

A Clínica Psicossocial e a Atenção de Cuidados Religiosos ao Sofrimento Psíquico no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira¹

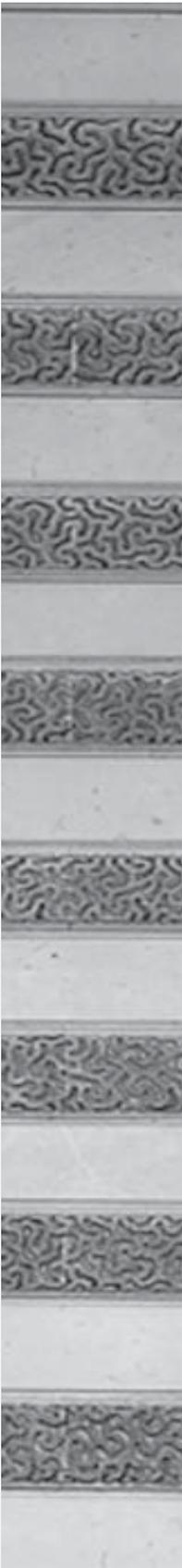
Psychosocial clinical approach and religious care in
psychological suffering in the context of the brazilian
psychiatric reform

**Nilson Gomes
Vieira Filho**

Universidade
Federal de
Pernambuco

Artigo





Resumo: O processo de desinstitucionalização prioriza a atenção em saúde mental nos serviços comunitários e o trabalho terapêutico em rede social. A partir da demanda do usuário e/ou família, é possível construir, nessa prática complexa, uma *rede social de apoio* articulada ao processo terapêutico, incluindo cuidados religiosos, e que funcione como sistema de amparo social em situação de sofrimento. O objetivo deste artigo é refletir sobre essa construção e suas implicações para a clínica da atenção psicossocial. Percursos terapêuticos em diferentes países demonstram que existem, em diversos contextos culturais, pacientes que circulam entre os serviços oficiais de saúde e os cuidados religiosos. Essa situação se repete em usuários de uma clínica-escola pública brasileira onde se observa que eles parecem orientar-se por um pensamento sincrético que seria capaz de dar uma certa coerência tanto a múltiplos aspectos do sofrimento quanto à busca de diversos cuidados à saúde mental. A OMS tem adotado, nestas últimas décadas, uma postura de tendência inclusiva relativa aos serviços culturais de saúde. Esse fato reforça que é fundamental a ampliação de pesquisas sobre *sistemas terapêuticos* (oficial e cultural), como propõe Tobie Nathan. Numa rede de apoio, esses dois sistemas não estão em concorrência, mas em cooperação, e com a intenção de auxiliar, proteger e socorrer o usuário e/ou família que sofre. Essas interações podem estar ligadas à psicoterapia (complexa e dialógica), exigindo, assim, tanto uma atenção preventiva quanto uma certa margem de risco interativo.

Palavras-chave: desinstitucionalização, clínica psicossocial, sistema terapêutico, cuidado religioso.

Abstract: In the deinstitutionalization process the priority is mental health care in community healthcare clinics and the use of the network therapeutic approach. In order to respond to patients' (and/or their families') needs, this complex practice enables the building of a social support network concomitantly with the therapeutic process, including religious care, to operate as a system of social relations that offers protection for people in suffering situations. The objective of this paper is to discuss the construction of such support network and its implications for a psychosocial clinical approach. Therapeutic itineraries in different countries evidence the existence of patients who resort to public healthcare services and religious care in various cultural contexts. This situation is reproduced in one public university clinic in Brazil where it was observed that clients are apparently guided by a logic of religious syncretism that seem to render some coherence to multiple aspects of suffering as well as to their seeking for various types of mental health care. WHO policy in the last decades has tended to admit alternative care that is culturally accepted. This reinforces the idea that it is fundamental to extend research on *therapeutic systems* (both official and cultural systems), as proposed by Tobie Nathan. According to the network therapeutic approach, the two systems do not compete, but cooperate to assist and protect patients (and/or their families) who suffer. These interactions could be linked to psychotherapy (complex and dialogical), thus requiring preventive care concerning potential risks posed by such interactivity.

Key words: deinstitutionalization, psychosocial clinics, therapeutic system, religious care.

1Esse artigo é uma publicação referente ao projeto de pesquisa "Souffrance Psychique, pratiques Institutionnelles et Contexte Socioculturel" realizado pelo LABCLIN-Laboratório de Pesquisa em Psicologia Clínica (UFPE) e o Laboratoire de Psychologie Clinique, Université Paris VII, 1998-2000. Apoio: CNPq.

O processo de desinstitucionalização em saúde mental prioriza o atendimento em serviços comunitários e, nestes, o trabalho terapêutico em rede social (Gallio, 1996; Sluski, 1997; Trimble, Kliman, 1998; Vieira Filho, 2005, 2005^a). Esse enfoque destaca um contínuo processo de comunicação nas relações entre profissionais, usuários e instituições, interatividade que pode colocar o psicólogo clínico em situações concernentes ao sofrimento relacionado à cultura religiosa vivenciada pela pessoa-usuária. Às vezes, ela já procurou ou irá procurar algum cuidado religioso, paralelamente à intervenção psicológica, na sua busca de sentido existencial e de saúde, fato que coloca em evidência que sua subjetividade, visão de mundo e estilo de vida referentes ao seu sofrimento perpassam, aí, por crenças e valores religiosos interiorizados e que se repercutem em seu cotidiano e estado de saúde.

