



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO
LINHA DE PESQUISA: CAMPO RELIGIOSO BRASILEIRO, CULTURA E
SOCIEDADE

ROSA MARIA PEREIRA DE MELO

**EGRESSOS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E SUA
REINSERÇÃO NA COMUNIDADE: PERSPECTIVAS
PSICOLÓGICAS E RELIGIOSIDADES**

Recife

2021

M528e Melo, Rosa Maria Pereira de.
Egressos de um hospital psiquiátrico e sua
reinserção na comunidade : perspectivas psicológicas
e religiosidades / Rosa Maria Pereira de Melo, 2021.
157 f. : il.

Orientador: Luiz Alencar Libório.
Coorientadora: Valdenice José Raimundo.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de
Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Ciências
da Religião. Mestrado em Ciências da Religião, 2021.

1. Hospitais psiquiátricos. 2. Religiosidade.
3. Hospital Ulisses Pernambucano. I. Título.

CDU 2:301

Pollyanna Alves - CRB-4/1002

ROSA MARIA PEREIRA DE MELO

**EGRESSOS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E SUA
REINSERÇÃO NA COMUNIDADE: PERSPECTIVAS
PSICOLÓGICAS E RELIGIOSIDADES**

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Religião.

Área de Concentração: Ciências Humanas.
Linha de Pesquisa: Campo Religiosos Brasileiro,
Cultura e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Luiz Alencar Libório
Coorientadora: Profa. Dra. Valdenice José
Raimundo

Recife
2021

ROSA MARIA PEREIRA DE MELO

**EGRESSOS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E SUA
REINSERÇÃO NA COMUNIDADE: PERSPECTIVAS
PSICOLÓGICAS E RELIGIOSIDADES**

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Religião.

Aprovada em _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Luiz Alencar Libório

Dr. Luiz Alencar Libório–Orientador (UNICAP)

Drance Elias da Silva

Dr. Drance Elias da Silva – Titular interno (UNICAP)

Anderson de Alencar Menezes

Dr. Anderson Alencar de Menezes – Titular externo (UFAL)

AGRADECIMENTOS

A Jesus Cristo, meu agradecimento especial, reconheço que sem Ele não teria forças suficientes para vencer mais uma etapa acadêmica. Foram muitas horas de dedicação aos estudos, com oração, a fim de transpor os desafios: viagens, novas aprendizagens, seminários, simpósios, congressos, mudanças, lugares novos, pessoas, muita produção escrita, apresentações presencial e virtual, grande parte durante o arriscado período de pandemia.

A minha filha Débora Pereira, por acreditar em mim, pelo seu amor incondicional, companheirismo e por tornar a minha vida mais leve e divertida.

A minha mãe Maria do Carmo, pelo apoio e paciência indispensáveis a minha formação profissional.

A minha irmã: Elisama Raquel e irmãos: José Maria, Reginaldo, Barbosa, Edmilson, Luiz e Adeildo, pelas palavras sempre confortantes.

Ao professor Dr. Luiz Alencar Libório, por ter sido meu orientador e ter desempenhado tal função com dedicação, por seus valiosos ensinamentos, amizade e apoio indispensáveis, que me ajudarão a vida inteira.

À professora Dra. Valdenice José Raimundo, minha coorientadora, pelo apoio necessário que possibilitou um bom desempenho neste processo de formação profissional.

Aos demais professores da Unicap, dos cursos de Teologia e Ciências da Religião, por todos os valiosos ensinamentos que guiaram meu aprendizado.

Aos componentes da Banca Examinadora: Dr. Drance Elias da Silva – Titular interno (UNICAP) e Dr. Anderson Alencar de Menezes – Titular externo (UFAL), pela brilhante atuação e carisma durante o percurso de minha apresentação, bem como pelas valiosas orientações complementares e importantes indicações de autores.

À secretária Daniele, da pós-graduação da Unicap, pela doçura espontânea, gentileza e atenção, sempre ao ser solicitada em momentos de dúvidas e preocupação.

Meu reconhecimento e apreço às amigadas que foram surgindo ao longo da pós-graduação, pelas conversas e colocações em sala de aula, nos congressos, simpósios e seminários, que me inquietaram, motivando a aprofundar temas desta pesquisa.

EPÍGRAFE

*Ai daquele que contende com seu Criador! O caco entre os outros cacos de barro.
Porventura dirá o barro ao que o formou: Que fazes? Ou a tua obra: Não tens mãos?
(Isaiás 45.9).*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Memorial entre os muros do Hospital Ulysses Pernambucano, de frente à porta que dar acesso ao interior do hospital.....	26
Figura 2: Vista de fora do Hospital Ulysses Pernambucano, caminho de acesso ao interior.....	32
Figura 3: Conjunto de árvores entre os muros do Hospital Ulysses Pernambucano.....	33
Figura 4: Banco de cimento com detalhe de cerâmica, acessível às visitas.....	34
Figura 5: Vista entre muros do complexo Ulysses Pernambucano.....	34
Figura 6 e 7: Hospital Psiquiátrico da Providência (Garanhuns – PE), fechado em virtude da Reforma Psiquiátrica do Brasil – Lei 10.216/2001.....	69
Figura 8: Porta de entrada e saída principal do Hospital Psiquiátrico da Providência.....	70
Figura 9: Vista externa do Hospital Psiquiátrico da Providência (Garanhuns – PE), durante o período do evento do Natal Luz.....	70
Figura 10: Porta de entrada do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (Recife – PE).....	71
Figura 11: Caminho de acesso interno ao complexo do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (Recife – PE).....	72
Figura 12: Canteiros entre os muros do Hospital Ulysses Pernambucano.....	73
Figura 13: Exposição de teatro de bonecos em Feira da Saúde; como desenvolvimento do Projeto Experimental: Vivo Mais sem Álcool (alunos).....	91
Figura 14: Exposição de teatro de bonecos em Feira da Saúde; como desenvolvimento do Projeto Experimental: Vivo Mais sem Álcool (alunos e professora).....	91
Figura 15: Placa indicando a localização do Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo e Outras Drogas (CAPS Ad) Recife.....	92
Figura 16: Porta de acesso ao Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo e Outras Drogas (CAPS Ad) Recife.....	92

Figura 17: Mesa e bancos de cimento, acessíveis às visitas na área externa, entre os muros do Hospital Ulysses Pernambucano.....	99
Figura 18: Mesa e bancos pequenos de cimento, acessíveis às visitas na área externa, entre os muros do Hospital Ulysses Pernambucano.....	100
Figura 19: Propostas de recursos multifuncionais para atendimento de alunos da educação especial.....	100
Figura 20 e 21: Exemplo de tecnologia assistiva em embalagem de bebida láctea, para facilitar o consumo por pessoas que têm dificuldade de manuseio (ergonomia).....	101
Figura 22: Bule desenvolvido para ser utilizado por pessoas idosas.....	102
Figura 23: <i>Design</i> inclusivo de mesa com computador.....	102
Figura 24: Painéis táteis, cerâmicos, podem ser utilizados pelos serviços educativos de museu.....	103
Figura 25: Letras maiúsculas e minúsculas, sobre cores que possibilitam uma melhor visualização para pessoas com deficiência visual.....	105
Figura 26: Régua de assinatura para o aluno cego.....	106
Figura 27: Bandeira da Catalunha. Acrílica sobre tela. Arte realizada por paciente do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano.....	107
Figura 28: Acrílica sobre tela. Arte realizada por paciente do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano.....	107

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 ENTRAVES HISTÓRICOS E PSICOSSOCIAIS À REINSERÇÃO NA COMUNIDADE DE EGRESSOS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ULYSSES PERNAMBUCANO.....	22
1.1 Histórias da “loucura” e da Luta do Movimento Antimanicomial: iatrogenias.....	23
1.2 Da negação da religião ao estudo da espiritualidade em Jung.....	34
1.3 O sujeito moderno e a construção de subjetividades: autonomia e psicopatologias.....	39
1.4 Psicossomática: quando a mente adoece o corpo.....	47
1.5 A igreja evangélica brasileira e o “bicho de sete cabeças” da modernidade: os perigos de abraçar os costumes mundanos.....	50
2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA, A REINSERÇÃO PSICOSSOCIAL E RELIGIOSA DO EGRESSO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ULYSSES PERNAMBUCANO: POLÍTICAS PÚBLICAS.....	65
2.1 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: desafios de hoje.....	66
2.2 Atenção Psicológica: relato de uma experiência profissional no ambulatório de um hospital particular de Garanhuns - PE.....	76
2.3 A família e o cuidado de pessoas em profundo sofrimento psíquico.....	81
2.4 O “caco entre os cacos”: o suicídio, entre os limites da ciência e da fé na Era do Coronavírus.....	84
2.5 A estigmatização da “loucura”, o trabalho e as tecnologias assistivas na escolarização do egresso: desafios da Reforma Psiquiátrica.....	92
2.6 O Cristianismo e a Inclusão social.....	109
3 A RELIGIOSIDADE E A ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO, EMPODERAMENTO, RESILIÊNCIA E INTEGRAÇÃO DA PSIQUE DOS EGRESSOS NA REINSERÇÃO NA COMUNIDADE.....	115
3.1 Psicologia e Ciências da Religião: complementaridade na compreensão de fenômenos clínicos.....	116

3.1.1 Línguas estranhas e profecia: o olhar da Psicologia Clínica para a espiritualidade pentecostal.....	121
3.2 Fenômenos religiosos, símbolos e arquétipos no Hospital Ulysses Pernambucano.....	129
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS.....	136
ANEXOS.....	151



EGRESSOS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E SUA REINserÇÃO NA COMUNIDADE: PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS E RELIGIOSIDADES

RESUMO

Os pacientes sofrem pela falta de preparo para a vida fora do hospital psiquiátrico, porque se reforçam as práticas assistencialistas e protecionistas do antigo modelo hospitalocêntrico. Muitos desses egressos não conseguem sequer usar o cartão para sacar seu benefício, sendo usurpados os direitos mais comuns, direitos à informação e à comunicação. Muitas vezes com considerável percepção cognitiva de mundo, o que reforça a estigmatização da “loucura” e dos “egressos”. Como a religiosidade pode contribuir para o processo de reinserção psicossocial na comunidade, no processo de integração psicológica e social, mesmo apresentando problemas graves no seu âmbito? O objetivo é identificar e refletir sobre as práticas e projetos de promoção da equipe de saúde mental do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (HUP) na reinserção psicossocial dos egressos na comunidade, segundo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), e sobre a religiosidade desses pacientes durante o processo de readaptação à comunidade de origem. Trabalhou-se com a pesquisa bibliográfica e as pesquisas em imagens e vídeos do *YouTube*. Constatou-se que o HUP desenvolve vários projetos terapêuticos no CAT (Centro de Atividades Terapêuticas), com finalidades recreativas e terapêuticas, nenhum entre eles que consiste na formação educacional e profissional de seus pacientes, de continuidade dos estudos, o que revela a descrença institucional na capacidade de reabilitação intelectual de seus pacientes e falta de preocupação com a reinserção psicossocial de seu público, numa sociedade que se revela cada vez mais excludente. Percebeu-se a presença de fiéis de diferentes matrizes religiosas no espaço do Hospital Ulysses Pernambucano, aonde a religiosidade já foi vista com desconfiança, sob padrões higienistas. Discute-se sobre a importância do psicólogo, junto a equipe multidisciplinar, considerar (estar aberto sem preconceitos) ao discurso religioso do indivíduo, identificando simbologias, conflitos religiosos, crenças institucionais, patologias de ordem religiosa e as práticas inclusivas das religiões que promovem autonomia, resiliência, alteridade e empatia; a fim de facilitar o processo de reinserção psicossocial de seus egressos.

Palavras-Chave: 1. Hospital Psiquiátrico. 2. Ulysses Pernambucano. 3. Escolarização. 4. Profissionalização 5. Religiosidade.



EGRESSES FROM A PSYCHIATRIC HOSPITAL AND ITS REINSERTION IN THE COMMUNITY: PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVES AND RELIGIOSITIES

ABSTRACT

Patients suffer from the lack of preparation for life outside the psychiatric hospital, because the care and protectionist practices of the old hospital-centered model are reinforced. Many of these egresses are not even able to use the card to withdraw their benefit, the most common rights, rights to information and communication being usurped. Often with considerable cognitive perception of the world, which reinforces the stigmatization of "madness" and "egresses". How can religiosity contribute to the process of psychosocial reintegration in the community, in the process of psychological and social integration, even with serious problems in its scope? The objective is to identify and reflect on the practices and projects of promoting the mental health team of Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (HUP) in the psychosocial reintegration of egresses into the community, according to the assumptions of the Psychiatric Reform (Law 10.216 \ 2001), and on the religiosity of these patients during the process of readaptation to the community of origin. We worked with bibliographic research and searches on YouTube images and videos. It was found that the HUP develops several therapeutic projects in CAT, with recreational and therapeutic purposes, none of which consists of the educational and professional training of its patients, of continuity of studies, which reveals the institutional disbelief in the capacity for intellectual rehabilitation of its patients and lack of concern with the psychosocial reinsertion of its public, in a society that proves to be increasingly exclusionary. It was noticed the presence of faithful from different religious backgrounds in the space of Hospital Ulysses Pernambucano, where religiosity has already been viewed with suspicion, under hygienist standards. It discusses the importance of the psychologist, with the multidisciplinary team, to consider (being open without prejudice) to the individual's religious discourse, identifying symbologies, religious conflicts, institutional beliefs, pathologies of a religious order and the inclusive practices of religions that promote autonomy, resilience and empathy in order to facilitate the process of psychosocial reintegration of its egresses.

Keywords: 1. Psychiatric Hospital. 2. Ulysses Pernambucano. 3. Schooling. 4. Professionalization 5. Religiosity.

INTRODUÇÃO

Com esta pesquisa: “Egressos de um hospital psiquiátrico e sua reinserção na comunidade: perspectivas psicológicas e religiosidades”, buscou-se compreender como o Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (Recife – PE), trabalha a reinserção psicossocial de seus pacientes, a fim de conhecer elementos objetivos de empoderamento social nas práticas cotidianas, que possibilitam a seus internos e posteriormente egressos, a autonomia de assistencialismos. Ainda nessas perspectivas de inclusão, pesquisou-se quais são as manifestações psicorreligiosas durante o processo de tratamento na instituição.

Esta é uma pesquisa bibliográfica e tem, principalmente, os seguintes trabalhos como embasadores teóricos: *Religião e histeria feminina: psiquiatria e religiosidade popular no Recife (1950-1959)* (Dissertação de Mestrado de Lúcia de Fátima Cordeiro Pires Mascena, em Ciências da Religião pela Unicap, 2011); o capítulo I – O hospital Ulysses Pernambucano e o centro de atividades terapêuticas – perspectiva histórica; o capítulo IV – Caminhos para a intervenção – o centro de atividades terapêuticas no contexto atual (Tese de Doutorado de Ana Elizabeth Lisboa Nogueira Cavalcanti, em Psicologia Clínica pela Unicap, 2013; e *O espírito “anormal” e a religião no processo educativo de Ulysses Pernambucano* (Capítulo II do livro: *Mosaicos Religiosos: múltiplos olhares em Ciências da Religião, Volume II*, 2018). Fez-se também leitura de imagens e de vídeos do *YouTube*. A pesquisa bibliográfica partiu do olhar psicológico sobre a cidadania dos pacientes e fenomenologia religiosa, por isso utilizou-se as hermenêuticas existencial e psicanalítica junguiana.

Outros importantes embasadores teóricos da dissertação: o Conselho Federal de Psicologia e Ministério da Saúde do Brasil, com os conceitos de direitos humanos, saúde mental, educação e trabalho; em Carl Gustav Jung, Michel Palmer e James Hillman apresentou-se os conceitos de individuação, arquétipos e psicossomática, defendendo uma atuação psicológica, psicoterápica, voltada para leitura dos conteúdos religiosos dos pacientes, método junguiano. Em Adolpho Hoirish, Isaias Pessoti, Michel Foucault, Eduardo Vasconcelos, Daniela Arbex, Bourdieu e Paulo Dalgalarondo, foi discutido relações de poder na família, na escola, nas instituições psiquiátricas e na religião (esta como espaço de poder), e as iatrogenias; a partir de Marzio Barbagli, Peter Berger, William E. Paden, Danièle Hervieu-Léger, Boaventura de Sousa Santos, Inácio Neutzling e Gerd Theissem, discute-se modernidade, crenças, individualismos, depressão, neuroses, suicídio, inclusão e alteridade, e como a ação da ética cristã sobre o psiquismo pode atuar de forma profilática de doenças psiquiátricas; a partir

da discussão sobre escola, pobreza e deficiência, em Miguel G. Arroyo, Paulo Freire, Eveline Algebaille e Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes, apresenta-se uma proposta inovadora de uma política pública, nos campos de educação inclusiva e acessibilidade para os pacientes institucionalizados, com uso das tecnologias assistivas¹, ainda dentro da instituição psiquiátrica, que preparem melhor para a saída definitiva, tendo em vista a necessidade de inserção na sociedade globalizada e a estigmatização do egresso ainda ser muito alta.

Por isso, a pesquisa torna-se extremamente importante, pois cria discussões no âmbito da própria Reforma Psiquiátrica, a fim de que o paciente, ainda na instituição, possa ter acesso ao conhecimento escolar e acadêmico: oficinas de alfabetização; cursos profissionalizantes; reforço escolar; pré-vestibular, Enem e educação especial, com tecnologias assistivas. Tudo isso a partir da “mobilização focal”, envolvendo apoio recíproco e transdisciplinaridade da equipe de saúde mental, na busca também de parcerias com associações, empresas, governos, faculdades, famílias, comunidades religiosas e ambulatórios. Essas práticas precisam ser contínuas na rede substitutiva do hospital psiquiátrico, especificamente CAPS² e Vilas Terapêuticas.

O trabalho tem base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, de reestruturação da assistência, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em profundos sofrimentos psíquicos, que é a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, tendo em vista o referido hospital se posicionar como uma referência em Saúde Mental.

A partir disso, buscou-se pesquisar como o Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambuco (Recife – PE) trabalha a reinserção psicossocial e como se percebe a religiosidade de seus pacientes nas suas práticas cotidianas.

Propõe-se a partir daí, discutir uma política pública necessária para o referido hospital, no campo de educação inclusiva e práticas psicoterápicas inovadoras, que contemplem o indivíduo de maneira ampla.

¹ Tecnologias assistivas: ajuda técnica em produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social; a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 fala sobre acessibilidade, esta redação foi mais tarde disposta na Lei nº 13.146, de 2015. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA CASA CIVIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm Acesso em: 20 jul. 2020.

² CAPS: Centros de Atenção Psicossocial, “têm valor estratégicos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país”. BRASIL. Ministério da Saúde do. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, novembro de 2005. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracaspdf; Acesso: 18 jul. 2020.

Buscou-se entender as metodologias de trabalho que promovem o protagonismo e inclusão para aqueles in/egressos da internação, frente a entraves sociais: preconceitos, desconfianças, dificuldades de adaptação, abandono, solidão e angústia; muitas vezes ocasionados pelos estigmas da doença psíquica, pela cronicidade do tratamento ao longo do tempo no “hospício”; pela iatrogenia e efeitos colaterais dos remédios (impregnações); e por fatores genéticos e hereditários; além da escassez de políticas públicas inovadoras de inclusão. Deu-se atenção às práticas dos profissionais que trabalham no CAT (Centro de Atividades Terapêuticas) do Hospital Ulysses Pernambucano, com base nos estudos de campo de Cavalcanti (2013) sobre as práticas de psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

A partir de referenciais teóricos e documentários é possível constatar as dificuldades que os egressos têm de adaptação dentro e fora de hospitais psiquiátricos, devido aos preconceitos referentes ao internamento no “hospício”, e à própria história da loucura (Foto n. 09, Anexos) no imaginário popular, a exemplo das narrativas de Barbacena³, aonde se usava terapias violentas e comercializava-se material humano; eram comuns iatrogenias e a religiosidade era mal compreendida. Os antigos hospitais psiquiátricos eram verdadeiros campos de concentração aonde os direitos humanos e as subjetividades eram negadas.

