos valores emancipatórios do PEP fosse verdadeira, essa atração culminaria com o ingresso de indivíduos progressistas nos cursos de graduação, os quais comungariam com os princípios revolucionários do PEP; o que não ocorre na realidade do Serviço Social brasileiro, pois o avanço do conservadorismo profissional e a dificuldade de incorporação dos valores do PEP têm sido alvo de preocupação da categoria profissional (MATOS, 2015).

Em direção oposta à perspectiva de Simões (2005), concordamos com Iamamoto (2013) ao explicar a atratividade religiosa do Serviço Social relacionando-a a um imaginário social da profissão balizado no conservadorismo e no humanismo-utópico cristão:

[...] busca-se também uma profissão que veicule vantagens simbólicas, no campo da “solidariedade humana”, da “realização pessoal”, da oportunidade de realizar uma “vocação”, inspirada em motivações religiosas ou claramente políticas. Trata-se de uma profissão que incorpora a mística de “servir”, da “ajuda” guiada por valores “nobres” e altruístas, de caráter não utilitário. A visão do curso de Serviço Social, idealizada e informada por um discurso humanista deslocado de bases históricas, expressa a escassa claridade do que é a profissão como atividade socialmente determinada na divisão do trabalho. [...] Essa representação vaga e fluida do Serviço Social contém, subjacente, um componente de resistência à organização social vigente, elaborado, porém, segundo princípios idealistas cristãos, dentro dos marcos do pensamento conservador (IAMAMOTO, 2013, p. 197).

A dimensão da religiosidade no contexto do Serviço Social, portanto, ainda é significativa em função do avanço do conservadorismo da sociedade brasileira, o qual influi na ressonância de uma imagem da profissão apartada de suas bases históricas, atraindo religiosos à formação profissional.

Levantamos a hipótese de que é esta reflexão sobre a relação entre a imagem social da profissão, de natureza conservadora, e a atratividade religiosa do Serviço Social que

influencia um “recalque da religiosidade” no contexto profissional, pois catalisa possibilidades de compreensão de que dar relevância a esta dimensão da realidade é envergar-se ao conservadorismo. A utilização da ideia de “recalque” para ilustrar este fenômeno, isto é, de rejeição temática, de proteção contra possíveis ameaças, foi uma reflexão primeiramente realizada por Vasconcelos (2010b) ao tratar da subjetividade no âmbito do Serviço Social. Trata-se de uma reflexão que parece ser apropriada para ilustrar este fenômeno de rejeição temática da religiosidade, o que, em nossa perspectiva, representa o temor à reatualização de um conservadorismo profissional.

Pinheiro (2010, p. 59, grifo nosso), ao discutir sobre a rejeição temática da Religião no âmbito do Serviço Social no período de 1960-80, afirma tratar-se de um processo que decorreu da crítica aos “[...] estudantes e profissionais do serviço social engajados no movimento cristão [os quais] teriam contribuído para o *ecletismo na profissão*, impregnado na militância política da época”.

Netto (2011) caminha na direção de associar o ecletismo profissional à estrutura sincrética do Serviço Social, fundamentada num caleidoscópio de demandas histórico-sociais (expressões da Questão Social); no horizonte do cotidiano heterogêneo do exercício profissional e em sua especificidade interventiva, a manipulação de variáveis empíricas. O autor relaciona o Serviço Social originário a um sincretismo científico que se estruturou com a aproximação da profissão às ciências sociais e a sua tendência de especialização do conhecimento da sociedade; em última instância, essa aproximação, além de ter colocado a profissão num lugar passivo, de subalternidade em relação às ciências sociais, engendrou, em seu interior, um sistema de saber eclético.

Este ecletismo, expressão mais explícita do sincretismo profissional, também teve ressonância na direção renovadora do movimento de Intenção de Ruptura, o qual se inspirou “[...] no caldo ideológico do romantismo anticapitalista-revolucionário” (SOARES, 2018, p. 123). O alvo das críticas sobre “messianismo”⁶³, “voluntarismo” e “militantismo” (IAMAMOTO, 2013), portanto, foi justamente este: A invasão idealista no contexto profissional protagonizado por muitos militantes da esquerda católica, os quais se alimentavam de um marxismo vulgar (PINHEIRO, 2010).

⁶³ “[...] privilegia as intenções, os propósitos do sujeito profissional individual, num voluntarismo marcante, que não dá conta do desvendamento do movimento social e das determinações que a prática profissional incorpora nesse mesmo movimento. O messianismo traduz-se numa visão “heroica”, ingênua, das possibilidades revolucionárias da prática profissional, a partir de uma visão mágica da transformação social” (IAMAMOTO, 2013, p.136).

Nessa perspectiva, não foi o conservadorismo, como defendemos neste trabalho, que influenciou a rejeição do tema da Religião na profissão, mas a crítica a um marxismo de caráter anticapitalista romântico, baseado em análises abstratas e em “critérios morais”, que “[...] se [alimentou] no marxismo vulgar da Terceira Internacional, ainda presente na profissão” (PINHEIRO, 2010, p. 62).

Percebe-se no momento de renovação da profissão, que a rejeição temática da Religião derivou de uma questão teórico-metodológica. De um lado, um marxismo científico e vulgar, legitimador de abordagens profissionais “voluntaristas” e “messiânicas” e que, em última instância, contribuiu para a continuidade de um ecletismo teórico na profissão, de outro, um marxismo que caminhava na direção de sua maturidade, compreendendo a realidade social numa perspectiva de totalidade, o qual teceu críticas importantes à tendência anterior, contribuindo para o expurgo de um idealismo presente no exercício profissional (IAMAMOTO, 2013). A temática e/ou a dimensão da Religião, desse modo, estava associada a um ecletismo teórico-metodológico. Assim, a rejeição temática da Religião é a rejeição de uma perspectiva teórico-metodológica vulgar.

Trata-se de dois caminhos que se reatualizam nos trabalhos de Bernardo (2007) e Silva (2018) no que se refere ao tratamento dado à dimensão da Religião/Religiosidade, como exposto primeiramente na introdução desta dissertação.

Silva (2018) lança mão do pensamento de Edgar Morin para dar direcionamento metodológico ao seu estudo, perspectiva radicalmente interdisciplinar, a qual propõe diálogos interteóricos e interparadigmáticos, crítica de uma abordagem *imperialista epistemológica* que se arroga capaz de dar conta de uma realidade complexa (VASCONCELOS, 2002). Seus críticos certamente a considerariam uma perspectiva eclética; já seus defensores, pluralista.

No trabalho de Bernardo (2007), todavia, é o método do materialismo histórico e dialético de Karl Marx que dá o direcionamento metodológico da pesquisa. Nessa perspectiva, da mesma forma como na crítica ao “messianismo”, “voluntarismo” e “militantismo”, a Religião é visualizada como catalisadora de um conservadorismo que contamina o exercício profissional.

Se a rejeição temática da Religião no contexto do Serviço Social tem relação com um método crítico, a seguinte pergunta faz-se relevante: É possível vislumbrar possibilidades de aproximação entre o método marxista ortodoxo e a dimensão da Religião para além da crítica ao “messianismo” e conservadorismo?

Pinheiro (2010, p. 72) propõe a superação desta rejeição temática a partir da adoção de, em suas palavras,

[...] uma perspectiva dialética, que abra espaço para que a realidade se manifeste. De fato, se se isola a renovação do serviço social da história recente da Igreja brasileira, que por sinal perpassa as contradições e peculiaridades do desenvolvimento capitalista no Brasil, não se pode interpretar a prática social e profissional em diversas esferas da vida social.

A autora chama atenção para o fato de que, na perspectiva dialética de totalidade, há que se considerar, para que se compreenda a renovação do Serviço Social brasileiro, a história da Igreja Católica, suas tendências internas e seu poder de influência para a conformação de um quadro profissional crítico e questionador. Nesse sentido, o método marxista ortodoxo não faria apenas a crítica unilateral ao fenômeno religioso como catalisador de “messianismo” e “voluntarismo” no exercício profissional, mas, a essa crítica, incorporaria também, numa perspectiva dialética de totalidade, a reflexão sobre a secularização profissional mediada pela Religião, por segmentos da esquerda católica.

A superação desta rejeição temática no contexto do Serviço Social também pode ser vislumbrada a partir de uma reflexão específica sobre a natureza da profissão, protagonizada por Costa (1999) e posteriormente por Lessa (2012) ao dialogarem com a *Ontologia* de Georg Lukács. Estes autores, a partir da análise da Economia Política, defendem que apenas as atividades cuja função social seja a transformação da natureza, com vistas à produção de uma base objetiva que possibilite a reprodução social, podem ser consideradas trabalho. Apesar de importante, a atividade dos assistentes sociais para a legitimação do modo de produção capitalista não é essencial, por este motivo não é trabalho.

A dimensão de atuação em outras formas de práxis (aqui inserido o Serviço Social) é a da teleologia, no sentido de atuar no campo das relações sociais. Doutra sorte, o trabalho incide na dimensão objetiva da natureza, isto é, na dimensão da causalidade. Apesar da relação obrigatória entre esses elementos (teleologia e causalidade) eles não têm características iguais. A práxis do operário que atua sobre uma matéria-prima constituída por causalidades (natureza) é essencialmente diversa da matéria pela qual os assistentes sociais exercem sua atividade laboral, a saber, as relações sociais. Não só a matéria-prima do trabalho dos operários e dos assistentes sociais é essencialmente diferente, como os instrumentos e o próprio espaço de trabalho. O Serviço Social, nesta perspectiva, é um complexo ideológico, uma ideologia (COSTA, 1999; LESSA, 2012).

Concebendo o Serviço Social como ideologia há maiores possibilidades de diálogo entre a religiosidade libertária dos assistentes sociais e a dimensão política da profissão, uma vez que se trata de dimensões (ideologia e religiosidade) derivadas de um mesmo processo, o

de exteriorização, produção de subjetividade que advém do trabalho. As críticas à tendência “militantista” de alguns profissionais, diante desta forma de conceber a profissão, seriam menos ressonantes.

Todavia, a reflexão de que a rejeição temática da Religião deriva de um conflito teórico-metodológico, em nossa perspectiva, representa parte da realidade, uma vez que, no cenário da década de 1990, novos elementos surgem para explicar uma insistente rejeição temática da Religião e/ou Religiosidade no âmbito da pesquisa em Serviço Social, são eles: 1) A ascensão de perspectivas teóricas pós-modernas que reatualizam um conservadorismo no contexto universitário e da produção do conhecimento; 2) A ascensão de comunidades religiosas do neopentecostalismo, associadas ao reacionarismo e à violação de Direitos Humanos e 3) A disputa pelos recursos públicos destinados à atenção psicossocial entre as Comunidades Terapêuticas confessionais e as instituições públicas, dentre outros.

Concordamos com Pinheiro (2010) ao contextualizar a rejeição temática da Religião no período de 1960-80 à crítica às vertentes Althusseriana e Maoísta do marxismo vulgar, de notável aderência pelos militantes religiosos, entretanto, na atual conjuntura, de avanço do conservadorismo teórico e religioso, esse afastamento temático também é nutrido por novos elementos, dos quais incluo o do “recalque”, isto é, *a rejeição temática como estratégia de defesa ante uma latente possibilidade de reatualização conservadora na profissão*.

Ademais, ainda que no contexto da academia e da pesquisa em Serviço Social a rejeição temática da Religião esteja mais relacionada à crítica que se fez a um marxismo vulgar apropriado por militantes-profissionais-cristãos, a ênfase negativa que os assistentes sociais deram à religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS parece estar mais associada à chave explicativa do conservadorismo. Os assistentes não deram uma ênfase negativa à religiosidade porque visualizavam a aproximação com este tema como algo eclético do ponto de vista metodológico, mas porque foram influenciados pela atual conjuntura de avanço do conservadorismo.

O perfil religioso dos entrevistados deste estudo mostrou que os cinco assistentes sociais possuem aproximações com a dimensão da religiosidade, sendo um espírita, três católicos e um sem-religião, mas que apresenta religiosidade não institucional⁶⁴. Todavia, dentre todos os profissionais entrevistados, apenas um destacou o aspecto positivo da

⁶⁴ Religiosidade não institucional é o nome que se dá a interpretação dos dados referentes ao crescimento de pessoas sem-religião no Brasil, número que cresce vertiginosamente conforme últimos censos do IBGE. Trata-se de uma religiosidade que dispensa vínculos com instituições religiosas e se organiza a partir de reuniões informais.

religiosidade para a Saúde Mental⁶⁵, os demais expressaram a sua natureza paradoxal, dando ênfase à sua dimensão negativa.

Explicamos esta contradição entre o perfil religioso dos profissionais e suas considerações sobre o impacto da religiosidade na Saúde Mental lançando mão da reflexão, desenvolvida acima, sobre a relação entre a imagem conservadora da profissão, a atratividade religiosa do Serviço Social e a ascensão de perspectivas teóricas e comunidades religiosas conservadoras, elementos que contribuem para um “recalque da religiosidade” no contexto profissional. Ou seja, *mesmo sendo religiosos, os profissionais entrevistados dão maior ênfase à dimensão negativa da religiosidade por entenderem as dificuldades de convergência entre esta dimensão – que seria conservadora – e a profissão, ainda que esse ponto de vista negue a realidade histórica do processo de secularização da profissão mediado por setores revolucionários da esquerda católica* (PINHEIRO, 2010).

Tratar-se-ia de um problema geracional, uma vez que esses novos quadros de profissionais não vivenciaram o período de influências positivas da esquerda católica no processo de superação do conservadorismo no seio da categoria profissional? Fazemos a inferência de que, dada a escassa produção teórica no Serviço Social que resgate essa memória de diálogo e convergência entre militantes cristãos de esquerda e o projeto crítico do Serviço Social, como apontado por Pinheiro (2010), a virada geracional com novos profissionais e a ascensão do conservadorismo teórico e religioso, fica realmente muito difícil, neste novo contexto histórico, nutrir uma perspectiva que diferenciem a religião e a religiosidade do conservadorismo.

A relação mal resolvida entre a religiosidade e o Serviço Social diz respeito à ideia de uma incompatibilidade entre a direção social assumida pelo Projeto Ético-político da profissão e aquela dimensão, raciocínio que relaciona de forma automática e imediata a religiosidade ao conservadorismo, reacionarismo e à alienação; reflexão que abstrai a realidade do perfil religioso do público do Serviço Social (profissionais, estudantes e usuários) e a própria história referente à secularização da profissão.

As perguntas que devem ser feitas para direcionar nossa curiosidade científica são as seguintes: Toda religiosidade comunga com o pensamento conservador e reacionário à modernidade? Existem religiosidades convergentes com o espírito do PEP profissional? Acreditamos que estas duas questões polemizam substantivamente o debate em torno do

⁶⁵ A única profissional que afirmou apenas o impacto positivo da religiosidade na saúde mental é da tradição religiosa do espiritismo. Sua religiosidade espírita justifica sua consideração positiva em relação a esta dimensão da subjetividade, pois o espiritismo é uma tradição religiosa que insiste no diálogo convergente entre ciência e religiosidade. Para melhor compreensão desta afirmação, conferir a obra de Freire e Salgado (2008).

enfrentamento ao conservadorismo religioso presente na categoria profissional, e não só, contribuem também para a superação de perspectivas de tratamento unilateral e imediato do fenômeno religioso.

3.1.2.1.2 Religiosidade libertária e PEP profissional: diálogo contraproducente?

O “recalque da religiosidade” no âmbito do Serviço Social brasileiro, fruto das disputas entre um projeto profissional crítico e outro conservador, e das dificuldades existentes entre o marxismo e a religião/religiosidade, se configura num dos principais determinantes para: 1) as divergências, nos relatos dos entrevistados, sobre o diálogo entre religiosidade-saúde e o PEP profissional e 2) as ênfases divergentes sobre a natureza da religiosidade na Saúde Mental em relatos dos assistentes sociais e na literatura especializada.

Quais os possíveis impactos de um “recalque da religiosidade” no contexto do Serviço Social brasileiro? A seguir, expomos de forma sintética três impactos negativos que um “recalque da religiosidade” no âmbito profissional pode promover:

- 1) *O “recalque da religiosidade” impede uma aproximação com o universo simbólico do público do Serviço Social (estudantes, profissionais e usuários), o que tornaria a formação e o exercício profissional mais atentos a tendências do campo religioso – messianismos, proselitismos e preconceitos – e a seus impactos no contexto profissional;*
- 2) *O “recalque da religiosidade” expressa a desconsideração dessa dimensão como um direito humano, desatenção que reverbera em processos de desumanização nos contextos da formação e do exercício profissional;*
- 3) *O “recalque da religiosidade” expressa a desconsideração do aspecto libertário dessa dimensão, perspectiva que teria poder fertilizador no processo de incorporação, junto a profissionais religiosos, de valores emancipatórios convergentes com os do PEP profissional.*

Dada a relevância dos impactos negativos de um “recalque da religiosidade” no âmbito do Serviço Social, resta propor a questão de como superar o referido “recalque” no contexto profissional. Entendemos que a superação deste problema pode ser vislumbrada à medida que as seguintes perguntas forem respondidas: Toda religiosidade comunga com o

pensamento conservador e reacionário à modernidade? Existem religiosidades convergentes com o espírito do PEP profissional?

A estas duas questões respondemos, respectivamente, não e sim. Nem toda religiosidade comunga com o pensamento conservador e reacionário à modernidade e existem religiosidades que convergem com o espírito do PEP profissional, as quais, nessa digressão, chamaremos de religiosidades *libertárias*.

O termo libertário, decorrente da palavra liberdade, logo remete ao movimento do libertarianismo, proposto pelo liberal Robert Nozick (1938-2002), que configura uma das correntes do neoliberalismo, de exaltação do indivíduo e da propriedade privada (MORRESI, 2002). Procuramos relacionar o termo “libertário” não às reflexões sobre liberdade balizadas pela ideologia neoliberal, mas à reflexão filosófico-ontológica que consagrou a liberdade como valor ético central do PEP do Serviço Social brasileiro. Pensar a liberdade como uma capacidade teleológica do ser social legitima perspectivas não fatalistas em relação a um devir histórico, as quais se contrapõem a ideia de que a sociabilidade burguesa é o ponto-final da história⁶⁶. Portanto, a opção pelo termo “religiosidades libertárias” segue a tendência de disputar o sentido da liberdade. Uma religiosidade libertária sinaliza possibilidades de construção de outra sociedade, utopia mediada pela defesa intransigente dos direitos humanos e das diversas pautas progressistas de movimentos sociais organizados.

Para analisarmos as relações de diálogo e convergência entre as religiosidades libertárias e o PEP profissional recorreremos ao trabalho de Löwy (2016), que reflete sobre os intercursos entre marxismo e religião e seus impactos concretos na América Latina a partir da emergência do movimento social⁶⁷ do *Cristianismo da Libertação*⁶⁸.

O ponto de partida da análise de Löwy (2016) é a releitura criativa e corajosa da quintessência da tradição marxista: a religião como ópio do povo⁶⁹. Se fosse possível identificar uma tese acerca da releitura de Löwy (2016) em relação à religião na tradição marxista, seria a seguinte: *A religião na perspectiva marxista deve ser analisada numa*

⁶⁶ Essa é a mensagem de Ievguêni Zamiátin (2017) em seu romance distópico *Nós*, cuja personagem principal, o engenheiro e matemático D-503, descobre que, a despeito das pretensões cíclicas, finitas e fechadas do Estado Único, as revoluções são análogas aos números, não têm fim; a história não tem um ponto final.

⁶⁷ Sobre o fato de tratar o Cristianismo da Libertação como um movimento social, Michel Löwy afirma: “Dizer que se trata de um movimento social não significa necessariamente dizer que ele é um órgão ‘integrado’ e ‘bem coordenado’, mas apenas que tem, como outros movimentos semelhantes (feminismo, ecologia etc.) uma certa capacidade de mobilizar as pessoas ao redor de objetivos comuns” (LÖWY, 2016, p. 74).

⁶⁸ Tratamos especificamente da natureza libertária da tradição cristã por dois motivos: 1) A tradição cristã (protestantes e católicos) é a tradição hegemônica, de maior capilaridade, tanto na sociedade brasileira, como na particularidade do Serviço Social; e 2) A tradição cristã, diferente de outras tradições religiosas populares, tem uma vasta documentação sobre as possibilidades de convergência com o marxismo, o que dá viabilidade para tratar dessa temática neste segmento.

⁶⁹ Sentença de Karl Marx na Crítica da Filosofia do Direito de Hegel de 1844.

perspectiva de totalidade, numa abordagem que localize as contradições e a luta de classes no interior deste fenômeno sócio-histórico, empreendimento que permitirá a compreensão da natureza paradoxal da religião: ópio do povo, mas suspiro e protesto do oprimido (LÖWY; 2016).

A seguir, expomos um quadro com os principais conteúdos da revisão de literatura realizada por Löwy (2016) no contexto do marxismo, a fim de se constatar a diversidade do tratamento dado à religião por esta tradição científica:

Quadro 10 – Enquadramento das principais características do tratamento dado à questão da religião na revisão da literatura marxiana e marxista empreendida por Michael Löwy

Marx e autores da tradição marxista	Obra e ano	Principais características do tratamento dado à questão da Religião
Karl Marx (1818-1883)	Crítica da Filosofia do Direito de Hegel (1843)	A religião tem caráter duplo e qualidade dialética (legitimação da ordem existente e protesto contra ela); perspectiva do neo-hegelianismo de esquerda o qual concebe a religião como alienação da essência humana.
	A ideologia Alemã (1846)	“[...] religião como uma realidade social e histórica” (LÖWY, 2016, p. 35), como forma ideológica produzida concretamente. A religião é tratada numa perspectiva de totalidade e não como simples reflexo material.
	Grundrisse (1858)	A religião protestante tem íntima conexão com o capitalismo; compreensão muito semelhante ao conceito de afinidades eletivas entre a ética protestante e o espírito do capitalismo de Weber.
	Para a Crítica da Economia Política (1859)	Incorpora uma linguagem mítico-religiosa, ainda que metafórica, para tratar o capital como um ídolo (Baal, Moloch, Mammon), recurso utilizado posteriormente pelos teólogos da libertação.
	O capital (1867)	“[admite] que, sob certas circunstâncias históricas, a religião pode realmente desempenhar um papel decisivo na vida de uma sociedade” (LÖWY, 2016, p.36), além de fazer referência à “contribuição do protestantismo para a acumulação primitiva do capital” (LÖWY, 2016, p. 36-37).
Friedrich Engels (1820-1895)	A ideologia Alemã (1846)	Trabalho realizado em parceria com Marx, conferir acima.

Marx e autores da tradição marxista	Obra e ano	Principais características do tratamento dado à questão da Religião
	A Guerra Camponesa Alemã (1850)	Compreendeu a heterogeneidade do clero, o qual, em determinadas conjunturas, se dividia em classes, a exemplo do alto clero, baixo clero e movimento camponês revolucionário.
	Sobre o materialismo (1850)	Não é o materialismo o fomentador das revoluções, pois no caso do Movimento Puritano Inglês do século XVII foi a ideologia protestante que assumiu posições revolucionárias, enquanto que a filosofia materialista inglesa defendeu o absolutismo real.
	Anti-Dühring (1878)	Faz um paralelo entre o cristianismo primitivo, religião dos pobres, e o socialismo moderno - ambos os movimentos são de oprimidos e pregam libertação.
	Ludwig Feuerbach e o Fim da Filosofia Clássica Alemã (1886)	As crenças são “disfarces religiosos” de interesses das classes; perspectiva considerada demasiada utilitarista por Löwy.
	Contribuição Para a História do Cristianismo Primitivo (1895)	“[...] o paralelo entre o socialismo e o cristianismo primitivo está presente em todos os movimentos que sonham, através dos séculos, restaurar a religião dos cristãos primitivos” (LÖWY, 2016, p.39) (Taboritas, Anabatistas e comunistas utópicos), a diferença é que “[...] os cristãos primitivos colocam a liberdade do mundo no além, enquanto que o socialismo a coloca nesse mundo” (LÖWY, 2016, p.39).
Karl Kautsky (1854-1938)	<i>Der Kommunismus in der deutschen Reformation (1921?)</i>	Identifica a natureza dos conflitos teológicos no contexto da reforma alemã, que tem determinante econômico.
	<i>Thomas More und seine Utopie (1888)</i>	Trata da natureza particular do cristianismo popular de Tomás More, o qual era essencialmente diferente do catolicismo instituído em função de suas características libertárias.
	<i>Vorläufer des neueren Sozialismus (1895)</i>	“As manifestações místicas, apocalípticas e quiliastas das heresias medievais [...] não são nada mais que expressões do desespero resultante da impossibilidade de realizar os ideais comunistas” (LÖWY, 2016, p. 42).