Não se confunde, obviamente, a prática clínica psicológica com a de cuidados religiosos. As duas podem caminhar independentemente uma da outra com seus saberes e fazeres específicos, o primeiro de ordem científica e laica, e o outro, de ordem religiosa. O que têm em comum é a referência ao sofrimento do outro que lhes solicita ajuda (Lima, 2002). A escolha do usuário em procurar um religioso pode ocorrer sem que ele informe ao psicólogo, informando-o e pedindo-lhe para não interferir, ou solicitando algum tipo de articulação entre os dois tipos de cuidados à saúde. Nos primeiros casos, pode tratar-se de uma rede de cuidados do usuário e/ou família não administrada com o terapeuta. No último caso, ele(s) deseja(m) a construção de uma *rede social de apoio*, com contatos e interações entre cuidadores (p.ex. psicoterapia e cuidados religiosos). Entende-se que essa rede possa funcionar como um *sistema de amparo social*, pois implica uma coordenação mútua e organizada de relações e ações humanas que vêm em auxílio, proteção e/ou socorro ao

usuário e/ou família em situação de sofrimento.

O objetivo deste trabalho é refletir sobre a construção dessa *rede social de apoio* e suas implicações teóricas e práticas para a clínica da atenção psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Por isso, mostra-se, primeiramente, a existência da complexidade dos percursos terapêuticos em diferentes contextos socioculturais e comenta-se, depois, sobre as nuances desses percursos em usuários da clínica psicossocial de uma clínica-escola pública. Em seguida, aborda-se a legitimidade dos cuidados religiosos e pesquisas sobre *sistemas terapêuticos* (oficiais e não). Por fim, discute-se sobre as condições concretas para a construção de uma rede social de apoio, incluindo os cuidados religiosos, e as repercussões desta na psicoterapia enquanto prática complexa.

Complexidade dos percursos terapêuticos em diferentes contextos culturais

Entende-se por percurso terapêutico o caminho percorrido ou os deslocamentos efetuados pela pessoa e/ou grupo que busca ajuda em saúde/saúde mental na diversidade das ofertas de serviços (formais e informais) em um contexto sociocultural dado. Esses percursos estão associados também à posição social da pessoa e/ou grupo, sua experiência de sofrimento psíquico e/ou doença e suas construções de significados e representações que podem emergir nessa situação.

A complexidade desses percursos foi registrada em vários países. Contreras, Favret-Saada (1992) constatam que, em um meio rural francês, vários fazendeiros atribuem à feitiçaria, em privado, e não em público, o fato de suas fazendas se encontrarem em crise de mal-estar permanente. Recorrem, primeiramente, ao médico, ao veterinário, ao mecânico rural, e

assim por diante. Quando eles relatam nada compreender sobre a crise, os fazendeiros buscam o curandeiro que, na França, sofre ameaças de prática ilegal da Medicina. O encontro para a cura do feitiço se faz, então, na informalidade, e está baseado na concepção e reconhecimento do “desorceleur” como tendo a capacidade de “possessão” de uma força anormal que pode ser benéfica para o cliente, mas maléfica para o seu agressor.

Rosny (1992) freqüentou o ambiente religioso dos *nganga* (em bantu, os herdeiros da tradição médica tradicional africana) na costa de Camarões e pôde observar a dinâmica entre feitiçaria e contra-feitiçaria num país em que a colonização conseguiu a adesão ao catolicismo da maioria da população. Uma católica lhe revelou que, uma vez, foi tomada de surpresa por maus espíritos. Pediu ajuda, primeiramente, aos padres da paróquia, que lhes rezaram uma missa e bezeram a sua casa. Não vendo resultado positivo, recorreu ao bispo, que também lhe rezou uma missa, mas não constatou nenhuma alteração. Contrariada pelo fato de Satã não abandoná-la, mesmo sendo cristã, relata que foi constrangida pelas circunstâncias a procurar um *marabout*, obtendo, finalmente, sucesso na sua cura.

Barrada (1992), em uma de suas visitas de pesquisa aos santuários dos *marabouts* no Marrocos, relata o percurso de alguns clientes. Najia tinha primeiramente recorrido ao hospital psiquiátrico e ao médico por causa de uma forte depressão, mas, depois de não constatar sucesso no tratamento, foi “à procura da cura através do circuito dos *fqits* e dos *marabouts*” (ibid, p.276). Touira, após ser diagnosticada de bronquite asmática pelo médico, entra em contato com os *marabouts*, que atribuem outra causa a seu sofrimento: “possessão de maus espíritos”. A cliente se submete, em seguida, a um ritual de cura religiosa.