Por isso, a importância do conhecimento aprofundado por parte dos profissionais de saúde mental, sobre éticas das religiões, matrizes religiosas, campo e simbolismo religioso; para uma abordagem adequada dos quadros psicopatológicos: depressão, transtorno bipolar e psicoses, uma vez que religiões e crenças exercem uma grande influência sobre o psiquismo dos indivíduos. A religião é um âmbito que se vivencia a vida, resiliência, alteridade, transcendência, mas também espaço de morte, sofrimento, luta e poder. Daí a importância da leitura do mundo simbólico do paciente.

A fenomenologia é uma tentativa de compreensão da essência da experiência humana, seja ela psicológica, social, cultural ou religiosa, a partir da análise das suas manifestações, que são chamadas de fenômenos. É uma tentativa de compreensão não do ponto de vista do observador, mas do ponto de vista da própria pessoa, que teve a experiência (SILVA, 2014, p. 31).

³ Barbacena: cidade mineira que abrigou o maior hospital psiquiátrico do Brasil (o Colônia). Mantido por instituição tradicional e apoio da Igreja Católica, o Colônia teve as portas abertas desde 1903. “Tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos”. Estima-se que sessenta mil perderam a vida entre os muros do Colônia. “Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental”. Cf. ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 13, 22-23.

Sobre a relação saúde e religiosidade na sociedade recifense.

No coração do Recife, onde pululam as tradições culturais e religiosas mais significativas da cidade, precisamente no Mercado de São José, age a medicina mágica através de benzeduras e da profilaxia de amuletos e patuás; age a medicina religiosa, age ainda mais a medicina empírica demonstrada através de chás, garrafadas, purgantes, vomitórios, alimentadas por uma flora específica de raízes, entrecascas, folhas, sementes, flores e frutos, e em alguns casos, as rigorosas restrições alimentares (MOTA, 1991, p. 250 *apud* MASCENA, 2011, p. 57).

Sobre a influência das religiosidades na saúde da população brasileira, Mascena afirma:

Visto sob essa ótica, percebemos que, entre as formas adotadas para a realização das curas, estão os procedimentos de caráter simbólico-religioso usado para reforçar as terapias adotadas. Para isso, são comuns: a água-benta, os passes, orações, patuás, crucifixos, medalhas e escapulários colocados juntos ou em contato direto com o corpo dos enfermos. A medicina popular de hoje, como em tempos passados, continua a apoiar-se na fé religiosa, que reforça o sentimento de culpa e do castigo divino, quando, diante dos problemas, em especial, os referentes à saúde. Do ponto de vista estritamente religioso, percebe-se que está nas religiões de origem e influência africana, o uso de plantas, o qual foi exaustivamente utilizado, tanto nas cerimônias religiosas como nos rituais de cura (MASCENA, 2011, p. 58).

O preconceito e desconfiança que atravessa quem é ou foi usuário de hospital psiquiátrico (Foto n. 08, Anexos), pode-se dizer que é o principal entrave para a inclusão. Muitas vezes estas pessoas são consideradas uma ameaça; tratadas como incapazes de assumir uma profissão ou até mesmo de se defenderem frente às injustiças, pois é longa a história de sofrimentos psíquicos intensos; e por dificuldades cognitivas oriundas das impregnações – devido ao uso contínuo de drogas bloqueadoras da emoção; à iatrogenia e à mortificação do eu, própria do enquadramento da instituição (Foto n. 02, Anexos), mesmo diante da diversidade religiosa de seus pacientes e de suas histórias pessoais.

As atividades psicoterapêuticas e ocupacionais têm uma grande importância na reinserção dos egressos.

O Ministério da Saúde do Brasil foi claro ao afirmar: “Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica - processo amplo de inclusão social e promoção da cidadania das pessoas com transtornos mentais - é a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços” (BRASIL, 2020, p. 36).

Os pacientes não podem ser tratados como parte fora da engrenagem capitalista, é preciso dar condições para que haja adaptação fora da instituição, devolvendo-lhes a autonomia. Além disso, é importante considerar todas as dimensões que compõem o sujeito. A religiosidade é uma das partes integrantes dele, muitas vezes é uma forma de lidar com a dor psíquica e opera no processo de reorganização de si, mas também a religiosidade pode trazer implicações patológicas, quando não promove sua autonomia, alteridade e transcendência.

Sugere-se a abordagem psicoterapêutica junguiana na clínica, prática psicológica que contempla os fenômenos religiosos e culturais, para um estudo profundo da psique do paciente, sem proselitismos.

Ainda sobre a religiosidade, Lombroso (2001, p. 465 *apud* SANTOS 2018, p. 8) na sua época acreditava que “a religião é resultante de um sentimento atávico e, salvo caso de barbárie absoluta, tem tanto mais força quanto menos cultivado é o espírito e mais primitivo é o povo”. Para Santos (2018, p. 8): “a religião e a escola teriam papel fundamental na prevenção do comportamento antissocial dos portadores das anormalidades mentais. [...] parâmetros propostos pelo psiquiatra italiano Cesare Lombroso, um dos fundadores da Criminologia e da Antropologia Criminal na segunda metade do século XIX”.

As narrativas sagradas individuais e coletivas trazidas à clínica, podem dar importantes sinais do condicionamento psíquico, onde podem estar presentes elementos de integração ou desintegração da personalidade. Alguns arquétipos repetitivos (personas e sombras), adotados pelo paciente em crise, podem mostrar tentativas de superação de conflitos ou são sinais muito dolorosos.

Eduardo Vasconcelos afirma:

Contar a história pessoal, quando ela é profundamente marcada pela experiência de crise, não é nada fácil. Muitas partes ficaram perdidas, escondidas pela dor, pela humilhação, mortificação e estigma. Voltar a elas só pode se dar depois, com a disponibilidade de revisitar as feridas, limpá-las, não ter vergonha de tê-las tido, e descobrir as formas e linguagens mais adequadas para descrevê-las (VASCONCELOS, 2005, p. 55).

Sabe-se que em muitos casos, os pacientes que estão em situações de cronicidade podem ter sido vítimas de injustiças sociais, familiares, amorosas, religiosas e políticas, como a história nos mostra. Antes não se considerava a fala do doente em sua própria defesa, mas privilegiava a fala da família para manutenção da ordem familiar e social.

Ayres (2000) *apud* Cavalcanti (2013, p. 58) considera que “O conceito de cuidado é visto como necessidade de se resgatar o humano nos modelos assistenciais, numa perspectiva

de bem-estar. Percebe-se que o importante, para a humanização, é a permeabilidade do técnico ao não-técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas”. Por isso, também, discutiu-se como se dá o processo de autonomia, protagonismo, resiliência e alteridade (virtudes trabalhadas em denominações cristãs), nas atividades do hospital: terapias ocupacionais, projetos do cotidiano, que possibilitam a seus internos e posteriormente egressos, a inclusão social.

Isaias Pessotti observa:

Assim, na prática hospitalar, a coluna mestra do tratamento moral é o poder do médico, defensor da razão, garantidor da ordem, depositário da norma social. E nisso reside um aspecto inquietante da *práxis* psiquiátrica desde então: o seu compromisso com alguma forma de ordem pública, alguma forma de conduta, socialmente aprovada e na qual o comportamento aberrante deve ser enquadrado (PESSOTTI, 1996, p. 129).

O ambiente que devia “curar” e gerar inclusão e autonomia dos sujeitos, só cronificava os sofrimentos. Todavia, muitas vezes o sofrimento psíquico torna-se tão intenso a ponto de recorrer-se a internações psiquiátricas. Sendo atualmente a população admitida, em sua maioria, por comportar alguma “entidade nosológica” grave, a ponto da convivência fora do hospital representar um grande risco para o paciente e para sua comunidade.

Sobre a saúde bucal dos pacientes do Hospital Ulysses Pernambucano, Cavalcanti (2013, p. 115) faz a seguinte observação:

Há necessidade de dentista na instituição, o que é percebido e sentido pelos pacientes. Como um tratamento dentário seria importante para a autoestima deles! Muitos têm os dentes estragados, motivo pelo qual não riem nas fotos, sentem vergonha e ficam tristes. Comentam que os cônjuges não os querem mais por esse motivo, o que atesta a importância da presença de um dentista na instituição.

Sobre as práticas psicossociais desenvolvidas no CAT (Centro de Atividades Terapêuticas) do HUP (Hospital Ulysses Pernambucano), Cavalcanti (2013) mostra no seu Diário de Campo certos “desencontros”, uma pequena amostra das perspectivas psicológicas da equipe multidisciplinar.

Uma característica que impressiona, em alguns membros da equipe, é uma espécie de alienação, quem sabe uma defesa em relação ao envolvimento emocional e psíquico a que uma interação mais profunda com os pacientes poderia levar. É possível que o lidar permanente com o sofrimento em suas

diferentes formas, com o imaginário bizarro de muitos pacientes seja responsável pelo fato (CAVALCANTI, 2013, p. 114).

Em suma, pretendo discutir principalmente que a Reforma Psiquiátrica do Brasil, legitimada com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, propondo a desinstitucionalização a partir da redução dos leitos psiquiátricos, gradual e total; e que indica a inclusão pelo trabalho, daí a constante necessidade de desenvolvimento desta Reforma; não apresenta propostas desenhadas (específicas) de inclusão de acordo com as especificidades clínicas desses egressos (risco de vida – suicídio e psicopatologias pelo uso de drogas, dentre outras), nos campos: psicoterapêutico, educacional e profissional, medidas necessárias para promoção da cidadania com autonomia e para restabelecimento da confiança perdida devido a terapêutica das internações – principais entraves do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica.

A Lei da Reforma Psiquiátrica do Brasil estabelece tratamentos territorializados, serviços próximos das pessoas com participação das redes de apoio e sociabilidade, mas são necessárias a intensificação de políticas públicas, como projetos de alfabetização, inclusão em outras fases da escola e acesso aos meios tecnológicos, já no hospital psiquiátrico; que preparem os egressos para a saída definitiva, para que possam sobreviver com autonomia e alteridade; mesmo os pacientes agudos, usuários de substâncias psicoativas e os judicializados, como a Reforma Psiquiátrica propõe, considerando as especificidades clínicas desses egressos e os estigmas sociais.

O que Cavalcanti observou no CAT (Centro de Atividades Terapêuticas) sobre a atuação profissional em saúde mental, corrobora o que acabei de enfatizar nas entrelinhas acima em minha pesquisa bibliográfica:

Qualquer que seja a razão, sentia uma falta de solidariedade e de envolvimento nas ações dos profissionais que ali estão trabalhando. Como se estivessem anestesiados diante do que vivem. Muitas vezes os pacientes eram enquadrados em determinada doença psíquica, quer seja bipolaridade, histeria..., o que justificava suas reações e, desta forma, não se abriam à escuta do que precisavam comunicar. Um automatismo, uma desmotivação, uma espécie de “cansaço profissional”, uma acomodação diante da dor. Os pacientes, em muitas ocasiões, momentos de desespero, dor e perigo, são ajudados pelos próprios pacientes ou voluntários que estão no HUP. Poucos profissionais se disponibilizam a realizar outras funções, quando necessárias, como se o que acontecesse naquele lugar e as situações imprevisíveis não fizessem parte do seu trabalho (CAVALCANTI, 2013, p. 114).

Berger (1985) diz que religião faz a sustentação do indivíduo diante da morte iminente (coisa que o Estado não consegue lidar), e que leva qualquer um para um estado de anomia

social, desespero, desestruturação psicológica e perda do sentido da existência. A religião consegue ajudar nessa passagem, tornando a situação de medo e angústia amena e esperançosa.

Observa-se, também, que no setor privado (ambulatorios de hospitais) falta diálogo entre os profissionais da saúde, cada qual faz sua intervenção independente e o paciente ou cliente é uma peça apenas na engrenagem capitalista do lucro. E na clínica o psicólogo encontra-se sozinho junto ao paciente, pois falha o diálogo com outros profissionais de saúde mental, ainda que muitos pacientes venham de encaminhamentos burocratizados onde o médico é quem dita as normas. Além disso, o psicólogo é muito desvalorizado e mal remunerado, o que corrobora ainda mais para desmotivação profissional na clínica.

Criado em 2006 pelos Conselhos Regionais e Federal de Psicologia, o CREPOP (Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas), vem a ajudar, pois traz diretrizes para a atuação dos psicólogos em políticas públicas específicas, inclusive para egressos psiquiátricos – ações insipientes ainda. Oliveira (2007, p. 127) observa: “Costumo dizer que o ‘filé’ do CREPOP são as diretrizes. [...] pretende, de fato, que seja um espaço de ancoragem de todo tipo de informação útil para um psicólogo atuar nas políticas públicas. Nada do que se diga da política pública e da Psicologia será estranho a esse *site*”.

Logo, com estas constatações em práticas clínicas, leituras bibliográficas e abordagens psicossociais do hospital psiquiátrico, poderá discutir-se e fazer notórias melhores metodologias e práticas em políticas de saúde mental.

A subjetividade humana que integra o eu, é construída a partir de vários campos de força e a Psicologia não deve ocultar nenhum deles, inclusive a religiosidade. Todavia, percebe-se que muitas teorias e metodologias psicológicas ainda são limitadas quando se deparam com questões existenciais profundas a respeito da vida, da morte e da eternidade. Só o conhecimento sobre religiões é que esclarecerá esses aspectos para sujeito. “Quanto mais profundamente a psicologia puder ir em sua compreensão, isto é, em significados interiores universais expressos pela linguagem arquetípica de ‘falares míticos’, tanto mais precisa cientificamente ser ela e tanto mais alma terá” (HILLMAN, 2009, p. 62). O ser humano exige mais que explicações teóricas racionais, precisa ser compreendido por suas percepções subjetivas.

“A formação acadêmica do psicólogo é falha em relação aos subsídios teóricos que possam embasá-lo na prática institucional. [...] o fizeram adaptando modelos de atuação da realidade de consultório” (CAMON, 1984, p. 11). Por isso, o desafio do profissional de psicologia é imenso diante do sofrimento intenso do paciente psiquiátrico. O engessamento numa teoria psicológica é insuficiente tecnicamente para dar conta de demandas de níveis tão elevados de complexidade. Muitas vezes a unidade psicológica da personalidade (psique) com

sua identidade, funções cognitivas, afetivas e espirituais, em muitos pacientes psiquiátricos, devido ao sofrimento, por estarem desconectadas, manifesta um eu fragmentado, despersonalizado; fica excluído da realidade social e dos padrões linguísticos aceitos para convivência social, dita normal.

Partindo de minha experiência neste campo de saúde humana, justifica-se refletir e discutir com esta dissertação sobre o estigma social que os egressos dessas internações carregam pelos efeitos iatrogênicos e sua dificuldade de autonomia, adaptação psicossocial e religiosa no ingresso e permanência na escola, no mundo do trabalho e das tecnologias de acessibilidade, para reconstrução da vida e das relações interpessoais.

Com acesso aos mundos do trabalho e tecnológico, reconstrói-se a autonomia e o respeito perdido devido a terapêutica das internações, como sugere a Reforma Psiquiátrica. Propõe-se a entrada deles na escola de acordo com suas especificidades clínicas, com o uso de metodologias adequadas e tecnologias assistivas, e uma abertura para compreensão do simbolismo religioso.

O tema da dissertação foi dividido em três capítulos:

Capítulo 1 – “Entraves históricos e psicossociais à reinserção na comunidade para egressos do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano”: o capítulo objetiva identificar e apresentar reflexivamente os entraves históricos, sociais e religiosos que dificultam a reabilitação de pessoas que estiveram em internação psiquiátrica como: preconceitos, estigmas, estereótipos e outras formas de exclusão. Mostra as lutas e conquistas históricas do Movimento Antimanicomial no reconhecimento dos direitos humanos e da cidadania dessas pessoas. Trata dos obstáculos na reinserção ao saírem de alta, primeiramente porque elas não estão sendo preparadas para lidar com complexidade do mundo lá fora, no que se refere a absorção de elementos que lhes ajudarão na subsistência e inclusão diante da modernidade seletiva: escola e profissionalização; além da problemática do pluralismo religioso moderno, obstáculos familiares, jogos e problemas relacionados ao Covid-19, novas subjetividades e sofrimentos emocionais.

Capítulo 2 – “A Reforma Psiquiátrica, a reinserção psicossocial e religiosa do egresso do hospital psiquiátrico Ulysses Pernambucano: políticas públicas”: o capítulo objetiva problematizar sob o ponto de vista acadêmico, acerca dos desafios pessoais e políticos da Reforma Psiquiátrica, no processo de inclusão psicossocial do egresso de hospitalização psiquiátrica, mostrando a necessidade de políticas públicas voltadas para profissionalização, Educação Básica e Superior, como forma de empoderamento social, autonomização e cidadania; discute-se práticas de inclusão, prevenção e intervenção psicológicas quanto ao

desafio do suicídio. Trata de projetos que vêm sendo realizados na política pública nacional para essas pessoas e de propostas ousadas da autora, em políticas públicas locais, a exemplo da escolarização com tecnologias assistivas no hospital, como as já aplicadas na educação de deficientes visuais e auditivos, conforme lei específica. Mostra também como a religião pode ser positiva na inclusão e no enfrentamento do suicídio, dando sentido à vida. Mostra a hermenêutica bíblica de fenômenos espirituais integralizadores da psique, comuns em denominações religiosas, como: a glossolalia, profecias, visões e oração; sendo importante a compreensão do contexto religioso do paciente, dinâmica psíquica, pelo profissional de Psicologia, para discernimento e sua inclusão adequada na comunidade; aborda conflitos e patologias psiquiátricas em jovens, experiências profissionais da autora relacionadas às demandas de consultório e problemas de estudantes com o álcool.

Capítulo 3: “A religiosidade e a espiritualidade no processo de individuação, empoderamento, resiliência e integração da psique dos egressos na reinserção na comunidade”: o capítulo objetiva analisar e discutir a importância de dar atenção e promover nos hospitais e clínicas psicológicas, o conhecimento sobre os fenômenos da religiosidade (campo simbólico, matrizes religiosas, éticas e direitos humanos das religiões) e sobre a sua linguagem arquetípica; à especificidade dos modos de enfrentamento da dor psíquica da angústia e da depressão pela iminência da morte. Tem base na pesquisa bibliográfica, especificamente em três trabalhos: dissertação de mestrado, tese de doutorado e capítulo de livro sobre o Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano. Analisa-se as práticas psicoterapêuticas ocupacionais do hospital, bem como capta os fenômenos religiosos que identificam a pertença religiosa dos pacientes, narrativas espontâneas, comportamentos e simbologias; faz uma análise buscando referências em elementos da Psicologia Analítica e do Cristianismo Primitivo, como integração psíquica, autonomia, resiliência, numa perspectiva crítica.

=>=>

1 ENTRAVES HISTÓRICOS E PSICOSSOCIAIS À REINserÇÃO NA COMUNIDADE DE EGRESSOS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ULYSSES PERNAMBUCANO

O testemunho histórico permitirá reflexões acerca dos tratamentos aplicados às pessoas que sofrem de transtornos psíquicos, mostra a evolução dos métodos psicológicos e psiquiátricos; práticas de abusos por desconhecimento de métodos adequados; e nos ajuda a refletir sobre a necessidade de ampliar as discussões sobre o que já se tem construído no campo de saúde mental e o que precisa ainda melhorar, principalmente no que se refere a diminuição dos estigmas e exclusão dessas pessoas no âmbito do hospital, no que lhes permita sua reinserção na comunidade, sem recaídas, pela construção de políticas públicas.

A desvalorização do usuário pela patologia que porta, acrescente-se a discriminação pelo fato de ser egresso psiquiátrico, pode-se dizer que é um dos grandes entraves para reinserção na comunidade. Some-se a isso a falta de práticas multidisciplinares contextualizadas de inclusão.

A pesquisa também busca demonstrar como o hospital psiquiátrico lida com a diversidade religiosa e mundo simbólico dos pacientes, diferenciando-o de psicopatologias e como se dar a reinserção psicorreligiosa.