Marx e autores da tradição marxista	Obra e ano	Principais características do tratamento dado à questão da Religião
Vladimir Ilyich Lênin (1870-1924)	Socialismo e religião (1905)	A unidade com cristãos na luta revolucionária é mais importante do que o ateísmo.
Rosa Luxemburgo (1871-1919)	Igreja e Socialismo (1905)	“[...] afirmou que os socialistas modernos são mais fiéis aos princípios originais do Cristianismo que o clero conservador” (LÖWY, 2016, p. 43) de seu tempo.
Otto Bauer (1881-1938) e Max Adler (1873-1937)	Referência secundária - consulta do trabalho de David McClellan/ <i>Marxism and Religion</i>	O marxismo e a religião como “crença filosófica” são compatíveis.
Antonio Gramsci (1891-1937)	Cadernos do cárcere (escritos de 1926 a 1937; publicado em 1992)	Destaca a natureza conservadora, mas também utópica da religião, além de tratar da diversidade de orientações ideológicas da Igreja.
	<i>Il materialismo storico e la filosofia di Benedetto Croce (1948)</i>	Destaca a relação entre a doutrina da predestinação de Calvino com o seu momento prático na sociabilidade capitalista e sugere que é esta reforma subjetiva (filosofia da práxis) que o marxismo procura instaurar.
	<i>Carlo Péguy ed Ernesto Psichari (1916)</i>	Gramsci demonstra fascinação com o “sentimento religioso místico de socialismo” de Charles Péguy.
Ernst Bloch (1885-1977)	O princípio esperança (1954)	Considera o lado do opiato, mas também o da subversão da religião. “[...] recusou-se a ver a religião unicamente como uma ‘roupagem’ acobertando interesses de classe [...]. A religião é uma das formas mais significativas de consciência utópica, uma das expressões mais ricas do princípio da esperança. Através de sua capacidade de antecipação criativa, a escatologia judaico-cristã [...] contribui para formular o espaço imaginário daquilo que ainda-não-é” (LÖWY, 2016, p. 48).
Max Horkheimer (1895-1973)	<i>Gedanke zur Religion (1935)</i>	“[...] a religião é o registro dos desejos, das nostalgias (Sehnsuchte) e das acusações de inúmeras gerações” (HORKHEIMER, 1935 apud LÖWY, 2016, p.49).

Marx e autores da tradição marxista	Obra e ano	Principais características do tratamento dado à questão da Religião
Erich Fromm (1900-1970)	O Dogma de Cristo (1930)	“[...] usou o marxismo e a psicanálise para lançar luz sobre a essência messiânica, plebeia, igualitária e antiautoritária do cristianismo primitivo” (LÖWY, 2016, p.49).
Walter Benjamin (1842-1940)	Referência secundária - consulta do trabalho de Löwy/“ <i>Revolution against progress</i> ”: <i>Walter Benjamin's Romantic Anarchism</i> (1985)	“[...] tenta combinar, em uma análise única e original, a teologia e o marxismo, o messianismo judaico e o materialismo histórico, e a luta de classes e a salvação” (LÖWY, 2016, p.49).
Lucien Goldmann (1913-1970)	O Deus Escondido (1955)	Compara a fé religiosa à fé marxista: ambas recusam o individualismo, baseiam-se em valores coletivistas (transindividuais) e numa aposta (a existência de Deus ou a libertação da humanidade).
José Carlos Mariátegui (1894-1930)	O homem e o mito (1925)	Trata da experiência mística, paixão religiosa, como fator essencial no processo revolucionário.
	Defesa do Marxismo (1930)	Trata da baliza da filosofia da revolução, a teoria dos mitos revolucionários.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Löwy (2016, p. 33-52).

A análise atenta do Quadro 10 permite a constatação de que a religiosidade, no espectro da tradição marxista, é muito mais do que simplesmente ópio e alienação. Essa dimensão, desde que analisada numa perspectiva de totalidade, como fenômeno sócio-histórico (Karl Marx), revela a reprodução da luta de classes no contexto religioso (Engels, Kautsky e Gramsci) e a possibilidade de união programática pela revolução entre cristãos e militantes ateus (Lênin e Luxemburgo), além de expressar, não só convergências com o *ethos* comunista (Engels, Kautsky, Luxemburgo, Bloch, Fromm, Benjamin e Goldmann), mas também princípios inspiradores à revolução (Bloch e Mariátegui), como expressa Löwy (2016).

Além de desterrar uma retaguarda densa, do ponto de vista heurístico, para legitimar os diálogos entre marxismo e religiosidade, Löwy (2016) também discorre sobre os processos

germinadores do movimento crítico – por vezes insurrecional, por vezes revolucionário – do Cristianismo da Libertação.

O autor lança mão do conceito de afinidade eletiva de Max Weber para sugerir, ao contrário da relação entre a ética protestante e o espírito do capitalismo, uma afinidade negativa entre a ética católica e a ordem do capital.

O argumento principal de A ética protestante e o espírito do capitalismo de Max Weber não é tanto (como se diz com frequência) que a religião é o fator causal determinante do desenvolvimento econômico, mas sim que existe, entre certas formas religiosas e o estilo de vida capitalista, um relacionamento de afinidade eletiva [...] Weber insinua a existência de uma aversão, ou rejeição, básica e irreconciliável, ao espírito do capitalismo, por parte da Igreja Católica (e provavelmente também por parte de algumas denominações protestantes) [...] Em outras palavras, temos aqui uma exata inversão da afinidade eletiva [*Wahlverwandschaft*] com a ética protestante (algumas formas dela) e o espírito do capitalismo: haveria assim, entre a ética católica e o capitalismo, uma espécie de afinidade negativa (LÖWY, 2016, p. 53; 58).

Essa relação negativa entre catolicismo e capitalismo se manifestou de diversas formas no decorrer da história, desde a sua expressão anticapitalista romântica – em última instância legitimadora do capital – até a sua manifestação revolucionária. Mesmo o movimento protestante, que contribuiu com o processo de formulação de uma teologia da libertação, para comungar com a perspectiva anticapitalista teve de afastar-se de uma série de elementos característicos de sua forma de religiosidade, a exemplo da recusa da ênfase no individualismo. Esta afinidade negativa entre o *ethos* católico (comunitário e fraterno) e o modo de vida capitalista (individualista e egóico) é o elemento germinador dos movimentos de esquerda católicos que surgiram na França e na América Latina no quadro do século XX (LÖWY, 2016).

O que vem a ser o Cristianismo da Libertação? Löwy (2016) apresenta a teologia da libertação como um movimento intelectual que surgiu de reflexões da experiência prática de um movimento social. Logo, teologia da libertação não é o termo apropriado para referir-se às experiências religiosas libertárias da América Latina. O autor sugere o termo Cristianismo da libertação, pois é uma expressão abrangente, a qual não reduz este movimento social à dimensão eclesiástica (Igreja dos pobres) nem à teológica (teologia da libertação).

Segundo Löwy (2016), os determinantes para a emergência do Cristianismo da libertação foram: A produção de novas perspectivas teológicas no século XX; o desenvolvimento de novas experiências de cristianismo social; o diálogo com a filosofia moderna; a assunção do pontificado do papa João XXIII (1958-1963); o Concílio Vaticano

II⁷⁰ (1962-1965); a insistente condição de subdesenvolvimento da América Latina num contexto de desenvolvimentismo e a revolução cubana de 1959. Essas experiências viabilizaram a emergência deste movimento social que contou com a participação de movimentos políticos leigos, equipes de profissionais leigos, ordens religiosas e padres estrangeiros – principalmente de tradições da esquerda católica francesa.

A teologia da libertação surgiu para sintetizar a experiência prática de um movimento religioso, emergente da década de 1960 no contexto da América Latina, de notável vinculação ideológica com a esquerda e militante pelos direitos humanos dos empobrecidos. Como contraponto ao *ethos* capitalista, o Cristianismo da libertação propôs um modo de vida baseado nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), as quais promoviam reuniões em torno da leitura do evangelho e catalisavam a criação de movimentos sociais e políticos e insurreições populares (LÖWY, 2016).

No que se refere à relação do Cristianismo da libertação com a modernidade, Löwy (2016) dá destaque para duas tendências: 1) o referido movimento social incorpora os valores progressistas da modernidade, mas 2) a nega quando se volta contra os interesses dos mais pobres.

Em relação à primeira tendência, é possível notar uma convergência entre a teologia da libertação – expressão intelectual do Cristianismo da libertação – e os valores da liberdade, igualdade, fraternidade, democracia e separação da igreja e Estado, os quais emergiram no quadro da modernidade. Ademais, muitas pautas modernas relacionadas aos direitos humanos também são defendidas por esta perspectiva teológica, apesar de ainda haver segmentos progressistas com dificuldades em relação a questões que envolvem sexualidade e direitos reprodutivos. Outro elemento que expressa o diálogo entre o Cristianismo da libertação e a modernidade é a incorporação das ciências sociais no processo de análise da realidade almejado pela teologia da libertação, o que ocorreu ainda antes do Concílio Vaticano II. Um grande instrumento das ciências sociais para a tradição da libertação é justamente o marxismo⁷¹, utilizado para analisar a situação de dependência e exploração dos pobres no contexto da América Latina (LÖWY, 2016).

Além do diálogo com a modernidade existe também uma relação crítica entre esse período societário e o Cristianismo da libertação. A teologia da libertação é um movimento intelectual profundamente crítico do capitalismo, o qual é ressignificado como um ídolo que

⁷⁰ Concílio convocado no início da década de 1960 que viabilizou uma abertura da tradição católica para o diálogo com as ciências e a cultura profanas.

⁷¹ Segmentos da teologia da libertação tinham uma visão reducionista do marxismo, o qual era restringido a uma ciência social puramente instrumental de análise do sistema capitalista (LÖWY, 2016).

solicita sacrifícios humanos para sua satisfação (desenvolvimento) – uma clara alusão à lei geral de acumulação capitalista mediado pela referência religiosa dos deuses pagãos Moloch, Mammon e Baal. A teologia da libertação também é crítica da tendência moderna de privatização da fé, isto é, do distanciamento da fé de seu impacto político. Apesar de a teologia da libertação defender os valores modernos de separação radical entre Igreja e Estado, afirma existir uma relação intrínseca entre fé e política, concepção contrária ao legado da modernidade de passivização da experiência religiosa. Ademais, a teologia da libertação se mostra crítica do individualismo moderno – ao propor a instauração de valores tradicionais (comunidade e religiosidade) através das CEBs – e ao desenvolvimentismo tecnológico e econômico que se evidenciem prejudiciais aos mais pobres (LÖWY, 2016).

Em suma, Michael Löwy (2016) afirma a teologia da libertação como um movimento romântico, no sentido de incorporação de valores tradicionais. Todavia, não se trata de um movimento romântico catalisador de valores reacionários e conservadores, pois o Cristianismo da libertação não propõe a reatualização da organização social medieval, mas a construção de uma sociedade sem classes, utopia balizada pela teoria marxista da revolução.

Quais os frutos deste movimento social na América Latina? A esquerda católica emergiu no contexto da década de 1960 no Brasil, movimento influenciado pela esquerda francesa, pela economia humanista do Pe. Lebre, o socialismo personalista de Mounier, a revolução cubana e o movimento estudantil católico. Sob estas influências, mas num salto de radicalização, instaura-se no Brasil a Ação Católica (JUC, JEC⁷², JOC⁷³), movimentos leigos que se aproximavam cada vez mais de ideais modernos e revolucionários. Ao lado da Ação Católica, também no contexto de início da década de 1960, surgiu o Movimento de Educação de Base (MEB) influenciado pela pedagogia do católico Paulo Freire, a qual, além da alfabetização, propunha a conscientização política do povo oprimido. A Ação Católica foi condenada pela Igreja e junto ao MEB criou o movimento político não confessional da Ação Popular. É neste contexto da década de 1960 que se instaura o golpe militar no Brasil, do qual a Igreja brasileira foi signatária.

É no quadro de ditadura militar que as CEBs se desenvolvem, influenciadas pela Ação Católica e o MEB. Foram nessas condições objetivas, sobretudo com a nomeação do Bispo Dom Paulo Evaristo Arns na década de 1970, que foram criadas as bases favoráveis ao desenvolvimento do movimento intelectual da teologia da libertação. O brasileiro Hugo Assman e os irmãos Leonardo e Clodóvis Boff, refletiram sobre as experiências práticas da

⁷² Juventude Estudantil Católica.

⁷³ Juventude Operária Católica.

esquerda católica e divulgaram a teologia da libertação no Brasil e na América Latina. Suas reflexões fertilizaram as experiências das CEBs, as quais viabilizaram mudanças no quadro político do Brasil por meio da influência na criação do Partido dos Trabalhadores (PT); da Central Única dos Trabalhadores (CUT); do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e diversos movimentos populares, a exemplo das associações de bairros e moradores.

Apesar das críticas referentes ao basismo oriundo das CEBs, tratou-se de um movimento que inovou na proposta de interação política pela base, contrária ao clientelismo, populismo e verticalismo das vertentes políticas tradicionais. Portanto, é impossível tratar das experiências democráticas no Brasil e da instauração do movimento trabalhista sem a necessária mediação do Cristianismo da libertação (LÖWY, 2016).

Não foi apenas na tradição católica que o Cristianismo da libertação frutificou; o protestantismo latino-americano também foi germinado pela semente do evangelho revolucionário. Algumas figuras foram importantes para a reprodução de uma teologia da libertação no quadro do protestantismo brasileiro, a exemplo do missionário norte-americano Richard Shaull e do teólogo leigo Rubem Alves.

Shaull lecionou teologia no seminário de Campinas/SP e propôs um diálogo entre o cristianismo e a revolução; perspectiva que influenciou a União Cristã de Estudantes Brasileiros (UCEB) – correspondente evangélico da JUC⁷⁴. O legado de Shaull teve profunda ressonância no ministério de seu aluno, Rubem Alves – precursor da teologia da libertação na América Latina. Diferente da tradição da libertação católica, no protestantismo os textos da libertação não citavam diretamente categorias marxistas, mas propunham uma contextualização da leitura dos evangelhos, num claro contraponto a perspectivas fundamentalistas. Essa tendência progressista criou organismos latino-americanos que objetivavam a divulgação desta compreensão do evangelho, como a Igreja e Sociedade na América Latina (ISAL) e o Conselho de Igrejas latino-americanas (CLAI). Essa perspectiva tinha notável caráter ecumênico, isto é, de diálogo fraterno com as tradições católicas a fim de alcançar objetivos comuns. Apesar de ter maior ressonância na tradição histórica das Igrejas protestantes, a perspectiva da libertação neste segmento era – e ainda é – uma vertente minoritária (LÖWY, 2016; TRABUCO, 2016).

⁷⁴ Muitos estudantes da UCEB, organização influenciada pelos textos de Shaull, foram perseguidos e assassinados no contexto da ditadura por militarem em uma diversidade de partidos de esquerda, dentre os quais a Ação Popular, que também teve representação protestante (TRABUCO, 2016).

O Cristianismo da libertação estendeu-se para toda América Latina. Michael Löwy (2016) e Fábio Bento (2016) discorrem sobre a natureza de experiências insurrecionais desencadeadas na América Central nos países da Nicarágua e El Salvador.

Em Nicarágua, a semente do Cristianismo da libertação se manifestou na resistência de parte da igreja católica ante a ditadura de Somoza, ainda que à revelia do clero conservador. As CEB's, afetadas de forma significativa pelo impacto da já conhecida teologia da libertação, também foram desenvolvidas nesse país, graças à atuação das ordens religiosas dos maryknolls e jesuítas. Muitos religiosos participaram da Frente Sandinista pela Libertação Nacional (FSLN) e lutaram contra a ditadura de Somoza. A derrota de Somoza e o sucesso da insurreição popular deveram-se à substantiva contribuição do Cristianismo da libertação no processo revolucionário. As lutas tiveram maior sucesso exatamente nos locais onde se localizavam as CEB's. O governo revolucionário destacou, posteriormente, a grande contribuição dos militantes católicos e atestou a possibilidade de diálogo entre a revolução e a identidade católica. O papel do Cristianismo da libertação foi tão relevante na luta revolucionária que três padres assumiram cargos no governo: os irmãos Ernesto e Fernando Cardenal, e Miguel D'Escoto (BENTO, 2016; LÖWY; 2016).

De forma semelhante à Nicarágua, o Cristianismo da libertação também frutificou em El Salvador. Num contexto de despotismo militar, diversas CEB's surgiram com o objetivo de promover estudos bíblicos tendo o evangelho como chave para a subversão. As ordens religiosas também tiveram papel importante no processo de organização das CEBs, sobretudo a ordem dos jesuítas. A posição política do clero era dividida, enquanto uns apoiavam o regime, outros denunciavam os crimes e as violações dos direitos humanos. Muitos cristãos influenciados pelas CEBs simpatizaram com o movimento das Forças Populares de Libertação Farabundo Martí (FPLFM); movimento de guerrilha organizado para resistir aos crimes do regime militar. O bispo monsenhor Oscar Romero foi uma figura importante para a substantiva influência do Cristianismo da libertação nos rumos do país. Inicialmente, Romero assumiu um episcopado conservador na direção da perseguição de tendências marxistas no clero. Todavia, com o assassinato de religiosos pelo regime militar, Romero converteu-se à luta pelos direitos humanos e tornou-se um combativo militante revolucionário, lançando mão das frutíferas referências da teologia da libertação até ser assassinado pelo regime. A contribuição dos cristãos nas insurreições populares em El Salvador foi de notável relevância para a superação de um regime ditatorial e para a instauração de um cenário democrático num país marcado pelo despotismo assassino (BENTO, 2016; LÖWY; 2016).

A reflexão de Löwy (2016) segue as perspectivas do Marx de *A ideologia Alemã* e do Engels de *A guerra camponesa alemã* e *Contribuição Para a História do Cristianismo Primitivo*. A religião é considerada uma forma ideológica produzida materialmente por relações sociais. Supera-se, portanto, a perspectiva do neo-hegelianismo de esquerda, que considerava a religião como alienação da essência humana, para analisar essa dimensão como uma forma ideológica condicionada pelo movimento dialético da história, a qual é movimentada pelos interesses de classe. Nessa perspectiva de análise da religião se compreende a flexibilidade das posições de classe assumidas por diversas formas ideológicas, incluindo a religiosidade, em determinadas conjunturas históricas. Considerando a religião como uma forma ideológica torna-se quase impossível encerrá-la na categoria alienação essencial do homem, uma vez que, na perspectiva marxiana, há que considerar a dinâmica histórica nesse processo de análise.

Feita essa digressão, temos insumos para responder as questões norteadoras da presente reflexão. Em primeiro lugar, o Cristianismo libertário, apesar de ter tido características românticas, no sentido de defender valores pré-modernos (fraternidade, comunidade, religiosidade), não representou um movimento reacionário e conservador, antes foi uma clara expressão de um movimento social anticapitalista cujo alvo foi a utopia de uma sociedade sem classes.

Se o “recalque da religiosidade” no âmbito do Serviço Social é balizado na associação automática da religiosidade ao conservadorismo, essa rejeição temática deve ser superada, pois além de constatada a diversidade de concepções sobre a natureza da religiosidade no espectro da literatura marxista, constatou-se também a clara divergência entre o movimento social religioso em questão e as tendências reacionárias.

Em segundo lugar, apesar do Cristianismo libertário possuir natureza diferente da do Serviço Social – o primeiro é um movimento social e o segundo é uma profissão – ambos convergem numa direção ética, uma vez que o Cristianismo da Libertação concebe o cristão como um sujeito histórico, potencialmente transformador da realidade social que subsiste e se reproduz em contextos de manutenção da pobreza, além de se posicionar de forma intransigente na defesa dos direitos humanos. Nesse sentido valórico, há uma evidente comunhão entre o PEP profissional e o Cristianismo da libertação.

Ora, o que se pretende com esta reflexão, tornar o Cristianismo da libertação uma mediação fundamental no processo de formação em Serviço Social? Certamente que não. Essa reflexão permite apenas que vislumbremos a religiosidade como uma dimensão da

realidade que não precisa ser rejeitada pela categoria profissional através de argumentos que afirmem sua natureza conservadora.

A atratividade religiosa da profissão é explicada pelo conservadorismo da sociedade brasileira, o que não significa que devamos instaurar o ateísmo como pré-requisito de ingresso nos cursos de graduação em Serviço Social. Antes, a tendência religiosa da grande maioria dos profissionais brasileiros revela o quadro fértil para propormos aproximações investigativas com os movimentos sociais religiosos, os quais por sua natureza ideológica e de ressonância subjetiva têm influência no processo de incorporação dos valores do PEP profissional, fenômeno que se constitui desafio para a categoria (MATOS, 2015) e que é obstaculizado por tendências reacionárias (religiosas e conservadoras) no contexto profissional; para confirmar este dado basta analisar os pilares ideo-teóricos do que se convencionou chamar de Serviço Social Libertário⁷⁵ (OLIVEIRA, 2018).

Portanto, a proposta desta reflexão, que terá sua culminância no capítulo seguinte, é a de sugerir intercursos teóricos com movimentos de religiosidades libertárias convergentes com os princípios do PEP profissional, a fim de que, em longo prazo, não seja constrangedor para os profissionais do campo tratar desta dimensão e de sua relevância no exercício profissional.

Com objetivo didático, expomos a seguir o argumento sintético da reflexão desenvolvida neste capítulo: *Os assistentes sociais entrevistados demonstraram possuir uma concepção paradoxal sobre a religiosidade na Saúde Mental – destacaram seus impactos positivos e negativos para as pessoas em tratamento nos CAPS – dando ênfase a sua dimensão negativa; dado contrário à ênfase positiva dada pela literatura especializada. Ademais, os profissionais divergiram no que se refere às possibilidades de diálogo entre religiosidade-saúde e o PEP profissional. As ênfases conflitantes sobre a natureza da religiosidade presentes nas considerações dos entrevistados e na literatura especializada e as divergências sobre as possibilidades dialógicas entre religiosidade-saúde e o PEP profissional derivam, fundamentalmente, de uma relação mal resolvida entre a religiosidade e o Serviço Social. O legado crítico do Serviço Social, que representou uma intenção de ruptura com o lastro confessional do projeto profissional, além de catapultar a profissão no*

⁷⁵ Trata-se de um movimento organizado numa página da rede social *Facebook*, que já conta com mais de 4.500 curtidas e 4.800 seguidores. No banner de apresentação da página, até o dia 21/11/2019, constava o seguinte texto: “Sou assistente social e não defendo o Projeto ético-político classista, com orientação societária comunista. Serviço Social livre” [sic.]. A página foi lançada em maio de 2016 com o seguinte texto na aba *Sobre*: “Serviço Social Libertário propõe difundir as ideias liberais, a partir dos principais temas discutidos nas áreas sociais, econômicas, políticas e culturais”. Disponível em: https://www.facebook.com/pg/servicosociallibertario/about/?ref=page_internal Acesso em: 21 nov. 2019.

rumo de sua maturidade, promoveu também um “recalque da religiosidade”, baseado na associação automática dessa última ao conservadorismo. Ao constataremos a complexidade em torno da relação marxismo-religião, a qual pode frutificar positivamente em direções insurrecionais e revolucionárias, sugerimos uma afinidade entre as religiosidades libertárias e o PEP profissional, abordagem heurística que, se ampliada e aprofundada pelo Serviço Social, pode contribuir para a superação do “recalque da religiosidade”.

No próximo capítulo, procuramos tecer os fios das reflexões sobre (des)patologização da vida e religiosidade, realizadas no primeiro e segundo capítulos desta dissertação, tendo o projeto profissional do Serviço Social como fio condutor da polêmica em torno desta temática nos campos da Saúde Mental e da profissão.

4 DESPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA, RELIGIOSIDADE-SAÚDE MENTAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: CAMINHOS E DESCAMINHOS

Como objetivo do último capítulo da presente dissertação pretendemos analisar as possibilidades de relação entre as considerações dos assistentes sociais – sobre a loucura, tratamento e religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS – e o Projeto ético-político do Serviço Social, apontando para os caminhos e os descaminhos desta proposição dialógica.

Como analisamos no tópico 2 deste trabalho, os entrevistados expressaram, de um lado, os determinantes extrínsecos da loucura e a relação complementar da dimensão da cidadania no contexto do tratamento, de outro, mostraram possuir uma concepção diagnóstica da loucura e uma noção de tratamento que superdimensiona o campo psi em detrimento do elemento terapêutico da cidadania. Enquadraram-se as considerações dos assistentes sociais numa perspectiva psicossocial localizada no limbo entre a despatologização e a patologização da vida.

Ademais, como analisado no capítulo anterior, os assistentes sociais entrevistados demonstraram possuir uma concepção paradoxal sobre a religiosidade na Saúde Mental – destacaram seus impactos positivos e negativos para as pessoas em tratamento nos CAPS – dando ênfase à sua dimensão negativa; dado contrário à ênfase positiva dada pela literatura especializada, e ainda divergiram no que se refere às possibilidades de diálogo entre religiosidade-saúde e o PEP profissional. As dificuldades de convergência, no relato dos entrevistados, sobre as possíveis relações dialógicas entre a religiosidade-saúde e o PEP e a ênfase na dimensão negativa da religiosidade para a Saúde Mental derivaram, em nossa perspectiva, de uma relação mal resolvida, de um “recalque da religiosidade” no Serviço Social brasileiro.

Partimos da hipótese, como já demonstrada no tópico 2 deste trabalho, de que há uma relação intrínseca entre a concepção de loucura e tratamento e a concepção sobre a relevância da religiosidade no contexto da Saúde Mental.

Na perspectiva manicomial e até mesmo psicossocial, onde há reminiscências de elementos patologizadores, a religiosidade na Saúde Mental tende a ser encarada num ponto de vista negativo, uma vez que também passa a ser associada a uma desordem mental, desde uma neurose obsessiva até a expressão de um transtorno psíquico (DALGALARRONDO, 2008).

Nessa direção, valendo-se de uma perspectiva que se nutre de uma lógica que também é patologizadora da vida, a vertente psicossocial (abordagem diagnóstica, medicamentalizadora e de superdimensionamento do saber psi), e de uma compreensão da religiosidade como imediatamente associada ao conservadorismo, não é possível estabelecer diálogos entre a relação religiosidade-saúde mental e o PEP do Serviço Social.

Doutra sorte, se se apresenta uma concepção de loucura e tratamento antimanicomial, e, por isso mesmo, despatologizadora da vida, a qual visualiza o louco como um sujeito de direitos que vivencia uma experiência de sofrimento determinada objetivamente pelas estruturas reprodutoras da injustiça e desigualdade, há maiores possibilidades de estabelecer diálogos com uma perspectiva que considere a religiosidade como algo relevante e positiva para a Saúde Mental, ainda que essa aproximação seja polêmica em tempos de Comunidades Terapêuticas confessionais, as quais têm reproduzido uma série de violação dos direitos humanos das pessoas em tratamento devido a problemas com o uso de álcool e outras drogas (PERRONE, 2014).