Perelberg (1980) observou, através de entrevistas com familiares de internados de

uma enfermaria psiquiátrica no Rio, que as representações referentes ao *encosto*, *trabalho feito contra a pessoa*, *não aceitação da mediunidade pela pessoa* e *possessão de espírito maligno*, todas elas ligadas à origem atribuída à doença, eram geralmente reprimidas durante as reuniões com famílias na instituição psiquiátrica. Para a autora, isso demonstra “a seleção que os coordenadores fazem no discurso dos familiares e a tentativa de imposição de uma perspectiva determinada sobre o significado da doença mental. Nega-se a possibilidade de uma pluralidade de verdades correlativas às experiências sociais diversas” (ibid, p.122). Assinala, também, que as pessoas desenvolvem pontos de vista sobre a doença mental e estes se fundamentam nos conhecimentos advindos de suas experiências de vida e de seus sistemas de classificação próprios, destacando outras origens das doenças mentais além daquelas acima: *loucura*, *fingimento*, *não saber o seu lugar*, *estrago do ambiente social*, *acidente*, *fatalidade*, etc.

Loyola (1984, p.170) estudou uma população de um bairro periférico de Nova Iguaçu (Rio) e observou que esta “cuida-se, mais freqüentemente, por conta própria, recorrendo aos agentes tidos como capazes de exercer uma ação curativa somente depois de esgotar todos os conhecimentos terapêuticos familiares. No caso de estes se revelarem ineficazes ou de a doença não ter sido classificada, de início, como doença de médico ou espiritual, a família pode optar por diferentes procedimentos terapêuticos: pode consultar, em primeiro lugar, o rezador, o pai ou mãe-de-santo, o pastor ou o farmacêutico, e, por último, o médico, ou consultar diretamente o médico e/ou o farmacêutico, e depois, o especialista religioso, ou ainda, recorrer simultaneamente a esses diferentes especialistas”. Esses itinerários estariam também relacionados “à ausência de recursos médicos, à grande solidariedade entre

Rosny (1992) freqüentou o ambiente religioso dos *nganga* (em bantu, os herdeiros da tradição médica tradicional africana) na costa de Camarões e pôde observar a dinâmica entre feitiçaria e contra-feitiçaria num país em que a colonização conseguiu a adesão ao catolicismo da maioria da população. Uma católica lhe revelou que, uma vez, foi tomada de surpresa por maus espíritos.

Nobrega (2003),
estudando a
representação da
loucura em
familiares de
pacientes
internados em
hospital
psiquiátrico de
João Pessoa,
observou que
muitos pacientes já
havia procurado
ajuda religiosa
antes ou depois da
internação.

vizinhos, à pobreza em todas as áreas e à presença marcante de agentes religiosos em concorrência" (ibid, p.170).

Segundo Athias (1998), no sistema de saúde dos indígenas hüpde, existente no norte do Amazonas, o pajé é o primeiro agente procurado. Esse grupo procura geralmente o Sistema Único de Saúde (SUS) após esgotar os recursos culturais e locais. Entretanto, a "aceitação, de muitos hüpde, de outras alternativas de cura não indica, necessariamente, uma mudança nas representações das doenças ou uma diminuição do uso de práticas xamânicas nos casos de uma comprovada eficácia de cura. Os hüpdes continuam interpretando a doença através de sua concepção de mundo e das forças e energias operantes neste mundo terrestre" (ibid., p.255).

Nobrega (2003), estudando a representação da loucura em familiares de pacientes internados em hospital psiquiátrico de João Pessoa, observou que muitos pacientes já haviam procurado ajuda religiosa antes ou depois da internação. Vieira Filho (1992) pesquisou os percursos de pacientes de uma emergência psiquiátrica de Recife e constatou que a maioria deles tinha renda mensal inferior ao salário mínimo (89,82%) e procedia da região metropolitana (55,83%). Na primeira manifestação do sofrimento psíquico, a maioria procurou o serviço médico (71,15%), mas o restante assim se distribuía: 14,42%, a mãe ou pai-de-santo, 9,61%, o médium espírita, 4,80%, o farmacêutico. Por outro lado, a rede social que interferia na internação apresentava os seguintes agentes: ao menos um membro da família (69%), a polícia (14,65%) e o vizinho (6, 90%).

Dos internados nessa emergência, apareceram, a partir de relatos de seus familiares, as seguintes representações relacionadas à doença mental: *doença dos nervos, doença da cabeça, loucura ou doidice,*

catimbó e encosto. Essas representações não se apresentavam geralmente excludentes umas das outras; podia haver articulações, superposições, contradições e justaposições entre elas. A agitação, aperreio, insônia tendiam a ser vistas como manifestações de doidice, enquanto que tremedeiras, "visões" e aflições eram atribuídas, geralmente, aos *nervos*. Quanto à *doença dos nervos*, ela apresentava variações de maior ou menor intensidade segundo a ação dos *nervos*: *fraqueza dos nervos, ataque dos nervos, é nervo muito.* A *doença da cabeça* também variava segundo uma espécie de choque repentino (*ataque brabo na cabeça*) ou segundo a temperatura interna da cabeça, isto é, *quentura na cabeça, frevura na cabeça, frieza na cabeça.* O *catimbó* era sinônimo de feitiço ou "coisa-feita", e o *encosto* mostrava-se com significados nem sempre claros, ora parecia confundir-se com o feitiço, ora referia-se a um espírito de parente que "encostava" na pessoa.

Infelizmente, essas representações acima não eram levadas em consideração na consulta psiquiátrica, que interpretava as falas do paciente e/ou família em linguagem sintomática, seguindo o CID de forma unidimensional. Se, por um lado, os familiares nem sempre se sentiam à vontade para falar livremente na entrevista psiquiátrica, por outro, quando chegavam a expressar suas representações, elas eram vistas, geralmente, como algo "exótico" que não teria a ver com a "realidade" da doença do paciente.