Percebe-se que ainda são muitos os preconceitos no que se refere a acolhida do tema espiritualidade na Psicologia, não se ouve a alma, que está impregnada de mensagens subliminares, sonhos, experiências positivas e não apenas instinto e dor. É preciso uma abertura maior dos profissionais de saúde mental para as narrativas “enigmáticas” (religiosas, culturais e espirituais) trazidas pela a pessoa que sofre, para poder entender quais são suas demandas reais, perigos e potencialidades de vida, construindo pontes sobre os vazios dos egocentrismos, a transcendência. O bem devia sobrepor as coisas nocivas e dolorosas, estas precisam ser enfraquecidas e superadas. É preciso reforçar as coisas positivas da vida, principalmente quando se cuida de pessoas fragilizadas.

A vida é mais que a religião, precisa ser cuidada e sua dignidade deve ser defendida. Sobretudo ficar atento aos dilemas enfrentados na atualidade no que se refere a temática religiosa que traz muitos sofrimentos psíquicos.

A meu ver são entraves imediatos da “Desinstitucionalização Psiquiátrica” (Reforma Psiquiátrica): trabalho no mundo globalizado; estigmas sociais da loucura que provoca desprestígio na comunidade de origem; tentativas crescentes de suicídio como resultado do discurso atual de atração pela morte, por doenças graves e por desastres; abuso de drogas que

acarretando surtos psicóticos; necessidade de substituição de práticas assistencialistas; e de promoção de protagonismo e alteridade; e uma psicoterapia integral.

1.1 Histórias da loucura e da Luta do Movimento Antimanicomial: iatrogenias

Conforme Forghiere (2007), na Antiguidade: ameaças, banhos quentes e outras práticas terapêuticas primitivas ligadas ao misticismo e à religiosidade, eram muito aplicadas no tratamento de pessoas com doenças psicológicas graves, dentre outras formas de tratamento, sendo até eficazes. Havia a crença de que a pessoa perturbada ficaria curada se fosse acompanhada por uma pessoa saudável, mas também para obter-se a cura era praticado o exorcismo. Na Grécia Clássica foram construídas as bases racionalistas sobre o ser humano, calcadas nos estudos de Sócrates e Aristóteles; acreditavam na cura do enfermo a partir do diálogo, defendiam a cura pela palavra. Nesse momento enfatizava o *phatos* humanos, dito de outro modo, a crença de que o homem era movido por suas paixões. Porém, foi a partir do médico Hipócrates, que a ideia de cientificizar métodos terapêuticos foi apresentada, iniciando o seu desligamento do misticismo e religiosidade. Esse processo foi longo, teve avanços e retrocessos, voltando às práticas primitivas. Na Idade Média, o movimento de caça às bruxas queimava essas pessoas, alegando que elas estavam acometidas de demônio, pelo comportamento desviante do considerado normal.

Foi a partir de Philippe Pinel⁴ (Foto n. 01, Anexos) que o doente mental teve um tratamento mais humanizado, muito embora ainda focado na doença e ainda permeado pela crença de que algo de mal lhe acontecia. Por volta do século XVII, Pinel, apoiado na crença de que o espaço fechado do internamento era nocivo ao recrudescimento da perturbação mental, arejou os locais onde os “loucos” (Fotos n. 03-06, Anexos) ficavam acorrentados. Gradativamente o acompanhamento individualizado com escuta do paciente – método terapêutico introduzido por Pinel e depois por Freud, seguido por outros psiquiatras, ajudou significativamente na melhora do quadro clínico, por dar ao enfermo os direitos da palavra e de ser escutado. Segundo Antonio Quinet (2001) o isolamento favorecia a observação do objeto em seu estado mais puro.

⁴ Philippe Pinel (1745-1826), o criador da clínica psiquiátrica. Com Pinel, o manicômio se torna parte essencial do tratamento, não será mais o asilo onde enclausura ou se obriga o louco, será um instrumento de cura”, conforme definiu Esquirol. Cf. PESSOTTI, Isaias. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996, p. 68-69.

Essa prática permitiu a descoberta que a doença mental tem causas diversas. “A loucura internada, institucionalizada, passaria a ser moldada pela própria ação da institucionalização: ‘És um demente precoce!’, afirmava o alienismo” (QUINET, 2001, p. 108).

Segundo Almeida (2006): os escritos sobre as raízes psicológicas do Brasil mostram que as preocupações vigentes eram de caráter prático, voltadas para terapia de controle da conduta dos indivíduos, principalmente no que diz respeito às questões educacionais. Estas formas de tratar estão historicamente evidenciadas nas práticas que os jesuítas desenvolviam em relação aos cativos brasileiros. Ao longo dos anos culpou-se a família e o indivíduo pelo seu fracasso, no ensino-aprendizagem, escamoteando a problemática social inerente e sempre calcada nas medidas e avaliações das características individuais para atender as exigências e concepções científicas da época; práticas posteriormente denunciadas por serem permeada de uma visão curativa, individualizada e estigmatizadora, por se fazer recair sobre o próprio indivíduo a culpa pelo problema.

Na década de 30, o Brasil reproduzia uma saúde mental preventiva, que se enquadrava nos parâmetros nazistas, tendo em evidência o pensamento eugenista predominante, vigente na época, no mundo; uma ideologia que buscava segregar os menos aptos. Tentavam prevenir os problemas de saúde mental prevenindo a degenerescência, visando a purificação da “raça” portadora de transtornos mentais. Testemunho disso é a afirmação de Jurandir Freire Costa (2007, p. 29): “[...] nos anos 30, os psiquiatras pensavam poder prevenir a incidência das doenças mentais recorrendo às noções de higiene psíquica e racial”.

Desde então, as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais convivem com as humilhações do “rótulo de loucas” e muitas vezes sua “loucura” foi uma falha do sistema social, intelectual e político, pois o homem é filho das ideias dominantes de seu tempo. Na contrapartida, não lhes são oferecidas, instrumentos adequados para que possam reconstruir suas vidas com dignidade

Marcus Vinícius de Oliveira, no III Seminário de Psicologia e Direitos Humanos, realizado no Recife, promovido pelo Conselho Regional de Psicologia 02, em 2006, fala de uma espécie separação social, por causa da opinião pública, oriunda dos meios midiáticos principalmente. Podemos dizer, saliento aqui, uma espécie de eugenia dos dias modernos:

A turma dos ‘direitos humanos’ - [...] na televisão e vários outros que apostam na vulgaridade do imediatismo, do raciocínio vingativo – evocariam essa ideia de que os movimentos em defesa dos direitos humanos, afinal de contas, seriam protetores de um certo tipo de sujeito que existe na sociedade, que a princípio não precisaria ser considerado como um sujeito humano, bandidos, marginais, monstros humanos [...]. Essa concepção traduz uma concepção

elitista da sociedade brasileira. Nessa concepção, os brasileiros estão divididos em dois tipos de sujeitos, o grupo dos apazíveis e o grupo dos desprezíveis (OLIVEIRA, 2007, p. 24-25).

Os psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental⁵ criaram doutrinas teóricas a partir na conceituação da natureza humana, como se a pessoa acometida por uma doença mental pudesse ser controlada em suas emoções, e que esse controle deveria ser feito de forma preventiva; eram expressões de seus próprios preconceitos ideológicos, ideias dominantes da época: racismo, xenofobia e cientificismo.

Boaventura de Sousa Santos, em seu livro “Um discurso sobre as ciências”, fala acerca do paradigma dominante:

O modelo de racionalidade que preside à ciência moderna constituiu-se a partir da revolução científica do século XVI e foi desenvolvido nos séculos seguintes basicamente no domínio das ciências naturais. Ainda que com alguns prenúncios no século XVIII, é só no século XIX que este modelo de racionalidade se estende às ciências sociais emergentes. A partir de então pode falar-se de um modelo global de racionalidade científica que admite variedade interna mas que se distingue e defende, por via de fronteiras ostensivas e ostensivamente policiadas, de duas formas de conhecimento não científico (e, portanto, irracional) potencialmente perturbadoras e intrusivas: o senso comum e as chamadas humanidades ou estudos humanísticos (em que se incluíram, entre outros, os estudos históricos, filológicos, jurídicos, literários, filosóficos e teológicos) (SANTOS, 2010, p. 10).

É papel dos governos repensarem melhores políticas públicas para instituições de saúde mental, junto aos profissionais de saúde mental: psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais; e às famílias e os pacientes, junto ao Ministério da Saúde, Ministério Público e militantes dos Direitos Humanos, para que práticas do passado não sejam repetidas; onde o fator cultural em benefício do indivíduo não era levado em consideração, as pessoas eram enquadradas a partir de parâmetros científicos excludentes. O ambiente hospitalar ainda repete práticas antigas, preventivas, de controle das mazelas, omitindo as reais responsabilidades da sociedade e da política nacional sobre a doença mental.

A quebra dos padrões culturais do interno, deixa-o como um indivíduo passivo, acrítico, alienado, como se não fosse capaz de se reconstruir das cinzas.

⁵ Liga Brasileira de Higiene Mental: sediada no Rio de Janeiro e fundada por Gustavo Riedel, Ernani Lopes, Ignácio Cunha Lopes e muitos outros, elaborou trabalhos e publicações, alguns com preocupações eugênicas que, meio século depois, viriam a provocar polêmicas. Cf. BASTOS, Othon, 1936. A história da psiquiatria em Pernambuco e outras histórias. São Paulo: Lemos Editorial, 2002, p. 43.



Figura 1: Memorial entre os muros do Hospital Ulysses Pernambucano, de frente à porta que dar acesso ao interior do hospital. Fonte: Acervo próprio, foto em 2021.

Atualmente, propõe-se um modelo de tratamento em que a atuação do profissional de saúde mental esteja mais acessível a seguimentos populares, excluídos da prestação de serviços; via instituições públicas, contribuindo para romper com o modelo de profissional liberal, para que as intervenções sejam mais justas e humanizadas.

O Hospital Ulysses Pernambucano (HUP) é um patrimônio vivo e histórico da psiquiatria de Pernambuco. Sua inauguração ocorreu em 1883, na época sob administração da Santa Casa de Misericórdia, passando para gestão estadual em 1924, por meio de decreto do governador Barbosa Lima Sobrinho. Em 1930, passou por um processo de restauração, nas mãos do médico Ulysses Pernambucano. A importância do doutor Ulysses para a saúde mental foi tanta que, na gestão do secretário estadual de Saúde Djama Oliveira (1979 a 1983), o antigo Hospital de Alienados ganhou o atual nome. Em 1992, o HUP, conhecido popularmente como Tamarineira, devido ao bairro do Recife em que está localizado, foi tombado pelo Patrimônio Histórico do Estado. Aproximadamente 500 estudantes de graduação ou pós-graduação circulam pelo HUP a cada semestre letivo, em atividades de aulas teóricas ou práticas supervisionadas, dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional. São estudantes das seguintes instituições de ensino superior: UFPE, UPE, Unicap, Fafire, Facho, Esuda, FIR, Universo e Maurício de Nassau. Em sua Jornada anual de Saúde Mental, o HUP abre espaço para a divulgação de trabalhos científicos realizados por docentes, estudantes e demais profissionais de saúde (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2021).

Costa (2007) acredita que o Brasil tem uma dívida com os “loucos” que editou (Foto n. 10, Anexos) assim como tem com os negros brasileiros pelos anos de escravidão, pela negação de seus direitos e usurpação de suas liberdades individuais.

As comunidades científica e religiosa, deveriam repensar suas práticas atuais, se elas se enquadram nos direitos humanos, se têm garantias de benefícios e acolhimento nas suas instituições, se promovem condições que devolvem a autonomia. O mínimo que poderia ser oferecido a essas pessoas seria o acesso aos instrumentos que podem devolver a dignidade de viver em sociedade novamente. São pessoas vítimas, muitas vezes, do sistema manicomial, de “saúde mental”, que traz um histórico de tortura e de erros médicos. Muitas injustiças foram cometidas devido a comportamentos ou a questionamentos incomuns, e devido às escolhas religiosas.

O hospital psiquiátrico era um espaço para depósito de excluídos e marginalizados (Foto n. 11, Anexos), “sem importância social”, pessoas rebeldes, alcoolistas, e até presos políticos, servindo de laboratório para observância e controle das mazelas da sociedade, causando efeitos iatrogênicos irreversíveis nessas pessoas, a exemplo do Hospital Colônia⁶.

Cecília M. B. Coimbra (2007, p. 40) faz a seguinte observação:

O ‘perfil psicológico do terrorista brasileiro’ foi traçado através de testes de personalidades e longas anamneses. Com apoio de psicólogos civis que trabalhavam no Centro de Estudos de Pessoal do Exército (CEPE) – que ainda hoje funciona no Forte do Leme (RJ) - chegou-se à conclusão de que muitos jovens tinham se colocado contra o regime por problemas psicológicos relacionados a questões familiares, pois muitos advinham de ‘pais separados’ e passavam por ‘problemas’ e desajustes’.

⁶ Hospital Colônia, em Barbacena (MG): nele cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Cf. ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 13-14.

O hospital psiquiátrico durante muito tempo foi depósito de pessoas que por algum motivo comportamental desagradava às pessoas em sua volta ou não se enquadrava no sistema produtivo. Muitas pessoas foram punidas com o enclausuramento nos manicômios, aonde ocorriam muitos erros médicos e extrema negação subjetiva.

Nos anos 70 a ideia de prevenção novamente emergia como solução possível para a assistência psiquiátrica (COSTA, 2007). A prevenção da doença mental teve sua base no preconceito racial evolucionista, sobre o qual encontramos referência já na obra de Euclides da Cunha, de 1901, sobre a miscigenação do povo brasileiro, quando o mesmo comenta sobre a intelectualidade do povo brasileiro: “E o mestiço – mulato, mameluco ou cafuz ascendentes selvagens, sem atitude intelectual dos ancestrais superiores” (CUNHA, 2000, p. 15).

A Psicologia não tem um passado tão glorioso, por isso é preciso atenção no presente para não incorrer nos mesmos erros; corre-se o risco de valorizar o ser humano apenas pelo valor econômico que possui em detrimento de suas potencialidades, fechando os olhos às injustiças sofridas. Durante o Regime Militar do Brasil, conforme Coimbra (2007, p. 41): “Com respaldo de técnicas *psi*, os jovens militantes foram transformados em doentes mentais [...]”.

Muitas pessoas atendidas no hospital psiquiátrico foram vítimas de uma sociedade desumana que fazia do outro um objeto descartável, sem nenhuma consideração ética. Por causa do poder público, muitas pessoas não tiveram sequer condições sociais dignas para se desenvolverem de maneira saudável. Vidas ainda são afetadas pelo problema da pobreza e a falta de proteção social; faltam boas condições médicas para a população; faltam investimentos na educação.

Que postura os profissionais de Psicologia deverão ter nos seus diversos âmbitos de trabalho, frente às situações de injustiça social e política, diante corrupção que estamos acostumados a ver? A postura mais adequada seria a postura ética, da qual já fala o Código de Ética do psicólogo brasileiro. “II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO, 2005, p. 7). Mas não foi assim a vida toda, via-se psicólogos colaborando para a eugenia racial, guerras e rotulação da loucura.

A partir da conscientização histórica é que os profissionais de saúde mental precisam atuar denunciando injustiças sociais, principalmente as práticas abusivas e constrangedoras que ainda passam as pessoas que sofrem de doenças psíquicas, e assim desenvolverem ações inclusivas que promovam autonomia e cidadania. Teles (2006, p. 66) afirma: “Infelizmente, a

grande maioria dos que se dedicam à Psicologia, falta, quase sempre, visão histórica da realidade”.

Antes da Reforma Psiquiátrica não se dava importância aos fatores sociais, culturais e religiosos por trás dos fenômenos psíquicos, daí vinha relações familiares conturbadas e intensos sofrimentos psíquicos, readmissões psiquiátricas e insubordinações. Freud (1996, p. 15) afirma: “Entretanto, quando menos um homem conhece a respeito do passado e do presente, mas inseguro terá de mostrar-se seu juízo sobre o futuro”. Apenas se considerava a fala da família em detrimento do paciente, mas ao longo do tempo valorizou-se a escuta dessas pessoas na Psicologia e na Psiquiatria.

Sobre as admissões psiquiátricas E. Goffman afirma:

O processo de admissão também leva a outros processos de perda e mortificação. Muito frequentemente verificamos que a equipe dirigente emprega o que denominamos processos de admissão: obter uma história de vida, tirar fotografia, pesar, tirar impressões digitais, atribuir números, procurar enumerar bens pessoais para atribuir números para que sejam guardados, despir, dar banho, desinfetar, cortar os cabelos, distribuir roupas da instituição, dar instruções quanto a regras, designar um local para o internado. Os processos de admissão talvez pudessem ser denominados "arrumação" ou "programação", pois, ao ser "enquadrado", o novato admite ser conformado e codificado num objeto que pode ser colocado na máquina administrativa do estabelecimento, modelado suavemente pelas operações de rotina (GOFFMAN, 2008, p. 25).

Eram comuns o uso da, ainda aplicada, eletroconvulsoterapia (ECT) (Foto n. 22, Anexos) e da lobotomia (psicocirurgia) (Foto n. 23, Anexos), sendo comum muitos erros médicos (iatrogenias). Hoirsch, (1993, p. 31) afirma: “O médico auto idealizado dificilmente compreende seus limites e, se o caso não caminha bem, responsabilizará o paciente ou a doença, porém jamais a si mesmo e a seus métodos”.

O uso de muitos psicofármacos causam estupor e impregnações violentas. Amplictil, Haldol ou Haloperidol, Carbolitium ou Carbonato de Lítio (Carbamazepina), são alguns ansiolíticos e antipsicóticos usados nos hospitais psiquiátricos.

O psicólogo clínico é o profissional mais próximo da religiosidade, pois lida com expressões subjetivas, dores existenciais e manifestações espirituais, no consultório. Pode dirimir demandas de sofrimentos, oferecendo a escuta e apoio na travessia nas dores existenciais, na direção da consciência da realidade, da resiliência, alteridade, autonomia e da responsabilidade, buscando também apoio na comunidade para o paciente: família, escola, igrejas, equipe multidisciplinar.

Conforme Silva (2014, p. 25):

São muitas as contribuições da Psicologia para estudo da religião, mas os pressupostos da maioria dos teóricos são questionáveis. Por via de regra, na Psicologia, os fenômenos religiosos são considerados como espelho da psique humana, da mesma forma que, na sociologia, esses fenômenos são espelho da sociedade. O sentimento religioso seria a elaboração do desejo humano por satisfação.

A partir de suas observações de campo, no Hospital Ulysses Pernambucano, A. E. L. N. Cavalcanti faz a seguinte colocação:

Diante do que venho testemunhando, acredito que são poucos os que recebem alta em condições de conviver em harmonia com sua família, como também são raros os que têm familiares que possam cuidar, dar atenção constante, para que outra crise não se instale. Será que não necessitaríamos de um espaço de “aconchego” onde os familiares pudessem trabalhar a retomada do convívio com esses pacientes de forma mais lenta, objetivando “aprender” a conviver com esses familiares que são “deles”? (CAVALCANTI, 2013, p. 117).

O preconceito ainda é um grande entrave para reinserção do egresso de hospital psiquiátrico nos espaços importantes da sociedade, por causa da crença na incapacidade dele, de inclusão. É notório não só pela ameaça que essas pessoas representam para sociedade devido ao histórico de doença psíquica grave, mas também pela própria forma de internamento, que historicamente são precárias, na sua terapêutica, o que corrobora para o desprestígio social do indivíduo, frente às pessoas ditas normais, colocando-o mais na condição de dependência assistencial, psiquiátrica e dos remédios, problema que pode tornar-se irreversível, se ficar muito tempo na situação de dependência.

Saraceno (1998) menciona que existem, no mundo, ambientes hospitalares com preocupação e intervenção dirigidas para um cuidado reabilitador, não ‘entretenedor’. São reflexões como esta que nos permitem caminhar, acreditando na reabilitação a partir da inclusão da própria inclusão. Os indivíduos que se mostraram desejosos de ampliar a clínica, no sentido de uma reabilitação psicossocial, estão engajados num processo de solidariedade e inclusão social (CAVALCANTI, 2013, p. 118).