A partir de quais mediações é possível aproximar a perspectiva despatologizadora da vida de um diálogo com a dimensão da religiosidade no contexto da Saúde Mental e com o PEP do Serviço Social?

Tendo esta como a questão norteadora de nosso empreendimento, sugerimos, a seguir, a mediação com os conceitos e categorias da integralidade em saúde; humanização em saúde; Comunidades Terapêuticas; laicidade e apoio social, a fim de apontarmos caminhos e descaminhos desta discussão temática em relação ao Projeto ético-político do Serviço Social.

4.1 DESPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA, INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE MENTAL

A perspectiva de despatologização da vida, protagonizada por uma diversidade de movimentos sociais, dos quais a Luta Antimanicomial é um dos mais importantes, em nosso ponto de vista nutriu-se de duas pautas relevantes que tiveram impacto substantivo na atenção psicossocial, a da integralidade e a da humanização em saúde. Essas pautas, que por vezes cruzaram-se nas bandeiras de luta dos sanitaristas e dos antimanicomialistas, sinalizaram para a defesa de uma aproximação com a dimensão cultural, para além das dimensões biológica, psicológica e social das classes populares que acessavam os serviços de saúde.

Mesmo enfatizando que a dimensão cultural não podia ser tratada de forma apartada das demais dimensões de atenção à saúde, tratou-se de uma primeira aproximação e

sinalização de possibilidades dialógicas com a dimensão da religiosidade no contexto da saúde e saúde mental.

4.1.1 Despatologização da vida e integralidade em saúde e saúde mental

O processo de consolidação do princípio da Integralidade em saúde no Brasil percorreu o mesmo caminho trilhado pela redemocratização do país.

O Brasil passava por um momento de tensão em plena ditadura civil militar na década de 1970. Tratou-se de um regime que privilegiou as classes dominantes e a sua concentração de riqueza, enquanto que a classe trabalhadora teve de se contentar com os arrochos salariais, o que ampliou substantivamente a desigualdade econômico-social neste período. Nessa conjuntura, o Estado passa a ser visto pela sociedade civil organizada como um “[...] opositor e classista, e, assim, o povo, mediante a participação popular, tem como intuito tomar os bens e serviços para si, resistindo à exclusão social” (BRASIL, 2006, p. 37).

A desigualdade no âmbito da saúde era explícita, uma vez que a saúde pública destinava-se apenas aos contribuintes da Previdência Social, o que destinava a maior parte da população a procurar socorro médico nas práticas mítico-religiosas (BRASIL, 2006b; VASCONCELOS, 2006).

A medicina comunitária⁷⁶, a partir dos princípios de hierarquização, regionalização e integralidade, dos quais era signatária, inicia um processo de influência para o delineamento de uma nova Política de Saúde no Brasil, tendo seus ideais incorporados, inclusive, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Desse processo de influência surgiram os primeiros movimentos sociais de periferias urbanas, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), os quais reivindicaram acesso universal aos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

O movimento sanitário da década de 1980, composto por pessoas organizadas e grupos partidários em torno do projeto de uma saúde pública e universal, balizado nos ideais da medicina comunitária, iniciou um processo de ocupação dos espaços institucionais e governamentais, a fim de intervir na formulação e elaboração de Políticas Públicas que

⁷⁶ “[...] medicina menos comprometida com o lucro das empresas médicas e das empresas fabricantes de produtos de saúde e mais voltada para a atuação nas raízes das doenças, não se prendendo apenas nos aspectos biológicos. Uma medida que procura novos canais de ação junto à população e que acredita ser a classe trabalhadora organizada a grande agente de melhoria das condições de saúde” (VASCONCELOS, Eymard, 1991, p. 23).

respondessem à crise de saúde do país. O Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)⁷⁷ e as Ações Integradas de Saúde⁷⁸, influenciadas por estes atores vinculados à luta sanitária, caminharam na direção de contribuir para a efetivação de uma Reforma de saúde (BRASIL, 2006b).

É no contexto de um evento inédito ocorrido em 1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde – no que se refere à participação da sociedade civil, e de esgotamento da ditadura civil militar, que se delibera, de fato, os novos contornos da Política de Saúde no Brasil.

Paim (2008) afirma que o Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde apontou para o projeto da Reforma Sanitária expondo seus principais elementos: “[...] a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social” (p. 125).

Ainda na conflituosa arena de disputa da década de 1980 – de um lado, atores vinculados a uma perspectiva supostamente “modernizadora” e de ideologia neoliberal, de outro, atores comprometidos com a implementação de uma política de saúde universal e gratuita – o movimento sanitarista conquistou uma vitória importante, ainda que no Governo Sarney, o que revelou a natureza contraditória da luta por hegemonia e disputa pelo direcionamento das políticas sociais geridas pelo Estado. Tratou-se do Decreto nº. 94.657/87 que criou o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), “A medida dava sequência [sic.] à tendência descentralizadora para a gestão das políticas públicas de saúde [...]” (BRASIL, 2006b, p. 51).

Todavia, a arena mais conflituosa não estava em âmbito intragovernamental, mas na esfera da Assembleia Nacional Constitucional,

De um lado, o bloco conservador se aglutina no centro, contrário à expressão dos direitos sociais. Os defensores da Reforma Sanitária se aglutinam numa plenária

⁷⁷ “Esse Plano era orientado por um decálogo de princípios, representando uma inflexão nas políticas de saúde no Brasil, com a incorporação de políticas racionalizadoras na assistência médica da Previdência Social: 1) prioridade às ações primárias, ênfase na assistência ambulatorial; 2) integração das instituições (federal, estadual e municipal) no sistema regionalizado e hierarquizado; 3) utilização plena da capacidade de produção; 4) estabelecimento de níveis e limites orçamentários; 5) administração descentralizada de recursos; 6) participação complementar da iniciativa privada; 7) critérios mais racionais para a prestação de serviços (públicos e privados) e melhoria das condições de atendimento; 8) simplificação do pagamento de serviços a terceiros, com o controle dos órgãos públicos; 9) racionalização na prestação de serviços de custo elevado; 10) implantação gradual de reforma com reajustes eventuais. [...] Enquanto parte de uma política racionalizadora preocupada com a redução dos custos unitários e controle dos gastos com saúde, o Plano do Conasp acenava para a participação ativa dos vários segmentos da sociedade, porém deixava de explicitar os mecanismos para a sua efetivação” (PAIM, 2008, p. 91; 93).

⁷⁸ “[...] uma das frentes do Plano do CONASP, que continha o embrião do processo de descentralização e integração intitucional que veio a ser a base real para o SUS [...]” (RODRIGUES NETO, 1997, p. 68).

nacional de entidades de saúde – a Plenária Nacional de Saúde, visando à inserção das teses e propostas do movimento sanitário, especialmente as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no texto constitucional (BRASIL, 2006b, p. 51).

Concluído o processo de constituinte inaugura-se a Constituição Federal de 1988, que incorpora os principais elementos da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS).

Sobre a integralidade o texto constitucional (art. 198, inc. II) não conceitua este princípio, apenas destaca-o como uma diretriz “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

A noção de integralidade aparece novamente, dois anos depois, na Lei Orgânica da Saúde (Nº 8.080 de 1990, art. 7, inc. II): “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Está posto o aparato jurídico-legal que implementou o princípio da integralidade nos serviços do recém-criado Sistema Único de Saúde. Entretanto, qual o significado de integralidade? Qual o sentido e o conceito deste termo?

Mattos (2009) afirma não existir um conceito monolítico sobre integralidade, o que existem são sentidos que dão a este princípio uma natureza polissêmica. O autor apresenta três conjuntos de sentidos da integralidade: *integralidade como um traço da boa medicina*; *integralidade como modo de organizar as práticas* e *integralidade relacionada às políticas especiais*.

O sentido de integralidade associado ao *modo de organizar as práticas* decorreu de uma contraposição ao antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS). Esse sistema foi dicotômico, pelo fato de ter dividido os serviços de saúde pública e de assistência para os ministérios da saúde e da previdência social respectivamente. Além de dicotomizada, essa perspectiva de saúde do antigo SNS também foi centralizadora, visto que os serviços de assistência davam-se nos hospitais e os serviços relacionados à saúde pública realizavam-se nos centros de saúde, ou seja, não havia uma articulação entre estas instituições. Ao paciente, a partir da lógica do modelo dicotômico e centralizador, era negada a possibilidade de articulação da assistência especializada com a preventiva.

Não parece admissível, por exemplo, que uma mulher com hanseníase seja acompanhada por um médico que não saiba como está se dando o acompanhamento ginecológico e vice-versa. Como não é admissível que um homem diabético, com tuberculose e hérnia inguinal tenha que dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para ter encaminhada a resolução de seus problemas (MATTOS, 2009, p. 58).

Da crítica a este modelo centralizador e dicotômico surgiram as reivindicações por um sistema unificado de saúde. Na lógica desta nova proposta vislumbrou-se a integralidade no atendimento, isto é, uma integração dos serviços com articulação entre assistência especializada e prevenção. Desse modo, de acordo com Mattos (2009), a integralidade aqui

[...] emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (p. 61).

O sentido de integralidade associado às políticas especiais faz referência a uma forma de o Estado responder a determinados problemas específicos da saúde. Mattos (2009) dá o exemplo da Política de Saúde oferecida para as mulheres. Ele afirma que a noção de integralidade estaria na compreensão das especificidades da mulher em determinados contextos socioculturais, e, a partir dessa perspectiva, fazer políticas públicas amplas, que atendam não só os problemas de saúde da mulher, mas que abarque também os possíveis determinantes para seu adoecimento. “Integralidade aqui quer dizer uma recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política pública, em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem” (MATTOS, 2009, p. 63).

Outro exemplo de integralidade, no que se refere à assistência integral a partir de políticas especiais, é o programa de prevenção do câncer. Mattos (2009) faz uma crítica a este programa que possibilita a mastectomia, mas não oferece ações para a restauração da mama, negando uma atenção integral em saúde.

As políticas especiais precisam fazer convergir prevenção e assistência na mesma política para ter um sentido de integralidade. É o caso da política contra a Aids no Brasil, “A resposta brasileira [...] norteou-se pelo princípio da integralidade, de modo que o governo assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os anti-retrovirais [assistência] aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas” (MATTOS, 2009, p. 64).

A Política de Saúde Mental e a questão da loucura poderiam, também, ser enquadradas nos contornos de uma política especial integral, desde que a pessoa com sofrimento mental não fosse desconectada de sua pluridimensionalidade.

Já o sentido que relaciona a integralidade como *um traço da boa medicina* decorre de um movimento que surgiu nos Estados Unidos na década de 1940, o qual ficou conhecido

como medicina integral. Esse movimento teceu uma crítica aos currículos das Escolas Médicas americanas, pois estas, segundo a crítica, tornaram as práticas médicas cada vez mais fragmentadas; tratava-se de uma formação que dava ênfase às especialidades “[impossibilitando a apreensão das] necessidades mais abrangentes de seus pacientes” (MATTOS, 2009, p. 49). As Escolas Médicas, nesse sentido, formavam os novos médicos numa perspectiva unidimensional, biológica, desconsiderando os aspectos psicológicos, sociais e culturais do paciente.

Lutando por uma formação menos fragmentada, o movimento propôs a reformulação dos currículos de ensino, vislumbrando uma atuação médica mais integral que apreendia as necessidades mais amplas dos pacientes. “Portanto, para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente” (MATTOS, 2009, p. 49-50).

No Brasil a medicina integral não teve as mesmas características de sua vertente americana. Aqui a medicina integral foi incorporada pela medicina preventiva⁷⁹ nas décadas de 1970 e 1980. Entretanto, a medicina integral passou a ser mais influenciada pela epistemologia da Saúde Coletiva⁸⁰, que surge na década de 1970, ao diminuir a cota de responsabilidade das escolas médicas na fragmentação do saber médico e incluir novos determinantes para explicar essa especialização: mudanças nas relações de trabalho na sociedade capitalista, indústrias farmacêuticas, etc.

Esse sentido de integralidade vem afirmar que

A postura médica que se recusa a reconhecer que todo o paciente que busca seu auxílio é bem mais do que um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, e que se nega a fazer qualquer coisa a mais além de tentar, com os recursos tecnológicos disponíveis, silenciar o sofrimento supostamente provocados por aquela lesão ou disfunção, é absolutamente inaceitável (MATTOS, 2009, p. 52).

⁷⁹ “Nesta proposta, o conceito de saúde é representado por metáforas gradualistas do processo saúde-enfermidade, que justificam conceitualmente intervenções prévias à ocorrência concreta de sinais e sintomas em uma fase pré-clínica. A própria noção de prevenção é radicalmente redefinida, através de uma ousada manobra semântica (ampliação de sentido pela adjetivação da prevenção como primária, secundária e terciária) que termina incorporando a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo. Que isto tenha ocorrido somente no nível da retórica indica apenas a limitada pretensão transformadora do movimento em pauta, efetivamente preso no que Arouca com muita perspicácia denominou de ‘dilema preventivista’” (PAIM; FILHO, 1998, p. 303).

⁸⁰ “[A saúde coletiva entende] que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, [permitindo] alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade” (PAIM, 1997, p. 13).

De forma resumida, esse sentido de integralidade refere-se à busca de compreensão do “[...] conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta [ou necessita]” (MATTOS, 2009, p. 54).

Apesar de o princípio da integralidade em saúde ter tido um processo de implementação que remonta a década de 1970 no Brasil, os movimentos reformistas de atenção à loucura, no cenário mundial, já dialogavam com esta perspectiva desde o pós-segunda guerra mundial.

Como analisado no tópico 2 deste trabalho, é possível observar nas experiências reformistas das Comunidades Terapêuticas clássicas, da Psicoterapia Institucional, da Psiquiatria de setor ou comunitária, da Psiquiatria preventiva, da Antipsiquiatria e da Psiquiatria democrática italiana, as quais produziram o caldo que influenciou uma série de reformas psiquiátricas no ocidente, uma tentativa de tratamento ampliado, que recusou conceber o louco apenas como um aparelho biológico enfermo.

Daremos o exemplo desta relação entre despatologização e integralidade em saúde a partir da discussão sobre as experiências reformistas que influenciaram substantivamente a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira, as experiências da Antipsiquiatria e da Psiquiatria democrática italiana, esta última nutrida no pensamento de Franco Basaglia (autor).

Como desenvolvido no tópico 2 desta dissertação, a Antipsiquiatria foi um movimento que surgiu na década de 1960 na Inglaterra, influenciado pelos movimentos de contracultura. Sua vinculação com a ideia de integralidade, que tentamos esboçar minimamente anteriormente, parte de “[...] uma crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos” (AMARANTE, 1995, p. 42).

Na Antipsiquiatria há uma aproximação com a ideia de integralidade não porque ela é um traço da boa medicina, um dos sentidos afirmados por Mattos (2009), mas porque sua integralidade significou um rompimento com a medicina psiquiátrica, o que permitiu a denúncia do sistema social em vigência:

A loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado (AMARANTE, 1995, p. 44).

Como nos sentidos expostos por Mattos (2009), a integralidade aqui também é percebida ao se verificar a recusa da Antipsiquiatria em resumir o fenômeno da loucura a uma doença, uma patologia, à dimensão biomédica. Doutra sorte, a Antipsiquiatria buscou enxergar “[...] a loucura entre os homens e não dentro deles” (AMARANTE, 1995, p. 44).

Aqui, amplia-se a noção de integralidade, uma vez que a proposta da Antipsiquiatria não foi a de oferecer um atendimento integral reorganizando as práticas, propondo uma política especial de tratamento da loucura ou uma mudança no saber médico, tratou-se, antes, de um projeto de rompimento radical com o saber médico e a sua lógica patologizadora de tratamento, porque fora ampliado, para além da ciência médica, a noção de loucura.

De forma semelhante, a tradição basagliana surgiu para endossar essa crítica: “[...] a relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção, subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico” (AMARANTE, 1995, p. 47).

Não bastou para Franco Basaglia (autor) desenvolver reformas humanizadoras no manicômio de Gorizia na Itália. Foi necessário aliar a perspectiva despatologizadora da vida, a qual rompia com o saber patologizador da medicina psiquiátrica, a um movimento político. Foi desta necessidade que surgiu a Psiquiatria democrática italiana, influenciada no pensamento de Franco Basaglia (autor) e que teve o mérito de superar a lógica reformista humanizadora de atenção às pessoas com sofrimento mental, disputando o direcionamento das Políticas de Saúde Mental com a vertente biomédica e tensionando mudanças nas relações entre cidadania e justiça. A Psiquiatria democrática italiana tornou possível a

[...] denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e, acima de tudo, à não restrição destas denúncias a um problema dos ‘técnicos de saúde mental’. A possibilidade da ampliação do movimento da PDI e seu alcance permitem, além da propriedade ou competência médico-psiquiátrica-psicológica, alianças com forças sindicais, políticas e sociais. A PDI traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça (AMARANTE, 1995, p. 48).

Esse processo de mudança de paradigma no campo da saúde mental não foi um processo isolado, isto é, um processo que ocorreu apenas no nível teórico-conceitual da loucura. Antes, tratou-se de um movimento de ação ampliado que englobou, para além da dimensão teórico-conceitual, as dimensões jurídico-políticas, técnico-assistenciais e, sobretudo, socioculturais (AMARANTE, 2007).

Como contraponto ao modelo manicomial e biomédico foi necessário

[...] inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco – através do trabalho, amizade, e vizinhança –, matéria-prima para a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social (AMARANTE, 1995, p. 48).

É nesse sentido que se afirma o projeto da Psiquiatria democrática italiana como um projeto de desinstitucionalização, isto é, projeto de “[...] desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença” (AMARANTE, 1995, p. 49).

A militância da Psiquiatria democrática italiana, nesse sentido, não se reduziu à disputa no campo teórico, assistencial e jurídico, mas capilarizou-se, sobretudo, à dimensão cultural, do imaginário social, o qual produz e consome a ideia do louco como um ente que deve ser tutelado, excluído e associado à periculosidade. Integralidade aqui se relaciona à ampliação das frentes de luta pela causa antimanicomial; processo perceptível na emergência da Luta Antimanicomial no Brasil.

É neste ponto e dimensão – da cultura e do imaginário social – que a vertente da despatologização da vida, mediada por uma noção ampla de integralidade⁸¹, pode estabelecer diálogos com o campo da religião e das religiosidades.

A este respeito, o estudo de Portugal, Torrenté e Torrenté (2018) é emblemático ao visualizar na trajetória de desinstitucionalização de quatro usuárias de um serviço de Saúde Mental a relevância da abordagem terapêutica de seus líderes religiosos candomblecistas no processo de ressignificação dos usos e manejos de psicotrópicos, a qual dialoga substantivamente com a perspectiva de Gestão Autônoma de Medicação (GAM), a despeito de uma lógica manicomial e de controle.

Outra possibilidade de diálogo entre a vertente despatologizadora, mediada por uma noção ampliada de integralidade, também pode ser visualizada nos resultados de um trabalho desenvolvido pelo autor.

Em análise de entrevistas realizadas com usuários de um CAPS, Magalhães (2017) percebeu que comumente ressignificavam a experiência do sofrimento mental a partir de um imaginário religioso. A maior parte deles, numa perspectiva profundamente mágica, associou a origem de seu “transtorno” a “*um trabalho de macumba*” que alguém vinculado à religiosidade de matriz africana realizou. Entretanto, a despeito desta perspectiva de ressignificação do sofrimento mental derivada de um imaginário religioso preconceituoso e de

⁸¹ Não se trata de uma frase redundante, uma vez que há sentidos de integralidade restritos, associados à organização das práticas; a políticas específicas e a práticas médicas abrangentes, e amplos, relacionados a uma concepção de saúde que transcende o saber médico e se ancora na reversão do quadro macrosocietário de produção da doença e da loucura.

uma pertença religiosa neopentecostal, percebeu-se, também, outra possibilidade. Uma usuária de religião afro-brasileira compreendeu-se, assumindo o lugar de pessoa em tratamento num CAPS, como alguém maior do que uma “*enfermidade carnal*”, e, portanto, alguém não restrito a uma atenção biomedicamentosa unilateral, além de também visualizar seu sofrimento mental, ao contrário de seus companheiros entrevistados, como uma experiência necessária para sua evolução espiritual (MAGALHÃES, 2017).

Trata-se de um discurso religioso que, nessa dimensão, difere da perspectiva de despatologização da vida, todavia, ambas convergem quando, em relação ao sofrimento mental, recusam-se a encerrá-lo nos contornos do saber biomédico e medicamentalizador; diálogo e convergência mediados pela dimensão da cultura, do imaginário social e da religiosidade.

4.1.2 Despatologização da vida e humanização em saúde e saúde mental

O diálogo entre a perspectiva despatologizadora da vida e a religiosidade não se dá exclusivamente pelas mediações do princípio da integralidade em saúde e de sua dimensão sociocultural. Essa aproximação também pode ser vislumbrada através do conceito de humanização em saúde.

A incorporação da temática da humanização no campo da saúde como elemento transversal derivou de programas de humanização do pré-natal e nascimento, de acreditação, e de qualidade e assistência hospitalar, os quais desembocaram no Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (2001) e finalmente na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) (2003) (ALVES; MIOTO; GERBER, 2007).

Por mais que a Constituição de 1988 e a posterior regulamentação da política de saúde no Brasil tenham garantido substantivos avanços no que se referem a uma gestão e atenção descentralizada e territorializada e à aproximação da efetivação dos princípios de integralidade, equidade e controle social,

[...] a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho [esgarçaram] as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, [ficou] fragilizado (BRASIL, 2004b, p. 5).

Esta fragmentação dos processos de trabalho decorre da tendência inaugurada pelo modelo de acumulação flexível do capitalismo contemporâneo, que intensifica a especialização do trabalho, o que também fragmenta e dissolve a organização da classe trabalhadora (ANTUNES, 2006).

A Política de Humanização, portanto, adveio da necessidade de “[...] ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004b, p. 6).

Todavia, é necessário que se compreenda a humanização como uma categoria específica, a qual não se associa a atitudes voluntárias e filantrópicas que anuviam a concepção de direito, mas relaciona-se ao aumento do grau de

[...] co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004b, p. 7).

Aqui, como na experiência basagliana, pretende-se superar uma simples humanização institucional abstrata, propondo uma atenção e gestão onde os usuários e profissionais são co-responsáveis, co-gestores da produção de saúde e de sujeitos: “Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo” (BRASIL, 2004b, p. 8).

Assim, as palavras-chave para a compreensão da humanização em saúde são “protagonismo”, “co-responsabilidade” e “co-gestão”, dimensões que subvertem o lugar de passividade dos usuários e profissionais em relação à gestão da saúde.

Nessa direção, a humanização rompe com o seu sentido de benemerência e filantropia e passa a associar-se à democratização, participação social e à efetiva publicização dos serviços de saúde, em outras palavras, rompe-se com o saber religioso e aproxima-se do humanismo, corrente filosófica que concebeu a autonomia e o protagonismo do homem no processo de construção da história e de sua existência:

Ao retomar o sentido da Política de Humanização do SUS em suas diretrizes (protagonismo e autonomia dos sujeitos; estabelecimento de redes solidárias e de responsabilidade mútua; participação em processos decisórios de maneira coletiva), observamos que sua base científica remete ao humanismo em sua essência, à radicalidade do entendimento do homem como responsável por sua existência e de outros e no investimento na autonomia do indivíduo em benefício da sociedade solidária (no sentido literal da palavra, relacionada à virtude social – *virtu* – descolada da imagem social de caridade relacionada ao solidarismo) (FILIPPON; KANTORSKIP, 2012, p. 670).

A humanização que derivou das experiências reformistas da Antipsiquiatria e da tradição basagliana, com a Psiquiatria democrática italiana, teve esta natureza, a de promoção da autonomia dos usuários e a de rompimento com a verticalidade nas relações hospitalares.

Relativamente a uma experiência da Antipsiquiatria desenvolvida no Hospital Psiquiátrico Público de Shenley em Londres, Amarante (1995) afirma:

[...] no período que vai de 1962 a 1966, em Londres, põe-se em prática uma unidade psiquiátrica independente, o pavilhão ‘Vila 21’, um novo tipo de comunidade terapêutica, em que uma clientela não cronificada (jovens considerados esquizofrênicos, entre 15 e 30 anos, que ainda não haviam sofrido nenhum tipo de tratamento) formam um ‘lugar de vida’. Promovem-se reuniões que buscam subverter a hierarquia e a disciplina hospitalar, detectando os preconceitos dos médicos e enfermeiros em relação aos pacientes e procurando quebrar suas resistências à mudança. Esta proposta de combate às estruturas hospitalares – que cristalizam o paciente no papel de doente mental, dependente e inválido – é uma experiência que permite a [David] Cooper verificar que a percentagem de recaídas diminui de forma bastante expressiva em comparação aos métodos tradicionais (AMARANTE, 1995, p. 43).

As reuniões dessa experiência, as quais propuseram *subverter a hierarquia e a disciplina hospitalar*, configuraram-se estratégias de humanização que romperam com a lógica de passivização dos profissionais e usuários no processo de produção de saúde e de sujeitos.

De forma semelhante, assim que Franco Basaglia (autor) chega à Trieste (Itália) em 1971,

[...] são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, que são residências onde moram usuários, algumas vezes sós, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes. As cooperativas de trabalho constituem outra modalidade de cuidado/criação de possibilidades que, inicialmente organizadas para atender à necessidade de encontrar posto de trabalho para os ex-internos do hospital, ou para novas demandas que surgiam, hoje representam um novo espaço de produção artística, intelectual ou de prestação de serviços [...]. (AMARANTE, 1995, p. 49).