Comentando percursos terapêuticos na prática clínica psicossocial

A análise dos percursos terapêuticos de mais de dez usuários atendidos pelo autor e/ou supervisionados numa clínica-escola pública, na década de noventa e no ano 2000, na

abordagem psicossocial (Vieira Filho, 1998, 2005), colocou em evidência que a frequência religiosa maior foi em centro espírita kardecista e para a cura de *desobsessão de espírito* (Schubert, 1981). Essa escolha deve-se, provavelmente, ao fato de a maioria da clientela dessa clínica se situar em um estrato de classe média dita de “baixa renda”, sendo mais receptiva ao cristianismo de Allan Kardec que ao xangô-umbandizado.

Os percursos terapêuticos desses usuários não são comumente lineares e ordenados segundo uma lógica unidimensional religiosa (católica ou espírita ou umbandista, etc.) ou médica. Uma visão de mundo sincrética parece que está na raiz desses itinerários, sobretudo aqueles relacionados à “obsessão de espírito”. O modo sincrético de pensar parece lidar com polaridades e aspectos diversos da compreensão do sofrimento sem recorrer, necessariamente, a dicotomias e/ou sínteses. Parece haver convivência de pólos opostos numa configuração combinatória, apresentando certa harmonia e sem aparentar rupturas nítidas. Esse tipo de pensamento possibilitaria a fusão de diferentes elementos simbólico-culturais, dando uma certa coerência aos pensamentos e ações na busca de diferentes serviços e cuidados religiosos. Esses últimos apresentam, às vezes, doutrinas e concepções antagônicas à religião de origem do usuário, p.ex. é católico, mas busca o centro kardecista ou terreiro de candomblé. Por outro lado, os usuários não se mostram geralmente “confusos”, circulando entre o tratamento psicológico e os cuidados religiosos ao mesmo tempo. Reconhecem que são dois espaços diferentes e percebem frequentemente os limites das ações de cuidados à saúde de ambos.

Nesse sentido, um usuário de família protestante, sentido-se enfeitiçado, procurou um centro kardecista, que lhe diagnosticou *obsessão de espírito*. No entanto, com

dificuldade de adaptar-se a esse tratamento, foi em busca de uma cura em sua religião de família. Parece que, não acreditando na eficácia dessa cura espírita, passou a freqüentar a umbanda. Por fim, a impressão que se tem é que, devido à rejeição da família em relação a essa última religião, e somando-se a dificuldade financeira para pagar um desmanche de “trabalho feito” por uma ex-namorada, ele teria deixado esse terreiro sem concluir os rituais referentes a essa cura religiosa.

Uma usuária espírita kardecista, em cura de *desobsessão de espírito*, procurou também a umbanda e a igreja evangélica do “Reino de Deus”, provavelmente na tentativa de maior pressa nesse processo de cura. Mostrando-se confusa e tendo piorado seu quadro clínico, concordou com o psicólogo em escolher um “atendimento fraterno” em sua religião, conseguindo sucesso, anos depois, segundo relatou. Uma usuária católica praticante, convencida de que estava “obsediada por espíritos” que lhe cobravam dívidas morais e sentindo-se também culpada e depressiva (desejos de suicídio) por seus problemas existenciais, recorreu a um centro espírita kardecista, onde se submeteu a um processo de cura de *desobsessão de espírito* sem, com isso, deixar de freqüentar e comungar com assiduidade em sua paróquia local, com autorização do pároco.

Não se tem informação suficiente para saber se existem ou não diferenças relativas à eficácia dessas curas religiosas entre clientes que pertencem ao mesmo grupo religioso e aqueles que não pertencem. Em todo caso, o pertencimento a um determinado grupo não parece ser uma exigência para a realização desses rituais. Como visto acima, um protestante é acolhido pelos kardecistas, uma católica se submete a um processo de cura de *desobsessão de espírito*, mas continua a ser praticante de sua religião, e uma espírita é recebida como cliente na umbanda. Pode-se, então, supor que a lógica

sincrética estaria também subjacente na aceitação do usuário por religioso(s) de uma outra religião, evitando, assim, processos de exclusão susceptíveis de ocorrer em situações sociais que podem aparecer como concorrentes.

Sobre a legitimidade dos cuidados religiosos e a pesquisa dos sistemas terapêuticos

Desde 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem reconhecido a importância dos curandeiros e parteiras nos países em vias de desenvolvimento e adotado uma política não excludente em relação a eles. Segundo Cerqueira (1984), Ulisses Pernambucano já teria abordado essa problemática desde os anos 30: “aproximou-se dos babalorixás, não os vendo como competidores. Com a sua autoridade, pôde colocar-se entre o curandeirismo e o código penal, para o bem dos dois” (ibid, p.39). Entretanto, René Ribeiro (1982) assinala que, na prática clínica, a dificuldade maior para uma articulação entre o médico e o curandeiro está na competitividade entre um e outro, na falta de respeito pelas diferenças de atuação e na não consideração das peculiaridades culturais nesses tipos de atenção à saúde.