Foucault (1979) afirmou que o hospital do século XVIII criava as condições para que a verdade do mal explodisse. O local que devia curar e gerar inclusão com autonomia dos sujeitos, foi visto em especial pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, como desnecessário pois só favorecia a exclusão. Era um lugar de observação e de demonstração, mas também de purificação e de prova. Constituíra uma espécie de aparelhagem complexa que devia ao mesmo

tempo fazer aparecer e produzir realmente a doença. Lugar botânico para a contemplação das espécies, lugar ainda alquímico para a elaboração das substâncias patológicas. As grandes estruturas hospitalares instauradas no século XIX tomaram para si durante muito tempo esta dupla função. Nos anos de 1760 a 1860 a prática e a teoria da hospitalização, e de uma forma geral, a concepção da doença, foram dominadas por este equívoco: o hospital, estrutura de acolhimento da doença, deve ser um espaço de conhecimento ou um lugar de prova.

Um grande movimento para emancipação das pessoas com graves sofrimentos psíquicos, ocorreu na Itália, com Franco Basaglia, no século XVIII, depois do movimento da França com Philippe Pinel, pai da psiquiatria, no século XVII.

Paulo Amarante (1996) afirma que Franco Basaglia foi o precursor da Reforma Psiquiátrica da Itália, sendo influenciado pela leitura do livro “História da Loucura” de Foucault. Em 1961 quando assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo numa comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos. Em 1970 já na direção do Hospital Psiquiátrico Provincial, na cidade de Trieste, Franco Basaglia iniciou o fechamento daquele hospital, criando um serviço de substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, dirimindo o “preconceito social para com o doente mental” e “preconceito científico para com a doença”. Em 1978 foi aprovada na Itália a chamada “Lei 180”, ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida popularmente como “Lei Basaglia”, que produziu “outro conceito de saúde e de doença”.

O trabalho de Franco Basaglia lança críticas severas sobre o tratamento de hospitais psiquiátricos, aonde os pacientes eram isolados da família e da comunidade. Nos antigos manicômios os pacientes eram contidos por tratamentos terapêuticos humilhantes e dolorosos; psicofármacos cujos efeitos adversos lançavam o indivíduo num estado de estupor e anomia.

Ao adentrarem a esses internamentos não tinham sequer direito de defesa, de serem escutados, vivendo sob inúmeras ameaças e cerceamento de toda subjetividade e singularidades religiosas. “A psiquiatria deixou o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença. Para Basaglia, no entanto, a doença é que deveria ser posta entre parênteses para que pudessemos nos ocupar do sujeito em sua experiência” (QUINET, 2001, p. 107).

Foi através do direito de falar e de serem escutados pela equipe do hospital, mesmo aqueles que tinham a fala prejudicada, devido a cronificação da doença, pelos constantes internamentos e terrores da terapêutica manicomial, que os pacientes experimentaram expressiva melhora. Nas reuniões terapêuticas feitas a partir de então, os pacientes podiam falar de seus sentimentos em relação a equipe do hospital, à família e à sociedade, sem serem

reprimidos como outrora. Alguns afirmavam que se sentiam como pacotes ou apenas objetos na relação com a família.

Conforme Vasconcelos (2005), a Reforma Psiquiátrica do Brasil pôde ser discutida só a partir de 1978, com a vinda de Franco Basaglia ao Rio de Janeiro.

A Lei 10.216/2001 é de autoria de Paulo Delgado, dentre outras leis, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

No 4º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, ocorrido na Bahia, Paulo Delgado (2019) afirmou que Juliano Moreira como um sonhador, foi o criador da psiquiatria social e pioneiro da luta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. E que “o mundo atual é um mundo mesclado, fragmentado, veloz, dissociado”; um “mundo camuflado”; e que “em rede suas perturbações se amplificam mais rapidamente”.



Figura 2: Vista de fora do Hospital Ulysses Pernambucano, caminho de acesso ao interior. Fonte: Acervo próprio, fotos em 2021.

Apesar de todos os entraves no hospital psiquiátrico, deve-se pensar e efetivar certas atividades psicopedagógicas e terapêuticas ocupacionais para os pacientes, pois elas podem desenvolver melhor os sentimentos de autoestima e de afeto para com o outro; já que o tratamento e a doença mental obnubilam a consciência e embotam o afeto, além de travar o indivíduo no tempo, mesmo às vezes, com outras áreas (psicológica e espiritual) estando intactas.

Em sua tese de doutorado a respeito das práticas cotidianas do Centro de Atividades Terapêuticas (CAT) do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (HUP), Recife, Cavalcanti fez as seguintes observações:

A equipe tenta o possível, mas sempre falta algo. São lacunas imensas, provenientes de um sistema complexo, carente de reflexões a partir “do que se faz” e indo até “o que se pode fazer”. As tentativas de se fazer algo mais foram e continuam sendo inúmeras, porém muito aquém das necessidades do lugar e das pessoas que habitam o lugar, incluindo os diversos atores/indivíduos que ali convivem, quer sejam profissionais ou pessoas “num estado de ser” que requisitem atenções especiais. Face a tanta complexidade, ficamos perplexos diante da “engrenagem” que faz sofrer o humano (CAVALCANTI, 2013, p. 118).

Cavalcanti em seu Diário de Campo (2011-2012) observa:

Durante o período de permanência no CAT, não vi um médico nem residente em psiquiatria acompanhando uma oficina de artes, não dialogaram conosco. Então, como o CAT é visto nesse contexto hospitalar psiquiátrico? Que lugar ele ocupa? Em relação aos materiais para a realização da arte, o CAT só dispõe de tinta, lápis de cera, papel ofício, hidrocor, barro, sucata... (CAVALCANTI, 2013, p. 115).



Figura 3: Conjunto de árvores entre os muros do Hospital Ulysses Pernambucano. Fonte: Acervo próprio, fotos em 2021.

Cavalcanti em seu Diário de Campo (2011-2012) ainda observa:

Há aspectos da instituição – HUP – que afetam sobremaneira as ações realizadas pelo CAT: cada vez mais diminui o tempo de internamento, de passagem no hospital, e a medicação é que está sendo o motivo “real” da melhora. Há uma grande rotatividade de pacientes, o que torna o trabalho de reconstrução psicossocial mais frágil, vulnerável e anêmico; o tempo de internação não é suficiente para que os resultados da ação artística e terapêutica possam ser percebidos (CAVALCANTI, 2013, p. 115).



Figura 4: Banco de cimento com detalhe de cerâmica, acessível às visitas. Fonte: Acervo próprio, fotos em 2021.



Figura 5: Vista entre muros do complexo Ulysses Pernambucano. Fonte: Acervo próprio, fotos em 2021.

Os trabalhos na academia são escassos a respeito do paciente psiquiátrico, sobre a sua reinserção, faltam dissertações no que se refere a educação e profissionalização para egressos psiquiátricos, apesar de tantos anos de Reforma Psiquiátrica.

1.2 Da negação da Religião ao estudo da espiritualidade em Jung

É notória a crescente presença do fenômeno religioso em nossos dias, apesar de movimentos de sua negação. A religiosidade é parte significativa na vida cotidiana da grande

maioria dos brasileiros, constituindo um cenário no qual se desenrolam práticas tanto de comunhão e solidariedade, quanto de conflitos e intolerâncias. Nisso, as Ciências da Religião trazem a possibilidade de estudar religião, espiritualidade e suas pluralidades, impedindo preconceitos, o que é o seu diferencial em relação as outras ciências.

No curso de Psicologia, algumas vezes, é escassa a discussão da importância da religião do paciente, no enfrentamento de doenças psicológicas e físicas. Outras vezes, supervaloriza a psicologia junguiana na perspectiva oriental, menosprezando outros grupos, seus dilemas e contribuições empíricas, a exemplo do seguimento cristão pentecostal. A cultura do paciente é pouco investigada, a abordagem clínica fica mais nos sintomas das doenças. Porém, na cultura pode estar muitas respostas para adoecimentos psicossomáticos, bem como pode ser uma aliada nas abordagens psicoterapêuticas.

Silva (2014, p. 24-25) corrobora tal afirmação, tendo em vista os históricos impasses no âmbito da Psicologia da Religião e às barreiras impostas à pesquisa do fenômeno religioso, pelo paradigma cientificista, na academia:

Freud fez uma abordagem negativa da religião, interpretando-a como produto de conflitos ancestrais equivalentes à infância da humanidade. [...] Jung, por sua vez, adotou uma postura positiva, mas interpretou a religião como uma resposta ao inconsciente coletivo que formaliza em profundas marcas psíquicas, tendo a religião, portanto, um papel estabilizador da personalidade.

Dessa forma, é importante uma perspectiva psicológica que contemple o indivíduo de maneira ampla: além do físico e psicológico, busque-se o discernimento da religiosidade; considere o material religioso trazido à clínica (arquétipos, éticas religiosas, narrativas fantasiosas, conflitos e demandas religiosas), buscando entender os condicionamentos psíquicos, sentidos de mundo do paciente, seu mundo intrapsíquico, pensando em melhores formas de inclusão social.

A pesquisa faz-se necessária pela pouca divulgação, em meios acadêmicos, de políticas públicas que contemplem a reinserção psicossocial dos pacientes na comunidade, através da escola e da profissionalização, e de práticas psicoterapêuticas que contemplem o indivíduo integralmente, buscando compreender e atender suas especificidades. Apesar dos estigmas da “loucura”: “que não tem cura”, “periculosidade”, “doença mental”, por causa do tratamento do antigo modelo de saúde mental ter sido fundamentado sobre o modelo racionalista, em que o sujeito era visto sob padrões mecanicistas, onde a religiosidade não tinha

valor, mas que dificultava no tratamento, e a psicoterapia condicionava o funcionamento da mente a partir de uma instrumentalização violenta sobre o corpo.

Para Freud a religião era uma ilusão e neurose obsessiva, capaz de produzir no indivíduo um sentimento de culpa, levando-o a prática de rituais repetitivos, compulsivos que o aliviaria. Para ele a religião age no aparelho psíquico como Superego, reprimindo e castrando os impulsos sexuais, instintivos, num movimento que vai do consciente para o inconsciente. As práticas ritualistas religiosas seriam uma forma de transformar as pulsões sexuais interditas em formas socialmente aceitas, sublimadas. Como neurologista, via nos casos clínicos que atendia, muitos conteúdos religiosos; a partir daí concluiu que a religião era doentia, segundo ele, responsável por produzir neuroses e psicoses (LIBÓRIO, 2018).

Para Freud a religião serve como substituto do pai, dos laços familiares afetivos; torna-se preponderante diante da situação de desamparo que o indivíduo passa, nas perdas familiares e diante do sentimento de culpa. Ela traz para este, certo consolo e alívio. Freud não vê a religião positivamente, pois em grande parte de seus escritos traz severas críticas em especial as religiões judaica e cristã. Como materialista, considera a religião como a responsável pelas grandes neuroses da humanidade, por ser castradora dos impulsos primitivos, instintuais e factuais, que não bem trabalhados são danosos ao desenvolvimento humano, pois retornam à consciência em forma de sintomas patológicos, repetitivos. Seu método psicanalítico ou “psicologia profunda” consistia em tornar consciente os conteúdos patológicos, recalçados, do inconsciente.

Os conceitos freudianos trouxeram uma nova forma de fazer ciência, na academia, uma vez que não se conhecia o inconsciente. Freud foi o primeiro estudioso a romper com o paradigma cientificista, tecnicista. A partir dele a subjetividade seria um novo componente para compreensão da complexidade humana. O trabalho inédito trouxe para a academia o conceito do inconsciente e estruturas psíquicas condicionantes do comportamento, além do que se conhecia na neurologia, mas ainda focava na dualidade mente e corpo, sua dimensão instintual.

Enquanto Freud via a religião como ilusão e como a responsável pelos adoecimentos psíquicos, por colocar no indivíduo grande carga de culpa, gerando neuroses e psicoses, Jung vê a religiosidade positivamente, como um campo de estudo para compreensão da psique, que segundo ele viabilizaria um possível tratamento, a partir da harmonização de elementos psíquicos, forças inconscientes, instintuais. Desenvolveu importantes conceitos: *Self*, arquétipos, *anima*, *animus*, *persona*, sombra, individuação, inconsciente individual e inconsciente coletivo, dentre outros. “Jung reconhece corretamente os inícios do materialismo no contexto das ciências e o ataca vigorosamente, principalmente em virtude de sua

unilateralidade” (MACHON, 2016, p. 49). Jung considerava a linguagem simbólica arquetípica e fazia a análise comparativa das religiões, a fim de compreender as psicopatologias psíquicas, bem como conhecer o potencial curativo da religiosidade, na presença dos arquétipos, que poderia possibilitar a integração da psique e resultaria na autonomização de seus pacientes psiquiátricos.

É necessário um olhar para o ser humano integral, uma abertura da intervenção psicológica para o fenômeno religioso, buscando seu discernimento e suas implicações; ela pode vir estar como ponte de possibilidade de vida sobre vazios e angústias existenciais, em tempos sombrios.

“O caco entre os cacos” (BÍBLIA SAGRADA, V.T. Isaías 49.9b), metáfora bíblica, pode representar a espiritualidade (elo divino), aglutinante, reparador, entre as dimensões humanas frágeis: emocional, social e corporal, dilaceradas pelo tecnicismo científico e individualismo de modelos teóricos (filosóficos) da modernidade, que transforma o ser humano em coisa.

Tão importante como se empoderar politicamente, lutar pelo seus direitos e cidadania, reconquistar o respeito, ter autonomia intelectual, é o reconhecimento e fortalecimento da dimensão espiritual, pois é ela que sustenta o lado emocional e equilíbrio químico do corpo, facilitando a adaptação na sociedade. Na espiritualidade é possível ativar potenciais de fé: resiliência e transcendência, mesmo diante do nada, do caos, ou quando resta os fragmentos da existência; da fé pode surgir novidade, ordem e o equilíbrio da vida.

Ainda na análise da pesquisa, com base em referenciais teóricos, serão apresentadas e discutidas hermenêuticas sobre o Cristianismo Primitivo e o Cristianismo Pentecostal, seus ritos e simbologias, o pensamento baseado em resiliência, alteridade e empoderamento dos adeptos, discorrendo pela história. Objetivando entender em que sentido as experiências religiosas cristãs estão relacionadas ao crescimento pessoal, autonomia e acolhimento dos fragilizados.

O choque cultural religioso é um dos grandes motivos de desorganização psíquica e transtornos, a exemplo do “banzo” nos africanos escravizados, a retirada forçada e quebra cultural brusca, provocava muito sofrimento psíquico e suicídios. Isso pode ocorrer tanto no âmbito das igrejas cristãs com a forçada modernidade como quando se impõe para o paciente uma religião oficial a nível de instituição, ou em práticas psicoterapêuticas espiritualizadas que entram em choque com as crenças do indivíduo que já está em conflito psicológico. Permitir que o paciente tenha acesso ao grupo religioso ao qual pertence, bem como um contato religioso que ele próprio sinta-se atraído, sem imposição, mas que possa lhe promover bem-estar (saúde), o que será visível, é importante.

Sabe-se da importância que a religião tem para o paciente, no que se refere a identificação cultural e relação de integração com o sagrado, todavia as religiões como qualquer outro dispositivo humano são espaços de luta e poder, em muitos casos não tão seguros para aqueles que já tem suas histórias bastante desgastadas por conflitos e discriminação. Daí a importância de se conhecer o referencial de inclusão das denominações em que o egresso poderá se adequar para refazer sua vida.

O papel do profissional da saúde é reconhecer o sujeito com suas diferentes potencialidades e dimensões humanas interligadas: corpo, alma e espiritualidade. Os profissionais de saúde mental (psicólogos) precisam discernir a religiosidade dos pacientes, no ambiente do hospital e clínica, para compreender o funcionamento do comportamento e psique. Segundo Rolim (1994) pluralismo religioso não significa simplesmente uma diversidade de credos, são vários espaços religiosos, diferentes e justapostos.

É importante um olhar direcionado a instituição, com atenção à abertura do hospital aos diferentes credos, às simbologias, ritos religiosos do próprio hospital; como o hospital administra a presença de diferentes credos nesse espaço; bem como as religiões que estão presentes no hospital e suas atividades no cotidiano local, benefícios e eventuais problemas; e por fim, um acompanhamento durante a alta hospitalar em relação à reinserção de seus egressos. “[...] a Fenomenologia da Religião como um método de pesquisa” (SILVA, 2014, p. 35).

Faz-se necessária a compreensão das religiosidades das pessoas, seu pensamento teológico, para o profissional de saúde mental, pois é a partir da imaginação que foi construída que a pessoa forma a sua concepção de mundo e toma atitudes no cotidiano.

Com isso, reafirmo que a reinserção do paciente na comunidade é a meta da Reforma Psiquiátrica, mas que é preciso contextualizar este paciente no espaço, conhecendo as implicações da doença mental, bem como discernindo o que está implícito nessa melhora ou recaída, para isso a compreensão da percepção religiosa do hospital e do paciente, é fundamental. A reinserção passa por mecanismos que são objetivos: escola, trabalho, relações interpessoais, mas também passa por mecanismos que são subjetivos e são oriundos da espiritualidade que é intrínseca às religiões, esta pode se manifestar nas mais variadas formas: resiliência, alteridade, visões, profecia, glossolalia, transes. Conhecer dimensões mais profundas do indivíduo é papel da Psicologia Analítica.

Ainda que, a religiosidade não seja um campo de atuação da Psicologia, segundo Código de Ética da referida profissão; é um dos campos da subjetividade humana que precisa de interpretação. A dimensão espiritual influencia no comportamento humano, subjetivamente. A Psicologia pode atuar buscando conhecer as diferentes religiosidades, com o auxílio das

Ciências da Religião, o que pode facilitar as abordagens psicoterápicas e pedagógicas em relação aos pacientes psiquiátricos e usuários de CAPS. “O fenômeno religioso pode ser estudado a partir de várias perspectivas, cada uma com suas particularidades e com objeto e método próprios” (SILVA, 2014, p. 22).

A Psicologia fará essa ponte discutindo a importância de ter atenção a todas dimensões humanas, facilitando em sua prática o que concerne ao processo de individuação humana (maturidade), necessário a alta hospitalar e reinserção na comunidade (teoria junguiana). A individuação caracteriza a administração egóica dos elementos nocivos dentro da psique: sombra, memórias traumáticas e pulsão de morte.

O foco de interesse desta pesquisa não é campo teológico, mesmo usando em alguns momentos hermenêuticas religiosas de algumas religiões, mas trazer uma abordagem psicológica sobre o fenômeno cultural religioso, que se manifesta na sociedade e como este pode influenciar os pacientes institucionalizados. Para Silva (2014, p. 22): “Em geral, aceita-se que o termo religião vem do latim *religare*, significando religar, ou seja, a religião é o meio de religar o homem a Deus. [...] o termo religiosidade se refere à manifestação ativa da religião. É a prática religiosa em si, como vivenciada pelo homem religioso”.

[...] a religiosidade brasileira, sobretudo a dita popular, passou a ser apreendida como fenômeno sociológico de profundo significado. Passou a ser tomada como algo politicamente importante, ela tornou-se, acima de tudo, resistente, uma resposta que vem em forma de protesto contra os modelos vigentes implantados pela economia, cultura e política da sociedade (MASCENA, 2011, p. 19).

1.3 O sujeito moderno e a construção de subjetividades: autonomia e psicopatologias

Vivemos em tempos sombrios carregados de traumas oriundos de eventos catastróficos, e a religiosidade exerce uma função psicológica, como dizia Carl Gustav Jung e espiritual. Contudo, o sentimento de fraternidade desinteressada vai ficando obsoleto, pois assistimos no meio religioso uma disputada acirrada pelos melhores lugares na política, altares e púlpitos; muito consumismo e vaidades extremas. Inácio Neutzling (2009, p. 59) afirma: “[...] colapso desse momento, isto é, o desmantelamento dos antigos freios da autonomia individual. [...] desaparecimento dos antigos obstáculos, das antigas barreiras erigidas contra o

individualismo”. Crises existenciais ocorrem em várias fases da vida humana, hoje mais motivadas por individualismos e materialismos.