Nesta experiência basagliana a humanização se expressou, além da atenção integral em saúde mental, na centralidade da atenção a partir das necessidades dos usuários, o que se verificou a partir da valorização da territorialidade e da promoção da autonomia e liberdade, mediante garantia de moradia e trabalho.

Humanização, nesta direção, relaciona-se à reorganização dos serviços a fim de alcançar e atender as necessidades plurais dos usuários. Verifica-se, desse modo, para além de um protagonismo, a centralidade da atenção em saúde às necessidades dos usuários.

O protagonismo e a centralidade da atenção em saúde às necessidades dos usuários são elementos fundamentais na Política Nacional de Humanização do SUS. É aqui onde se vislumbram possibilidades dialógicas com a dimensão da religiosidade, caso esta seja relevante para os usuários dos serviços de saúde.

Um dos objetivos que reafirma o espírito da PNH do SUS é:

Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente a violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso), a violência realizada por agentes do Estado (populações pobres e marginalizadas), a violência urbana e para a questão dos preconceitos (racial, *religioso*, sexual, de origem e outros) nos processos de recepção/acolhida e encaminhamentos (BRASIL, 2019a, p. 12, grifo nosso).

A recepção e acolhida de usuários das políticas de saúde, nesse sentido, não devem prescindir da atenção a questões relacionadas ao preconceito, o que inclui o preconceito religioso. Dar relevância à dimensão sociocultural dos usuários constitui-se prática humanizada, a qual, numa perspectiva integral, dá centralidade às suas necessidades plurais.

Outro elemento importante presente na PNH do SUS que medeia o diálogo com a dimensão sociocultural e religiosa é o da Ambiência “[...] tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2019a, p. 121). Não se trata, como refletido anteriormente, de uma simples modificação do espaço físico das instituições de saúde,

Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2019a, p. 121).

A reflexão sobre Ambiência como um traço da PNH do SUS, mais uma vez, dispensa centralidade às necessidades plurais dos usuários dos serviços de saúde, na medida em que se

valoriza a dimensão sociocultural como elemento relevante na conformação dos espaços de atenção à saúde.

[...] os espaços de saúde têm peculiaridades que se dão pelas rotinas ali estabelecidas pelo usuário e trabalhador, as diferentes redes sociais que acolhem as diferenças regionais, religiosas e étnicas. Todas elas devem ser consideradas. É preciso considerar a importância de se conhecer os valores e costumes da comunidade em que se está atuando (BRASIL, 2019a, p. 126).

O caso da questão indígena, por exemplo, é emblemático:

[...] deve-se adequar o ambiente hospitalar de acordo com as culturas. Com frequência, indígenas hospitalizados, por exemplo, têm a necessidade de ser acompanhados por um número maior de parentes, por motivos culturais (que implicam significados etnomédicos e também religiosos). Adaptar o ambiente hospitalar para que a “família” seja acolhida é uma atitude de respeito à diversidade cultural e ao grau de vulnerabilidade ampliada a que está sujeita essa população (BRASIL, 2019a, p. 136).

Humanização como mecanismo de valorização do protagonismo e atenção central às necessidades dos usuários pressupõe, desse modo, a consideração das diferenças regionais, étnicas e, inclusive, religiosas.

Para finalizar essa reflexão, expomos abaixo uma narrativa de outro exemplo de atenção em saúde que considera as dimensões sociocultural e religiosa como elementos relevantes no processo de humanização:

Vejamos aqui o caso de uma usuária indígena que dá entrada numa unidade de saúde e, após o atendimento e a realização do diagnóstico, é indicada para ela uma cirurgia (laparoscopia) urgente, a ser realizada pelo umbigo. Após a comunicação do procedimento indicado, a usuária se recusa a realizar o procedimento, dizendo que ela não pode deixar que mexam no seu umbigo, pois (segundo a sua concepção, herança de sua cultura) este é a fonte de onde brota a vida. Se assim o fizesse, infortúnios diversos poderiam recair sobre ela, conforme acredita. Diante da recusa e frente à urgência para a realização do procedimento, a equipe entra em contato com o cacique ou a liderança política do grupo e, juntos, decidem que a usuária seria levada para uma unidade mais perto de sua aldeia. Decidem também que, antes do procedimento, o pajé ou a liderança religiosa realizaria um ritual ou procedimento cultural direcionado à preservação de sua integridade, de acordo com o ponto de vista da concepção de saúde da própria sociedade e cultura. Isso foi realizado e acolhido pela equipe, que posteriormente teve sucesso na realização da cirurgia (BRASIL, 2019a, p. 152).

Não se trata de uma experiência onde o saber científico perde a sua legitimidade e relevância no contexto da atenção em saúde, antes, trata-se de uma abordagem profissional que dispensa centralidade às necessidades dos pacientes, protagonistas da relação profissionais-usuários.

Nesse sentido, para que não se compreenda estas práticas como pré-modernas, há que se retomar a reflexão sobre o espírito da PNH do SUS, que é o de promover o protagonismo dos sujeitos – profissionais e, sobretudo, usuários – no processo de atenção e gestão em saúde. Em última instância, as abordagens de valorização do protagonismo dos sujeitos no contexto da saúde fará referência à centralidade da atenção em saúde às necessidades plurais dos usuários, o que inclui as de natureza sociocultural e religiosa.

Não foi a ideia de centralidade da atenção às necessidades plurais dos usuários uma das marcas substantivas nos processos de Reforma Psiquiátrica que se desenvolveram em vários países do ocidente? Torna-se evidente, portanto, a aproximação da perspectiva de despatologização da vida com a PNH do SUS e, em última instância, com as dimensões socioculturais e religiosas como elementos relevantes no contexto de uma atenção humana em saúde. Todavia, a característica da PNH do SUS de estimular o protagonismo dos sujeitos no processo de atenção e gestão em saúde corre riscos significativos na atual conjuntura.

No atual contexto de emergência de atores conservadores no aparelho estatal as experiências de participação social dos sujeitos políticos da área da saúde estão sendo, ainda que indiretamente, ameaçadas. Exemplo disso foi a derrubada do Decreto presidencial 8.243 de 2014, que propunha a criação de uma Política e de um Sistema Nacional de Participação Social, a fim de estreitar os laços do poder público com a sociedade civil nos processos de tomada de decisão, de construção e avaliação de Políticas Públicas. Grande parte do poder legislativo, a que se identificava mais conservadora, fez dura oposição em relação ao referido Decreto proposto pela presidente Dilma Rousseff. O emblemático desse evento foi o fato de que o mesmo bloco político que barrou o Decreto 8.243/2014 foi o que assumiu o poder presidencial nas eleições de 2018.

O que se infere, portanto, é que a gestão presidencial que se anuncia não poupará esforços para boicotar as experiências institucionais de participação social e para reprimir as manifestações populares que transcendem a institucionalidade. Nesse contexto, todas as experiências de valorização do protagonismo e da participação social na gestão, avaliação e acompanhamento das políticas sociais serão afetadas, o que inclui a política de saúde e a sua política de humanização.

4.2 RELIGIOSIDADE-SAÚDE MENTAL: OUTROS ELEMENTOS PARA O DEBATE

A perspectiva de despatologização da vida, que concebe o louco como um sujeito de direitos o qual vivencia uma experiência de sofrimento engendrada objetivamente pelas

estruturas promotoras de desigualdade e injustiça na presente ordem societária, tem proximidades com os conceitos de integralidade e humanização em saúde e, por conseguinte, com as dimensões da cultura e da religiosidade.

Ressalte-se que esta aproximação e sinalização de possibilidades dialógicas é polêmica; dois motivos a justificam: 1 – É uma discussão que pode ser mal interpretada ao ser associada à legitimação das Comunidades terapêuticas confessionais atuais e 2 – É uma discussão que pode ser avaliada como contraproducente no contexto de luta pela efetivação de um Estado laico.

A perspectiva de despatologização da vida, concebida como ideologia dos movimentos sociais vinculados à Luta Antimanicomial, é signatária da ideia de financiamento e gestão públicos das políticas de saúde, avessa a tendências de terceirização da responsabilidade estatal do cumprimento de seu dever, e mais, põe-se radicalmente pela defesa intransigente dos direitos humanos. Ademais, também se coloca ao lado das ideologias que defendem os valores modernos como ideais de um dever-ser do Estado.

Desse modo, de que forma é possível defender aproximações entre a perspectiva de despatologização da vida e a religiosidade no contexto das Comunidades terapêuticas e do Estado laico?

4.2.1 Religiosidade e Comunidades terapêuticas

Não é muito difícil traçar o motivo da discórdia entre a perspectiva da despatologização da vida e as Comunidades terapêuticas brasileiras. Como desenvolvemos no tópico 2 deste trabalho, as Comunidades terapêuticas nasceram no segundo pós-guerra na tentativa de humanizar os hospitais psiquiátricos, lócus de verdadeiros suplicios do corpo do louco. É com Maxwell Jones na Inglaterra que esta proposta de humanização dos hospitais psiquiátricos consagra-se no termo Comunidade terapêutica:

O termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar (AMARANTE, 1995, p. 28).

A proposta de Jones era a de humanizar o tratamento, as relações entre profissionais da saúde e os internos. Ainda que alvo de críticas substantivas de membros da Antipsiquiatria e da Psiquiatria democrática italiana, a exemplo de Franco Basaglia (autor), tratou-se de uma

experiência reformista que inaugurou as possibilidades de se colocar em xeque o modelo manicomial de tratamento. Apresentou uma verdadeira democratização na dimensão intra-hospitalar, a construção de uma comunidade:

[...] a idéia [sic.] de comunidade terapêutica pauta-se na tentativa de “tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico”. Mais que isso, através da concepção de comunidade, procura-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. Uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição (AMARANTE, 1995, p. 29).

Buscou-se empoderar o louco, na medida em que se instituiu uma isonomia no processo de execução das tarefas institucionais.

A Comunidade terapêutica, todavia, ao capilarizar-se pelo mundo não se manteve fiel à sua natureza clássica. A este respeito, Cavalcante (2019) afirma que no mesmo período de vigência da Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones, emergente de um processo de Reforma Psiquiátrica em curso, desenvolve-se, também, a vertente norte-americana, centrada no tratamento de usuários de drogas e num modelo de reforma moral individualista.

Duas tendências em cena, de um lado uma Comunidade terapêutica reformista, fomentadora de práticas democráticas e humanizadoras no contexto do hospital psiquiátrico, de outro uma Comunidade terapêutica restrita a usuários de drogas, a qual reatualiza o tratamento moral individual da perspectiva manicomial.

Destaca-se a correspondência econômico-social destas duas vertentes. Na experiência inglesa, onde o Estado de bem-estar social consolidou-se numa perspectiva universalista, de maior inclusão e equidade no acesso às políticas sociais, há uma tendência de tratamento do louco, no contexto da Comunidade terapêutica, numa abordagem democrática, de promoção de empoderamento. Doutra sorte, na experiência norte-americana, onde o Estado de bem-estar social consolidou-se num direcionamento meritocrático e focalizador, o que restringiu – e ainda restringe – o acesso às políticas sociais, a abordagem de tratamento na Comunidade terapêutica foi balizada numa perspectiva moralizadora individualista, o que refletiu a natureza substantivamente individualista e meritocrática da forma de gestão econômico-social norte-americana.

Isso exposto, como compreender o modelo de Comunidade terapêutica que se desenvolveu no cenário brasileiro?

Tanto na experiência inglesa como na norte-americana a natureza das Comunidades terapêuticas foi conformada por elementos econômico-sociais e culturais. No caso do Brasil não foi diferente. Aqui não se consolidou um Estado de bem-estar social amplo ou meritocrático. Na periferia do mundo capitalista, até em seus melhores períodos econômico-sociais, desenvolveu-se um processo de significativa exclusão, realidade que é exponenciada em tempos de neoliberalismo.

O contexto de exclusão e desfiliação social, vínculos trabalhistas, laços relacionais e proteção social frágeis constituiu-se fator de adoecimento e sofrimento mental. Eis os determinantes para a emergência e o campo de atuação das comunidades religiosas (neo)pentecostais que atuam no combate às drogas.

Desse modo, as Comunidades terapêuticas no Brasil foram conformadas a partir de uma aproximação com o modelo norte-americano, centrado na reforma moral individual, mas balizado por elementos culturais específicos da formação social brasileira, dos quais se destaca a religiosidade e sua característica de lidar com situações existenciais e sociais limite (VASCONCELOS, 2019; CAVALCANTE, 2019).

Assim surgem as Comunidades terapêuticas confessionais no Brasil, mas qual a relação da confessionalidade com a perspectiva de abstinência no tratamento de pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas, principal elemento de discórdia com a perspectiva de despatalogização da vida, defensora da redução de danos⁸²?

Em nossa perspectiva é o fundamentalismo religioso, o qual caracteriza muitas das igrejas pentecostais e neopentecostais que se aventuram na gestão de Comunidades terapêuticas brasileiras, que explica a aderência à perspectiva de tratamento focada na abstinência. “Fundamentalistas são os defensores do que julgam ser os fundamentos da sua religião, quando sentem que estão sendo atacados” (AMALADOSS, 2002, p. 182).

Podem-se considerar fundamentalistas não apenas as religiões do livro (Cristianismo, Judaísmo e Islamismo), mas todo o sistema de pensamento que se pretende dogmático, segregador e que negue a existência de outros segmentos da sociedade (Ex.: Nazismo, Apartheid, Fascismo etc). Entretanto, a origem do fundamentalismo surgiu no seio do Protestantismo americano no ano de 1910:

⁸² “[...] A redução de danos consiste em um repertório de cuidado, constituído de um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas para as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas. Incluem-se nas estratégias de prevenção a recomendação do não compartilhamento de instrumentos e a utilização de materiais descartáveis, inclusive para o uso de silicone industrial e hormônios entre pessoas trans” (BRASIL, 2019b, s/p).

O nascimento do movimento fundamentalista se insere no centro da modernidade. Esta foi o emergir da consciência autônoma, histórica e crítica. Ante a modernidade, o fundamentalismo apresenta-se como via de “mão dupla”. De um lado, ele é resultado desta modernidade crítica, secularizada, individualizante e pluralizada. De outro lado, é uma reação à modernidade ocidental, liberal e tecnocrática (PANASIEWICZ, 2010, p.1).

A teologia americana moderna acompanhou o progresso científico e a mudança de paradigma da explicação sobre o processo de organização da sociedade, i.e., a organização social e as relações sociais deixavam de ser explicadas como fruto de determinantes místicos e religiosos e passavam a ter fundamentações científicas.

A teologia liberal, nome dado à teologia que dialogou com a ciência moderna, surgiu para colocar em xeque os pressupostos conservadores da fé cristã, bem como seus dogmas enrijecidos, tendo como característica central a relativização de alguns fundamentos conservadores da religião.

Como resistência à teologia liberal moderna surgiu o fundamentalismo protestante americano, protagonizado pelas denominações metodista e presbiteriana que se uniram na produção das chamadas “*cartilhas dos fundamentos da fé*”. Essas cartilhas e/ou panfletos explicitavam alguns fundamentos inegociáveis da fé cristã, a exemplo do nascimento virginal de Jesus, Divindade de Jesus, Salvação apenas em Jesus, etc. (CORDEIRO, 2009).

Desse movimento de resistência à teologia liberal moderna surge uma nova forma de ler/interpretar os textos da bíblia, ou seja, uma nova teologia.

Trata-se de uma teologia que tem desconsiderado hermenêuticas dos textos bíblicos que dialogam com a história e com a modernidade. Esta forma de interpretação da bíblia é que vai legitimar o dogma e a doutrina em detrimento da valorização dos direitos humanos, os quais eram defendidos pela teologia liberal moderna.

Esse movimento baseado numa forma rígida e purista de interpretação do texto bíblico, por não dialogar com a história, sente-se constantemente ameaçado, o que reverbera num processo de *demonização* da alteridade que considera *maléfica*:

O fundamentalismo é um “movimento antimodernista que é obrigado a atuar no chão da modernidade.” Ao estar e atuar na modernidade faz críticas à modernidade cultural, “o fundamentalismo é antihermenêutico”, e usufrui das produções da modernização tecnológica, buscando o maior benefício para o movimento. Defendem o milenarismo apocalíptico. Alimentam “a visão apocalíptica do combate final entre o bem e o mal, interpretando uma necessidade social emergente entre os indivíduos: o medo de perder as próprias raízes, de perder a identidade coletiva.” O mal assume várias dimensões e fisionomias e necessita ser combatido (PANASIEWICZ, 2010, p. 3).

A partir daí surgem as diversas violências aos segmentos LGBTQ+, à cultura negra e aos “*pagãos*”, todas fruto de uma interpretação desistoricizada do livro e carregada de intolerância em nome de uma “*pureza-teológica-da-fé*”:

Tais grupos, posteriormente, voltaram-se contra o comunismo, considerado como propagador de ateísmo. Esta oposição ao comunismo está por trás da construção da grande máquina de guerra que são hoje os EUA. Práticas de moral liberal, tal como a reivindicação do aborto, também atraíram a sua oposição (AMALADOSS, 2002, p. 182-183).

Acrescente-se aos alvos demonizados pelos fundamentalistas a questão das drogas.

No Brasil o fundamentalismo teve maior capilaridade em segmentos do protestantismo e do catolicismo que são mais proselitistas (neopentecostais e carismáticos), o que justifica a ocupação das mídias de comunicação para a propagação de sua mensagem.

O que se quer ressaltar, portanto, é que a natureza fundamentalista dos segmentos do neopentecostalismo brasileiro, baseada em dogmas rígidos, desistoricizados e reacionários, os quais estabelecem alvos a serem demonizados (LGBTQ+, cultura negra, drogas, etc.) numa verdadeira abordagem de batalha espiritual, legitima a inegociabilidade do tratamento das drogas baseado na abstinência, o que, em última instância, relaciona-se a uma proibição moral do uso de álcool e outras drogas nessas comunidades religiosas.

O proibicionismo como ideologia e também como política pública não tem apenas uma correspondência subjetiva com o fundamentalismo religioso, mas também é determinado por interesses econômicos objetivos, na medida em que

[...] colabora com o avanço do Estado no campo penal e na ampliação da repressão militarizada (ao mesmo tempo em que o Estado amplia o desmonte das políticas sociais), que criminaliza a pobreza em nome da manutenção da ordem e dos mecanismos de controle social sobre as classes populares, adquirindo ampla funcionalidade para determinados setores do capital como a indústria de armas, as empresas de segurança, o sistema financeiro (que lava dinheiro do narcotráfico aos paraísos fiscais) e setores religiosos, principalmente os mais conservadores (DENADAI, 2019, p. 366).

É no contexto de divulgação de uma narrativa sobre uma “epidemia de crack” que essas Comunidades terapêuticas crescem e se desenvolvem no Brasil, propondo um tratamento cujo objetivo é a abstinência, de cariz significativamente religioso (CAVALCANTE, 2019).

Trata-se de comunidades que passam a ser reconhecidas pelo Estado e são institucionalizadas, ou seja, legitimadas e financiadas pelo poder público a fim de fazer parte

da Rede de Atenção Psicossocial. Este processo de institucionalização ocorre a despeito das seguintes tendências comprovadas de violações dos direitos humanos:

Interceptação e violação de correspondências, imposição de credo e exigência de exames clínicos, como o teste de HIV, obrigatoriedade de execução de tarefas cotidianas de manutenção da estrutura física da instituição [...] hipermedicalização e até mesmo imposição de abstinência sexual e desrespeito ao direito de livre orientação sexual e identidade de gênero (BICALHO; BARBOSA; SIMÕES, 2019, p. 314).

A lógica manicomial parece reatualizar-se na experiência das Comunidades terapêuticas brasileiras, na medida em que diversas violações dos direitos humanos são denunciadas. Além da abstinência como forma de tratamento, a perspectiva de despatologização da vida se opõe a estas instituições por representarem as tendências de desfinanciamento das políticas sociais públicas, de desresponsabilização do Estado e por serem signatárias da violação dos direitos humanos.

Propor uma aproximação entre a vertente de despatologização da vida e a dimensão da religiosidade, desse modo, é polêmico, uma vez que coloca na cena da política de saúde mental, necessariamente, a atuação das Comunidades terapêuticas confessionais no contexto brasileiro.

Sair desta ambiência capciosa pressupõe a transposição deste debate – religiosidade-saúde mental – para o âmbito das políticas sociais públicas, já que se corre o risco de ser uma discussão contraproducente e reacionária no âmbito da assistência complementar em saúde, ainda que, em casos isolados, como exposto no trabalho de Silva (2018), seja possível vislumbrar experiências de Comunidades terapêuticas que ofereçam tratamento relevante e apoio efetivo e humano para a Rede de Atenção Psicossocial.

Se a solução para desenvolver esta discussão no contexto da saúde é vislumbrar este debate no âmbito das políticas sociais públicas, entramos noutra polêmica, a da laicidade do Estado. Afinal, de que forma tratar a relação religiosidade-saúde mental, significativamente atestada como relevante, nos contornos de um Estado laico?

4.2.2 Religiosidade, laicidade e laicismo

O debate sobre a laicidade é delicado no cenário da sociabilidade brasileira, marcada por uma cultura religiosa e sua característica de lidar com situações existenciais e sociais limite, agudizadas na periferia do capitalismo mundial.

Além disso, o debate no contexto específico do Serviço Social assume particularidades, as quais já foram sinalizadas introdutoriamente no capítulo anterior.

Por qual motivo trata-se de um debate delicado, tanto para a sociedade brasileira como para o Serviço Social?

O debate é delicado para a sociedade brasileira, profundamente religiosa, porque ela é quem constitui o Estado brasileiro. O Estado não é um ente abstrato que paira acima dos homens, mas uma instituição burguesa que se movimenta de acordo com interesses específicos, espaço disputado por classes antagônicas. Desse modo, o Estado é constituído por indivíduos representantes destes interesses de classe, os quais também receberam ingerência da cultura em sua formação pessoal. Dito de outro modo, o Estado, apesar de pretensamente laico, é ocupado e gerido por pessoas não laicas.

Há, portanto, um conflito entre os valores individuais das pessoas que ocupam o Estado e os valores éticos, coletivos, correspondentes ao Estado como instituição.

Este debate também assume contornos particulares no âmbito do Serviço Social. Como visto no capítulo anterior, trata-se de uma profissão que se conformou hegemonicamente contrária a uma atuação profissional confessional e conservadora e assumiu um projeto profissional balizado na defesa intransigente dos direitos humanos, tendo a liberdade e a democracia como princípios éticos fundamentais. Todavia, como que reatualizando o dilema do Estado, o Serviço Social também é composto por um grande contingente de pessoas religiosas.

O debate sobre a relação religiosidade-saúde mental diante desta realidade tensa entre moral e ética nos espaços do Estado e no contexto da profissão não seria capcioso? Não se estaria querendo tensionar um debate que é contraproducente para a efetivação do Estado laico e do PEP profissional?

Responderíamos sim a estas questões se estivéssemos considerando a laicidade como um conceito monolítico, restrito à sua dimensão de exclusão da religião do espaço público.

Se laicidade significasse apenas a tentativa de descontaminar o Estado da influência religiosa poder-se-ia considerar esse debate – religiosidade-saúde mental – uma discussão capciosa e contraproducente, uma vez que o objetivo, nesse sentido de Estado laico, seria exclusivamente o de purificar o Estado e seus agentes, expurgando toda influência religiosa no cenário da atuação pública.

Todavia, há outro sentido de laicidade, que não nega o sentido anterior, antes o complementa, é o de neutralidade do Estado diante das expressões religiosas da sociedade, ou da ausência delas.

Ranquetat Jr. (2008) recorre ao pensamento de Maurice Barbier a fim de conceituar a laicidade em seus sentidos de neutralidade-exclusão e neutralidade-imparcialidade. Como refletido acima, a laicidade como neutralidade-exclusão é a dimensão da exclusão da religião do espaço público. De forma complementar, a laicidade como neutralidade-imparcialidade é o aspecto da imparcialidade diante das expressões religiosas ou de ausência de crença, é um posicionamento do Estado caracterizado pelo tratamento isonômico a toda forma de espiritualidade, por sua ausência de preferência religiosa.

Uma consequência natural da efetivação destas duas dimensões de laicidade é a garantia de um direito civil fundamental, a liberdade de crença.

A laicidade alijada de uma destas dimensões perde sua substância, contraria sua natureza. Pensar laicidade como, somente, a exclusão da influência religiosa no âmbito do Estado pode engendrar abordagens déspotas, as quais desconsideram a liberdade de crença como um direito humano. Noutra direção, pensar laicidade apenas como uma imparcialidade diante da liberdade de crença, sem empreender medidas para neutralizar sua influência no contexto do Estado, pode legitimar abordagens proselitistas, preconceituosas e de violação dos direitos da diversidade humana.

O risco de se confundir as dimensões da laicidade é o risco de associá-la ao *laicismo*. A este respeito, Ranquetat Jr. (2008) reflete sobre as características e os fundamentos destas duas tendências históricas.

O autor afirma que laicidade não advém de uma demanda religiosa, mas política. Sua conformação é demandada por forças políticas organizadas, o que torna sua efetivação algo diferenciado e particular em cada país. Não é possível falar de uma mesma laicidade nos países da Europa, muito menos da homogeneização desta em relação aos países da América Latina.

Todavia, é possível demarcar um movimento mais amplo que culminou com a laicidade dos diversos Estado-nação. Este movimento amplo é um processo de ruptura com a pré-modernidade, a Idade Média, marcada pela ingerência da Religião na organização da sociedade. O processo de ruptura com a influência confessional na dinâmica de ordenamento das relações sociais é denominado de secularização. A instituição de um Estado laico, em sua diversidade de facetas, pressupõe, desse modo, um processo de secularização (RANQUETAT JR. 2008; NASCIMENTO, 2016).