Ribeiro (1982) comenta, ainda, que os conceitos da patologia médica tradicional descartam a utilização de uma lógica teosófica ou mágica apesar de esta ser utilizada no discurso do paciente, sobretudo quando associa a doença ao sobrenatural. Constata, através de uma amostra de 100 pacientes internados em um hospital psiquiátrico de Recife, que 37% destes haviam consultado, antes da internação, centros espíritas (31%), de xangô e umbanda (6%). Sublinha ser comum às pessoas considerarem que tanto a

medicina oficial quanto a medicina mágica interseccionam em benefício dos que sofrem. A dicotomia dessas práticas seria mais uma construção dos profissionais que das pessoas em sofrimento. Ribeiro sugere, nas entrelinhas, a adoção de uma abordagem clínica que leve em consideração as aquisições da psiquiatria transcultural, que associa, na prática, os dois tipos de medicina de forma complementar. Cita, por exemplo, o centro de saúde mental de Chilliawack, nos Estados Unidos, que combina os tratamentos oficiais da cultura ocidental com aqueles da tradição indígena realizados por curandeiros.

Tobie Nathan realiza um trabalho clínico com imigrantes estrangeiros em Paris. Destaca que muitos pacientes não fazem oposição entre os referidos sistemas de atenção à saúde, tentando, ao contrário, usufruir de um e de outro segundo suas necessidades de ajuda nas culturas de origem. Afirma que “são os cientistas que fazem a guerra entre eles, em princípio, com aqueles que eles designam como ‘charlatões’” (Nathan, 1998, p.174). Para ele, a etnopsiquiatria deve tomar como ponto de partida essa visão de mundo não excludente dos pacientes, sobretudo quando se percebe que acreditam que tanto o conhecimento científico quanto o saber do curandeiro são verdadeiros e úteis para seu estado de saúde. Recomenda, então, uma teorização cultural que possa estudar o subjacente a essa prática de cuidados, tentando explicitar a especificidade, necessidade do uso, eficácia terapêutica e relações com os mitos culturais de referência do paciente, como destacava Devereux (1973).

Essa teoria é dita “cultural” por ter sentido em referência a uma cultura, grupo e/ou etnia. Nathan (1998) exemplifica que, no Marrocos, é possível encontrar grupo de pessoas que apresentam fenômeno de possessão de *djinn*

em *zoonias* nas quais os adeptos praticam um ritual de transe, chamado de *hadra*. Esse grupo cultural concreto pode ser uma realidade para a observação investigativa. Assim, “o segmento *etno* da palavra *etnopsiquiatria* viria lembrar a tarefa a que se obriga o etnopsiquiatra de recorrer, na sua metodologia, a grupos reais já constituídos e munidos de seus representantes para validar seus pressupostos e suas hipóteses” (ibid, p.177). Todavia, a etnopsiquiatria “não é uma psiquiatria culturalmente esclarecida e menos ainda uma antropologia da doença mental” (ibid, p.178); trata-se de uma ciência interdisciplinar que reavalia as questões e conceitos-chaves da Antropologia e da psiquiatria, reconstruindo um novo campo de estudo que tem como objeto o *sistema terapêutico*, seja de referência científica seja específico a grupo religioso ou social.

Nathan (1998) ressalta, ainda, que a maior parte dos autores conhecidos propuseram explicações etnocêntricas relativas ao sucesso do tratamento no sistema terapêutico cultural. Atribuíram-lhe “à sugestão ou efeito placebo” (Freud e numerosos psicanalistas), à “crença” (Levi-Strauss) e a reorganizações sociais (Zemleni e numerosos antropólogos)... e, ainda, a “efeito paliativo” (Devereux) (ibid, p.171). Essas interpretações tendem mais a desqualificar essas práticas e “teorias” do que a reconhecer que os terapeutas culturais (autênticos) tenham uma profunda compreensão dos *sistemas de cuidados* onde atuam. A etnopsiquiatria deveria, então, construir uma teorização sobre esses *sistemas* a partir da particularidade dessas práticas, que não são comumente explícitas e expostas como sistemas de idéias, aos modos acadêmicos, mas são freqüentemente transmitidas durante os rituais religiosos, muitas vezes de difícil acesso ao pesquisador.

Na vertente psicopatológica, Nathan (1999) opta por uma “psicopatologia do risco”, como chamou. Ele afirma que os cientistas ou sábios

“decretam a existência de um objeto que eles são os únicos a perceber” (p.ex. doença / sintomas) e ainda fabricam sozinhos os instrumentos e validação destinados a descrever esse objeto (p.ex. CID-10, DSM-IV, teste de Rorschach), tornando-o opaco a todo estranho a esse grupo, fechando-se em um círculo vicioso e ideológico que se auto-justifica, descartando, assim, a possibilidade de “risco”(Nathan, 1999, p.25). Esse risco seria, então, assumido quando se admite que “os únicos observáveis são o terapeuta e seus objetos” (ibid, p.27).

Nathan propõe uma psicopatologia que parta da observação e descrição apurada do(s) *terapeuta(s)* (oficial e não-oficial) e de suas *técnicas terapêuticas*, ao invés de focalizar o estudo na doença e no doente como se fossem algo da natureza da pessoa-paciente. Entende-se, assim, que o estudo do(s) *sistema(s) terapêutico(s)* deve(m) focalizar essencialmente o modo de intervenção dos *terapeutas*, seus objetos, teorias (cultural, científica), lógicas de pensamentos específicos, e assim por diante, para se poder compreender o *processo de influência* (Nathan, 1995) desses terapeutas em relação aos pacientes. Essa compreensão possibilitaria revelar, ao menos, o tipo de interação estabelecida com estes últimos, o tipo de material clínico aí utilizado e os efeitos específicos desses cuidados à saúde.