Boaventura de Sousa Santos em sua obra, “Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade”, faz a seguinte observação:

O projeto sócio-cultural da modernidade constituiu-se entre o século XVI e finais do século XVIII. Só a partir daí se inicia verdadeiramente o teste do seu cumprimento histórico e esse momento coincide com a emergência do capitalismo enquanto modo de produção dominante nos países da Europa que integram a primeira grande onda de industrialização (SANTOS, 1996, p. 78).

Numa época de exageros, hedonia, vacuidade espiritual e falta de tempo para o outro (gerando pobreza nas relações interpessoais); não se dá atenção às reais necessidades por trás das carências emocionais. Surgem diversos transtornos (de alimentação, de ansiedade, de controle de impulsos, de humor, de personalidade, por uso de substâncias psicoativas, psicóticos e esquizofrenia). As pessoas não conseguem lidar com as frustrações, perdas e dores existenciais. Hillman (2009, p. 61) advoga: “a compreensão da natureza humana deve começar pela alma e usar métodos que melhor se adaptem à pessoa humana”.

Atualmente o coronavírus mata milhares em todo mundo, avançando e prejudicando a economia do mundo todo, o que intriga a comunidade científica. Uma doença que veio também expor fragilidades do sistema religioso. Com o isolamento social, carestia, queda dos dízimos, exposição da vida privada nas redes sociais, escândalos de grandes lideranças religiosas vieram à tona, levando a uma nova conscientização sobre a doação e uso do dinheiro para realimentar grandes empreendimentos religiosos; a figura do “gestor religioso” e “ungido de Deus” passa a ser questionada.

Para Davi Mesquiati de Oliveira (2018, p. 164) “[...] a espiritualidade acaba tendo a estrutura deste século, a qual a relação com Deus, as expressões de piedade e a fé estão fixadas na troca e no acúmulo (quase que ‘capital espiritual’)”. Precisando retomar a prática da santidade e da caridade.

Ainda de acordo com Oliveira (2018, p. 170): “[...] o pastor precisa ter a capacidade de refinar, por meio do diálogo, as ideias degradantes que levam a algumas posturas religiosas neuróticas e narcisistas, para apresentar caminhos que potencializem uma fé madura. [...] no cuidado pastoral e na poimênica.”

O discurso moderno, capitalista, é individualista, excludente e celetista, pois está alicerçado no lucro e não na inclusão dos mais fragilizados, isso também contamina o sistema religioso; mas o sistema socialista não corresponde às expectativas ainda. “Peter L. Berger e

Thomas Luckmann veem as causas da moderna crise de sentido sobretudo nos processos de modernização, pluralização e principalmente nas sociedades europeias – na secularização” (BERGER, 2004, p. 9).

Diante do processo de desinstitucionalização e reinserção, que ocorre logo após restabelecimento psicológico, deve levar em consideração o aumento gritante do consumo de álcool e outras drogas na sociedade; várias cracolândias em expansão pelo Brasil afora, que se tornam um grande desafio para a saúde mental e segurança pública; ambiente onde o egresso corre o risco de viver, uma vez que são frágeis os laços familiares dessas pessoas, pois estiveram hospitalizadas, algumas por longo tempo, com enfermidade emocional grave, que as deixa muito fragilizadas. Longenecker (2002, p. 2) diz: “[...] o abuso de drogas é resumidamente definido como o uso de drogas sem supervisão médica por motivos não relacionados à saúde. O abuso de drogas tem também uma conotação de prejuízo à sociedade, mesmo quando a legalidade não está em questão”.

Toda autonomia, liberdade, tem seu preço. A autonomia pode ser entendida de duas formas: autonomia no sentido de liberdade para tomar suas decisões e pode ser muito positiva pois fortalece o indivíduo em relação à cidadania, usufruto dos direitos, justiça social (democracia) e projeto individual de vida. Mas a autonomia tem sua forma negativa: pode engradecer o indivíduo ao ponto dele se tornar narcisista e tirano, desconstruindo os antigos limites levantados que mantém a integração psíquica, individual e equilíbrio coletivo, de preservação.

[...] os sintomas depressivos podem ser causados por um efeito tóxico direto do álcool. Duas ou três doses de etanol são capazes de provocar alterações bifásicas no humor. Enquanto as concentrações sanguíneas de álcool estão aumentando, a pessoa pode sentir-se estimulada e feliz, mas, quando os níveis sanguíneos de álcool diminuem, esses sentimentos tendem a passar para tristeza e irritabilidade, que podem durar até o dia seguinte (MAYFIELD, 1968, *apud* FORTES, 1991, p. 257).

É preciso muita atenção quando os pensamentos estão extremamente pessimistas e o isolamento é uma alternativa, além da falta de cuidado com o corpo, dormir tarde, acordar tarde ou ausência de sono, choro e irritabilidade fácil (Foto n. 18, Anexos). “Larguier, em 1985, continua a afirmar que o alcoolismo é um dos fatores mais certos de criminalidade. Assevera que 95% dos pais espancadores de menores, 60% dos agressores à integridade física e 56% dos autores de violências sexuais, são alcoólatras” (LARGUIER, 1985, p. 319 *apud* FORTES, 1991).

É comum o aparecimento de sintomas depressivos em alcoolistas que iniciam tratamento para essa doença, e as estimativas da frequência da depressão entre alcoolistas desintoxicados varia de 3% a 98%; além disso, o suicídio e tentativas de suicídio estão aumentando entre alcoolistas quando apresentam estados depressivos associados, se comparados com o risco médio da população geral (NAKAMURA, 1983; BERGLUND, 1984; LISKOW, 1982 *apud* FORTES, 1991, p. 255).

A diversidade de acontecimentos desalojadores na atualidade (pornografia, parafilias, desafios da Baleia Azul, relacionamento virtual, *The Haters*, desafios do *Bird Box*) somados as diferentes explicações religiosas sobre diferentes fenômenos, exige uma abertura maior na compreensão da constituição psíquica do indivíduo pelos psicólogos e por outros profissionais de saúde mental. Para Hillman (2009, p. 61): “A Psicologia profunda é a pedra que os construtores da academia rejeitaram”. O caos de informações e desejos que se instalam na psique humana atual, formam subjetividades confusas, cheias de enigmas.

Compreender o ser humano abrindo-se para a dimensão espiritual dele, expressa nas manifestações religiosas, dialogando, é parte importante para a cura das pessoas institucionalizadas e possivelmente sua reinserção psicossocial. Hillman (2009, p.159-160) diz: “O dialético age como uma parteira, dizia Sócrates, que inventou o método. Sua presença ajuda o paciente a dar à luz a nova vida que brota de si mesmo”. Todavia, nem todo indivíduo transita em nível consciente.

O sujeito moderno muitas vezes não se ajusta aos valores autênticos de justiça social e solidariedade, é um sujeito que deseja o consumo e os primeiros lugares; com a construção de subjetividades autônomas e individualismos, torna-se o responsável e a vítima de opressões e psicopatologias.

Boaventura de Sousa Santos (1996, p. 76), em seu livro *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*, fala:

[...] O paradigma cultural da modernidade constituiu-se antes de o modo de produção capitalista se ter tornado dominante e extinguir-se-á antes de este último deixar de ser dominante. A sua extinção é completa porque é em parte um processo de superação e em parte um processo de obsolescência. É superação na medida em que a modernidade cumpriu algumas das suas promessas e, de resto, cumpriu-as em excesso. É obsolescência na medida em que a modernidade está irremediavelmente incapacitada de cumprir outras das suas promessas. Tanto o excesso no cumprimento de algumas das promessas como déficit no cumprimento de outras são responsáveis pela situação presente, que se apresenta superficialmente como de vazio ou de crise, mas que é, a nível mais profundo, uma situação de transição. Como todas as transições são simultaneamente semicegas e semi-invisíveis, não é possível nomear adequadamente a presente situação. Por esta razão lhe tem sido dado

nome inadequado de pós-modernidade. Mas, à falta de melhor, é um nome autêntico na sua inadequação.

O mercado de entretenimento é muito competitivo e atraente, a exemplo do *Free Fire*⁷ (jogo mais baixado na *Google Play Store* e *App Store*, com mais de 100 milhões de instalações); tem levado a distúrbios do sono e de alimentação, a danos psíquicos em crianças, jovens e adultos.

As práticas atuais de jovens em jogos *on line* têm mostrado uma face preocupante do entretenimento, pois resgata muitos personagens violentos da mitologia e do cinema, onde os jovens acabam mergulhando em desafios patológicos e mortais. Ao assumirem *personas* sangrentas e antissociais, por longos períodos, através do reforço das premiações, vão se fixando pela repetição, os pensamentos neuróticos, recorrentes, desestruturantes da individualidade e de valores morais coletivos. Um tipo de jogo que causa conflitos com os pais, apenas quando estes detectam os males de como este mundo de subjetividades desconcertantes e patológicas se impõem por meio do celular, no ambiente do lar.

De acordo com evidências de vídeos do *YouTube*, encontramos casos de crianças em surtos psicóticos, depois de longas horas em jogos.

Revelam-se segredos ocultos de terror no *Free Fire*, à medida que avança nos desafios de morte; imagens macabras e sombras funestas aparecem em paredes, dentro do jogo. Incorre-se em instalação na mente de manias persecutórias, além da absorção de comportamentos de personagens antissociais e drogadictos, dezenas destes são sugestões para escolha por identificação. Inconscientes, adolescentes, personificam arquétipos altamente destrutivos e violentos, outros passaram a ter crises epiléticas severas. Ao não se importarem com os jogos “[...] os pais acabam transferindo para os filhos, por uma pura imaginação, seu próprio psiquismo de adultos, e tudo isso inteiramente acobertado pelo inconsciente. Os filhos, por seu turno, reagem inconscientemente e começam a agir de acordo com o papel que lhes é atribuído” (JUNG, 2008, p. 81).

⁷ *Free Fire*: termo militar americano que significa “fogo livre”, que designa uma área onde os soldados têm permissão para atirar em qualquer pessoa. A expressão faz sentido no contexto do jogo, pois neles os *players* precisam eliminar os oponentes para sobreviver. Em *Free Fire*, vence o último jogador que permanecer vivo na arena. O *player* escolhe um herói base, que tem uma história de fundo e nome. Cada personagem tem suas características e habilidades de sobrevivência especiais. É possível trocar de personagem a qualquer momento, o que ajuda o *player* a explorar as opções e escolher o melhor herói para seu estilo de jogo. O game roda sem travar até em dispositivos mais antigos. Disponível em: <https://www.google.com/amp/s/www.techtudo.com.br/google/amp/listas/2019/03/o-que-significa-free-fire-veja-curiosidades-sobre-o-jogo-mobile.ghtml> acesso: 07 nov. 2020.

No livro: “A tecelã: uma jornada iniciática rumo a individuação feminina”, Barbara Black Koltuv (2020) faz uma análise psicológica junguiana, de casos clínicos da atualidade, comparando à dinâmica psicológica dos mitos da antiguidade, relatos bíblicos e sonhos, em mulheres.

No capítulo 6: O Desenvolvimento do *Animus*, refere-se a um momento de decisão, como exemplo a autora traz o relato bíblico de Ester, que trouxe a questão da autoafirmação para dentro do seu próprio reino feminino. Com seu ato de reverência e coragem, obteve seu próprio espaço. Nesse contexto, os aspectos negativos do *animus* são prontamente transformados. Tudo começa a dar certo. As coisas se encaixam em seus lugares. Haman, conduzido pelo seu próprio lado feminino inferior, constrói pomposamente o instrumento de sua própria morte, a forca. O *animus* do rei conscientiza-se da dependência do *animus* da rainha para a própria vida dele. Conscientiza-se da necessidade de obedecer às leis da individuação e de ligação com o *Self*. O lado de sombra negativa é revelado e rapidamente transformado. Tudo se mostra preciso e correto. Há uma recepção e um banquete, e todos vivem felizes (KOLTUV, 2020, livro eletrônico).

No capítulo 8: Criatividade e Realização, aborda-se sobre o processo criativo, dirigido pelo *Self* feminino, “o doador de vida”, a “matriz e o nutridor”, atrai tanto o aspecto transformador como o aspecto maternal do feminino. A necessidade de dizer não – a diferenciação das necessidades da pessoa em relação às necessidades dos outros – é uma das tarefas psicológicas mais difíceis. O mito de Isis e de Osíris ilustra a construção esmerada de um relacionamento com o lado masculino. O conto de Amor e Psiquê é uma história de amor que ilustra algumas das dificuldades para adquirir a inteireza como mulheres. Em acréscimo, propõe a discutir problemas e dificuldades que as mulheres têm na área da criatividade e da realização. “Mas se o *animus* dirigir o *show*, então estaremos perdidas, ou se ele fizer todo o trabalho, não vai adiantar nada e vai tornar-se autodestrutivo. Descobrir como transcender o eixo ego feminino/*Self* é a jornada da individuação para as mulheres” (KOLTUV, 2020, livro eletrônico).

Para Barbara Koltuv (2020) a cura e a saúde física e mental são resultado de uma profunda conexão espiritual com o Ser interior e reafirma o reaparecimento dos valores femininos nos dias de hoje. Discute o processo de transformação por meio do qual as mulheres voltam a confiar em si mesmas.

A influência da cultura monoteísta judaica na psique feminina atual, global, e nos seus ideais básicos de alteridade, autonomia e inclusão, estão presentes nas Leis e Constituições,

contemporâneas, que muito favorecem a emancipação e proteção da mulher, uma efetivação dos direitos humanos universal.

Discute-se aqui os problemas do vício em jogos virtuais e da identificação em metáforas, alegorias e personas mitológicas (muitas de contexto religioso) e sua relação com aumento da violência, depressão, suicídio e psicoses em jovens, na atualidade; e como na perspectiva dos direitos humanos e proteção da vida, o pensamento cristão, por exemplo, age de maneira profilática e integralizadora da psique perturbada e dilacerada, porém a hermenêutica errônea dos textos bíblicos podem ser muito perigosa.

Adolescentes são muito vulneráveis a crenças e redes sociais, como revela reportagem da Record TV (2021); sobre o sumiço de cinco adolescentes na região de Mauá, interior de São Paulo. A motivação dos jovens ainda é um mistério para todos, a princípio seria para cumprir um chamado de uma seita secreta internacional a serviço de um “Mestre”.

Na intervenção psicológica é essencial levar em consideração o ponto de vista cultural do cliente, sua individualidade, sob uma ótica metodológica acadêmica, e não do ponto de vista religioso, empírico, de quem avalia; sempre se norteando pelo prisma dos direitos humanos universal, da dignidade da pessoa, do respeito a sua integralidade psíquica, a saúde mental.

Para C. G. Jung:

Ao estudar a história da mente humana, impõe-se-nos sempre de novo a impressão de ser um fato real que o desenvolvimento do espírito se acha sempre unido a um alargamento do âmbito da consciência, e que cada passo representa uma conquista extremamente repleta de dor e de esforço. Poder-se-ia quase afirmar que nada é mais odioso para o homem do que renunciar a uma parte do seu inconsciente, por menor que ela seja (JUNG, 2008, p. 81).

As guerras fantasiosas e manifestações heroicas, podem ser maneiras menos dolorosas de lidar com suas frustrações emocionais e castrações psíquicas. Conforme Hillman: “Dores de estômago e de cabeça são sinais clínicos, mas também expressam diferentes significados, de acordo com o simbolismo geral do estômago e da cabeça numa determinada pessoa” (2009, p. 162). As fantasias são formas de viver menos dolorosas, bem como outras reorganizações psíquicas (mecanismos de defesa). Para Anna Freud (2006, p. 47): “A angústia de castração produz nas crianças o mesmo resultado que a angústia de consciência provoca nos neuróticos adultos”.

A saúde mental está ligada ao que se absorve na cultura, núcleos patológicos podem ser ativados. Hoje cada vez mais cedo os jovens se expõem a conteúdos da *internet* que têm sido causas de neuroses, depressão, psicoses e suicídios. Atualizados ou não, os personagens

míticos: heróis e vilões, intuituais, inconscientes, absorvidos na cultura ao longo do tempo, precisam ser confrontados ou redirecionados.

Evidências midiáticas, mostram casos de ataques em escolas do Brasil, após muita exposição a conteúdo virtual de crenças violentas, condicionantes, pois o jovem está em processo de maturação psicológica e é vulnerável às influências por identificação, como no caso do Massacre de Realengo ocorrido em 2011, nele houve 13 mortes e 22 feridos (TV FOLHA HD, 2011).

Recortes de jornais no YouTube e o Wikipédia (2021) confirmam que antes do Massacre de Suzano em 2019, outros oito já haviam ocorrido em escolas brasileiras, entre 2002 e 2018. Outros agora em 2021, um numa creche em Santa Catarina, que vitimou três crianças e duas professoras. Entre as motivações estavam o *bullying*, isolamento social e pensamento de que faziam um “ato heroico”.

Os assassinos da Escola Estadual Professor Raul Brasil, em Suzano, supostamente buscavam ajuda para planejar o atentado no *Dogolachan* um *imageboard*, fórum onde todos os participantes são anônimos. No massacre 11 pessoas ficaram feridas e 10 perderam suas vidas.

Por isso, é importante uma perspectiva psicológica que contemple o indivíduo de maneira ampla: além do físico e psicológico, busque-se o discernimento da religiosidade; considere o material religioso trazidos à clínica (arquétipos, narrativas religiosas e simbólicas), buscando entender os condicionamentos psíquicos, sentido existencial e mundo em torno do paciente.

Paden (2001) diz que a psicologia junguiana expande a noção de padrões para reconhecer a pluralidade de arquétipos representando diversos estágios de desenvolvimento da personalidade. Para Jung estágios de desenvolvimento do ego são estágios na mitologia (dependência, autonomia e integração).

No Brasil é assegurado o direito de reunião e manifestações de credo, desde que seja dentro da lei e da ordem. “[...] as pessoas compõem elas mesmas sua própria religião. [...] a maioria da população considera que cabe a cada um formar a sua própria religião, sua própria crença. [...] revolução individualista” (NEUTZLING, 2009, p. 61).

O filósofo Emerich Coreth afirma:

[...] questão, hoje viva, conduz à procura da autodescoberta e da doação de sentido inclusive em novas formas religiosas e pseudoreligiosas. Sociólogos da religião falam até mesmo de um novo *boom* do religioso. Crescendo cada vez mais, inúmeros grupos, seitas, centros e movimentos religiosos, também seitas de seriedade questionável, oferecem meditação e descoberta de sentido. Isso contradiz o ateísmo da época, mas torna visível um outro perigo do nosso

tempo: um novo irracionalismo, que busca experiência e realização religiosa sem se vincular claramente a uma doutrina de fé. Pretende-se crer, mas não se sabe no que se acredita, menos ainda por que se acredita. Assim, a fé religiosa é relativizada irracionalmente; também a fé cristã torna-se aleatoriamente substituível por tudo o mais que sempre prometa experiência religiosa (CORETH, 2009, p. 362).

1.4 Psicossomática: quando a mente adoce o corpo

Em seu estudo sobre fobia Freud (1996, p. 399) afirma: “[...] objeto ou conteúdo de uma fobia: escuridão, ar livre, espaços abertos, gatos, aranhas, lagartas, cobras, ratos, trovoadas, pontas agudas, sangue, espaços fechados, multidões, solidão, atravessar pontes, viagens marítimas, viagens de trem, etc.”

Diante das muitas consequências trazidas pela Pandemia do Coronavírus, têm aumentado as demandas em saúde mental: apreensão, ansiedade, fobia social, depressão, violências.

O confinamento dentro de casa, em virtude da proibição de sair, para evitar contaminação pelo vírus; o *lockdown*, gerou mais desemprego. Para diminuir os prejuízos dos estabelecimentos comerciais fechados, muitas pessoas foram demitidas; famílias inteiras ficaram em casa. Muitos pais e mães de famílias que dependiam de seus empregos veem a necessidade bater em suas portas. Conflitos familiares e políticos com violências é o que mais vemos nos noticiários; são golpes sobre o capitalismo globalizado. Pode-se concluir “(...) a esquerda lacaniana agrupou-se em torno da hipótese de que as variações na fixação do mal-estar e na intensificação ou redução do sofrimento dependem da economia de gozo em um sujeito, de seu cálculo do gozo ou da configuração da fantasia” (GOLDENBERG, 1997; DUNKER, 2002 *apud* DUNKER, 2015, p. 183-184).