Certamente que esse processo de secularização assumiu particularidades em contextos como o nosso, onde as instituições da República e da Revolução Burguesa deram-se mediante um acordo entre o velho poder oligárquico e a força burguesa ascendente (FERNANDES,

2006), o que justifica, por exemplo, nossos feriados e símbolos religiosos em instituições públicas; as rezas e orações em sessões de conselhos de direitos e do legislativo e a promulgação da Constituição Federal de 1988, considerada uma constituição socialdemocrata, “sob a proteção de Deus” (CFESS, 2016).

Ranquetat Jr. (2008), além de discutir sobre esse processo histórico determinante para a laicidade, conceitua outra tendência histórica, a do laicismo.

Diferente da laicidade, determinada por um lento processo de secularização, o qual sintetizou um princípio de dever-ser do Estado em relação à dimensão da religião, o laicismo é uma expressão que caracteriza experiências históricas as quais objetivaram o extermínio da religião e de sua influência. O laicismo foi uma tentativa militante de secularização.

O pensamento liberal, um dos grandes divulgadores do ideal de laicidade, a despeito de sua proposta de Estado neutro, tornou-se uma “fé laica” (RANQUETAT JR., 2008, p. 74), isto é, uma ideologia proselitista, o que reverberou em muitos movimentos anticlericais, “[...] em muitos casos os grupos laicistas, secularistas, se mostraram em diversas oportunidades históricas anti-clericais e eivados de preconceitos anti-religiosos o que acarretou inclusive perseguições violentas contra instituições, pessoas e símbolos religiosos” (RANQUETAT JR., 2008, p. 75).

O pensamento liberal quando se reveste de um invólucro religioso e proselitista se assemelha aos movimentos sanguinários da Igreja de Roma à época das Cruzadas inquisitoriais.

Ademais, o laicismo, nesse sentido de secularização impositiva e violenta, também pode ser associado às diversas experiências de socialismo real onde a religião foi duramente perseguida e combatida (BETTO, 2015).

Percebe-se, desse modo, que o laicismo parece ser a extrapolação de uma das facetas da laicidade, a exclusão da religião da dimensão estatal, mas também da sociedade.

Está claro que os profissionais da saúde, inclusive os de Serviço Social, não devem assumir posturas proselitistas e religiosas em seus espaços sócio-ocupacionais, pois representam o Estado no exercício público de suas funções.

O CFESS, numa edição especial do CFESS Manifesta em 2016, posicionou-se em defesa do Estado laico e contrário a práticas profissionais confessionais; à utilização, por parte dos assistentes sociais, de carimbos com mensagens religiosas e à alocação de símbolos religiosos nos Conselhos da categoria profissional e em suas seccionais, o que há quatro anos já tinha culminado em Resolução (Nº 627) (CFESS, 2012).

Contudo, esse dever-ser profissional, correspondente à defesa da laicidade no seu sentido de neutralidade-exclusão, não deve prescindir da defesa da liberdade religiosa da sociedade, dos usuários dos serviços públicos das políticas sociais, sob pena de se associar à perspectiva laicista, isto é, a uma tendência militante e violenta de secularização.

Dito de outro modo, os profissionais da saúde não devem atuar direcionados por suas crenças religiosas, o que não significa que devem neutralizar a experiência religiosa dos usuários, a qual surge de forma espontânea como um traço de sua formação cultural.

Portanto, não se defendem aqui abordagens profissionais religiosas e proselitistas, tampouco um Estado confessional, antes, um Estado laico que garanta o direito da sociedade, dos usuários das políticas sociais públicas, de vislumbrarem um diálogo entre sua espiritualidade e o cuidado em saúde, mediado por uma abordagem profissional integral e humana.

Se no quadro da população em geral a religiosidade se configura como um direito humano fundamental, na especificidade do louco, da população com sofrimento mental, ela constitui-se dimensão absolutamente relevante para a perspectiva da despatologização da vida, uma vez que, outrora, uma simples manifestação de religiosidade no paciente atendido pela lógica manicomial significou – e ainda significa em muitos contextos de “tratamento” – um sintoma, um traço nosológico⁸³ de “transtornos mentais” (DALGALARRONDO, 2008).

Laicidade, portanto, também está relacionada à defesa dos direitos humanos, ao direito à diversidade de crença e à livre expressão religiosa sem que isso signifique uma patologia, tendência observada na avaliação do psiquiatra Nina Rodrigues sobre Antônio Conselheiro, o qual concluiu que aquela religiosidade libertária e subversiva só poderia estar associada à loucura (DALGALARRONDO, 2008; VASCONCELLOS, 2015).

Nesse sentido, concordamos com a reflexão feita por Regis do Nascimento (2016) ao dialogar com o pensamento do humanista alemão Jörn Rüsen, para quem a laicidade deve ser praticada evocando a ideia de reconhecimento,

[...] onde não deve haver a rejeição do outro, o apagamento das diversas religiosidades e culturas dos universos individuais, e sim o contrário, [...] a conscientização da pluralidade, a identificação de pontos em comum com o outro, o contato com outras religiões. Não estamos aqui defendendo um contato invasivo, mas um contato conciliador, para estimular e possibilitar na sociedade o reconhecimento de um humanismo pleno, onde todos, mesmo com religiões diferentes, são merecedores de desfrutar de uma dignidade humana igual (NASCIMENTO, 2016, p. 11).

⁸³ A nosologia é um ramo da medicina que classifica as doenças.

Laicidade como uma dimensão que evoca o reconhecimento – por parte do Estado e dos profissionais que o representam – da diversidade de crenças como um direito, como uma dimensão legítima de necessidade humana, a qual, em determinados contextos assume a função de apoiadora social, conceito que desenvolveremos a seguir.

4.2.3 Religiosidade como dimensão de apoio social

A cultura religiosa dos brasileiros está em mudança significativa. O número de evangélicos, sobretudo os de tradição (neo)pentecostal, tem crescido substantivamente, conforme informações dos últimos Censos do IBGE. Algumas previsões dedutivas sugerem que em poucas décadas haverá mais evangélicos que católicos no Brasil (VASCONCELOS, 2019).

Analistas da esquerda e da tradição da Teologia da Libertação têm explicado este fenômeno do crescimento das comunidades pentecostais e neopentecostais, a despeito das previsões de “desencantamento do mundo”, como expressão das tendências de alienação, dominação de classe e a um alheamento da realidade, um “escapismo sobrenatural” (VASCONCELOS, 2019).

Um exemplo desta abordagem explicativa encontra-se em Löwy (2016), que destaca a íntima relação do movimento protestante evangélico com as forças do capital internacional ao expor as relações entre as juntas missionárias norte-americanas e as igrejas latinas.

Todavia, outra tendência explicativa no espectro da esquerda, sobre o fenômeno da ascensão das igrejas (neo)pentecostais no contexto da periferia do capitalismo, emergiu a partir das reflexões empreendidas pelo ex-professor, falecido em 2009, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, no Rio de Janeiro, Victor Vincent Valla, um dos precursores do Movimento de Educação Popular em Saúde:

Valla dizia que em contexto de ausência ou de crise crescente dos serviços públicos de saúde e saúde mental destinados à imensa maioria da população, as igrejas lhe oferecem acolhimento imediato, recriação de identidades fragilizadas, novos vínculos comunitários e encaminhamento de alguma de suas demandas concretas de sobrevivência e assistência, dimensões que ele resumiu no termo **apoio social** (VASCONCELOS, 2019, p. 19-20, grifo do autor).

Victor Valla (2001, 2006) contextualizou o fenômeno religioso ao movimento do capitalismo mundial, o qual impacta de forma negativa em países empobrecidos, como é o caso do Brasil. Um exemplo claro desta tendência está na realidade contraditória entre o

crescimento econômico do país, o pagamento de dívidas para o sistema financeiro, em detrimento do investimento em políticas sociais, e o aumento do número de desempregados.

É neste contexto de sucateamento das políticas sociais públicas que a demanda pelos serviços de saúde aumenta, obrigando as instituições públicas a assumirem maior resolutividade, o que implica em atendimentos rápidos e, não poucas vezes, rasos.

Nesse sentido, Valla (2001) chama atenção para o fato de que os profissionais de saúde que trabalham nesse quadro têm poucas condições de lidarem com um problema que tem se manifestado nas classes populares, uma queixa identificada como “sofrimento difuso”: “Uma queixa sobre dores de cabeça, dores em outros locais do corpo, medo, ansiedade – sintomas para quais o sistema de saúde não tem nem tempo ou recursos para tratar. O resultado é a medicalização do problema” (VALLA, 2001, p. 118).

Pesquisadores norte-americanos e europeus se esforçaram na tentativa de apresentar respostas sobre o surgimento das doenças e soluções para essas queixas da população. Seus empreendimentos concluíram que as doenças surgiam de infecções, as quais seriam combatidas mediante o uso de medicamentos, o que culminou em processos de “medicalização da sociedade” (VALLA, 2001).

Outras hipóteses sobre o processo de origem das doenças afirmavam, por sua vez, que estas se originavam a partir de, conforme Valla (2001):

[...] uma relação desequilibrada entre os homens e o meio ambiente (entendendo que os homens fazem parte do meio ambiente) [...]. Mais do que uma entrada no corpo humano de uma bactéria ou um vírus, o início de uma doença estaria relacionado com uma reação emocional do homem, hoje causada frequentemente pelo que se chama de estresse (VALLA, 2001, p. 119).

Debate muito próximo do que irrompeu no contexto da Saúde Mental, onde as perspectivas biologicista e psicogênica disputavam as narrativas sobre a origem do sofrimento mental. Deriva destas hipóteses a teoria do apoio social, baseada, fundamentalmente na ideia de que

[...] se a origem da doença está relacionada com a questão das emoções, então sua resolução também estaria relacionada com as emoções, dessa forma indicando que tal teoria inclui a idéia [sic.] antiga da unidade corpo-mente. A proposta central do apoio social é melhorar a saúde das pessoas envolvidas em grupos diversos (associação, vizinhança, igreja, por exemplo). Esse apoio normalmente se passaria entre pessoas que se conhecem e de uma forma sistemática, razão pela qual frequentemente está envolvida uma instituição ou entidade (VALLA, 2001, p. 120-121).

Todavia, há que se particularizar esta reflexão à realidade das classes populares, as quais vivenciam sofrimentos difusos mais intensos do que os das classes média e alta. Os estressores cotidianos de membros da classe média, por exemplo, podem estar associados à dinâmica do trânsito ou à perda de investimentos, enquanto que os estressores das classes populares frequentemente estão associados à violência urbana, ao risco de não alimentação e possibilidade de subsistência.

Ademais, os membros das classes média e alta possuem formas mais diversas de atenuar o estresse mediante uso de terapias alternativas e outros recursos semelhantes, apesar de tratar-se de serviços já disponíveis no SUS e de acesso universal e gratuito (BRASIL, 2006a).

A este respeito Valla (2001, p. 123) elucida,

Normalmente o período de meditação [terapia alternativa indicada para combater o estresse] mais curto, uma hora, é dividido em duas partes: meia hora de leitura para fazer a passagem da rua para a sala de meditação, e meia hora de meditação de fato. Uma tarefa difícil para quem trilha o [...] “caminho estreito”, isto é, uma vida de pouco dinheiro, espaço e tempo livre.

As classes populares, portanto, de acordo com Valla (2001), sofrem de forma mais intensa os impactos dos ambientes estressores, o que os condiciona a viverem em constante estado de alerta – sobretudo aqueles que “sobrevivem” em contextos periféricos, onde a violência é uma realidade cotidiana – além de possuírem menos alternativas para o enfrentamento do sofrimento difuso.

É neste cenário de desfinanciamento das políticas sociais, de impasse para a incorporação de demandas ao serviço público de saúde e de sofrimento difuso das classes populares, determinado por ambientes estressores, que as igrejas e a religião tornam-se meios estratégicos para a sobrevivência, uma vez que se configuram espaços de apoio social.

Valla (2001) chama atenção para o fato de que a manipulação de líderes religiosos, interessados em seu enriquecimento e capital político, o que, muitas vezes, é legitimado pelas classes populares, não explica a demanda pela procura da dimensão religiosa.

Há uma necessidade de “[...] um sentido, algo que torne a vida mais coerente – justamente uma das propostas do apoio social” (VALLA, 2001, p. 126). Trata-se daquilo que Eduardo Vasconcelos (2019), ao analisar a função social da religião no contexto da saúde mental, chamou de um mecanismo que oferece a possibilidade de lidar com situações existenciais e sociais limite.

Esclarece-se, desse modo, os motivos de a religião e a religiosidade servirem como dimensões positivas no processo de tratamento do sofrimento mental, conforme dados expostos nos capítulos anteriores desta dissertação, o que se relaciona mais ao fato de “estarem juntos continuamente no mesmo espaço físico” (VALLA, 2001, p. 128), que à ingerência das lideranças religiosas.

Dar relevância a esta tendência cultural não seria algo conservador no sentido de despolitizar o debate, a Questão Social, compreendendo as classes populares como conformadas apoliticamente à dimensão religiosa?

Concordamos com Valla (1996, 2001, 2006) ao responder não a esta questão. A tendência à aderência das classes populares às igrejas como forma de responderem às suas necessidades e enfrentarem seus sofrimentos difusos, antes de significar fatalismo e conformismo político, significa “[...] criar uma identidade mais coesa entre elas [as classes populares], ajudar a enfrentar as ameaças, ganhar novas energias na luta pela sobrevivência e reforçar uma resistência cultural que, por si só, reforça também a busca da religião como solução” (VALLA, 2001, p. 130-131).

É importante salientar a afirmação de Valla (1996) que, ao contrário dos mediadores (profissionais que lidam com os empobrecidos), as classes populares visualizam sua realidade na perspectiva da “provisão” e não da “previsão”. Isso significa que os empobrecidos estão interessados na sua subsistência imediata, não fazem reflexões sobre mobilização política vislumbrando os impactos futuros de sua organização, estão concentrados e focados nos dilemas impostos pelas batalhas do presente.

Nesse sentido, sua religiosidade, ao contrário do que afirma grande parte da crítica marxista da religião, não está relacionada à aquisição de consolo na “vida eterna”, no “paraíso”, mas à necessidade de encontrar forças para resistir no aqui e agora; “[...] recorre-se à Virgem Maria como forma de garantir as energias para superar o momento de desespero e não um meio de garantir um espaço na vida depois da morte” (VALLA, 2001, p. 132).

Não seria essa a mensagem de Guimarães Rosa ao afirmar, pela voz de Riobaldo, que a travessia do “sertão existencial” demanda por transcendência?

Como não ter Deus?! Com Deus existindo, tudo dá esperança: sempre um milagre é possível, o mundo se resolve. Mas, se não tem Deus, há-de [sic.] a gente perdidos no vai-vem [sic.], e a vida é burra. É o aberto perigo das grandes e pequenas horas, não se podendo facilitar – é todos contra os acasos. Tendo Deus, é menos grave se descuidar um pouquinho, pois, no fim dá certo. Mas, se não tem Deus, então, a gente não tem licença de coisa nenhuma! Porque existe dôr [sic.]. E a vida do homem está presa encantada – erra rumo, dá em aleijões como esses, dos meninos sem pernas e braços (GUIMARÃES ROSA, 2006, p. 60).

Victor Valla (1996, 2001, 2006), ao recorrer à teoria do apoio social, inaugura, no espectro da tradição marxista brasileira, uma nova forma de compreender a religiosidade popular, não como conformista e alienada, mas como expressão daquilo que Cristian Parker (1996) chamou de *protesto simbólico* e Marilena Chauí (1990) suspeitou tratar-se de uma *inconformidade escondida atrás de uma postura de fatalismo*.

A aderência à religiosidade popular representa um protesto contra a desassistência estatal, contra a lógica de gerência das políticas sociais que não viabiliza a incorporação de demandas relacionadas aos sofrimentos difusos das classes populares.

Participar de cultos pentecostais, por exemplo, onde há uma ênfase na contemporaneidade dos dons do Espírito Santo, o que significa possibilidades de vivenciar milagres e curas divinas, simboliza o descrédito à classe política e ao Estado como promotor de bem-estar social.

Nessa perspectiva, a religiosidade não é um mecanismo de conformação fatalista, mas uma expressão de denúncia “[...] o protesto contra a miséria real. A religião é o suspiro da criatura oprimida, o ânimo de um mundo sem coração, assim como o espírito de estados de coisas embrutecidos” (MARX, 2010a, p. 145).

Reivindica-se, na religiosidade popular, uma vida plena na imanência. Procura-se a cura, o milagre, a provisão, a restauração e a prosperidade. Procura-se a assistência e o bem-estar que o Estado não foi capaz de garantir.

Modernização, Estado de bem-estar social e secularização, facetas de um mesmo processo que, apesar de plenamente realizado no contexto da realidade europeia, não se desenvolveram no quadro da América Latina. Por isso mesmo, na América Latina e no Brasil, a religiosidade não é secundarizada, pelas classes populares, como elemento de menos importância, ela se configura como um dos componentes nucleares da cultura popular.

Dar relevância à religiosidade no contexto da atenção em saúde e saúde mental é considerá-la um traço nuclear da cultura das classes populares, dimensão que, em sua natureza, reflete um inconformismo e protesto latentes.

Antes de fazer proposições educativas é necessário que os mediadores, profissionais que lidam diretamente com as classes populares, se abram para a escuta e ouçam o não-dito pela experiência da religiosidade popular: seu protesto e denúncia, sua inconformidade latente e suas estratégias de sobrevivência e resistência, balizadas no apoio mútuo.

4.3 RELIGIOSIDADE PARA “DESENDOIDECER” E O PEP PROFISSIONAL: CAMINHOS E DESCAMINHOS

Só agora, depois de expostos os principais conceitos e categorias que medeiam o debate sobre a relação religiosidade-saúde mental no contexto da despatologização da vida, é possível vislumbrar possibilidades dialógicas com o Projeto Ético-político do Serviço Social brasileiro.

Todavia, antes de apontarmos para os possíveis caminhos desta empreitada, há que se destacar seus descaminhos, ou seja, esclarecer sobre os diálogos inviáveis, impossíveis de serem desenvolvidos com o PEP profissional, os quais não estamos defendendo neste trabalho.

1) *Atuação profissional que, em nome da integralidade, descaracteriza o exercício profissional do assistente social*: Pode-se induzir, de forma equivocada, que o debate exposto sobre a integralidade em saúde esteja legitimando abordagens profissionais difusas, as quais extrapolam seu objeto de intervenção, a Questão Social. As profissões que constituem a divisão social e técnica do trabalho possuem objetos específicos e um campo delimitado de atuação, apesar de serem transformados historicamente. Por mais que se defenda um exercício profissional interdisciplinar, isto é, aberto à troca de saberes a fim de otimizar a intervenção, sucumbir às tendências de um trabalho polivalente, descaracterizado em sua natureza, é contraproducente para as forças do trabalho em tempos de acumulação flexível, onde o desemprego massivo é uma trágica realidade. Descaracterizar o exercício profissional em nome de uma atuação integral, nesse sentido, configura-se um descaminho, uma impossibilidade dialógica com o PEP da profissão.

2) *Atuação profissional que, em nome da humanização e valorização da liberdade de crença, ignora violências de natureza religiosa*: Um exercício profissional que valoriza as dimensões da religião e religiosidade como elementos conformadores da cultura de populações e indivíduos não significa relativizar as diversas expressões de violência que derivam destas dimensões. Legitimados por sua crença, muitos acabam cometendo uma série de violações aos direitos humanos: LGBTfobia, misoginia, racismo – sobretudo o religioso – etc. O limite de uma abordagem profissional valorizadora da cultura das classes subalternas é o imposto pela violação dos direitos humanos, sobre os quais assumimos o compromisso coletivo de defesa intransigente, conforme direcionamento do PEP da profissão.

3) *Tendências de desfinanciamento das políticas sociais públicas e de terceirização das responsabilidades do Estado*: Valorizar a religião e religiosidade dos usuários das

políticas sociais públicas não significa comungar com as práticas de caridade e filantropia, das quais são signatárias. Temos ciência das atuais tendências do capitalismo mundial de fomentar um ideário de solidariedade em lugar de um sistema de proteção social de responsabilidade estatal. No contexto da América Latina, as sugestões dos organismos mundiais que representam o capital financeiro caminham na direção de induzir o pagamento de dividendos bancários em detrimento do investimento em políticas sociais. Soma-se a isso a disputa entre as lógicas pública e privada pelo financiamento da atenção em Saúde Mental. Nesse sentido, advertimos que as implicações desta discussão temática devem ser vislumbradas nos contornos das políticas sociais públicas, sob pena de tratar-se de um debate que não dialoga com o direcionamento de nosso PEP profissional.

4) *Gestão pública confessional e exercício profissional proselitista*: Trazer para a responsabilidade estatal as dimensões da religião e religiosidade no contexto da atenção em Saúde Mental não significa a gestão desta política de forma confessional, muito menos a legitimação de atuações profissionais proselitistas. Certamente trata-se de uma proposta ousada, que beira a capciosidade, por ser sugerida nos contornos de um Estado-nação que não rompeu, de fato, com a confessionalidade de suas instituições públicas. Todavia, ainda que delicada do ponto de vista da realidade brasileira, há que se considerar esta discussão temática no âmbito da laicidade do Estado em sua diversidade de facetas (neutralidade-exclusão e neutralidade-imparcialidade). Uma abordagem que não siga este caminho pode estar legitimando, ainda que indiretamente, uma gestão pública confessional e abordagens profissionais proselitistas, o que inviabiliza qualquer tentativa de diálogo com o PEP profissional.

5) *Fenômeno religioso como essencialmente conservador e alienante*: Um último aspecto que inviabilizaria os diálogos entre a relação religiosidade-saúde mental e o PEP profissional é a compreensão do fenômeno religioso como imediatamente associado à alienação e ao conservadorismo. Nessa perspectiva, o fenômeno religioso é concebido como uma alienação fundamental do homem, conforme o Marx neo-hegeliano de esquerda da *Crítica da filosofia do direito de Hegel*.

Estes cinco pontos expressam impossibilidades explícitas de diálogo com o PEP do Serviço Social. Como refletido anteriormente, o projeto profissional foi conformado historicamente pela hegemonia conquistada por segmentos profissionais comprometidos com a classe trabalhadora e com as lutas antiopressivas do campo progressista. Este projeto herda esse compromisso central com as forças do trabalho e aponta para a defesa intransigente dos direitos humanos, os quais transcendem sua positivação legal. É esta essência libertária que

justifica a inviabilidade de diálogo com atuações profissionais difusas, proselitistas e indiferentes a violências promovidas e legitimadas pela religião; com as tendências de desfinanciamento das políticas sociais e de terceirização das responsabilidades estatais e com as tendências a uma gestão pública confessional.

Mas quais as reais possibilidades de diálogo entre essa relação religiosidade-saúde mental e o PEP do Serviço Social?

O PEP profissional nutre-se das lutas antiopressivas e, nesse sentido, está intrinsecamente relacionado à perspectiva de despatologização da vida, ideologia dos diversos movimentos sociais que compõem a Luta Antimanicomial.

A perspectiva integral de atenção à pessoa com sofrimento mental, para além das ações restritas às dimensões teórico-conceituais, técnico-assistenciais e sócio-jurídicas, estabelece o aspecto sociocultural como um dos elementos mais importantes no contexto de Luta Antimanicomial, uma vez que, superado o manicômio físico, o rompimento com o manicômio que se reproduz no imaginário social e se alimenta da cultura ainda é um objetivo a ser alcançado.

A perspectiva de despatologização da vida assume, nesse sentido, uma missão baseada na desinstitucionalização, o que não significa, apenas, uma tentativa de romper com as instituições psiquiátricas, mas a reversão do significado social – de irracionalidade, periculosidade, etc. – imposto à loucura pela cultura hegemônica.

As religiões configuram-se como traços significativos da cultura, são espaços privilegiados para sua afirmação, reprodução e, também, negação. É nesse sentido que é possível visualizar aproximações da religião com a perspectiva de despatologização da vida, dimensão com possibilidades de envergar-se na direção de negação de uma cultura manicomial.

Em nosso ponto de vista, esta disposição para a construção de uma cultura antiopressiva é um dos elementos que caracterizariam a essencialidade do PEP do Serviço Social, a qual aponta para a construção de uma sociabilidade emancipada.

A relação entre estes dois projetos culmina numa fertilização mútua, pois, se de um lado, o PEP do Serviço Social pode colaborar, no contexto de luta antiopressiva, destacando as mediações estruturais no processo de construção de outra sociabilidade, de outro, a perspectiva da despatologização da vida expõe a necessidade da luta cotidiana, no âmbito da cultura.

É necessário explorar essa dimensão da luta cotidiana, a fim de não dar ocasião a mal entendidos. Nesse aspecto, o debate sobre a humanização é imprescindível. A luta cotidiana

pela desinstitucionalização, no contexto da política de saúde, ocorre mediada pelo princípio da humanização.

Como refletido anteriormente o princípio da humanização não se traduz na reatualização de imperativos confessionais e dogmáticos, mas deriva do humanismo, sistema filosófico valorizador da autonomia, autogestão e da responsabilidade dos homens no processo de construção de sua própria história.

A perspectiva da despatologização da vida propõe essa abordagem no horizonte de atenção à pessoa com sofrimento mental ao valorizar sua autonomia e liberdade. O projeto antiopressivo do Serviço Social, de forma semelhante, é balizado por esta perspectiva de humanização, à medida que estabelece a liberdade e a democracia como princípios e valores éticos universais, não num sentido abstrato, mas num sentido concreto, associado à radical democratização das relações sociais e distribuição de riquezas, utopia tensionada pela defesa intransigente dos direitos humanos.