Condições para a construção de uma rede social de apoio incluindo os cuidados religiosos

Observou-se que, numa sessão psicoterápica psicossocial (Vieira Filho, 1998), um usuário disse que preferia ser atendido conosco que por uma psicóloga ambulatorial, pois ela o teria encaminhado a um centro espírita dizendo que ele estava “obsediado” por espíritos. Estava irritado e muito enraivecido com aquela profissional, o que é natural, visto que nem

Todavia, a etnopsiquiatria “não é uma psiquiatria culturalmente esclarecida e menos ainda uma antropologia da doença mental” (ibid, p. 178); trata-se de uma ciência interdisciplinar que reavalia as questões e conceitos-chaves da Antropologia e da psiquiatria, reconstruindo um novo campo de estudo que tem como objeto o sistema terapêutico, seja de referência científica seja específico a grupo religioso ou social.

Portanto, é geralmente necessário um certo tempo terapêutico ligado ao estabelecimento do vínculo de confiança para que a comunicação dialógica se aprofunde e possibilite a expressão do que pode estar ainda reprimido ou silenciado pelo medo.

ele nem sua família eram kardecistas, e ainda, segundo seu relato, essa recomendação teria sido feita de forma invasiva, desrespeitando sua visão de mundo e também o induzido a aceitar preceitos que seriam, provavelmente, da religião da psicóloga.

Assinala Ancona Lopez (2004, p.127) que a análise do atendimento de alguns psicólogos “mostra que a ação do psicólogo religioso, muitas vezes, adquire características diretivas. A aceitação do comportamento do cliente é atravessada por julgamentos de valor e o trabalho da re-significação é desenvolvido a partir de um referencial anteriormente definido visando a um objetivo do psicólogo não discutido com o cliente”. De fato, a profissão de psicólogo está inserida no campo científico e nas limitações que a prática clínica cotidiana permite. O psicólogo pode, obviamente, ter sua religião, mas não deve confundir seu papel com o de religioso nem fazer superposições de saberes de ordens epistemológicas diferentes.

O que parece mais pertinente é estar disponível para o diálogo terapêutico (Vieira Filho, 2003), no qual a comunicação da problemática religiosa pelo usuário e ações clínicas derivadas são reconhecidas como parte do repertório do enquadre clínico, entendido também como sistema terapêutico. O psicólogo trabalha com um saber/fazer *experencial*, no encontro terapêutico, e com uma dialógica que tenta integrar tanto o saber clínico-científico quanto aquele saber, geralmente do senso comum, que faz sentido para o usuário e/ou família. Se a *experiência de sofrimento* deste(s) último(s) aborda o aspecto espiritual-religioso, deve-se incluí-lo no diagnóstico (complexo, integrativo) e trabalhá-lo no processo terapêutico em rede social (Vieira Filho, 2005). Pode-se definir a espiritualidade como um sentimento pessoal que se apresenta em conexão com o universo cósmico e os acontecimentos biográficos da pessoa, incluindo neles seus sentidos,

concepções, representações atribuídas ao “espírito” e ao “espiritual”.

Entretanto, parece pouco freqüente o usuário e/ou família falar se recorre(m) ou não aos cuidados religiosos nas primeiras entrevistas clínicas, mesmo que se diga que se respeita esse tipo de atenção ao sofrimento. Alguns pensam que podem ser mal-entendidos e considerados “malucos”, enquanto outros ficam receosos de que o terapeuta lhes peça para abandonar esse outro tipo de cuidado à saúde. Essas reações de defesa são previsíveis, tendo em vista a difusão, em nossa sociedade, de acusações preconceituosas referentes às práticas ditas não-oficiais. Portanto, é geralmente necessário um certo tempo terapêutico ligado ao estabelecimento do vínculo de confiança para que a comunicação dialógica se aprofunde e possibilite a expressão do que pode estar ainda reprimido ou silenciado pelo medo.

De fato, o que se tem observado é que, quando os usuários decidem por cuidados religiosos, não consultam geralmente o psicólogo e, quando este percebe alguma informação sobre essa prática durante o processo terapêutico, eles estão, muitas vezes, já freqüentando o local religioso. Quando essa questão religiosa se manifesta e se nota a emergência de uma demanda de cuidados à saúde do usuário e/ou família é que se coloca a possibilidade de alguma articulação entre os dois tipos de cuidados. Porém, em casos como “crise psicótica”, administrada em domicílio (Vieira Filho, 1998a), é possível negociações no “aqui e agora” com o usuário e/ou família, se for o caso, no sentido de se buscar uma colaboração no espaço religioso local o mais breve possível.

A construção de uma *rede social de apoio* supõe que as diferentes práticas de cuidados ao sofrimento não sejam nem concorrentes e nem centralizadas hierarquicamente sob a liderança de uma ou outra autoridade atuante.