Aplicativos de videoconferência, salas virtuais, *home office*, ensino híbrido, educação remota, passaram a fazer parte da rotina de muitos lares e do vocabulário de trabalhadores e estudantes. Entretanto, estudantes pobres que não dispõem de recursos tecnológicos sofisticados, bens culturais e econômicos, ficam à margem do conhecimento formal, tão importante para escolha e desenvolvimento profissional, logo podendo engrossar a massa de desempregados que só aumenta. Todas as dimensões da sociedade foram reviradas, desafiadas e colocadas à margem de um precipício, sendo necessário um grande potencial criativo para sua reconstrução, são desafios para a modernidade.

Para C. G. Jung:

O homem sente um temor profundo diante do desconhecido. Basta perguntar isso às pessoas que têm a tarefa de promover ideias novas. Se até o adulto, considerado como maduro, teme o desconhecido, por que então não deveria hesitar uma criança em dar um passo à frente, em direção do desconhecido? O horror à novidade [...]. Como o apegar-se demasiadamente aos pais é desnatural e doentio, assim também o medo excessivo diante do desconhecido é igualmente doentio (JUNG, 2008, p. 81).

Em suas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, Parte III, 1915-1916, Freud (1996, p. 400) nos ajuda a refletir: “A ansiedade das fobias é efetivamente avassaladora”. Os efeitos do coronavírus têm sido devastadores para a saúde, educação e economia mundial. As pessoas se viram privadas de sua liberdade: separadas de parentes, destituídas de afeto, ilhadas, restringidas de frequentar seu lugar de devoção (templo), *shopping*, trabalho e lazer. “A mudança social do paradigma da produção para o consumo, a mutação correlativa do superego e a dimensão social das patologias tornam-se, assim, principal campo de problematização” (SAFATLE, 2005 *apud* DUNKER, 2015, p. 184).

A *internet* foi uma grande facilitadora da comunicação, mas junto com a TV tem sido a grande propagadora da avalanche de notícias ruins, ininterruptas, simultaneamente, de origens: bélica, religiosa, climática e sanitária, espalhando pânico na população global. “O nosso coração salta pela garganta de tanta excitação, quase para de susto, contrai-se de tanta angústia, se tenciona, explode de felicidade, fica apertado de tanta pena ou se quebra em função de tanta dor” (MORSCHITZKY; SATOR, 2013, p. 50).

Tem-se a seguinte constatação: “O transtorno do pânico é um dos transtornos psicológicos mais comuns e incapacitantes nos ambientes de atendimento de saúde mental e clínica geral, (...) vem se mantendo entre os 10 transtornos mais comuns encontrados nos prontos-socorros psiquiátricos” (WAYNE, 1966; GOLDENBERG, 1983 *apud* DATTILIO, 2004, p. 63). A solidão, o abandono e o medo de morrer, são as situações mais temidas neste momento, em especial em idosos e pessoas do grupo de risco, dessa doença que é altamente contagiante principalmente pelas vias aéreas. O isolamento durante certo período tornou-se inevitável, devido ao medo da contaminação e a inúmeros casos de pacientes hospitalizados e entubados em UTIs.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, a quarta edição (DSM-IV) [...] os ataques de pânico são diagnosticados pela presença de pelo menos quatro dos seguintes sintomas: (1) dispneia ou sensação de sufocamento; (2) tontura, sensação de vertigem ou desmaio; (3) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado; (4) tremores; (5) sudorese; (6)

engasgar; (7) náusea ou desconforto abdominal; (8) despersonalização – sentimento de que o corpo da pessoa ou o ambiente, respectivamente, não é real; (9) amortecimento ou sensação de formigamento em uma ou mais partes do corpo; (10) ondas de calor e calafrios; (11) dor ou desconforto no peito; (12) medo de morrer; e (13) medo de enlouquecer ou de perder o controle. Uma condição desses critérios envolve “ataques de pânico inesperados”, necessários para diagnóstico de transtorno de pânico, assim como o fato de os sintomas atingirem seu pico em dez minutos, [...] (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994 *apud* DATTILIO, 2004, p. 63).

A farmacoterapia é o tratamento médico de escolha na maioria dos serviços de atendimentos de crise e emergência envolvendo ansiedade e pânico. Isso se deve aos efeitos de ação rápida dos agentes farmacológicos, particularmente os benzodiazepínicos, que agem mais rapidamente do que qualquer outro agente antipânico (LIEBOWITZ, FRYER; COMAN, 1986 *apud* DATTILIO, 2004). O indivíduo depressivo neste momento atual fica muito mais fragilizado e vulnerável a estímulos de morte, sente-se incapaz de enfrentar os traumas, e insiste em ir ao encontro da morte. Muitos jovens têm cortado os próprios pulsos e têm preferências por jogos obscuros. É muito assustador a quantidade de pessoas que se apaixonam pela própria morte e desejam dar cabo da própria vida; enquanto outros lutam com as todas forças para sobreviver, independente da sua vulnerabilidade e condição humana.

“Uma das técnicas adjuntas que ajudam as pessoas com transtornos de ansiedade é o uso de leituras sobre o assunto do pânico. Tal técnica é conhecida como biblioterapia (GOULD; CLUM; SHAPIRO, 1993; LIDRIN, 1994 *apud* DATTILIO, 2004, p. 75). Muitas vezes o sofrimento, agressões psíquicas, são tão intensas e repetitivas que leva a despersonalização, à esquizofrenia, ao transtorno bipolar; oscilando entre a razão e a fantasia.

[...] a angústia hipocondríaca foi descrita desde os primeiros escritos de Freud como uma modalidade de recurso psíquico que ocorre quando não se dá produção delirante. Ou seja, quando não é possível descarregar a angústia através das produções psíquicas, sejam ela neuróticas ou psicóticas, a descarga da angústia toma o corpo como alvo, fazendo dele local de excelência para expressão da dor. A hipocondria, portanto, já apontava desde o início para a relação que se faria em textos posteriores entre o órgão dolorido e o conhecimento do próprio corpo (BIRMAN, 2014, p. 65).

Buscar apoio psicológico e psiquiátrico é de fundamental importância quando os eventos se tornam difíceis psicologicamente de serem administrados.

A somatização é condição necessária, mas não suficiente para o diagnóstico do fenômeno psicossomático. Também nem sempre a presença de uma lesão de órgão exprime uma formação psicossomática, em sentido psicanalítico do

termo. O que é comum a todos os casos é a imaginação do real, com o respectivo isolamento do simbólico (RAMIREZ, 2011, p. 113).

1.5 A igreja evangélica brasileira e o “bicho de sete cabeças” da modernidade: os perigos de abraçar os costumes mundanos

No Brasil, hoje ser evangélico passou a ser cada vez mais comum em todas as camadas sociais, isso se deve ao intenso trabalho evangelístico presencial e mais atualmente ao uso do televangelismo e outras mídias sociais. Conforme Faustino Teixeira (2013): os dados sobre religião que emergiram do Censo do IBGE de 2010 confirmam as transformações no panorama religioso brasileiro em curso nas três últimas décadas, o crescimento do grupo evangélico e sem religião. Os evangélicos saltaram de 6,6% em 1980 para 22,2% da população em 2010.

Esta pesquisa faz uma hermenêutica de algumas práticas institucionais evangélicas, utilizando a fenomenologia dos elementos teológicos, simbologias, narrativas, éticas religiosas presentes na sociedade.

Com isso, objetiva-se refletir criticamente sobre a popularização do “ser evangélico”, a partir de sua forte presença na sociedade, mundo político e artístico, que por um lado colabora para a disseminação do evangelho e emancipação de homens e mulheres pobres, além da inserção de ricos “no Reino de Deus”, por outro lado, o fervor e a autonomia que gera esse crescimento espantoso, possibilita diferentes hermenêuticas bíblicas, descentralização e desregulação religiosa. Hoje facilmente se confunde uma jovem evangélica com uma jovem não evangélica porque as fronteiras caem, os pensamentos e comportamentos estão ficando alinhados.

Vivemos em tempos difíceis, corrupção no cenário político e religioso; desastres ambientais violentos, desabamentos de morros, destruição de moradias e vidas; o avanço do mar ameaça importantes cidades litorâneas; terremotos; degeneração moral; aumento de doenças psíquicas, suicídios; e doenças neurológicas raras.

Atualmente o coronavírus mata milhares em todo mundo, avança e intriga a comunidade científica.

As pessoas veem seus sonhos e expectativas sendo diluídas da noite para o dia. É uma época de incertezas, medo, pânico, vazio e luto não vivido, até porque os mortos na maioria das vezes durante a pandemia não puderam ser velados.

As religiões não podiam sequer assistir aos seus fiéis, dá o conforto usual, a aproximação não era permitida pelo alto nível de contágio do Covid-19. Iniciando em 2020 e já adentrando em meados de 2021, sem uma vacinação ampla à população. Sendo um período de intenso sofrimento emocional, solidão e desespero. Todavia, há os que não veem motivos para precauções.

O olhar deste trabalho é também para a religiosidade do indivíduo, que pressupõe a ligação que todo ser humano tem com o espiritual, de forma natural, independente da religião e matriz religiosa. A religiosidade manifesta-se nas expressões linguísticas, motivações, comportamentos ritualísticos desde os primórdios.

Antes do mecanismo da Modernidade se tinha um sujeito que vivia em função do coletivo, da tradição, agora se tem um indivíduo que busca despojamento, desregulação para organizar o si mesmo; mesmo às vezes no grupo é um peregrino: recebe as mais diversas influências chamadas “hibridismos”, “bricolagens”, “sincretismos”, correndo o risco do relativismo, niilismo, anarquismos e perda de identidades específicas ligadas à tradição e institucionalização. Assim “[...] operações de bricolagem que permitem ao indivíduo ajustar suas crenças aos dados de sua própria experiência” (HERVIEU-LÉGER, 2008, pág. 89). Numa época que se pode tudo, mas o ego não se satisfaz, vive esvaziado e cada vez mais busca preenchimento; insaciável e inseguro transforma-se conforme a tendência do momento.

Estamos vivendo numa sociedade do consumo e do descartável, do egocentrismo e das aparências; tudo vale, poucas regras tradicionais; há uma supervalorização dos objetos e busca pelo prazer; atitude que se transfere para as relações humanas que se tornam também descartáveis; carecendo agora mais do que nunca retomar as práticas de Jesus: humildade, simplicidade e empatia.

Para Hervieu-Léger (2008, p. 102-103) estamos diante de um “[...] observatório de transformações [...]. Supermercado religioso”. Época de aparências e pouca essência, amnesia da história, pois o imediatismo não permite valorizar o que já foi construído e quem foram os desbravadores, “pais da fé”, que lançaram as bases bíblicas, morais, fundamentais para construção de uma sociedade mais justa e equilibrada.

Hoje para alguns, os sonhos e lutas desses desbravadores “não importam”, o que vale é o que foi “adquirido” por eles. O mergulho na “modernidade” e nos costumes seculares fazem lideranças tradicionais perderem influências sobre denominações tradicionais, pois se embarçam com cobiças que causam escândalos.

Cada vez mais jovens menos se importam com a história de sua igreja e do movimento que as formou, perdendo-se o sentido e as origens das coisas. Desvaloriza-se a história de seus

grupos religiosos e suas tradições bíblicas, ficando mais vulnerável a um mercado econômico religioso, ambicioso, de hermenêuticas independentes, a exemplo do Movimento de Adoração Contemporânea (*Worship*).

Mesmo tendo liberdade de interpretar a Bíblia e de poder exercer uma religiosidade de maneira mais autônoma, democrática e personalizada, ideais oriundos da Reforma Protestante, pesa as novas demandas subjetivas do atual momento caótico, na conjuntura política, ideológica e pandêmica, que exigem mais da religião, no sentido de manter o cuidado e a tradição, para garantia de continuidade. A espiritualidade não deve ser confundida com o narcisismo que aparece nos conteúdos de algumas canções religiosas atuais.

O pavor do novo não só é das lideranças católicas, mas também dos evangélicos tradicionais. O crescimento exacerbado do seguimento evangélico pentecostal dá-se, hoje, não só pelas pregações motivadoras, mas também pela adoção de regras cada vez mais frouxas e atraentes para os jovens. Pode dizer que “[...] a instituição não é mais opressora, e existe uma psicologização da ordem familiar. Ela se põe à disposição dos indivíduos. [...] A religião avança no mesmo sentido” (NEUTZLING, 2009, p. 60).

O *YouTube* está cheio de pregações evangélicas e desabafos sobre um fenômeno que devagar corrói a moral protestante, o modo das pessoas prestarem seus cultos, se vestirem, se relacionarem e se comportarem: o fenômeno da secularização (LOPES, 2014).

Práticas e costumes mundanos adotados por algumas lideranças influentes e consequentemente por suas igrejas (maquiagem, roupas coladas, ingestão de bebidas alcoólicas, coreografias nos altares); escândalos por práticas de adultério e corrupção política, têm sido comuns, provocando sérias críticas de desigrejados, são evidências concretas no *YouTube* (SISTEMA BRASILEIRO DE TELEVISÃO, 2020).

Shows para todos os lados e o “louvor do momento” tomando o espaço maior da pregação em muitas igrejas. Cantores e cantoras, além de influenciadores da moda, fazem parte de um grande mercado de produtos cristãos. Teixeira (2013) diz que circulam candidatos de identidade evangélica que querem alianças nas várias denominações, e também são nesses centros que se concentram líderes intelectuais de várias igrejas que defendem projeto sociopolítico e religioso de união do campo evangélico.

Nesta parte aqui da dissertação, buscou-se tratar dos evangélicos, relacionando aos eventos da Modernidade, não querendo dizer que não ocorra crises morais noutros seguimentos religiosos também. “Peter L. Berger e Thomas Luckmann veem as causas da moderna crise de sentido sobretudo nos processos de modernização, pluralização e principalmente nas sociedades europeias – na secularização” (BERGER, 2004, p. 9).

Portanto, apresenta-se um estudo teórico e hermenêuticas de narrativas bíblicas e de vídeos do *YouTube*, que visa descrever fenômenos do mundo evangélico. Reflete-se sobre a popularidade de “ser evangélico” na “modernidade” de poucos critérios, contrastando com primórdios da fé perseguida. Mostra um movimento interno, “profético” virtual e local, denunciando fragilidades e buscando transformação; discute-se em Theissem a Revolução de Valores de Jesus: amor e renúncia ao *status*.

Considera-se a importância da igreja evangélica brasileira no processo de cidadania, mas afirma que ela enfrenta uma crise de valores e decadência dos costumes bíblicos, marcos norteadores da identidade desse seguimento; logo subjetivismos, fragmentações e objetificação provocam intensos sofrimentos psíquicos em seus fiéis zelosos. Novos modelos de liturgia introduzidos no âmbito evangélico, motivados pelo consumo e secularização, geram inúmeras subdivisões e sofrimentos psíquicos, porque julga-se pelos fiéis tradicionais desse seguimento: arriscado, antibíblicos e confusos adotar referenciais diferentes.

Conforme relatos colhidos do *YouTube*, parte do legado que foi construído pelos pais na fé, tem sido vilipendiado, onde a corrida pelo espaço na mídia e os modismos de cantores artistas, pregadores empresários, descaracterizam aquilo que durante muito tempo foi anunciado em meio a perseguição, por ser contracultura. É só acessar o *YouTube* e ver que cresce o número de fiéis revoltados, melancólicos, escandalizados e desigrejados.

Não se pode negar que grande parte da igreja evangélica brasileira enfrenta uma crise de identidade em relação aos valores e costumes culturais que outrora defendia, situação desesperadora e dolorosa para muitos, especificamente os mais antigos na fé. Seria a introdução na liturgia de um ecumenismo e sincretismo silenciosos, forçados pela modernidade e globalização? Possibilidade inaceitável pelas culturas judaico-cristã primitivas (BÍBLIA DE JERUSALÉM, V.T. Oséias 5:7, 7:8; Daniel 1:8), tão combatidos ainda, com uso da Bíblia, por muitos evangélicos nos dias de hoje

Nesse ínterim, como ficam os grupos marginalizados? A exemplo daqueles que têm seus laços familiares fragilizados, porque sofrem de graves transtornos psíquicos. Muitos buscam na religião evangélica o consolo e empoderamento que são oferecidos através das pregações espirituais, porque se encontram fragilizados e, às vezes, desejam a morte, quando sua consciência está obnubilada. E como ficam aqueles que não se sentem mais incluídos e representados no mundo gospel moderno, escandaloso: parte consumista, parte ostentação?

Portanto, parece que os erros se repetem como no começo da oficialização do Cristianismo por Constantino: a “elitização do Evangelho sem renúncia” e as “práticas seculares”, causando sincretismos (profanação do sagrado) e subdivisões; são inimigos

históricos enfrentados pelos cristãos zelosos; têm sido as causas de muitos sofrimentos psíquicos, pois para crentes zelosos é mais apreciado andar por caminhos já trilhados para se evitar extravios, escândalos e decepções.

Por isso, constatou-se um movimento de dentro para fora, denunciando fragilidades deste seguimento cristão, como no princípio da Reforma Protestante. Não é à toa que ser protestante faz jus ao nome, é aquele que protesta, poderia ser comparado ao “sal da terra”, aquele que vai contra a cultura vigente, expressão de um dos movimentos da contracultura; mas dentre estes há aqueles que saem da Igreja para abraçar a cultura predominante, porque parte da igreja evangélica ainda os limita.

Estamos na época mais doentia psicologicamente da história, inúmeros eventos assustadores acontecendo, simultaneamente, mas a religião ainda traz um certo conforto e sentido. Sabe-se quão difícil foi o desbravar, o começo do Protestantismo no Brasil, especificamente nas cidades interioranas do Agreste e Sertão Pernambucano. Atualmente, “perseguições” não são tão pelo enfrentamento da cultura dominante, mas por sua inserção nela, escândalos e descréditos institucionais.

A inserção na política e em costumes mundanos remete aos constantes escândalos que enfraquecem teologicamente a comunidade cristã evangélica, que antes era coesa em princípios morais, primava pelos valores ascéticos, simplicidade e cuidado dos mais “fracos”. A fé por “parte de fiéis” passa produzir produtos comerciais e tem se tornado objeto de consumo (música e pregações): secularização, adoção de padrões mundanos; motivo de desvios das origens do Protestantismo e Pentecostalismo.

Durante muito tempo cria-se que o crente devia se afastar de assuntos políticos como pode-se observar em relatos de importante família presbiteriana garanhuense, que deixou um importante legado na sociedade de Pernambuco, porém com o passar do tempo esse referencial foi sendo abandonado. “Em 1930, a segunda geração dos Gueiros evangélicos já havia crescido e se educado. Assim, alguns começavam a pôr de lado a ideia que o ‘crente’ não deveria se imiscuir em assuntos ‘mundanos’, nem militar na política” (VIEIRA, 2008, p. 303).

O começo da fé evangélica e sua aceitação na sociedade não estava ligada ao prestígio social e econômico, mas a capacidade de convencimento pelas práticas do que ia sendo pregado, com o poder da ministração bíblica e ousadia dos dons espirituais.

O Pentecostalismo surge no Brasil a partir do fervor produzido do Movimento da Rua Azuza, Los Angeles, que motivou novas levadas missionárias, à semelhança do movimento dos irmãos morávios ou pietistas. No Brasil, essas lideranças encontram um contexto político de turbulência: a República Velha, o coronelismo, o início da industrialização, a imigração e o

êxodo rural. Nos espaços urbanos e no campo, as pessoas vão encontrar nas mensagens pentecostais a esperança para reconstrução de suas vidas e possibilidade de visibilidade social.