O compromisso ético-político destes dois projetos, desse modo, trilha um caminho humanista ao dar protagonismo aos usuários das políticas sociais, o que reflete o sentido da proposta da Política Nacional de Humanização do SUS, o de valorizar a co-responsabilidade dos atores da saúde, incluindo os usuários.

Fatalmente, essa opção ética, valorizadora da liberdade, autonomia, autogestão e protagonismo, culminará numa abordagem profissional que dá centralidade às demandas plurais dos usuários, o que inclui o respeito, o cuidado e o reconhecimento de suas expressões culturais e religiosidade.

O horizonte de uma atuação profissional humanista, valorizadora da diversidade cultural dos usuários dos serviços de saúde, é vislumbrado, apenas, na dimensão do espaço público.

A tendência das instituições confessionais de tratamento em Saúde Mental, a despeito de uma humanização fomentadora do protagonismo dos usuários dos serviços, é a de castrar sua autonomia, sua capacidade de autogestão, reatualizando uma relação de tutela e servilismo.

A perspectiva de despatologização da vida, avessa às tendências de desfinanciamento das políticas sociais e de terceirização do Estado de suas responsabilidades, confronta-se, desse modo, com a lógica manicomial de tratamento das Comunidades terapêuticas confessionais, muito em função da aderência a um tratamento conservador, o qual reatualiza uma abordagem moral, a despeito de maior liberdade e autonomia no processo de atenção à pessoa com sofrimento mental.

O projeto do Serviço Social comunga com a aversão da perspectiva de despatologização da vida às Comunidades terapêuticas, à vista dos mesmos motivos baseados em violações dos direitos humanos, o que pode ser confirmado no *Relatório de fiscalização: Serviço Social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas* (CFESS, 2018).

O elemento que unifica a crítica da perspectiva de despatologização da vida e do Serviço Social é o da laicidade do Estado. Argumentam que, ao oferecer um serviço de relevância pública, em muitos casos financiado pelo Estado, as Comunidades terapêuticas não devem propor um tratamento confessional baseado na abstinência.

Assim, é no contexto da atenção pública em Saúde Mental onde é possível desenvolver abordagens profissionais humanas, valorizadoras do protagonismo e das necessidades plurais dos usuários das políticas sociais, inclusive as de natureza cultural e religiosas, desde que respeitada a natureza laica do Estado em seus sentidos de neutralidade-exclusão e neutralidade-imparcialidade.

A religiosidade e a religião, na proposta deste trabalho, são visualizadas no contexto do exercício profissional do assistente social como elementos que compõem a cultura dos usuários das políticas sociais e, por este motivo, conformam o *ethos* das classes populares, dimensão para qual Marilda Iamamoto (2015, p. 196) sugeriu à categoria profissional que estivesse atenta, “[...] ao universo da cultura universal, mas também à visão de mundo dos subalternos, decifrando seus códigos, suas maneiras particulares de expressão de sua vida social em formas culturais”.

Desse modo, não estamos defendendo uma descaracterização da atuação profissional do assistente social no contexto da Saúde Mental, antes, estamos apontando para mediações necessárias à despatologização da vida e desinstitucionalização.

A loucura, na perspectiva da despatologização da vida, é uma experiência de sofrimento mental engendrada socialmente por determinada forma de organizar objetiva (políticas públicas, economia, exclusão, pobreza etc.) e subjetivamente (individualismo, hedonismo, consumismo etc.) a sociedade. O estigma da loucura também é uma construção histórica, a mesma sociedade que cria o sofrimento mental, produz seu estigma.

Nesse sentido, conforme a perspectiva de despatologização da vida – e apenas nessa perspectiva – a loucura e seu estigma são expressões da Questão Social, logo objetos de intervenção do Serviço Social.

Todavia, a atuação profissional neste campo não diz respeito a uma abordagem clínica e particularista, mas à dimensão da cidadania como elemento terapêutico, e mais, à desinstitucionalização como processo de reversão do estigma associado à loucura.

O assistente social é o profissional da despatologização e da desinstitucionalização por excelência, uma vez que trabalha, quando na perspectiva do PEP, lançando mão de uma abordagem investigativa de totalidade, baseada no método materialista histórico e dialético, a qual visualiza a loucura como produto de seus determinantes estruturais, sociais e históricos.

Ainda que os outros profissionais das equipes multidisciplinares possuam uma visão crítica a respeito da loucura, o objeto de sua intervenção difere da Questão Social, objeto do assistente social.

A loucura e seu estigma sendo expressões da Questão Social, isto é, elementos exponenciados no contexto da sociabilidade capitalista, o assistente social assume a responsabilidade por seu tratamento.

Tratar da loucura e de seu estigma, como sinalizado pela perspectiva da despatologização da vida através da experiência basagliana, é propor, para além de uma atenção técnico-assistencial, a desconstrução do sistema manicomial, o qual se reproduz no imaginário social e na cultura. É, portanto, atuar na perspectiva da desinstitucionalização.

Ora, se a loucura e seu estigma são expressões da Questão Social e a forma legítima de tratá-las é mediante processos de desinstitucionalização, o assistente social, desse modo, é um profissional que possui a competência necessária para dialogar com a cultura e suas expressões, ambicionando a desconstrução da lógica manicomial.

Uma intervenção profissional que tem em seu horizonte a desinstitucionalização pode desdobrar-se em duas direções, quando mediada pela questão religiosa: 1 – No diálogo com lideranças religiosas de pessoas em tratamento nos equipamentos de Saúde Mental e 2 – No diálogo com a equipe multiprofissional de Saúde Mental.

É comum percebermos em comunidades religiosas (neo)pentecostais uma associação da loucura à ausência de Deus, trata-se de uma herança medieval, período histórico onde a loucura foi visualizada como expressão do mal.

Magalhães (2017) expôs essa propensão ao analisar as narrativas de pessoas com sofrimento mental sobre a origem de seu “transtorno”, os quais responderam, em sua maioria, estar associada a “*um trabalho de macumba*”, a um ritual das religiosidades de matrizes africanas, frequentemente vinculada a “*forças do mal*”.

Nestas comunidades religiosas é comum tratar a loucura como um problema espiritual, abordagem que legitima o rompimento com o uso de medicamentos. Todavia, essa tendência

não é nutrida por uma consciência acerca da pluridimensionalidade do louco, mas de uma espiritualidade maniqueísta, que visualiza uma constante batalha espiritual cujos resultados determinam a saúde/doença das pessoas.

As pessoas que não alcançam a cura, desse modo, sofrem os rebatimentos do estigma, sobretudo as com sofrimento mental. Passam a ser associadas à falta de fé e excluídas de atividades e grupos, os quais contribuiriam de forma significativa para sua saúde mental.

Em minha experiência de estágio curricular num CAPS transtorno de tipo I, ouvi alguns relatos como esses, o que também escutei de alguns usuários em visitas às instituições para a coleta de dados desta pesquisa.

Em nome da religião viola-se um direito humano, restringe-se o acesso à experiência do sagrado e da fé. O louco é isolado e excluído, associado à falta de fé, à irracionalidade e à periculosidade. Nessa perspectiva, a lógica manicomial se reproduz na dimensão das microrrelações.

O assistente social não poderia assumir sua competência, como profissional da desinstitucionalização, lançando mão de sua função educativa e da comunicação, como um de seus instrumentos fundamentais, para intervir ante uma situação como esta?

Em nossa perspectiva, o diálogo com as lideranças religiosas que atuam com esse direcionamento é indispensável. É fundamental obter o apoio de lideranças espirituais, figuras relevantes para os religiosos em tratamento nas instituições de Saúde Mental, no contexto de luta antimanicomial.

Explicar sobre os impactos do estigma e sobre a importância da inclusão nas atividades e eventos religiosos às lideranças espirituais é uma estratégia para a garantia da cidadania do louco, não no sentido restrito ao acesso às políticas sociais, porque não se trata deste tipo de acesso no caso em questão, mas no sentido de uma cidadania associada a um direito humano fundamental; inclusive, não seria nada ruim valer-se dos mesmos símbolos e códigos narrativos do campo religioso nesse processo dialógico e educativo.

No entanto, a lógica manicomial não se reproduz apenas nos espaços religiosos, mas também capilariza-se no próprio contexto da saúde, nas instituições de Saúde Mental, na equipe multiprofissional.

Muitas vezes a religiosidade das pessoas em tratamento nas instituições de Saúde Mental é visualizada como alienação, mas, sobretudo, como um traço nosológico da loucura, um sintoma de uma patologia mental.

Nessa perspectiva, o louco manifesta religiosidade porque é louco, não porque tem subjetividade autônoma para fazer suas escolhas de crença. Também aqui há o estigma da

loucura, o louco é associado a uma pessoa sempre tutelada, nunca capaz de fazer suas próprias escolhas, de tomar suas próprias decisões, de falar por si mesmo e de participar de forma co-responsável e co-gestora no direcionamento da Política de Saúde Mental.

Defendemos que o assistente social, como profissional da desinstitucionalização, da desconstrução da lógica manicomial, também tem a competência de fazer transparecer, para a equipe multiprofissional, as questões complexas que envolvem o fenômeno religioso, o qual, no contexto da América Latina, assume a forma de apoio social, de um mecanismo que oferece a possibilidade de lidar com situações existenciais e sociais limite, além de ser uma dimensão que, na lógica manicomial, esteve associada a um traço nosológico da loucura por basear-se no pressuposto do louco como alguém irracional, incapaz de autonomia.

Estes desdobramentos de um exercício profissional antenado às suas competências reflete os contextos de atuação do assistente social, o interno e o externo aos serviços de Saúde Mental.

O exercício profissional baseado na desinstitucionalização é interno quando atua na desconstrução da lógica manicomial nos contornos dos serviços de Saúde Mental, que se reproduz nas práticas rotineiras da equipe multiprofissional.

A atuação profissional é externa quando extrapola os serviços da Saúde Mental e abrange a comunidade, os ambientes que acolhem, ou deveriam acolher, a pessoa com sofrimento mental. Nessa dimensão, o assistente social constrói alianças comunitárias e estratégias socioculturais em prol da luta antimanicomial, o que envolve eventos e projetos educativos relacionados ao combate do estigma da loucura, à participação no controle social da Política de Saúde Mental e projetos de emprego e renda.

Defendemos, dessa forma, que existem caminhos possíveis para o diálogo entre a relação religiosidade-saúde mental e o PEP do Serviço Social. Como um contraponto aos diálogos inviáveis presentes nesta proposição temática, apresentamos os elementos abaixo, os quais fertilizam o exercício profissional do assistente social e apontam para as relações dialógicas possíveis:

1) *Atuação profissional integral que identifica a loucura e seu estigma como expressões da Questão Social*: Diferente de outras perspectivas de loucura e tratamento, como as manicomial e psicossocial, as quais consideram a loucura como uma determinação intrínseca, biológica, genética, a perspectiva de despatologização da vida visualiza a loucura como expressão da Questão Social, fruto de determinada forma de organização da sociedade. Dessa forma, a loucura e seu estigma tornam-se objetos de intervenção do assistente social, que passa a tratá-los não numa abordagem clínica, de psicologização das relações sociais, mas

valendo-se da cidadania e da desinstitucionalização – como desconstrução da lógica manicomial que se reproduz no imaginário social e cultural – no processo de luta antimanicomial. Desse modo, não há uma descaracterização da atuação profissional ao propor mediações com o campo da cultura, antes, uma reafirmação do PEP profissional, que se nutre do legado das lutas antiopressivas do campo progressista, o que inclui a luta antimanicomial.

2) *Atuação profissional que estabelece a cultura e suas expressões como mediações relevantes no processo de Luta Antimanicomial*: O que se vislumbra, dessa forma, não é a legitimação e/ou desconsideração de violências do campo religioso, mas a consideração da religiosidade como um traço cultural das classes populares que acessam os serviços de Saúde e Saúde Mental, dimensão com possibilidades latentes de tornar-se uma aliada no contexto de luta antimanicomial, na medida em que às lideranças religiosas forem delegado o papel de co-responsáveis pela saúde mental dos membros de suas comunidades.

3) *Atuação profissional que procura fortalecer a lógica de participação social e de protagonismo dos usuários das Políticas de Saúde e Saúde Mental*: Atuar conforme as diretrizes estabelecidas pela PNH do SUS é fomentar a participação social dos usuários e criar mecanismos de co-gestão, co-responsabilidade e protagonismo no processo de gerência dos serviços de saúde. Desse modo, as necessidades plurais dos usuários serão percebidas de forma mais eficaz posto que reclamadas pelos próprios demandatários, co-gestores dos serviços públicos. Não poucas vezes é possível notar, em visitas a instituições de Saúde Mental, a substantiva religiosidade das pessoas em tratamento. Trata-se de uma dimensão que, no contexto de sofrimento mental, assume um sentido mais intenso, justamente por sua característica de fornecer apoio em situações existenciais e sociais limite. É uma dimensão subjetiva e cultural que surge de forma espontânea como uma necessidade dos usuários da Saúde Mental. Desse modo, uma atuação profissional que fomente o protagonismo desses indivíduos permite que suas demandas sejam mais satisfatoriamente conhecidas pela gestão e equipe multiprofissional dos serviços.

4) *Atuação profissional comprometida com a defesa intransigente da laicidade do Estado*: A sensibilidade à realidade da religiosidade que surge como uma dimensão espontânea em usuários dos serviços de Saúde Mental não legitima uma gestão confessional, tampouco abordagens profissionais proselitistas, mas permite que os profissionais da saúde estejam atentos às necessidades plurais dos usuários. Isso não significa que o Estado atuará de forma confessional, como na experiência exposta na introdução deste trabalho, onde, num CAPS, uma estrutura havia sido montada para a intervenção artística de um músico, aparentemente católico, o qual cantou músicas religiosas e fez rezas católicas com todos os

usuários e profissionais da instituição. Nesta experiência os sentidos de laicidade foram violados, pois o Estado não foi neutro, na medida em que permitiu o desenvolvimento de uma atividade com uma confessionalidade específica. Defender de forma intransigente a laicidade do Estado significa atuar no sentido de apagar as ingerências confessionais no processo de gestão dos serviços públicos, além de também significar a imparcialidade das instituições diante da diversidade de manifestações/expressões religiosas que surgem de forma espontânea nos usuários das políticas públicas.

5) *Atuação profissional que vale-se de uma compreensão da religiosidade associada a um mecanismo de apoio social*: Os caminhos vislumbrados para o diálogo entre a relação religiosidade-saúde mental e o PEP profissional têm como pressuposto a compreensão da religiosidade não como uma dimensão imediatamente associada à alienação, ao conservadorismo ou a um traço nosológico da loucura, mas como uma expressão cultural das classes populares, que a utilizam como um mecanismo de apoio social e de enfrentamento das situações existenciais e sociais limite. Negar essa realidade, sobretudo no contexto da América Latina, de desfinanciamento das políticas sociais públicas, pode representar a reprodução de um preconceito que não captou as mediações por trás da religiosidade popular, encerrando-a na categoria *ópio do povo*, quando essencialmente associa-se mais ao *protesto*, ainda que simbólico, *da criatura oprimida*, carregado de um inconformismo latente.

Se com esses argumentos e reflexões ainda não for possível vislumbrar possibilidades dialógicas entre a relação saúde-mental e o PEP do Serviço Social, ao menos pode-se constatar que quem sabe de loucura, de fato, são os poetas, afinal, conforme Riobaldo, “Por isso é que se carece principalmente de religião: para se desendoidecer, desdoidar” (GUIMARÃES ROSA, 2006, p. 16).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado norteou-se pelo cumprimento do propósito de analisar as considerações de assistentes sociais sobre a religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS no contexto da (des)patologização da vida e do Projeto ético-político do Serviço Social, sendo mediado pelos seguintes objetivos específicos: Caracterizar o perfil dos assistentes sociais entrevistados; analisar criticamente sua concepção sobre a loucura, tratamento e a religiosidade de pessoas em tratamento nos CAPS e as possibilidades de relação entre suas considerações e o Projeto ético-político do Serviço Social.

Foram entrevistados cinco assistentes sociais, quatro mulheres e um homem, com idade que variou de 28 a 45 anos. Todos possuíam religiosidade, apesar de apenas um afirmar uma não pertença institucional. Foram três católicos e um espírita. A participação religiosa dos católicos variou de um a quatro vezes ao mês, enquanto que a do espírita foi de oito vezes. De forma geral, foi possível notar uma religiosidade significativa nos entrevistados.

Foram assistentes sociais formados entre os anos de 2001 a 2016 em faculdades privadas do estado da Bahia, três presenciais e uma EaD, os quais possuíam especializações as mais diversas: Saúde Mental; Saúde Mental com ênfase em dependência química; Trabalho com famílias e comunidades; Família; Terapia comunitária; Terapia de casal e individual; Saúde Coletiva; LIBRAS e Gestão Social de Pessoas.

A maioria dos entrevistados possuía outro vínculo de trabalho além do assumido nos CAPS. Tinham experiência de trabalho na instituição que variava de um a oito anos, além de manifestarem experiência noutras políticas, como nas de Assistência Social, Meio ambiente e Educação. Apenas dois dos entrevistados eram concursados e possuíam vínculo estatutário, enquanto que os outros eram contratados, muito por influência de envolvimento político. A maioria declarou fazer uma carga horária de 20 horas semanais, enquanto que dois dos entrevistados faziam 30 horas semanais. Recebiam um salário que variava de R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00⁸⁴.

Os assistentes sociais com esse perfil demonstraram visualizar a loucura e seu tratamento numa perspectiva híbrida, pois, se de um lado afirmaram a loucura como determinação extrínseca de fatores sociais, e a cidadania como elemento terapêutico, de outro valeram-se de uma abordagem diagnóstica para a caracterização dos usuários dos CAPS, além

⁸⁴ Destaca-se o fato de que, no contexto do ano de 2019, o valor do salário mínimo era de R\$ 998,00.

de superdimensionarem o saber do campo psi no contexto de tratamento, relegando à cidadania um lugar de complementariedade.

Desse modo, demonstraram possuir uma concepção de loucura e tratamento tanto despatologizadora, posto que dialógica com a cidadania e os elementos extrínsecos de produção de sofrimento mental, quanto patologizadora da vida, uma vez que signatária de abordagens biologicistas para caracterizar o público dos CAPS e cúmplice da tendência de superdimensionamento do saber psi. Portanto, classificamos a concepção de loucura e tratamento dos assistentes sociais entrevistados na perspectiva psicossocial – vertente híbrida de atenção à loucura – localizada no limbo entre a despatologização e a patologização da vida.

Ademais, a despeito de sua significativa religiosidade, os assistentes sociais mostraram possuir uma concepção complexa em relação à religiosidade das pessoas em tratamento nos CAPS. Afirmaram a natureza paradoxal de sua religiosidade, isto é, os aspectos positivos e negativos para a Saúde Mental, todavia, deram ênfase à dimensão negativa desta dimensão. Esse dado chama atenção porque destoa da tendência exposta na literatura específica do campo da Saúde Mental. Nessa área, a religiosidade também foi visualizada de forma paradoxal, todavia com uma ênfase positiva para a Saúde Mental.

Soma-se a esse dado o fato de os assistentes sociais terem divergido sobre as possibilidades dialógicas entre a relação religiosidade-saúde e o PEP profissional; alguns afirmam que há possibilidades dialógicas, outros manifestaram-se contra essa relação.

Essa contradição, em nossa perspectiva, associa-se a uma relação mal resolvida do Serviço Social brasileiro com a dimensão da religiosidade. A despeito de uma tentativa de ruptura com as malhas conservadoras que por muito tempo adornaram a profissão, a religiosidade ainda tem sido elemento significativo na categoria profissional, pois está presente nos cursistas, profissionais e usuários dos serviços das políticas sociais públicas. Isso se dá em função da ressonância de uma imagem social que se tem da profissão, apartada de suas balizas históricas e concretas e associado ao *ethos* cristão de caridade, assistencialismo e ajuda.

A reflexão que ilumina os determinantes para a incidência de religiosos à profissão somada ao avanço do conservadorismo religioso na sociedade brasileira, leia-se o avanço da bancada evangélica, com suas pautas moralistas, e das Comunidades terapêuticas confessionais, criam o efeito de um “recalque da religiosidade” no âmbito do Serviço Social brasileiro, isto é, uma indisposição temática em função de um temor a uma reatualização conservadora na profissão.

Todavia, o “recalque da religiosidade” baseia-se numa reflexão que considera a religiosidade como algo essencialmente conservador, ainda que esta compreensão afete de forma substantiva a própria memória da profissão, secularizada pela mediação de segmentos da esquerda católica, e os processos históricos de insurreições e revoluções populares que irromperam no contexto da América Latina, muito influenciadas por uma perspectiva da religião como urtiga revolucionária.

Nesse sentido, com base na perspectiva psicossocial de compreensão da loucura e tratamento e numa concepção imediata da religiosidade, não é possível vislumbrar diálogos entre a relação religiosidade-saúde mental e o PEP profissional no cenário e contexto dos CAPS nos municípios em destaque.

O PEP do Serviço Social nutre-se das lutas do campo progressista, de pautas antiopressivas, logo, é impossível propor um diálogo entre a religiosidade e a Saúde Mental, no contexto da profissão, através da mediação de uma perspectiva de loucura que ainda reatualiza lógicas patologizadoras da vida, seja mediante incorporação de categorias diagnósticas, ou pelo superdimensionamento do campo psi no processo de tratamento do sofrimento mental. Esse diálogo também é inviabilizado em função da associação imediata da religiosidade ao conservadorismo, vertente ideológica radicalmente oposta àquela assumida pelo PEP do Serviço Social.

Desse modo, defendemos nesse trabalho que os diálogos entre a relação religiosidade-saúde mental e o PEP da profissão só podem ser vislumbrados no espectro da perspectiva antimanicomial de despatologização da vida e da teoria da religião como apoio social.

Na perspectiva da despatologização da vida a loucura é visualizada como resultado social, como produto de formas de organização da sociedade. Nesse sentido, a loucura e seu estigma constituem-se expressões da Questão Social, sendo assim objetos de intervenção do assistente social.

A abordagem do assistente social no contexto da perspectiva de despatologização da vida estaria relacionada à inclusão da dimensão da cidadania ao tratamento da loucura e, ainda, à reversão de seu estigma mediante o fomento de processos de desinstitucionalização, isto é, desconstrução da lógica manicomial no nível da dimensão cultural. Nesse cenário o assistente social vale-se da cultura e de suas expressões como uma mediação relevante no processo de luta antimanicomial, o que inclui o diálogo com o campo da religiosidade.

Esse contato, todavia, é estabelecido como expressão de uma abordagem balizada no princípio da humanização em saúde, valorizadora da co-responsabilidade e protagonismo dos

usuários das políticas sociais, o que é inviável de ser alcançado em contextos de instituições confessionais, como nas Comunidades terapêuticas.

É a natureza despatologizadora do trabalho do assistente social, isto é, cuja finalidade é a desinstitucionalização psiquiátrica, que permite um contato com outra visão de religiosidade, para além das associações imediatas ao conservadorismo e a um traço nosológico da loucura. Percebe-se a religiosidade como uma dimensão de apoio social e um mecanismo de enfrentamento das situações existenciais e sociais limite, sobretudo em conjunturas de capitalismo periférico, onde há uma tendência ao desfinanciamento das políticas sociais públicas, o que tem impacto direto no bem-estar e na produção de sofrimento mental.

Desse modo, o louco religioso não é religioso porque expressa um sintoma de sua “patologia mental”, como quis o psiquiatra Nina Rodrigues em avaliação feita a Antônio Conselheiro, antes, o é em razão de uma subjetividade autônoma, capaz de fazer suas escolhas de crença para enfrentar seu sofrimento existencial.

A religiosidade, nesse contexto, é um direito humano que, na especificidade do louco, por muito tempo esteve associada à nosologia. É aqui onde o profissional de Serviço Social intervém, ao garantir que a expressão da religiosidade do louco não seja manicomialmente associada a um “transtorno mental”, ao mesmo tempo em que se defende a laicidade do Estado, neutro e imparcial diante da diversidade de expressões religiosas, à revelia dos ataques laicistas do “alienismo pineliano moderno”, a psiquiatria.

À vista disso, o diálogo entre a relação religiosidade-saúde mental e o PEP profissional, em nossa perspectiva, deve ser vislumbrado nos contornos da perspectiva antimanicomial de despatologização da vida, a qual concebe a loucura e seu estigma como expressões da Questão Social e objetos de intervenção do assistente social, desde que na direção de desinstitucionalização. Outrossim, esse diálogo não deve prescindir da compreensão da religiosidade como um mecanismo de apoio social que, no âmbito do imaginário sociocultural, assume funções importantes no contexto de luta antimanicomial.

A despeito desta conclusão é possível perceber alguns pontos que merecem destaque no desenvolvimento deste trabalho. Destacamos os três principais.

Em nosso ponto de vista há que se aprofundar de forma mais rigorosa as diferenças entre as vertentes que estamos chamando de psicossocial e antimanicomial, a primeira híbrida e a segunda essencialmente despatologizadora da vida.

Propomos essa diferenciação a partir de leituras de textos do campo da Saúde Mental, onde alguns grupos encontram-se mais ao lado da legislação que historicamente foi

conquistada pelos movimentos sociais e têm uma relação de maior proximidade com o Estado e os poderes que viabilizaram o desenvolvimento de uma Reforma Psiquiátrica no país, e outros se localizam mais à esfera do movimento social, apartado da ingerência estatal.