Devem apresentar-se interligadas, numa coerência interna, de tal modo que o usuário e/ou família possa(m) sentir essa rede como, de fato, de suporte ou apoio social, com relações positivas de afeto e confiança e, ainda, poder elaborá-la subjetivamente, num aprendizado cotidiano que lhe(s) dá(ão) sentido. Nessas conexões solidárias, o terapeuta e o cuidador cooperam, dialogam e mantêm uma aliança saudável com o usuário e/ou família. Cada um respeita o saber e fazer inerentes às suas competências específicas. As articulações, nessa rede, se dão mais pela qualidade dialógica desses contatos, congruência interna e respeito mútuo entre ambos do que por rotinas formais de reuniões sistemáticas (Vieira Filho, 2001).

Entretanto, nem sempre as interações se passam com facilidade. De um lado, é preciso considerar que estas podem afetar tanto positivamente quanto negativamente as relações humanas entre as pessoas implicadas como também o estado de saúde do usuário e/ou família, dependendo da dinâmica da qualidade integrativa no interior dessa rede de apoio (Sluski, 1997). De outro lado, quando o psicólogo observa indícios de iatrogenia na relação usuário e/ou família e religioso, ele dialoga com o(s) primeiro(s) sobre esses efeitos percebidos. Se oportuno for, é possível sugerir uma mudança do local de cura ou seu(s) desligamento(s) desse(s) cuidado(s). Podem, ainda, ocorrer algumas dificuldades éticas para se entrar em contato com instituições religiosas que não são reconhecidas nem institucionalmente nem ao nível da cultura local.

Conclusão

A psicoterapia, enquanto *prática complexa*, focaliza o processo de comunicação (verbal e não verbal) nas relações terapêuticas, nas redes e nos circuitos interativos (Pagès, 1993). Para Paulo Freire (1977), o mundo social e humano

é o mundo da comunicabilidade, e esta se estabelece na intersubjetividade entre sujeitos interlocutores que dialogam em situações concretas e históricas. Afirmo que “o que caracteriza a comunicação enquanto este comunicar comunicando-se é que ela é diálogo, assim como o diálogo é comunicativo” (ibid, p.67). Então, a *eficácia comunicativa* supõe uma relação dialógica co-participativa que possibilita a reciprocidade entre sujeitos e o compartilhamento da compreensão (emoção, linguagem, inteligibilidade) do sofrimento com o usuário e/ou família (Vieira Filho, 2003).

Agindo em horizontalidade, o psicólogo diminui a distância entre a expressão de sua linguagem técnica e a linguagem da comunicação da experiência de sofrimento do usuário e/ou família. Esse processo dialógico mostra-se como facilitador da construção de sentidos entre interlocutores, possibilitando tanto o manejo técnico adequado para o psicólogo quanto re-significações e re-elaborações da(s) experiência(s) de mal-estar do usuário e/ou família, com efeitos em positividade. Ao contrário, em uma relação vertical-dominante, a eficácia comunicativa estaria interrompida, visto que haveria uma imposição interpretativa de um sujeito sobre a experiência do(s) outro(s). Esse manejo técnico, não dialógico, conduziria às referências simbólicas do sofrimento em prol do “discurso competente” (Chauí, 1981) do profissional, em detrimento de quem sofre e se expressa com sua subjetividade, cultura vivenciada e liberdade.

Destaca Pagès (1993, p.304) que “a comunicação que interessa ao terapeuta deve ser entendida como a atualização de um potencial, o estabelecimento ou o restabelecimento das possibilidades mesmo de comunicação”. Sendo assim, quando o aspecto espiritual-religioso aparece significativo na expressão da experiência de sofrimento, torna-se importante trabalhá-lo atualizando esse potencial comunicativo, por vezes, silenciado

e abafado no usuário e/ou família, o que pode dar origem, em determinados casos, à construção de uma *rede social de apoio*, incluindo cuidados religiosos, conectada ao processo terapêutico. Essa opção é criteriosa, e o usuário e/ou família não parece(m) buscar indiscriminadamente cuidados em instituições oficiais ou não, como foi mostrado anteriormente.

Essa rede não deve ser vista como simples aproveitamento de recursos humanos territoriais, mas, essencialmente, como *sistema de amparo social*, solidário com o

usuário e/ou família em situação de aflição. Trata-se de um momento interativo marcado por contatos e influências recíprocas, nas quais o psicólogo aprende a trabalhar cotidianamente a dialética da tensão clínica entre envolvimento relacional comunitário e o distanciamento profissional em prol do bem-estar do(s) usuário(s), complexificação do espaço terapêutico que não significa a complicação dos atendimentos, mas um re-ordenamento da atenção anteriormente simplificada para outro tipo de caráter multidimensional que vem dar prioridade ao sujeito-social e responder à sua demanda de cuidados à saúde mental.

Nilson Gomes Vieira Filho

LABCLIN, Universidade Federal de Pernambuco. Rua Acadêmico Hélio Ramos, S/N, Várzea, CEP: 50740-530, Recife, PE, Brasil.
E-mail: ngovi@uol.com.br

Recebido 17/08/04 Reformulado 11/04/05 Aprovado 15/07/05

ATHIAS, R. Sistema Médico e Representação entre os Hüpde-maku da Região do Rio Negro – Amazônia. **Horizontes Antropológicos**, vol. 9 (4), Porto Alegre, 1998, pp.237-261.