Para Oliveira (2018, p. 150) “Os espiritualistas, há 500 anos, criam no Espírito Santo como AquEle que age diretamente sobre a pessoa; defendiam que o Espírito atuava no coração, podendo ser compreendido mesmo pelos analfabetos [...] profetizavam, tinham sonhos e visões [...]”. O Pentecostes já tem mais dois mil anos de história, desde o Atos dos Apóstolos, e ao longo do tempo já passou momentos de arrefecimento e efervescência. No Brasil ele teve sua propagação a partir do trabalho de dois missionários suecos, Gunnar Vingren e Daniel Berg que iniciaram suas pregações em Belém do Pará, no ano de 1910, entre as populações ribeirinhas e migrantes oriundos do Nordeste, período do auge da borracha. Esse processo se concretiza da seguinte forma:

[...] fornecendo uma cosmovisão e sentido para a grossa camada de brasileiros. Além disso, a mística, o caráter popular e experiencial da nova fé, seu estímulo para ascensão social por meio da leitura (da Bíblia), sua condição minoritária que lhe dava certo ar de reserva moral frente aos supostos excessos da vida social dos demais grupos cristãos, sua contribuição à segurança em meio à violência nas periferias – ao ser um refúgio para pessoas que queriam refazer a vida após experiências dramáticas e também pela austeridade em relação ao álcool e ao tabaco, que ajudaram na recuperação de indivíduos e famílias, reintegrando-os à sociedade e ao mercado de trabalho - , tudo isso fez do pentecostalismo uma resposta eficaz ao contexto religiosos brasileiro, [...] (OLIVEIRA, 2018, p. 161-162).

Logo que chegaram ao Brasil os missionários foram acolhidos pela Igreja Batista local, mas não se adaptaram a teologia dessa igreja, sendo desligados, logo iniciaram o ministério pentecostal. Fundaram a Missão de Fé Apostólica, que mais tarde em 1918, ficou conhecida como Assembleia de Deus. As pregações tiveram grande aceitação pelas populações marginalizadas e sofridas por se caracterizar por intenso fervor, línguas estranhas, revelação e palavras tocantes.

De acordo com Hyatt (2018, p. 223), “Como fogo soprado pelo vento na relva seca, o Pentecostes se espalhou rapidamente, penetrando a maioria das denominações protestantes tradicionais”. Quanto ao protestantismo pentecostal, no Brasil, já somam mais de 12 milhões de membros no Brasil. Esses missionários eram oriundos do Movimento Pentecostal norte-americano, do qual fizeram parte Charles Pahram e Willian Seymour.

Com persistência e objetividade os evangélicos foram ganhando espaço na sociedade brasileira, com bastante ousadia em suas pregações muito proveniente do vigor pentecostal. Com orações e estudo da Bíblia, foram desbravando o terreno inóspito dos corações e

conquistando espaço em solo brasileiro, nos mais diversos rincões, capitais, interiores à fora, vilas e favelas. Independente da boa vontade política, foram implantando suas igrejas nos mais distantes e diversos lugares, expressando uma hermenêutica mais autônoma e independente, a partir do trabalho missionário estrangeiro.

Rafael de Souza Oliveira fala das várias tentativas missionárias de evangélicos no Brasil desde a colonização.

Ao contrário do que muitos imaginam a chegada do protestantismo ao Brasil se deu antes do século XIX. Em 11 de outubro de 1555, com ajuda do rei Henrique II e o apoio de Calvino chegou ao Rio de Janeiro um grupo de refugiados franceses do partido dos huguenotes que sofriam perseguição religiosa por parte dos católicos. Dois anos depois, chegaram mais missionários, tornando-se possível em 10 de março de 1557 a realização do primeiro culto protestante em terras brasileiras. Entretanto, desentendimentos e divisões internas em relação a elementos litúrgicos, fez com que essa primeira empreitada missionária fracassasse e contribuiu para o domínio e monopólio do Catolicismo Romano por mais dois séculos. Uma segunda tentativa de implantação da religião protestante no Brasil chega com os holandeses em 1624 e se consolida em 1630, quando dominam Recife e Olinda. No ano de 1641 os holandeses dominavam 14 capitanias do nordeste brasileiro (OLIVEIRA, 2013, p. 145).

No começo dos grandes projetos evangelísticos das igrejas históricas e posteriormente pentecostais, ser evangélico ou protestante no Brasil era algo bem escandaloso e indigesto. Em Garanhuns, por exemplo, protestantes presbiterianos eram vítimas de muitas preconceitos e arbitrariedades. Não tinham influência na política, num período de coronelismo e domínio latifundiário, em que se cometia muitas injustiças em cidades interioranas, ao que tudo indica que seja isso um dos motivos da imersão de evangélicos na política posteriormente.

Francisco Cartaxo Rolim (1994, p. 32) ratifica que “[...] em 1900, muitos evangélicos ocultaram sua identidade religiosa. Provavelmente, uma estratégia para pouparem às perseguições, claras e veladas [...]”. Os fervorosos pentecostais também tiveram muita dificuldade de implantar suas igrejas e fazerem cultos, eram apelidados de “bodes” por cultuarem emitindo barulhos de “glórias, “aleluias” e glossolalia.

A partir das potencialidades e marcos da fé evangélica, fatalmente iam se imbricando na sociedade resiliência e cidadania. Havia a propagação do testemunho pessoal de vida, também se estabelecia uma nova relação com o trabalho e a economia, sendo adotados costumes contraculturais simples e ascéticos.

Vieira (2008) relata o difícil começo do evangelismo evangélico em Pernambuco, afirma como essa fé contribuiu para dirimir a violência na época do Coronelismo e Cangaço, no início da República do Brasil:

Foi essa falta do Evangelho, e dos ensinamentos bíblicos, que levou certas pessoas de Garanhuns, apenas um mês e pouco após a Hecatombe⁸, a projetar nova chacina: desta vez para matar todos os evangélicos da cidade. Essa nova matança religiosa, autoproclamada de “Mata Bode”, ocorreria em um domingo de manhã, durante as festividades da Escola Dominical, da igreja Presbiteriana (VIEIRA, 2008, p. 230).

Para Davi Gueiros Vieira (2008) nesse período a presença dos protestantes em Garanhuns muito contribuiu para amenizar o lado selvagem, sanguinário, na época da recém proclamada República, em que era honroso crimes ligados à defesa da honra de famílias, à política e à religião. Com isso segundo o autor “A Hecatombe revelou um lado atroz daquela cultura nordestina, da qual a família Gueiros se livraria ao abraçar o Evangelho [...]. Foi a presença evangélica que auxiliou tirar aquela região da barbárie, elevando-a a um nível mais adequado de civilização [...]” (VIEIRA, 2008, p. 231).

Davi Gueiros Vieira (2008, p. 206) relata sobre outro fato ocorrido na cidade de Garanhuns (PE), que mostra as dificuldades enfrentadas no início da propagação da fé protestante: “Vendo que não conseguiam evitar a construção do templo protestante, na noite anterior à sua inauguração, um grupo de pessoas, hoje sabemos comandado por Sales Vila Nova, com baldes de fezes humanas, ‘pintou’ todo o exterior do templo [...]”.

A liberdade religiosa outorgada pela Constituição ia sendo aos poucos implantada; crescia a democratização das boas-novas evangélicas e ao mesmo tempo em que mulheres e homens, pobres e negros, iam sendo inseridos nos púlpitos das novas igrejas; presidiários, viciados, desempregados e desesperados, iam sendo atraídos por mensagens impactantes e reformadoras, de forte cunho moral e salvífico. As pessoas logo ingressas na comunidade protestante, ao passarem por processo de discipulado, poderiam também ser disseminadoras da nova fé, fato que contribuía para elevação do seu prestígio moral perante a comunidade local.

⁸ Hecatombe de Garanhuns: foi uma chacina brutal que ocorreu no dia 15 de janeiro de 1917, na cidade de Garanhuns PE, motivada por uma luta política entre famílias rivais que se arrastava há vários anos. Após o assassinato do coronel Júlio Brasileiro, prefeito do município, a cidade foi invadida por 400 cangaceiros convocados pela viúva Ana Duperron. Como resultado da vingança: 18 pessoas foram brutalmente assassinadas e outras feridas, a maioria emboscada por autoridades na cadeia pública, no centro da cidade. VIEIRA, David Gueiros. Trajetória de uma família: história da família Gueiros. Brasília: Nossa Livraria Editora, 2008.

Nesses termos, a ideia de uma multiplicidade no campo religioso, vem se consolidando desde o início da década de 50, tendo em vista que, nas esferas ritual e devocional, verifica-se um trânsito intenso e constante não só de fiéis, mas, especialmente, de elementos rituais, doutrinários e mesmo estéticos entre as diversas denominações (MASCENA, 2011, p. 19).

Rafael de Souza Oliveira (2013) enfatiza o desenvolvimento econômico e urbano influenciado pelos protestantes de origem norte-americana:

Assim, o protestantismo incentivou a criação de centros urbanos e o progresso trazido pelos americanos e implementou uma nova visão ideológica de individualismo e a busca do lucro através do crescimento econômico. [...] O movimento pentecostal chega ao Brasil através da pregação do operário italiano Luigi Francescon que sai de Chicago (EUA) em 1909 e chega ao Brasil em março de 1910. Iniciando suas atividades em São Paulo e em Santo Antonio da Platina, no Paraná, torna-se o fundador da Igreja Congregação Cristã no Brasil (ICC). Seis meses depois, chegam à Belém do Pará dois suecos, Gunnar Vingren e Daniel Berg que fundam a Igreja Assembleia de Deus (AD). Ambos tornaram-se batistas na Suécia e depois emigraram para os EUA, respectivamente em 1902 e 1903, e afirmaram ter recebido o dom o Espírito Santo em 1909 (OLIVEIRA, 2013, p. 148).

Nesse período igrejas tradicionais históricas já semeavam suas doutrinas em solo brasileiro. Rolim (1994) afirma que começo da fé pentecostal e sua credibilidade na sociedade não estava ligada a prestígio social e político, mas a capacidade de convencimento pelas práticas do que ia sendo pregado, com manifestação dos carismas:

[...] é esclarecedor da conduta social e religiosa do pentecostalismo no Brasil saber que ele é herança de um tipo de religião norte-americana, dissociada de qualquer compromisso sócio-político. Batismo no Espírito santo, crença no poder de Deus, crença na esperança no milênio, cultos espontâneos e cheios de emoção, formavam um conjunto fechado e sem abertura para o social, já no início do pentecostalismo brasileiro. O Espírito Santo santificaria os crentes; o poder de Jesus iria curar os males dos brasileiros pobres. Por que então iriam eles interessar-se em mudar a nossa sociedade se tinham Jesus como médico onipotente dos males físicos e mentais? Assim, logo no início, ao ensaiar seus primeiros passos, o pentecostalismo tinha os olhos fechados para a pobreza e carências decorrentes, como pobreza social, mas abertos para a cura dos males diretamente e imediatamente sentidos (ROLIM, 1994, p. 26-27).

Apesar da dificuldade da disseminação da nova fé, o comportamento dos novos membros da comunidade evangélica trazia certo prestígio e confiabilidade perante a sociedade, pela prática da moralidade que os mesmos pregavam e demonstravam na nova vida, o que facilitava a sua inserção social. Pregações empoderadas confrontavam os vícios, jogos e vida

sexual desregrada, o que convencia as pessoas e aos poucos fazia com que a comunidade absorvesse práticas que enfatizavam um maior cuidado com o corpo através de costumes ascéticos.

Conforme Ricardo Mariano (2002), atualmente, a influência de protestantes pentecostais, não apenas se restringe ao campo teológico, já ocupam espaço na política nacional.

No Brasil, a expansão pentecostal não é tão recente nem episódica. Ocorre de modo constante já no meio século, o que permitiu que o pentecostalismo se tornasse o segundo maior grupo religioso do país. Mas seu avanço não é expressivo apenas nos planos religioso e demográfico. Estende-se pelos campos midiático, político partidário, assistencial, editorial e produtos religiosos. Seus adeptos não se restringem mais somente aos estratos pobres da população, encontrando-se também nas classes médias, incluindo empresários, profissionais liberais, atletas e artistas. Ao lado e por meio disso, o pentecostalismo vem conquistando crescente visibilidade pública, legitimidade e reconhecimento social e deitando e aprofundando raízes nos mais diversos estratos e áreas da sociedade brasileira (MARIANO, 2002, p. 121).

O atual crescimento exacerbado de evangélicos pentecostais e neopentecostais, fatalmente obriga os católicos, assim como já fazem os evangélicos tradicionais a se adaptarem às novas demandas de fé de um público cada vez mais influenciado pelas tecnologias e por conteúdos egocêntricos e anárquicos. “A Igreja Católica enfrenta o desafio de se lançar nos espaços e inovar nas possibilidades de interlocução com os indivíduos modernos” (TEIXEIRA, 2013, p. 124). Um público jovem exigente que busca uma religiosidade autônoma e ousada, baseada em experiências sensoriais, sem dizeres mecânicos.

Para Gedeon Alencar (2015) a imersão na cultura contribui para aprimoramento da democracia diante dos entraves históricos vividos por esse grupo:

A pluralidade evangélica é, dialeticamente, causa e efeito da pluralidade cultural brasileira – e, genericamente, de um mundo onde ideias absolutas e fixas não tem mais espaço. Por isso, os mais de quarenta milhões de evangélicos no Brasil, fracionados em milhares de grupos e com interesses distintos, influem positivamente para o aprimoramento da democracia (ALENCAR, 2015, p. 2).

A sensualidade que outrora era veemente combatida, agora a grosso modo é ignorada pela maioria dos evangélicos modernos. As tentações do capitalismo, que traz conforto, mexem desconcertando todos os sentidos do corpo. A tecnologia passa a ser a grande divulgadora das

novidades do mercado e aos poucos vai minando a simplicidade e liturgia, mas torna-se uma grande propagadora da fé e dos produtos daí desenvolvidos.

Alencar (2015) faz a seguinte problematização sobre a possibilidade de quebra de padrões estruturais com o uso da *internet* no meio religioso:

Religião e *internet* poderiam – e deveriam – andar juntas? Sim e não. *Internet* é o supra sumo do que existe da mais plena autonomia. Funciona a partir da mais ampla e total possibilidade de decisão pessoal e autônoma, independente do horário e do local. Se materializa de forma anárquica sem limites, sem poderes e dirigentes oficiais. Visceralmente contrário ao que diz de religião enquanto um modelo de conduta regrada e obediente a uma instituição ou ser divino. Portanto, teoricamente, são incompatíveis (ALENCAR, 2015, p. 9).

Hoje o que mais se deseja no meio das mulheres evangélicas pentecostais é a última moda do cabelo da artista em evidência, o *design* da sobrancelha e roupa cara da famosa cantora gospel; há também uma grande aspiração por cargos e ocupação dos primeiros assentos nos púlpitos ou palanques políticos. O interesse por reconhecimento midiático e amizades influentes é outra novidade violenta no seio das igrejas; aos poucos é sufocada na garganta de fiéis zelosos a mensagem de renúncia ao *status* e ao luxo, em tempos de crise de valores cristãos.

Rolim (1994) fala do envelhecimento das práticas religiosas evangélicas tradicionais, mas ver oportunidades para classes populares:

As Igrejas pentecostais antigas envelhecem sob o peso do seu arcabouço burocrático. Novas aspirações e novos interesses religiosos podem não se sentir mais satisfeitos com as propostas dessas igrejas. Dá-se então eclosão de outros grupos em busca de novas experiências, rompendo com suas igrejas, mas sob a iniciativa de um líder. O que vem ocorrendo nos últimos anos é que, à medida que as igrejas pentecostais se aburguesam, abrem-se espaços sociais livres nas camadas populares mais pobres. Surgem então oportunidades de criação de igrejas pentecostais mais ligadas às camadas pobres, menos burocratizadas e menos aburguesadas (ROLIM, 1994, p. 92-93).

A modernidade traz tentações que nem os líderes pentecostais tradicionais escapam; por um lado vem o interesse em alcançar um público que não vai ao templo, por outro, abre-se para o consumo e aspirações seculares; o fiel e o líder têm acesso à tecnologia e a ostentação, que não é mais tida como perversa, mas como bênção.

No período de isolamento da pandemia do coronavírus, a *internet* e a televisão têm sido os únicos meios de acessar ao conteúdo religioso ao vivo. As redes sociais são um espaço de culto com mensagens que vão dirimindo os efeitos psicológicos da situação. A TV, a *Internet* e a educação, vêm trazendo novos modelos de comportamento social, flexíveis e atraentes.

O vírus da modernidade cibernética, inexoravelmente, alcançou a todos, mas o *download* é lento, às vezes, interrompido e, principalmente, seletivo. “Contaminados” de fato estão todos e tudo, mas os processos de adesão são distintos. A *web*, literalmente, conecta o mundo, no entanto, mesmo empresas e governos têm limites – inerentes, autoimpostos ou convenientes - de conexão. As religiões não seriam diferentes (ALENCAR, 2015, p. 2).

Ao mesmo tempo que o mundo gospel cresce, fortalece-se na política e através da mídia influencia a cultura brasileira; remodela-se e é influenciado pelas novidades que a modernidade traz, sendo obrigado a reescrever seus sermões. Os pentecostais aos poucos incorporam o discurso da prosperidade e para os tradicionais, a cada dia o comportamento de santidade, vai se tornando obsoleto. Hervieu-Léger (2008) fez as seguintes constatações sobre pluralismos e modernidade: “[...] dispersão das crenças, mobilidade das pertencas, fluidez das identificações e da instabilidade dos agrupamentos” (HERVIEU-LÉGER, 2008, p. 82).

Costumes invioláveis dos “antigos da fé”, “pais da igreja evangélica”, são criticados pelos novos teólogos, que os chamam de exagerados, outrora, esses desbravadores eram chamados de zelosos, o exemplo era usado como referência de fé. Presbíteros “tradicionais” já não se importam com as moças da igreja circulando pelas ruas com calças jeans justas e rasgadas, da moda; filhas de pastor ousadas no culto, exibem sem pudor sua boca com batom vermelho ou roxo, olhos pintados e rostos maquiados; corpos adolescentes aparecem de biquíni no perfil do *WhatsApp*, já foi possível serem disciplinados, hoje ainda cantam no grupo de louvor: “eu quero ser santo, santo, santo como santo és Senhor”.

Sobre a confusa pós-modernidade Boaventura (1996) fala:

No campo da regulação, as transformações têm sido profundas e vertiginosas ou, pelo menos, assim nos surgem dado o curto espaço de tempo em que ocorreram. O princípio de mercado adquiriu pujança sem precedentes, e tanto que extravasou o econômico e procurou colonizar tanto o princípio do estado, como o princípio da comunidade – um processo levado ao extremo pelo credo neoliberal (BOAVENTURA, 1996, p. 87).

Hervieu-Léger (2008, p. 89) descreveu esse mesmo fenômeno na Europa: “Cada um assume a responsabilidade pessoal de dar forma à referência à linhagem com a qual se identifica.”

Chama a atenção a mudança violenta dos costumes, em relação a “doutrina rígida do cabelo das mulheres”, que se deteriora. Hoje é comum entre mulheres “santas”, dirigentes de Círculos de Oração o usufruto do cabelo solto, cada vez mais curto e reduzido, pela quantidade de alisamentos e pintura, sendo atualizado de acordo com a última tendência da moda. Pode-se

dizer que há certas influências do feminismo militante nos espaços das religiões fechadas. Num sentido mais amplo é aquilo que Neutzling (2009, p. 61) afirma que: “[...] as pessoas compõem elas mesmas sua própria religião. [...] a maioria da população considera que cabe a cada um formar a sua própria religião, sua própria crença. Eis o que advém com a segunda revolução individualista”.

Todavia, para Alencar (2015) a introdução de mudanças no meio cristão pentecostal não é tão simples:

[...] aceitar a tecnologia moderna é fácil, mas aderir aos valores modernos, não é tão simples. As ADs, por exemplo, na primeira fase do pentecostalismo clássico em 1917 tem jornal e, na década de 20, mulheres no pastorado, mas na década de quarenta os membros são disciplinados por terem rádios, e nos anos seguintes é contra a TV. Somente nos últimos anos amenizou suas interdições, mas como é um nome único para inúmeras igrejas distintas, estas e outras proibições ainda permanecem (ALENCAR, 2015, p. 12).