Entre estas tendências nos parece que existe, também, perspectivas diferenciadas a respeito da loucura, de um lado um grupo que a concebe como um fenômeno intrínseco que deve ser tratado mediante o uso de medicamentos, não dispensando o fomento à cidadania como elemento terapêutico complementar, enquanto que, no polo oposto, outro grupo tece uma crítica radical à ideia da loucura como um *desequilíbrio químico do cérebro*, visualizando essa perspectiva como legitimadora de grandes indústrias farmacêuticas. A loucura, nessa direção, é produzida social e objetivamente e seu tratamento está associado à reversão de quadros macrossocietários produtores da loucura e de seu estigma e a abordagens terapêuticas com enfoque reduzido na medicamentação do sofrimento mental.

São impressões que merecem aprofundamento mais rigoroso a fim de contribuir com o debate mais amplo no campo da Saúde Mental.

Um segundo aspecto é a reflexão sobre o “recalque da religiosidade” no Serviço Social brasileiro. Primeiro, é necessário dar o crédito do sumo desta reflexão, o qual derivou de um debate sobre o recalque da subjetividade na profissão, ao Prof.º Eduardo Mourão Vasconcelos, psicólogo e professor aposentado da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Vasconcelos (2010b) afirma que a tradição marxista presente na categoria profissional recalcou uma relação fértil entre a subjetividade, compreendida como dimensões do inconsciente, da personalidade e das emoções, e o Serviço Social, a qual vinha se processando há décadas no espectro político do campo progressista antes da hegemonia crítica na profissão. Este recalque tem impacto significativo na dimensão da religiosidade dos atores envolvidos no Serviço Social,

O currículo e o processo de formação atual na profissão no Brasil não oferecem dispositivos psicossociais e teóricos para o reconhecimento, a compreensão e a elaboração dessas formas de imaginário social religioso, implicando que a profissão acaba por deixar praticamente intactas ‘camadas fundamentais de sedimentação’ da ‘infra-estrutura psíquica’ e da estrutura ‘libidinal’ e cultural dos estudantes e de seus profissionais, o que é contraditório com os ideais de dialeticidade, autonomia, criticidade e não messianismo dos profissionais, propostos pela reconceitualização (VASCONCELOS, 2010b, p. 202-203).

Noutro trabalho, o mesmo autor afirma, “[no contexto da formação profissional de assistentes sociais no Brasil] o tema da religião e dos vínculos religiosos de cada aluno acaba

se tornando assunto tabu na formação e na cultura profissional” (VASCONCELOS, 2019, p. 83).

Baseado nessas pistas sugeridas pelo Prof.º Eduardo Vasconcelos propomos a reflexão sobre um “recalque da religiosidade” na profissão, fomentada pelo avanço do conservadorismo na sociedade brasileira e por associações rasas entre o reacionarismo e a essência do fenômeno religioso.

Certamente que esta é uma reflexão que merece ser aprofundada num contexto de maior tempo para a pesquisa, ainda que este empreendimento tenha que ser tensionado no âmbito do Serviço Social brasileiro, no sentido de ser acolhido pelos diversos Programas de Pós-graduação e Pesquisa.

Um último ponto que merece ser aprofundado noutros trabalhos é o da atuação profissional no contexto da desinstitucionalização, isto é, da desconstrução da lógica manicomial.

Visualizar a loucura e seu estigma como expressões da Questão Social é um empreendimento denso que envolve as tendências específicas do debate da Saúde Mental na sua relação com a profissão. Nessa direção, há que se aprofundar os elementos que constituem os processos de trabalho do assistente social no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica, a fim de iluminarmos uma atuação profissional comprometida, não apenas ideológica, mas também programática e tecnicamente com a luta antimanicomial.

Mesmo apontando as fragilidades, limitações e as necessidades de aprofundamento de alguns pontos deste trabalho, vislumbramos impactos positivos para os campos da Saúde Mental e do Serviço Social.

O presente trabalho tem possibilidades de contribuir com a humanização na atenção em saúde, no sentido de valorização do protagonismo dos usuários e da centralidade às suas demandas, e com processos de desinstitucionalização psiquiátrica, mediados por estratégias dialógicas com as expressões culturais de pessoas em tratamento.

Ademais, é uma discussão que pode contribuir para uma abertura do Serviço Social a uma aproximação com as expressões culturais das classes subalternas, seus modos de vida e de resistência. Trata-se de um trabalho cuja a ideia de fundo é baseada na compreensão de que a luta pela emancipação humana não deve prescindir de aproximações com as dimensões da subjetividade e cultura humanas, elementos que, de variadas formas, podem contribuir com processos de libertação.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia/Nicola Abbagnano*. Tradução de Alfredo Bossi. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABREU, Marina Maciel. A formação profissional em Serviço Social e a mediação da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS): as diretrizes curriculares/1996 em relação à perspectiva emancipatória no âmbito do avanço do conservadorismo. In: SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (org.). *Serviço Social no Brasil: histórias de resistência e de rupturas com o conservadorismo*. São Paulo: Cortez, 2016, p. 235-263.

ABREU, Marina Maciel. *Serviço social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional*/Marina Maciel Abreu. São Paulo: Cortez, 2002.

ALVES, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamasso; GERBER, Luiza Maria Lorenzini. A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. *Serviço Social & Saúde*. Campinas, v.6, n. 6, p. 35-52, 2007. Doi: <https://doi.org/10.20396/sss.v6i1.8634944>.

AMALADOSS, Michael. Religiões: violência ou diálogo? *Revista Perspectiva Teológica*, v. 34, p. 179-196, 2002. Doi: <https://doi.org/10.20911/21768757v34n93p179/2002>.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*/Paulo Amarante. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos editorial, 1997. p. 163-186.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial/Paulo Amarante*. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho? : ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*/Ricardo Antunes. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil/Daniela Arbex. São Paulo: Geração editorial, 2013.

ASSIS, Machado de. *Memórias Póstumas de Brás Cubas/Machado de Assis*. São Paulo: MetaLibri, 2007.

ASSIS, Machado de. *O alienista/Machado de Assis*. São Paulo: Via Leitura, 2016.

BAQUERO, Rute Vivian Angelo. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. *Revista debates*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.173-187, 2012. Doi: <https://doi.org/10.22456/1982-5269.26722>

BARROCO, Maria Lúcia Silva. *Ética: fundamentos sócio-históricos*/Maria Lúcia Silva Barroco. Biblioteca básica de Serviço Social. v. 4. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*/Elaine Rossetti Behring. São Paulo: Cortez, 2003.

BENTO, Fábio Régio. *Marxismo e Religião: Revolução e Religião na América Central*/Fábio Régio Bento. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.

BERNARDO, Thaís Tavares. *Aventuras do assistente social: uma abordagem sobre o desafio da prática profissional frente ao gênero e a religião nos tratamentos para usuários de drogas*. 244f. Dissertação. Mestrado em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Rio de Janeiro, 2007.

BETTO, Frei. *Paraíso perdido: viagens ao mundo socialista*/Frei Betto. Rio de Janeiro: Rocco, 2015.

BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de; BARBOSA, Roberta Brasilino; SIMÕES, João Pedro Magalhães. Promoção de Direitos Humanos no contexto de denúncias de violações em comunidades terapêuticas no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita (orgs.). *Religiões e o paradoxo apoio social – intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas*. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 309-330.

BISNETO, José Augusto. *Serviço social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática*/José Augusto Bisneto. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BISNETO, José Augusto. Serviço social e atuação na reforma psiquiátrica. In: NICACIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto (orgs.). *A prática do assistente social na Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013, p. 167-188.

BONETTI, Dilséa Adeodata et al (orgs.). *Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Em Tese*. 2005, Vol. 2 nº 1 (3), p. 68-80. Doi: <https://doi.org/10.5007/%25x>.

BRANT, Fernando; NASCIMENTO, Milton Silva Campos. Encontros e despedidas. Intérprete: NASCIMENTO, Milton Silva Campos. In: *Encontros e despedidas*, Paris: Barclay Records, 1985. 1 CD. Faixa 7.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. *Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão*. 10 ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2012. Disponível em: <http://cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002*. Revogado pelo Decreto nº 9.761, de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm> Acesso em: 21 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5444>> Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual do Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Caderno de textos, cartilhas da Política Nacional de Humanização*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf> Acesso em: 10 dez. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. *O que é redução de danos?* Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/23-o-que-e-reducao-de-danos>> Acesso em: 12 dez. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. *NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2019c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019b*. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm> Acesso em: 21 mai. 2019d.

BRAZ, Marcelo; TEIXEIRA, Joaquina Barata. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 185-200.

CAPONI, Sandra. Uma biopolítica da indiferença: a propósito da denominada revolução psicofarmacológica. In: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de (orgs.). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni, 2018, p. 17-38.

CARTA CAPITAL. *Rivotril, a droga da paz química*. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/rivotril-a-droga-da-paz-quimica-3659/>> Acesso em: 16 mai. 2019.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. O conhecimento da Vida Cotidiana: Base Necessária à prática social. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de; NETTO, José Paulo. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2000, p. 13-63.

CAVALCANTE, Rita. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita (orgs.). *Religiões e o paradoxo apoio social – intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas*. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 245-308.

CHAUÍ, Marilena. *Cultura e democracia/Marilena Chauí*. São Paulo: Cortez, 1990.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10). *CID-10 Versão: 1.6c*. Data da versão: 30/09/1998. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10_ultimaversaodisponivel_2012.pdf> Acesso em: 10 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o estudo do perfil profissional*. Brasília: CFESS, 2005. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaoovirtual2006.pdf> Acesso em: 20 ago. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Resolução CFESS Nº 627, de 9 de abril de 2012*. Dispõe sobre a vedação de utilização de símbolos, imagens e escritos religiosos nas dependências do Conselho Federal; dos Conselhos Regionais e das Seccionais de Serviço Social. Disponível em: <<http://cfess.org.br/arquivos/Res.Cfess.627-2012.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate*. Brasília, 28 nov. 2014. Disponível em: <www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf> Acesso em: 20 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *CFESS Manifesta, Edição especial: em defesa do Estado laico!*. Brasília, 2016. Disponível em: <www.cfess.org.br/arquivos/2015-CfessManifesta-EstadoLaico-Site.pdf> Acesso em: 15 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Relatório de fiscalização: Serviço Social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas*. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>> Acesso em: 21 dez. 2019.

CORDEIRO, Juliana Guedes. Fundamentalismo – algumas considerações históricas sobre o fenômeno. In: DIAS, Zwinglio M. (org.). *Os vários rostos do Fundamentalismo: Fórum ecumênico Brasil*. São Leopoldo: Cebi, p. 7-18, 2009.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. O movimento antimanicomial: movimento social de luta. *Prim@ Facie* (UFPB), v. 5, n. 8, p. 83-97, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/primafacie/article/view/7186>> Acesso em: 03 fev. 2020.

COSTA, Gilmaisa Macedo da. *Trabalho e Serviço Social: debate sobre a concepção de Serviço Social como processo de trabalho com base na Ontologia de Georg Lukács*. 119f. Dissertação. Mestrado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco/Recife, 1999.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Cidadania e modernidade/Carlos Nelson Coutinho*. Perspectiva, v.22, São Paulo: 1999, p. 41-59.

DALGALARRONDO, Paulo. Estudos sobre religião e Saúde Mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2007, v.34, supl 1; p. 25-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005>.

DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, Psicopatologia e Saúde Mental/Paulo Dalgallarrondo*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DATASUS. *TabNet*. Mortalidade Bahia. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10BA.def>> Acesso em: 18 nov. 2019.

DENADAI, Mirian Cátia Vieira Basílio. O debate do legislativo brasileiro no campo das drogas. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita (orgs.). *Religiões e o paradoxo apoio social – intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas*. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 363-389.

FERNANDES, Florestan. *A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*/Florestan Fernandes. 5 ed. São Paulo: Globo, 2006.

FILIPPON, Jonathan; KANTORSKI, Luciane Prado. Humanização e loucura, em busca do humano que dialoga saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 659-680, 2012. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200014>.

FLORIANO, Petterson de Jesus; DALGALARRONDO, Paulo. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. v. 56, n.3, p.162-170, 2007. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300002>.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, 24 (1), p. 17-27. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade clássica/Michel Foucault*. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, Gilson; SALGADO, Mauro Ivan. *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina* Livro I. Belo Horizonte: Inede, 2008.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social/Antonio Carlos Gil*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Gilberto; MOREIRA, Gilberto Passos Gil. Se Eu Quiser Falar Com Deus. Intérprete: GIL, Gilberto. In: *Luar (A Gente Precisa Ver o Luar)*. Rio de Janeiro: Warner Music Brasil, 1981. 1 CD. Faixa 10.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos/Erving Goffman*. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p. 79-108.

HOBBSAWM, Eric J.. *Era dos Extremos. O Breve Século XX: 1914-1991*. Tradução Marcos Santarrita. 2 ed. São Paulo: Companhia da Letras, 1995.

HUXLEY, Aldous. *Admirável mundo novo*. Tradução: Lino Vallandro, Vidal Serrano. São Paulo: Mediafashion, 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a, p. 341-375.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b, p. 15-50.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 39. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social/Marilda Villela Iamamoto*. Ensaaios críticos. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n 120, p. 609-639, out./dez. 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.001>

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*/Marilda Villela Iamamoto. 26 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. Disponível em: < <https://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 27 abr. 2019a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *IBGE Cidades*. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 26 abr. 2019b.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Atlas da violência*. Homicídios. Disponível em: <www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/17> Acesso em: 18 nov. 2019a.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Atlas da violência*. Suicídios. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/83>> Acesso em: 18 nov. 2019b.

JORGE, Maria Salete Bessa; BEZERRA, Indara Cavalcante. A medicalização social e suas repercussões nos serviços de Saúde Mental. In: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de (orgs.). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodon, 2018, p. 57-64.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à Saúde Mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007a, v.34, supl 1; p. 5-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700002>

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007b, vol.34, suppl.1, p. 95-104. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700013>.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. *A construção do saber*. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEAO, Frederico Camelo; LOTUFO NETO, Francisco. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 54-59, 2007. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700008>.

LESSA, Sérgio. *Serviço social e trabalho*: Porque o serviço social não é trabalho/Sérgio Lessa. 2 ed. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LÖWY, Michael. *O que é Cristianismo da Libertação*: religião e política na América Latina/Michael Löwy. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2016.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Além das portarias: desafios da política de Saúde Mental. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000100003>.

MACHADO, Graziela Scheffer. Reforma psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.).

Abordagens psicossociais, volume III: perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 32-115.

MAGALHÃES, Vinicius Pinheiro de. *Loucura da fé: A relevância das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade no contexto da Saúde Mental na perspectiva de usuários do CAPS I de Cruz das Almas – BA*. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social. Cachoeira: UFRB/CAHL, 2017.

MAIOR, Nivea Maria Santos Souto et al. Direitos humanos e Serviço Social: demandas e desafios contemporâneos. *Temporalis*. Brasília, n. 36, p. 127-138, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n36p127-138>

MANIFESTO DE BAURU. *II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental*. Bauru, 1987. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>> Acesso em: 23 dez. 2018.

MANO, Raquel de Paiva. *O sofrimento psíquico grave no contexto da religião protestante pentecostal e neopentecostal: repercussões da religião na formação das crises do tipo psicótica*. 2010. 178f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, Brasília: 2010.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico] (DSM-5). Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARIANO, Ricardo. Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. *Revista Estudos Avançados*, 2004, 18 (52). p. 121-138. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142004000300010>.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *Manifesto do Partido Comunista*. Rio de Janeiro: Vitória, 1956.

MARX, Karl. *Crítica da filosofia do direito de Hegel*, 1843/Karl Marx. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2010a.

MARX, Karl. *Sobre a questão judaica*. São Paulo: Boitempo, 2010b.

MARSHALL, Thomas Humphrey. *Cidadania, classe social e status*/Thomas Humphrey Marshall. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 124, p. 678-698, out./dez. 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.046>.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, p. 43-68.

MONTAÑO, Carlos. *A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre a gênese, a “especificidade” e sua reprodução*/Carlos Montaña. São Paulo: Cortez, 2007.

MORAES, Paulo Augusto Costivelli de; DALGALARRONDO, Paulo. Mulheres encarceradas em São Paulo: Saúde Mental e religiosidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2006, 55(1). p. 50-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000100007>.

MORAES, Vinicius de. Dialética. In: MORAES, Vinicius de. *Para viver um grande amor*. Organização de Eucanaã Ferraz. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 183.

MORI, Vanessa Tiemi; SILVA, Claudia Neves da. A religiosidade dos estudantes de uma universidade pública: considerações a partir do curso de Serviço Social. *PLURA, Revista de Estudos de Religião*. vol. 7, n 1, 2016, p. 439-457. Disponível em: http://www.abhr.org.br/plura/ojs/index.php/plura/article/viewFile/1131/pdf_171 Acesso em: 22 set. 2016.

MORRESI, Sergio D.. Robert Nozick e o liberalismo fora do esquadro. *Lua Nova*. n. 55-56 São Paulo, 2002. p. 285-296. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452002000100014>.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Patologização da vida de crianças e adolescentes em tempos sombrios. In: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de (orgs.). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni, 2018, p. 151-162.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e Saúde Mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília 2012, 65(2): 361-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>.

NASCIMENTO, Regis Batista do. Laicidade: para repensar o humanismo. *II Encontro anual de iniciação científica da UNESPAR*, 2016. Disponível em: <http://www.fecilcam.br/eventos/index.php/eaic/iieaic/paper/viewFile/4276/1264>> Acesso em: 15 dez. 2019.

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*/José Paulo Netto. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: CEAD/ABEPSS/CFESS (Org.). *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*/José Paulo Netto. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. *Economia Política: uma introdução crítica*. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

OLIVEIRA, Leidiane Souza de. Serviço social brasileiro: da gênese contraditória às atuais possibilidades Ético-políticas. *Temporalis*. Brasília (DF), ano 18, n. 35, jan./jun. 2018, p. 84-104. Doi: <http://dx.doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n35p84-104>.

OLIVEIRA, Márcia Regina de; JUNGES, José Roque. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 2012, p. 469-476. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Medicalização da vida: reflexões sobre sua produção cultural. In: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de (orgs.). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni, 2018, p.11-16.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira In: FLEURY, Sonia. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, p. 11-24, 1997.

PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar de Almeida. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista Saúde Pública*. 32 (4), 1998, p. 299-316. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica*/Jairnilson Silva Paim. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PANASIEWICZ, Roberlei. *Fundamentalismo religioso: história e presença no cristianismo*. [2010]. Disponível em:

<http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/ENSINORELIGIOSO/artigos/8fundamentalismo.pdf> Acesso em: 29 mar. 2017.

PARKER, Cristian. *Religião popular e modernização capitalista*. Outra lógica na América Latina/Cristian Parker. Petrópolis, Vozes, 1996.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo, 2014, 19(2):569-580. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>.

PIERUCCI, Antônio Flávio. Cadê nossa diversidade religiosa? Comentários ao texto de Marcelo Camurça. In: TEIXEIRA, Faustino; MENEZES, Renata (orgs.). *As religiões no Brasil: continuidades e rupturas*. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011, p. 49-51.

PINHEIRO, Lucí Faria. *Serviço social, religião e movimentos sociais no Brasil/Lucí Faria Pinheiro*. Rio de Janeiro: Gramma, 2010.

PORTO, Priscila Nunes; REIS, Helca Francioli Teixeira. Religiosidade e Saúde Mental: um estudo de revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2013, v.37, n.2, p.375-393. Doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2013.v37.n2.a234>.

PORTUGAL, Clarice Moreira; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de; TORRENTÉ, Maurice de. Entre o serviço e o terreiro: ensaios, manejos e mediações do uso. In: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de (orgs.). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni, 2018, p. 65-84.

PRANDI, Reginaldo. As religiões afro-brasileiras e seus seguidores. *Civitas*, Porto Alegre, v. 3, n° 1, jun. 2003, p. 15-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2003.1.108>.

QUEIROZ, Maria Izaura Pereira de. Relatos Oraís, do “Indizível” ao “Dizível”. São Paulo: *Revista Ciência e Cultura*, v. 39, n. 3, p. 272-286, março de 1987.

RANQUETAT JR., Cesar Alberto. Laicidade, laicismo e secularização: definindo e esclarecendo conceitos. *Revista Sociais e Humanas*. v. 21, n. 1, p. 67-75, 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/773>> Acesso em: 15 nov. 2019.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SANTOS, Raquel Lana Fernandes dos. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde debate*, 40(110), p. 162-171, 2016, Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611012>.

ROCHA, Emmanuelle Santana; SASSI, André Petraglia. Transtornos Mentais Menores entre Estudantes de Medicina. *Revista brasileira de educação médica*. 2013, 37 (2). p. 210-216. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/08.pdf>> Acesso em: 22 jun. 2016.

RODRIGUES NETO, Eleutério. A via do Parlamento. In: FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos editorial, 1997. p. 63-92.

ROSA, João Guimarães. *Grande sertão: veredas*/João Guimarães Rosa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37(3), p. 1-7, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.51934>.

SANCHIS, Pierre. *Religião, cultura e identidades: matrizes e matizes*/Pierre Sanchis. Rio de Janeiro: Vozes, 2018.

SANTOS, Tatiele Gomes dos; MAGALHÃES, Vinicius Pinheiro de. O Serviço Social no CAPS I de Cruz das Almas – BA: a necessária interdisciplinaridade para a promoção da cidadania dos usuários. *Revista Extensão*, Vol. XI, n.1, Jan/2017; Cruz das Almas – BA: UFRB/PROEXT, 2016. p. 153-160.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282014000200008>.

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO DO ESTADO DA BAHIA – SEPLAN. *Territórios de Identidade*. Disponível em: <<http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>> Acesso em: 25 abr. 2019.

SILVA, Debora de Souza. *Espiritualidade/religiosidade e acolhimento de usuários de drogas*: descrição das características, funcionamento e práticas religiosas em três instituições

evangélicas no Rio de Janeiro. 158f. Tese. Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, Lúcia; MORENO, Vânia. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, 2004, v.3, n.2, p. 161-168. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v3i2.5421>.

SILVA, Sally Knevez da; PASSOS, Susane Müller Klug; SOUZA, Luciano Dias de Mattos. Associação entre religiosidade e Saúde Mental em pacientes com HIV. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17 (2), p. 36-51. São Paulo, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n2p36-51>.

SILVA, Vagner Gonçalves da (org). *Intolerância religiosa: Impactos do neopentecostalismo no campo religioso afro-brasileiro*. São Paulo: Edusp, 2015.

SILVEIRA, Maria Lúcia Souza da. Algumas notas sobre a temática da subjetividade no âmbito do marxismo. *Revista Outubro*, n. 7, 2002, p. 103-113. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-7-Artigo-08.pdf>> Acesso em: 03 fev. 2020.

SIMÕES, Pedro. *Assistentes sociais e religião*. Um estudo Brasil/Inglaterra/Pedro Simões. São Paulo: Cortez, 2005.

SIMÕES, Pedro. Religião e Política entre alunos de Serviço Social (UFRJ). *Religião e Sociedade*. Rio de Janeiro, 2007, 27(1): 175-192. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-85872007000100009>.

SOARES, Lúcia Maria da Silva. *Estrutura sincrética do Serviço Social e Intenção de Ruptura*. 189f. Tese. Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro/Rio de Janeiro, 2018.

SOEIRO, Rachel Esteves et al. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 793-799, 2008. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400009>.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; CALDAS, Nairan Moraes. Os Sentidos da relação entre Saúde Mental e Religiosidade para profissionais de Saúde da Família em Ilhéus – Bahia. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2009; 8(3). p. 460-468. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v8i3.9047>.

STOCKINGER, Rui Carlos. *Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*/Rui Carlos Stockinger. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

STROPPIA, André; ALMEIDA, Alexander Moreira. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2009; 36(5):190-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000500003>.

SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA (SEI). *Perfil dos Territórios de Identidade*. 3 v. p. (Série territórios de identidade da Bahia, v. 2). Salvador: SEI, 2016.

TEIXEIRA, Faustino; MENEZES, Renata (orgs.). *As religiões no Brasil: continuidades e rupturas*. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

TEIXEIRA, Faustino. *O Censo de 2010 e as religiões no Brasil: esboço de apresentação*. In: dialogos.blogspot.com, 11 dez. de 2013. Disponível em: <<https://fteixeira-dialogos.blogspot.com/2013/12/o-censo-de-2010-e-as-religoes-no.html>> Acesso em: 27 abr. 2019.

TONET, Ivo. *Marxismo, religiosidade e emancipação humana/Ivo Tonet*. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

TRABUCO, Zózimo. *À direita de Deus, à esquerda do povo: protestantismos, esquerdas e minorias (1974-1994)/Zózimo Trabuco*. Salvador: Sagga, 2016.

VALLA, Victor Vincent. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação e Realidade*, v. 21, n. 2, p. 177-190, 1996. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71626>> Acesso em: 18 dez. 2019.

VALLA, Victor Vincent. O que a saúde tem a ver com a religião? In: VALLA, Victor Vincent. (org.). *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001, p. 113-139.

VALLA, Victor Vincent. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América Latina de superação da situação do impasse que marca suas vidas. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 310-340.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar/Eduardo Mourão Vasconcelos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O Campo da Saúde Mental na Perspectiva da Desinstitucionalização, da Cidadania e da Interdisciplinaridade. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010a. p. 17-124.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Da hiperpsicologização normatizadora ao recalçamento da subjetividade: notas históricas sobre Serviço Social, subjetividade e Saúde Mental no Brasil e no Rio de Janeiro. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010b. p. 181-214.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o Serviço Social/Eduardo Mourão Vasconcelos*. Campinas: Papel Social, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O campo das ciências das religiões, o paradoxo apoio social – intolerância e as práticas no lidar com situações existenciais/sociais limite e com as drogas. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita (orgs.). *Religiões e o paradoxo apoio social – intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas*. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 31-188.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular nos serviços de saúde/Eymard Mourão Vasconcelos*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 13-153.