BARRADAS, S. Voir pour Croire et Croire pour Voir: l'Espace Maraboutique au Maroc. In Grossen M. & Perret-Clermont A. N. (org.) **L'Espace Thérapeutique. Cadres et Contexte**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1992, pp. 269-286.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social. Problemas Brasileiros de Saúde Mental**. São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.

CHAUÍ, M. O Discurso Competente. In Chauí, M. **Cultura e Democracia: o Discurso Competente e outras Falas**. SP: Moderna LTDA, 1981.

CONTRERAS, J. & FAVRET-SAADA, J. Ah! La Feline, la Sale Voisine. In Grossen M. & Perret-Clermont A. N. (org.) **L'Espace Thérapeutique. Cadres et Contexte**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1992, pp. 225-247.

DEVEREUX, G. **Essais d'Ethnopsychiatrie Générale**. Paris: Gallimard, 1973.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** 9ª edição. RJ: Paz e Terra, 1977.

GALLIO, G. **Lavoro Territoriale e Approccio di Rete**. Relatório técnico. Trieste: Unità Distrettuale Minori e Adolescenti, 1996.

LIMA, D. F. de. **Compreendendo o Sentido da Escuta através da Experiência de Ministros Religiosos**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2002.

LOPEZ, A. Mal-estar no Atendimento Clínico: das Posições Religiosas e Atéias. In **Anais do X Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da ANPEPP**. Aracruz, Espírito Santo, 2004.

LOYOLA, M. A. **Médicos e Curandeiros**. São Paulo: Difusão Editorial, 1984.

NATHAN, T. A Guerra Intercultural e a Psicopatologia – Especificidade da Etnopsiquiatria. In Barros, J.F.P. de (org.) **Terapêuticas e Culturais**. Rio de Janeiro: Intercon, 1998, pp.165-181.

NATHAN, T. **L'Influence qui Guérit**. Paris: Odile Jacob, 1994.

NATHAN, T., STENGERS, I. **Médecins et Sorciers**. Paris: Sanafi-Synthélabo, 1999.

NOBREGA, S. M. da. **Représentations Sociales de la Folie par les Familles de Malades Mentaux au Nord-est du Brésil: le Cas de João Pessoa**. Paris: Presses Universitaires du Septentrion, 2003.

PAGÈS, M. **Psychothérapie et Complexité**. Paris: Hommes et Perspectives, 1993.

PERELBERG, R. **As Fronteiras do Silêncio. Um Estudo de Desvio e Ritualização**. Rio: Achimé, 1976.

RIBEIRO, R. **Antropologia da Religião e outros Estudos**. Recife: Massangana, 1983.

ROSNY, E. de. Les Nouveaux Guérisseurs Africains: Réaménagement de l'Espace Thérapeutique. In Grossen M. & Perret-Clermont A. N. (org.) **L'Espace Thérapeutique. Cadres et Contexte**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1992, pp.249-267.

SCHUBERT, S.C. **Obsessão e Desobsessão. Profilaxia e Terapêutica Espíritas**. 7ª ed., Brasília: Federação Espírita Brasileira, 1981.

SLUZKI, C. E. **Rede Social na Prática Sistêmica. Alternativas Terapêuticas**. SP: Casa do Psicólogo, 1997.

TRIMBLE, D.W., KLIMAN, J. Intervenção na Rede. In Elkaim, M. (org.) **Panorama das Terapias Familiares**, v. 2. SP: Summus Editorial, 1998.

VIEIRA FILHO, N. G. **Le Circuit de la Demande Effective et de la Réponse Institutionnelle em Santé Mentale. Confrontation des Pratiques Thérapeutiques pour Adultes en Institution Psychiatrique Publique Brésilienne (Recife) et Italienne (Trieste)**. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Université Paris VII, Paris, 1992.

_____. Fundamentos do Atendimento Psicoterápico Psicossocial. In Vieira Filho, N.G. (org.) **Clínica Psicossocial. Terapias, Intervenções, Questões Teóricas**. Recife: EDUFPE, 1998, pp.37-53.

_____. Situação de "Crise" e Atendimento Psicossocial à Família. In Vieira Filho, N.G. (org.) **Clínica Psicossocial. Terapias, Intervenções, Questões Teóricas**. Recife: EDUFPE, 1998a.

_____. Souffrance Psychotique et Esprit Obsédant. Entre l'Action Thérapeutique et l'Accueil Religieux. **Bulletin de Psychologie**, t. 54(2), no 452, Paris, 2001, pp.137-145.

_____. O Processo Dialógico na Atenção Terapêutica Psicossocial. Contribuições de Paulo Freire. **Anais do III Colóquio Internacional Paulo Freire**. J. Pessoa: EDUFPE, 2003.

_____. A Atenção Psicossocial em Saúde Mental: Contribuição Teórica para o Trabalho Terapêutico em Rede Social. **Estudos de Psicologia**, vol.9 (2), Natal/UFRN, 2004, pp.301-308.

_____. Compreendendo a Prática Complexa do Psicólogo Clínico. Cotidiano e Cultura na Atuação em Circuito de Rede Institucional. In **Estudos de Psicologia**, vol.22 (3). Campinas: PUC-Campinas, 2005a (no prelo).

Referências