VASCONCELLOS, Pedro Lima. *O Belo Monte de Antônio Conselheiro: uma invenção “biblada”*/Pedro Lima Vasconcellos. Maceió: EDUFAL, 2015.

VINAGRE, Marlise. Ética, direitos humanos e projeto profissional emancipatório. In: FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda (orgs.). *Ética e direitos: ensaios críticos*. 3 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 107-122.

WHITAKER, Robert. *Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*/Robert Whitaker. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WILGES, Irineu. *Cultura religiosa/Irineu Wilges*. Volume 1, As religiões no mundo. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

ZAMIÁTIN, Ievguêni Ivánovitch. *Nós*. Tradução de Gabriela Soares. São Paulo: Aleph, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Objetivo Geral da entrevista: Perscrutar as considerações de assistentes sociais sobre a espiritualidade dos usuários da política de saúde mental no contexto da (des)patologização da vida, (des)manicomialização dos serviços de saúde mental e do Projeto ético-político do Serviço Social.

Participantes da pesquisa: Assistentes sociais trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de tipo I da cidade de Cruz das Almas/BA e municípios limítrofes.

I – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

(Objetivo: Caracterizar o perfil dos assistentes sociais).

1. Idade:_____.
2. Expressão de gênero (homem, mulher, não-binário): _____. 2.1. Orientação sexual:_____.
3. Religião:_____ 3.1 Denominação:_____ 3.2 Frequência (vezes p/ mês):_____.

II FORMAÇÃO

4. Ano de conclusão da graduação em Serviço Social:_____.
5. Instituição de conclusão do curso de Serviço Social: _____.
6. Possui outra formação técnica ou superior? Qual: _____.
7. Possui curso de pós-graduação? (Especialização, Mestrado ou Doutorado) Qual: _____.

III TRABALHO

8. Além do CAPS trabalha em alguma outra instituição? Já trabalhou em outra instituição?
9. Há quanto tempo trabalha no CAPS?
10. Como foi sua forma de admissão?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

11. Qual seu vínculo empregatício? (contrato, celetista, estatutário) _____.
12. Carga horária de trabalho semanal: _____.
13. Salário e/ou renda pessoal mensal: _____.

II – CONCEPÇÃO DE LOUCURA E TRATAMENTO

(Objetivo: Perscrutar a concepção dos assistentes sociais sobre a loucura, tratamento e suas relações com o PEP do Serviço Social).

14. Quem é o usuário do CAPS? Fale-me sobre seu perfil, sua história, sua trajetória.
15. De que forma se dá o tratamento dos usuários do CAPS? Quais são suas necessidades de saúde? Fale-me sobre a rotina deles na instituição.
16. O que cabe ao Serviço Social no CAPS? Fale um pouco sobre suas atividades.
17. De que forma seu trabalho no CAPS, os objetivos de suas atividades, dialogam com o projeto ético-político da profissão? (Propor breve reflexão sobre a natureza do PEP da profissão).

III – CONCEPÇÃO DE ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE MENTAL

(Objetivo: Perscrutar a concepção de assistentes sociais sobre a espiritualidade de usuários da saúde mental e suas relações com o PEP do Serviço Social).

18. Você já teve contato com alguma demonstração de religiosidade (espiritualidade) por parte de usuários do CAPS? Comente sua experiência.
19. Como você visualiza a questão da religiosidade (espiritualidade) de usuários do CAPS?
20. A religiosidade (espiritualidade) de usuários do CAPS contribui com o tratamento ou não?
21. Como você visualiza a relação da religiosidade (espiritualidade) com a saúde e quais os rebatimentos dessa relação com o Projeto ético-político do Serviço Social?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista antigo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Objetivo Geral da entrevista: Captar as considerações de assistentes sociais sobre a espiritualidade dos usuários da política de saúde mental no contexto da (des)patologização da vida, (des)manicomialização dos serviços de saúde mental e do Projeto ético-político do Serviço Social.

Participantes da pesquisa: Assistentes sociais trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de tipo I da cidade de Cruz das Almas/BA e municípios limítrofes.

I – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

(Objetivo: Caracterizar o perfil dos assistentes sociais).

1. Idade:_____.
2. Identidade de gênero: _____.
3. Religião:_____ 3.1 Denominação:_____ 3.2 Frequência
(vezes p/ semana):_____.
4. Ano de conclusão da graduação em Serviço Social:_____.
5. Instituição de conclusão do curso de Serviço Social: _____.
6. Possui outra formação técnica ou superior? Qual: _____.
7. Possui curso de pós-graduação? (Especialização, Mestrado ou Doutorado) Qual:
_____.
8. Além do CAPS trabalha em alguma outra instituição? Já trabalhou em outra
instituição?
9. Há quanto tempo trabalha no CAPS?
10. Como foi sua forma de admissão?
11. Qual seu vínculo empregatício? (contrato, celetista, estatutário) _____.
12. Carga horária de trabalho semanal:_____.
13. Salário:_____.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

II – CONCEPÇÃO DE LOUCURA E TRATAMENTO

(Objetivo: Captar a concepção dos assistentes sociais sobre a loucura, tratamento e suas relações com o PEP do Serviço Social).

14. Quem é o usuário do CAPS? Fale-me sobre seu perfil. Quais são suas necessidades de saúde?
15. De que forma se dá o tratamento dos usuários do CAPS? Fale-me sobre a rotina deles na instituição.
16. Fale um pouco sobre suas atividades no CAPS.
17. De que forma seu trabalho no CAPS dialoga com o projeto ético-político da profissão?

III – CONCEPÇÃO DE ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE MENTAL

(Objetivo: Captar a concepção de assistentes sociais sobre a espiritualidade de usuários da saúde mental e suas relações com o PEP do Serviço Social).

18. Você já teve contato com alguma demonstração de religiosidade (espiritualidade) por parte de usuários do CAPS? Comente sua experiência.
19. Como você visualiza a questão da religiosidade (espiritualidade) de usuários do CAPS?
20. A religiosidade (espiritualidade) de usuários do CAPS contribui com o tratamento ou não?
21. Como você visualiza a relação da religiosidade (espiritualidade) com o Projeto ético-político do Serviço Social?

APÊNDICE C – Carta de autorização de pesquisa

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu _____, Coordenador (a) responsável pelo Centro de Atenção Psicossocial I do município de _____, estou ciente e autorizo o pesquisador **Vinicius Pinheiro de Magalhães**, sob orientação da **Prof.^a Dr.^a Vera Núbia Santos** do curso de Mestrado da Universidade Federal de Sergipe (PROSS/UFS), a desenvolverem nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado provisoriamente “**Serviço Social, Despatologização da vida e Espiritualidade em Saúde Mental**”, o qual será executado em consonância com as Normas e Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres-humanos, em especial a Resolução CNS 510/16. Fui informado (a) sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das entrevistas que serão realizadas com o (a) assistente social da instituição a qual represento.

Declaro que esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar do sujeito de pesquisa nela recrutado, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.

_____, _____ de _____ de 2019.

Assinatura

APÊNDICE D – Modelo de Termo de consentimento livre



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: “SERVIÇO SOCIAL, (DES) PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E ESPIRITUALIDADE EM SAÚDE MENTAL”.

Investigador: Vinicius Pinheiro de Magalhães **Orientadora:** Vera Nubia Santos

Local da Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial I do Município de _____/BA.

Participante da pesquisa: Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial I do Município de _____/BA.

Instituição Responsável: Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (PROSS/UFS).

Vimos por meio deste termo de consentimento convidá-lo(a) para participar da pesquisa que tem como objetivo principal **analisar criticamente as considerações de assistentes sociais sobre a espiritualidade dos usuários da política de saúde mental no contexto da (des)medicalização da vida, (des)manicomialização dos serviços de saúde mental e do Projeto ético-político do Serviço Social.**

O desenvolvimento deste trabalho pode contribuir para uma abertura dos assistentes sociais às dimensões subjetivas dos usuários dos serviços de saúde mental, fomentando mudanças na formação profissional, bem como na escuta, atenção e encaminhamentos no trabalho profissional, reverberando, em última instância, em processos de humanização no exercício profissional.

Informamos que sua participação será registrada através da aplicação de uma entrevista semi-estruturada. O estudo tem riscos éticos que dizem respeito a uma interpretação equivocada das informações que você possa prestar. Entretanto, esse risco será minimizado na medida em que, após o processo de transcrição das entrevistas, permitirmos o acesso ao seu depoimento podendo ser realizadas edições, caso necessário.

Esclarecemos que sua identidade será inteiramente preservada e as informações fornecidas por você serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica, ainda que este estudo não apresente conflitos de interesse. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral, além de retornar para o CAPS I por meio de uma cópia do trabalho final.

Sua participação neste estudo é de natureza voluntária e não envolve remuneração. Ademais, informamos que você tem total liberdade de não responder a determinadas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

questões; tirar dúvidas durante o processo de estudo; excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também pode recusar e/ou retirar este consentimento, informando o pesquisador, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Se tiver dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, deve contatar o Investigador: Vinicius Pinheiro de Magalhães, telefone: (75)98216-0721 (Whatsapp); e-mail: viniciuspmaga@gmail.com.

Ou ainda pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Sergipe.

O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para manter o entrevistado seguro e proteger seus direitos. Fone +55 79 3194-7208 - E-mail: cephu@ufs.br.

“Após ter lido e discutido com o pesquisador os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aceito participar desta pesquisa. O meu consentimento é formalizado por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador durante 05 anos, junto aos dados da pesquisa que serão guardados pelo mesmo período”.

Participante da pesquisa

Nome completo: _____.

Assinatura: _____.

Pesquisador

Nome completo: _____.

Assinatura: _____.

Cidade, dia, mês e ano.

ANEXOS

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética na Pesquisa da UFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SERVIÇO SOCIAL, (DES)PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E ESPIRITUALIDADE EM SAÚDE MENTAL

Pesquisador: VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07947819.3.0000.5546

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.209.960

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado da Pós-Graduação em Serviço Social da UFS, sobre saúde mental na perspectiva de assistentes sociais que atuam em CAPS, em determinada região da Bahia.

A proposta de desenvolvimento desta pesquisa tem como objeto de estudo as considerações de assistentes sociais sobre a relevância da espiritualidade de usuários da política de saúde mental no contexto da (des)patologização e (des)medicalização da vida. O conceito de espiritualidade que será trabalhado neste projeto de pesquisa se relaciona à vivência da transcendência, experiência que extrapola a concepção institucionalizada da religião e religiosidade (BOFF, 2001, VASCONCELOS, 2006). Ou seja, optou-se por tratar como espiritualidade toda experiência e/ou vivência que transcende à imanência da vida cotidiana. Espiritualidade aqui se relaciona com religiosidade e religião, mas não se esgota nestes termos, na medida em que abarca experiências de vivências de fé que não necessariamente são institucionalizadas. Nesta direção, o aumento significativo de pessoas sem religião, conforme dados do IBGE, não representa imediatamente uma ausência de espiritualidade, apenas testifica o dado de uma crise das instituições religiosas (TEIXEIRA; MENEZES, 2011). Portanto, o termo espiritualidade neste projeto de pesquisa foi escolhido como o melhor termo para abarcar um maior número de experiências de crença e fé que transcendem a imanência da existência. O referido objeto de estudo caminha na direção de aproximação das seguintes questões: A espiritualidade pode se configurar enquanto estratégia de despatologização e desmedicalização da vida no cenário neoliberal de individualismo e

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Telefone: (79)3194-7208

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 3.209.960

hedonismo? A espiritualidade é um elemento relevante a ser considerado no contexto do trabalho profissional em saúde mental? Qual a compreensão dos assistentes sociais sobre a relevância da espiritualidade na saúde mental? O Projeto ético-político da profissão influencia a compreensão dos assistentes sociais sobre a espiritualidade no contexto da saúde mental? A justificativa pessoal para essa discussão temática surge a partir de minha experiência no campo de estágio obrigatório da graduação em Serviço Social (UFRB/CAHL): Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Cruz das Almas/BA. A aproximação com o referido campo desembocou em dois trabalhos que atestam minha aproximação afetiva e ético-política em relação à temática da saúde mental, a saber: Um relato de experiência resultante do estágio obrigatório, publicado na Revista de Extensão da UFRB (SANTOS; MAGALHÃES, 2016) e um Trabalho de Conclusão de Curso (MAGALHÃES, 2017). Ademais, pude perceber na experiência de estágio que a dimensão da espiritualidade se configurou enquanto elemento relevante para os usuários no contexto da saúde mental; o que também constatei em minha pesquisa empírica de conclusão de curso (Ibidem, 2017). Cabe agora identificar as considerações dos assistentes sociais, trabalhadores da saúde mental, sobre a relevância da espiritualidade de usuários no contexto da saúde mental. Além da relevância pessoal para o desenvolvimento dessa pesquisa existe também uma justificativa teórica. Eduardo Vasconcelos (2010) chama atenção para o fato de que a categoria “subjetividade” tem sido recalcada nas discussões teóricas do Serviço Social e consequentemente na formação profissional. Trata-se de um afastamento das áreas “psi” que empobreceu o processo de formação e a atuação de assistentes sociais no campo da saúde mental, além de fragilizar as discussões referentes ao Serviço Social e a religiosidade. Noutra direção, estudos realizados por Pedro Simões (2005, 2007) constatarem a tendência de vinculação religiosa de estudantes e profissionais do Serviço Social, dado ratificado na exposição feita por Marilda Iamamoto (2009) sobre o perfil profissional. Lucí Faria de Pinheiro (2010) também trata da Religião, destacando seu caráter de mediadora para a secularização do Serviço Social, particularmente pela militância de segmentos do progressismo católico. Entretanto, a autora também assinala o dado da rejeição da produção do Serviço Social em relação à temática da Religião, na medida em que constata o “esquecimento” da contribuição de figuras como Alceu Amoroso Lima (em sua última fase), Louis-Joseph Lebret (1897- 1966), Emmanuel Mounier (1905- 1950) e Paulo Freire (1921-1997) na influência de segmentos católicos progressistas para mudança e superação do Serviço Social Tradicional; além da influência da Juventude Universitária Católica, do Movimento de Educação e Comunidades Eclesiais de Base e da Teologia da Libertação. Portanto, compreender as considerações de assistentes sociais sobre a relevância da espiritualidade de usuários da política de saúde mental é pertinente no contexto do

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 3.209.960

Serviço Social, pois se coloca ao debate profissional duas categorias pouco discutidas e objetos de profundo recalcque: a subjetividade e a espiritualidade. Este objeto de estudo possui ainda uma relevância social que não pode ser desconsiderada, pois coloca em relevo a proposta ampliada de atenção às pessoas com sofrimento mental – considerando, também, as dimensões da espiritualidade – que em última instância tem relação com a humanização, no sentido de garantia das necessidades subjetivas e da centralidade na atenção aos usuários dos serviços de saúde mental. Ademais, a proposta de pesquisa também fortalece os sentidos do princípio da integralidade em saúde, que também sugerem uma atenção ampla em saúde, que não a exclusivamente biológica. A proposta de desenvolvimento deste trabalho pode contribuir para uma abertura dos assistentes sociais às dimensões subjetivas dos usuários dos serviços de saúde mental, fomentando mudanças na formação profissional, bem como nos processos de escuta, atenção e encaminhamentos no exercício profissional. Essa abertura pode favorecer uma atenção mais humana que, efetivamente, coloque o usuário num lugar central para intervenção profissional, na medida em que se passa a considerar a dimensão da espiritualidade como um dado da realidade que interfere tanto nas condições materiais como nas condições de saúde da população usuária das políticas sociais.

Hipótese: 1 – Os assistentes sociais desconsideram a relevância da espiritualidade dos usuários no contexto da saúde mental como estratégia de desmedicalização da vida, desmanicomialização dos serviços de saúde mental e de defesa do Projeto do Serviço Social, pois recalcam a espiritualidade em virtude do histórico conservador que balizou as origens da profissão no Brasil, temendo uma reatualização do conservadorismo no exercício profissional; 2 – Os assistentes sociais consideram a relevância da espiritualidade dos usuários no contexto da saúde mental como estratégia de desmedicalização da vida, desmanicomialização dos serviços de saúde mental e de defesa do Projeto do Serviço Social, pois conseguem fazer mediações de convergências entre a espiritualidade e o Projeto ético-político da profissão, na direção de defesa dos direitos humanos e da centralidade dos usuários; 3 – Os assistentes sociais consideram a relevância da espiritualidade dos usuários no contexto da saúde mental não como estratégia de desmedicalização da vida, desmanicomialização dos serviços de saúde mental ou de defesa do Projeto do Serviço Social, mas pelo fato de terem uma identidade religiosa e reproduzirem seus valores religiosos no exercício profissional.

A pesquisa terá natureza empírica e abordagem qualitativa em virtude do objetivo de captação de uma realidade subjetiva, isto é, que não pode ser expressa ou medida quantitativamente, além de ter objetivo exploratório por se tratar de um estudo aproximativo, que não tem a pretensão de

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 3.209.960

explicar os determinantes de um fenômeno, mas que pode contribuir para posteriores estudos mais aprofundado sobre a temática (GIL, 1999, LAVILLE; DIONNE, 1999). O subtipo do estudo será baseado em relatos orais ou depoimentos, pois se trata de um estudo que tem por objeto uma temática não capilarizada o suficiente para serem utilizados outros recursos de pesquisa (QUEIROZ, 1987). Serão utilizados dados primários (fontes verbais) e secundários (fontes bibliográficas). Para a coleta dos dados primários utilizaremos o instrumento da entrevista semiestruturada. Justificamos a utilização da entrevista semiestruturada por se tratar de um recurso que possibilita a captação de realidades subjetivas e não quantificáveis que requerem um cuidado qualitativo (LAVILLE; DIONNE, 1999), além deste tipo de instrumento permitir, também, maior liberdade no processo de conversação que a entrevista relacionada a esta temática requer (BONI; QUARESMA, 2005). Quanto aos dados secundários recorreremos a revisões sistemáticas da literatura. As revisões serão realizadas no Banco de Teses e Dissertações da CAPES a fim de verificar as produções sobre as categorias que surgirem nos relatos dos entrevistados no contexto do Serviço Social no período de 2006-2017. O roteiro de entrevista será dividido em três partes. Na primeira parte do roteiro temos o objetivo de conhecer o perfil dos entrevistados (idade, gênero, raça, formação, vínculo de emprego e religião). Na segunda parte do roteiro a proposta é fazer perguntas relacionadas ao contexto da patologização e da medicalização da vida. Iremos perquirir os assistentes sociais sobre o conceito que eles têm da loucura, a ideia que eles incorporam sobre tratamento e como essas compreensões dialogam com o PEP. Na última parte do roteiro de entrevista temos o objetivo de tratar de questões mais diretas à espiritualidade dos usuários, também procurando, no contexto das indagações, estabelecer relações entre a espiritualidade e o PEP. Aplicaremos o roteiro de entrevista numa fase pré-teste, a fim de atestar se o conteúdo das perguntas responde aos objetivos propostos na pesquisa. Faremos entrevistas com seis assistentes sociais dos Centros de Atenção Psicossocial I do município de Cruz das Almas/BA e municípios limítrofes, a saber: Muritiba; São Felipe; Sapeaçu; Conceição do Almeida e São Felix. Cada profissional entrevistado pertencerá a um CAPS I dos seis municípios citados. Fizemos o recorte dos municípios limítrofes a Cruz das Almas/BA por uma questão de viabilidade para a pesquisa, não sendo viável um estudo mais amplo que englobe instituições de outras cidades. Havendo mais de um assistente social na instituição a ser pesquisada optaremos pelo profissional com mais tempo de contato com os usuários. O universo dos assistentes sociais a que se direciona esta pesquisa é aquele constituído pelos profissionais vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial dos municípios suprarreferidos. Levando em consideração o porte dos CAPS – tipo I – nestes municípios e a tendência de alocação de apenas um assistente social não se

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 3.209.960

trabalhará numa perspectiva de amostragem. Todos os assistentes sociais vinculados aos CAPS dos seis municípios serão entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar criticamente as considerações de assistentes sociais sobre a espiritualidade dos usuários da política de saúde mental no contexto da (des)medicalização da vida, (des)manicomialização dos serviços de saúde mental e do Projeto ético-político do Serviço Social.

Objetivo Secundário: •Caracterizar o perfil dos assistentes sociais (idade, gênero, raça, formação, vínculo de emprego e religião);•Analisar criticamente a concepção dos assistentes sociais sobre a loucura, tratamento e suas relações com o PEP do Serviço Social;•Analisar criticamente a concepção de assistentes sociais sobre a espiritualidade de usuários da saúde mental e suas relações com o PEP do Serviço Social;•Caracterizar a produção do Serviço Social, por meio de Revisões Sistemáticas da Literatura, a partir das categorias empíricas que surgirem nos relatos dos assistentes sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo tem riscos éticos que dizem respeito a uma interpretação equivocada das informações que você possa prestar. Entretanto, esse risco será minimizado na medida em que, após o processo de transcrição das entrevistas, permitirmos o acesso ao seu depoimento podendo ser realizadas edições, caso necessário.

Benefícios:

O trabalho pode contribuir para uma abertura dos assistentes sociais às dimensões subjetivas dos usuários dos serviços de saúde mental, fomentando mudanças na formação profissional, bem como na escuta, atenção e encaminhamentos no trabalho profissional, reverberando, em última instância, em processos de humanização no exercício profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem cunho predominantemente qualitativo e contará com entrevistas com seis assistentes sociais dos Centros de Atenção Psicossocial I do município de Cruz das Almas/BA e municípios limítrofes, a saber: Muritiba; São Felipe; Sapeaçu; Conceição do Almeida e São Felix. O universo dos assistentes sociais a que se direciona esta pesquisa é aquele constituído pelos profissionais vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial destes municípios. O roteiro destas entrevistas foi submetido e é adequado para o objetivo proposto.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 3.209.960

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1291582.pdf	09/02/2019 12:23:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/02/2019 12:16:13	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	09/02/2019 12:11:53	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	07/02/2019 19:58:35	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Autorizacao_s_felipe.pdf	07/02/2019 13:07:30	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	31/01/2019 15:03:11	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Autorizacao_sapeacu.pdf	31/01/2019 14:51:19	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Autorizacao_almeida.pdf	31/01/2019 14:50:32	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Autorizacao_s_felix.pdf	31/01/2019 14:43:35	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Autorizacao_muritiba.pdf	31/01/2019 14:42:53	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Autorizacao_cruz.pdf	31/01/2019 14:26:28	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO.pdf	31/01/2019 13:08:14	VINICIUS PINHEIRO DE MAGALHAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 3.209.960

Não

ARACAJU, 20 de Março de 2019

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

ANEXO B – Quadro de diferenciação entre experiências espirituais e sintomas psicopatológicos

Diferenciação entre experiências espirituais e sintomas psicopatológicos		
Características	Experiências espirituais	Sintomas Psicopatológicos
Conteúdo das vivências	Os conteúdos seguem uma doutrina religiosa: são aceitáveis pelo subgrupo cultural.	O conteúdo é bizarro; geralmente reivindica um status divino ou a posse de poderes especiais.
Características das experiências sensoriais (ilusões, alucinações, visões, vozes)	Os elementos sensoriais são mais "intelectuais"; são sentidos como "conteúdos mentais".	Os elementos sensoriais são percebidos como "corpóreos", dão a sensação de serem percepções reais.
Modalidade sensorial das vivências	Predominantemente alucinações e ilusões visuais.	Predominantemente alucinações auditivas.
Grau de certeza das vivências	As crenças se formam com a possibilidade da dúvida.	As crenças são "incorrigíveis", geralmente há certeza absoluta.
Insight	Às vezes insight presente, às vezes ausente.	Frequentemente insight ausente.
Duração da vivência	Duração breve.	Duração longa.
Controle volitivo	Há, por parte do sujeito, um grau de controle e direcionamento sobre as vivências.	São experiências vivenciadas sem qualquer controle por parte do sujeito.
Orientação em relação a outras pessoas	Vivências são orientadas em direção a outras pessoas.	Vivências são quase sempre orientadas para si (auto-orientadas).
Significado para a vida do sujeito	Sentido de "auto-realização", experiências que "alargam" a vida, produzem "frutos" espirituais.	Experiências geralmente desintegrativas, que produzem a deterioração do funcionamento vital do sujeito.
Positividade/Negatividade	As vivências têm, de modo geral, sentido "positivo" para a vida do sujeito.	As vivências têm, de modo geral, sentido "negativo" para a vida do sujeito.
Implicação na ação do sujeito	São experiências nas quais o sujeito se percebe como "agindo", produzindo sua vida.	São experiências nas quais o sujeito se percebe "sendo agido", vive passivamente a experiência.
Relação com sintomas psicopatológicos em outras esferas da vida	São experiências "isoladas", que não se articulam com outros sintomas de transtornos mentais.	Geralmente não são vivências isoladas. Ao lado do delírio ou da alucinação mística, há outros sintomas psicóticos.
Estilo de vida e de personalidade do sujeito	Tanto o estilo de vida como a personalidade do sujeito revelam religiosidade presente e antecedendo a vivência.	O estilo de vida e a personalidade indicam alterações e deterioração associadas a transtornos mentais.
Comunicação da experiência com outras pessoas	Sujeito busca relatar sua experiência para outras pessoas, sobretudo de seu grupo cultural.	Sujeito é, geralmente, reticente em relatar e discutir essas experiências.
Fonte: JACKSON; FULFORD, 1997; SIMS, 1997, apud DALGALARRONDO, 2008, p.169-170.		