Sobre a quebra de padrões e limites evangélicos:

Encabeçado pela Igreja Universal, o neopentecostalismo é a vertente pentecostal que mais cresce atualmente e a que ocupa maior espaço na televisão brasileira, seja como proprietária de emissoras de TV, seja como produtora e difusora de programas de televangelismo. Do ponto de vista comportamental, é a mais liberal. Haja vista que suprimiu características sectárias tradicionais do pentecostalismo e rompeu com boa parte do ascetismo contracultural tipificado no estereótipo pelo qual os crentes eram reconhecidos e, volta e meia, estigmatizados. De modo que seus fiéis foram liberados para vestir roupas da moda, usar cosméticos e demais produtos de embelezamento, frequentar praias, piscinas, cinemas, teatros, torcer para times de futebol, praticar esportes variados, assistir à televisão e vídeos, tocar e ouvir diferentes ritmos musicais. Práticas que, nos últimos anos, também foram sendo paulatinamente permitidas por igrejas pentecostais das vertentes precedentes, com exceção da Deus é Amor, que manteve incólume a velha rigidez ascética. Em todas as vertentes permanece, porém, a interdição ao consumo de álcool, tabaco e drogas e ao sexo extraconjugal e homossexual (MARIANO, 2004, p. 124).

Percebe-se que grupos sociais e culturais que resistem a inovação, preservam a identidade e subsistem, os que facilmente se adaptam às violentas transformações, seus valores tendem a ser extintos.

Um outro fenômeno interessante é o que ocorre com a IPDA (Igreja Pentecostal Deus é Amor), é que durante a existência do líder Davi Miranda a denominação permaneceu intacta quanto aos costumes e carismas, mas atualmente se remodela e enfrenta muitos conflitos

internos, angústia e subdivisão de membros que resistem às mudanças, que já são radicais (VIANA, 2021). Seus jovens protagonizam uma nova liturgia, focada na adoração, que tem semelhança com as ministrações da juventude da *Hillsong United*⁹, construindo um novo legado diante do esfacelamento do tradicional.

No âmbito cultural evangélico, é importante salientar que a música que é produzida hoje, está ligada ao contexto de mercado. Geralmente as buscas em plataformas são conforme o humor e satisfação de necessidades pontuais (alegria, tristeza, medo).

Atualmente nunca se falou tanto da Modernidade, e ela é o “Bicho de Sete Cabeças” que silenciosamente penetra nas estruturas sociais, a exemplo de família, e cultura das igrejas, mexendo nos costumes e identidade cristã (espiritualidade, modéstia, fervor religioso, alteridade, renúncia aos assuntos mundanos).

São reflexões a respeito de grupos excluídos da história (grupos puritanos e pentecostais), atualmente esquecidos, mas que trouxeram uma grande contribuição social no melhoramento das relações humanas, com suas mensagens de fé e com os carismas na ousadia missiológica, atravessando os mares e os sertões violentos. Ao mesmo tempo mostra os conflitos presentes no âmbito evangélico pentecostal atual, presente nas redes, indizível nos grandes templos, e que passa despercebido na academia. Precisa de voz audível para falar de seus dilemas e sofrimentos, das agressões da globalização num mercado que não respeita o sagrado, e torna-se religioso.

Mesmo vendo a história de seu grupo sendo diluída violentamente da noite para o dia, cristãos evangélicos querem cultivar.

Como anda a resiliência e alteridade dentro deste movimento? Ainda têm ideais basilares de uma fé cristã primitiva?

Para Neutzling (2009, p. 59) ocorre um “[...] enfraquecimento das regulações coletivas, desestruturação dos dispositivos da socialização tradicional e, por essa razão, emancipação dos indivíduos em relação às autoridades e às imposições do coletivo a que pertence.”

Nos cursos de Psicologia é escassa a discussão e pesquisa sobre a importância da religião do paciente com transtornos psíquicos no enfrentamento de doenças psicológicas; e sobre problemáticas religiosas nos seus respectivos espaços de fé.

⁹ *Hillsong United* (estilizado *Hillsong UNITED* OU *UNITED*) é uma banda australiana de adoração que originou da *Hillsong Church*, que produz música voltada para o público cristão jovem, gêneros: música cristã contemporânea, *pop rock* e *rock* cristão. Disponível em: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Hillsong_United Acesso em 19 set. 2020.

O campo religioso, assim como os demais, nessa perspectiva, é conflitual e agonístico, pois é também espaço de relações de força e de competição por bens e recursos escassos. É o lugar da coexistência de posições sociais, de pontos mutuamente exclusivos, e que, para seus ocupantes, definem o princípio fundante dos pontos de vistas. É uma esfera definida pela exclusão mútua, pela distinção das posições que o constitui como estrutura de justaposição das posições sociais. Enfim, é lugar distinto e distintivo que pode ser caracterizado pela posição relativa que ocupa em relação a outros lugares e pela distância que o separa deles (BOURDIEU, 2001 *apud* SILVEIRA, p. 787).

Este estudo bibliográfico visa promover uma reflexão sobre o sofrimento humano no âmbito religioso evangélico pentecostal, mais precisamente dos que não aceitam o vilipêndio da moda globalista.

Neste artigo foi dada ênfase às problemáticas da Modernidade e do atual período de pandemia, em que se têm religiosidades mais livres das tradições e sem o rigor da doutrina, por causa, também, da impossibilidade de ir aos templos, ocorrendo uma grande ascensão das subjetividades individualistas, muitas oriundas de consultas ao *YouTube*, da diversidade de ofertas religiosas, da pouca paixão pelos textos sagrados, do contexto da globalização, em contraposição aos conceitos cristãos básicos de renúncia egóica e simplicidade, acarretando intensas formas de sofrimentos no meio cristão evangélico tradicional.

No contexto atual, situações catastróficas vêm a piorar a situação de vulnerabilidade das pessoas, com mais ocorrências de surtos psicóticos, violências e transtornos irreversíveis. Os princípios de Jesus pregados pelos cristãos zelosos contribuem para desconstruir posturas patológicas e destrutivas, deixando o indivíduo resiliente frente as injustiças e calamidades.

=>=>

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA, A REINSERÇÃO PSICOSSOCIAL E RELIGIOSA DO EGRESSO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ULYSSES PERNAMBUCANO: POLÍTICAS PÚBLICAS

São comuns na sociedade, as memórias das antigas formas de internamento, violentas e precárias em sua terapêutica, as principais causadoras do desprestígio social do indivíduo que sofre psicologicamente frente às pessoas ditas normais, o que dificulta a reconquista da autonomia.

Diante das discriminações, como entraves sociais, os desafios são imensos para enfrentar a realidade da sociedade competitiva e tecnológica (Fotos n. 13 e 14, Anexos), com a alta, bem como reconquistar seu lugar no convívio familiar, escolar, acadêmico, social, profissional e âmbito religioso. Antes da institucionalização essas pessoas possuíam uma vida social muitas vezes ativa e o tempo não deveria parar para elas. Sobre a questão da escolarização Baptista (2015) levanta uma problemática importante que fala do enfrentamento da questão histórica da exclusão, onde as atuais políticas de educação apontam para outra narrativa de compreensão dos alunos considerados excluídos e/ou participantes de grupos minoritários

Esta pesquisa é muito importante, pois apresenta e discute propostas de práticas inovadoras e integradoras, da Educação e da Psicologia, para que o usuário do serviço psiquiátrico possa reinventar sua própria vida. Daí o valor da luta pelo empoderamento dos usuários da saúde mental. Geralmente quem sofreu internamentos fica mais na condição de dependência assistencial quando conquista a alta hospitalar. Muitos necessitam que falem por eles e perdem muitas oportunidades e direitos, porque apresentam muitas dificuldades cognitivas, de comunicação e motoras. Todavia, os danos que sofreram podem ser minimizados com o uso das tecnologias assistivas dentro do hospital psiquiátrico. “Temos assistido a um crescimento desenfreado e vertiginoso da era tecnológica na sociedade atual. E esse desenvolvimento tem desencadeado uma produção assombrosa de produtos industrializados e de informações” (JESUS, 2015, p. 39).

Ainda na perspectiva da inclusão social, pensando nos aspectos subjetivos: culturais e espirituais, tão importantes para a compreensão e reorganização do ego; discute-se a importância de dar atenção dentro do hospital e fora, na clínica psicológica, aos fenômenos da religiosidade e espiritualidade, que fazem parte da constituição subjetiva dos sujeitos. É importante ver como eles se manifestam, no hospital e nos pacientes, a fim de se ter abordagens

terapêuticas adequadas, coletivas e individualizadas, para melhorar o processo de reinserção do paciente no cotidiano das atividades.

A experiência é a forma básica de aquisição de conhecimento. Nada chega ao nosso intelecto sem causar uma experiência pessoal – empírica ou existencial. A experiência existencial pode ser física, social, moral, metafísica ou religiosa. A religiosidade em si está intimamente relacionada com a experiência, no caso, com o sagrado (SILVA, 2014, p. 37).

Esta pesquisa bibliográfica tem base nas pesquisas: documental de Mascena (2011) e de campo de Cavalcanti (2013), além de outros subsídios.

2.1 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: desafios de hoje

A Lei da Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil é a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, assinada pelo ex-Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2005). Todavia, ainda é preciso levar em consideração a grande fragilidade econômica e exclusão social, por causa dos estigmas e dificuldades cognitivas de expressão, destes, oriundas da doença mental e dos efeitos iatrogênicos do tratamento; estas dificultam a sua reinserção social, como a Reforma Psiquiátrica propõe, mesmo com o apoio disponível da Rede Substitutiva ao Hospital Psiquiátrico.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005, p. 26).

Outro documento constatado foi a Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, assinada pelo ex-Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas. Cabe aqui ressaltar, na consolidação desta política, o Programa de

Volta para Casa, que significou a concretização de uma reivindicação histórica do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, e que vem dando novo e positivo significado à vida dos familiares e usuários do sistema público de saúde mental, possibilitando o retorno à cidadania plena de pessoas anteriormente limitadas à vida asilar por longos anos (TEMPORÃO *apud* PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA, s.d.). Este Programa Federal é conhecido também como PVC, tem direito a ele quem ficou em longo tempo de internação, a partir de dois anos ininterruptos em rede do SUS.

O Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica 11\2019¹⁰ determinando a mudança de alguns aspectos da antiga Lei Antimanicomial. Cria-se uma “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Devido a polêmica gerada, o *site* do “Ministério da Cidadania”, lançou alguns esclarecimentos sobre as mudanças na “Política Nacional de Saúde Mental” e nas “Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas” (OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2019, p. 1).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital-Dia
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatórias Especializadas

Por que se precisa recorrer no surto psicótico, ao hospital psiquiátrico? Os hospitais comuns, e outros dispositivos da Reforma Psiquiátrica, não têm sido suficientes e adequados para atender as muitas demandas pelo uso de drogas (Foto n. 17-18, Anexos), por exemplo.

¹⁰ Nota Técnica 11\2019: intitulada ‘Nova Saúde Mental’ publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras drogas, do Ministério da Saúde, de 04\02\2019, determinou ampliação dos serviços de saúde mental (RAPS), aumento progressivo de leitos, desburocratização da internação compulsória e uso de terapias antigas sempre com aval cientificista; a medida gerou grandes polêmicas e mobilização na mídia, demissão e consequente retirada da referida Nota do *site* do Ministério da Saúde. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/> Acesso em: 15 out. 2019.

Progressivamente os Hospitais-dia disseminaram-se por todo mundo, incluindo o Brasil. Em 2001, o presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado, que previa a redução gradual do número de hospitais psiquiátricos no país. A partir de então, a tendência tem sido a de que os serviços de atendimento em tempo parcial, como os Hospitais-dia, ou CAPS, substituam gradativamente os hospitais tradicionais. A participação dos familiares nos tratamentos tende, portanto, a se tornar cada vez mais comum no âmbito da saúde brasileira (GUIRADO, 2007, p. 74).

Com o não fechamento dos hospitais psiquiátricos, uma ideia da “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, afirma-se ter investimento para os mesmos, a fim de se poder acolher melhor essas pessoas acometidas de doenças psiquiátricas graves, de risco pessoal e social, bem como dar possibilidade de uso de outros meios para promoção da saúde psíquica.

Outro grave problema a ser enfrentado é a falta de leitos psiquiátricos especializados e atendimento qualificado nos hospitais. A escassez de leitos para a prestação de assistência aos pacientes é bastante preocupante, e o Ministério está atento a esta questão. A partir de dezembro de 2017, é exigida a presença de equipe multiprofissional mínima em Enfermarias Especializadas de Hospitais Gerais, dando maior eficiência e qualidade no tratamento dos pacientes. O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas (OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2019, p. 4).

O documento apresentado garante que foram ampliados os recursos para assistência da saúde mental e que todos os serviços construídos, a partir da Reforma são importantes.

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares. Um dos pontos da Nova Política Nacional de Saúde Mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns (OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2019, p. 3-4).

A desvalorização do usuário pela angústia que porta, acrescente-se a discriminação pelo fato de ser egresso de hospital psiquiátrico ou ainda usuário de drogas psiquiátricas, além do abandono familiar, são causas mais comuns de recaídas e exclusão.

A continuidade dos manicômios não afeta minhas propostas sobre reinserção psicossocial através da escola inclusiva, já no espaço do hospital, e pela psicoterapia integral, pelo contrário, com a ampliação da atenção e do cuidado, tem-se a possibilidade de se desenvolver mais a cidadania dos egressos e logo serem incluídos na comunidade, reduzindo os assistencialismos. Com a abertura para a criação de projetos psicossociais inovadores, tem-se a possibilidade de um melhor investimento na área.



Figura 6 e 7: Hospital Psiquiátrico da Providência (Garanhuns – PE), fechado em virtude da Reforma Psiquiátrica do Brasil – Lei 10.216/2001. Fonte: Acervo próprio, fotos em 2019.

Sobre a “autonomia na fase de ex-interno” (egressos), Bessoni *et al.* (2019, p. 47), na pesquisa “Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí?”, afirmam:

Ao sair do hospital, as histórias que se abriram contrapõem-se aos destinos quase únicos e silenciosos dos internamentos. As maneiras de reconstruir essas relações subjetivas e intersubjetivas também foram diversas. Alguns exemplos do que atravessa essas possibilidades abertas e realizadas por estes beneficiários-narradores são: 1. Cuidar de si e do local de moradia: após a saída do hospital psiquiátrico, inúmeras adaptações à nova rotina foram necessárias. Isso incluiu, em muitos casos, (re) aprender cuidados básicos, como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, entre outros.

Sobre “dificuldades na fase pós-internação” (egressos), Bessoni *et al.* (2019, p. 51), na pesquisa “Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí?”, afirmam:

Duas grandes dificuldades da vida pós-internação são a violência urbana e o envelhecimento. É necessário maior adensamento sobre os temas para pensar a intersecção dessa variável em relação ao usuário de saúde mental nas médias e grandes cidades. Atentamos, no entanto, que em certas narrativas a negociação das saídas pode ser também uma forma de manter a condição de

tutelado de forma acrítica, caso não se abra uma construção dialógica possível para o impasse. O envelhecimento desta população atualiza as dificuldades no tensionamento do binômio coerção-tutela, e há um debate necessário a ser feito sobre o cuidado e a vigilância com a entrada na terceira idade de pessoas longamente institucionalizadas.

Com o fechamento dos manicômios falta um local especializado em saúde mental, que pode acolher melhor pessoas em crises severas de depressão, pânico, psicoses e tentativas de suicídio, para evitar assim danos irreversíveis às suas vidas e famílias. Com base em estudos de Daniela Arbex (Holocausto Brasileiro), Isaias Pessotti (O Século dos Manicômios) e de Eduardo Vasconcelos (Reinventando a Vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental) percebe-se que é notória a dificuldades de adaptação dos pacientes psiquiátricos fora do hospital, devido à complexidade das relações sociais, no atual mundo desenvolvido, tecnológico, egocêntrico e conturbado.



Figura 8: Porta de entrada e saída principal do Hospital Psiquiátrico da Providência (Garanhuns – PE). Fonte: Acervo próprio, fotos em 2019. Figura 9: Vista externa do Hospital Psiquiátrico da Providência (Garanhuns – PE), durante o período do evento Natal Luz. Fonte: Acervo próprio, fotos em 2019.

Um dos pontos da Nova Política Nacional de Saúde Mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns. Além dos SRTs, o Governo Federal liberou recurso para a expansão de outros serviços da RAPS, importantes para a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Apenas no ano de 2018, foram habilitados 108 CAPS, 92 SRTs, 140 Leitos em Hospitais Gerais e 03 Unidades de Acolhimento. Nos dois últimos anos, o Ministério da Saúde criou cerca de 40% de todos os SRTs existente no país. Outro ponto é aprimorar refere-se às estratégias para abordagem das pessoas com uso nocivo de drogas e com dependência de substâncias psicoativas, levando o poder público às áreas de maior vulnerabilidade social, promovendo o atendimento mais próximo do cidadão. Para tanto, foi criada nova modalidade de CAPS (IV AD) para

funcionar 24 horas nas regiões de cracolândias, com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão (OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2019, p. 4).



Figura 10: Porta de entrada do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (Recife – PE). Fonte: Acervo próprio, fotos em 2021.

Sobre “trabalhar e estudar na fase de ex-interno”, Bessoni *et al.* (2019, p. 47-48) fazem a seguinte observação, ainda na pesquisa “Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí?”:

Trabalhar ou estudar: os estudos e a geração de renda por meio do trabalho informal ou cooperativado surgiram em algumas narrativas, em geral associados à percepção de inserção na sociedade, de possuir valor social e função, de sentir-se participante de um grupo. Embora sejam menos frequentes – pelas limitações físicas decorrentes da idade avançada da maior parte das pessoas beneficiárias e pouco investimento em trabalho cooperativado nos municípios –, esses casos apontam para uma grande emancipação e ganho no desempenho de novos papéis sociais.

Considero que é preciso promover amplos debates sobre “grandes desafios” atuais da “desinstitucionalização psiquiátrica do Brasil” (Foto n. 07, Anexos):

- a) A profissionalização a partir da educação inclusiva (acessibilidade) e tecnológica (assistiva) para os internos e egressos, para inserção no mercado de trabalho;
- b) O aumento da população usuária de drogas psicoativas (cracolândias) (Foto n. 15, Anexos) e consequente incidência de distúrbios psíquicos agudos, em muitos casos o egresso psiquiátrico retorna à população de rua;
- c) A grande incidência de suicídio de jovens e adultos mesmo sem antecedentes psiquiátricos, apesar do crescimento da oferta de saúde mental; fechou-se os locais especializados em saúde mental.

Cavalcanti em seu Diário de Campo traz outra importante preocupação, agora a respeito do paciente usuário de drogas psicoativas internado no Hospital Ulysses Pernambucano: “O hospital psiquiátrico em que vivenciamos esta experiência tem vários problemas e o que mais nos chamou a atenção foi a complexidade dos casos clínicos num mesmo lugar: doença mental e viciados em droga-surtos agudos e graves” (CAVALCANTI, 2011-2012 *apud* CAVALCANTI, 2013, p. 116).



Figura 11: Caminho de acesso interno ao complexo do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (Recife – PE). Fonte: Acervo próprio, fotos em 2021.

Cavalcanti em seu Diário de Campo traz outra importante preocupação, agora a respeito das práticas profissionais dos funcionários do Hospital Ulysses Pernambucano:

No HUP, há diversos profissionais que prestam serviços sem vínculos empregatícios, fazendo com que a equipe se fragilize; o CAT funciona basicamente neste sistema. As insatisfações são inúmeras e impedem maiores questionamentos e solicitações diante dos problemas. As pessoas vivem no limite, o adoecimento é visível em muitos desses profissionais (CAVALCANTI, 2011-2012 *apud* CAVALCANTI, 2013, p. 116).



Figura 12: Canteiros entre os muros do Hospital Ulysses Pernambucano. Fonte: Acervo próprio, fotos em 2021.

Desde que a Psicologia se institucionalizou como ciência qual deveria ter sido o seu papel? Uma Psicologia ativa politicamente, não passiva frente às injustiças com as pessoas mais fragilizadas.

A atuação do psicólogo é muito abrangente e a sua postura frente à queixa do outro pode influenciar na vida particular e nas atitudes frente ao mundo. Ser psicólogo já o coloca na incumbência de cuidar das pessoas, pois é uma profissão do cuidado. Por isso, o tema direitos humanos é em suma muito importante para ele. É no sistema público de saúde, nas escolas, no sistema prisional e manicomial, que a realidade dos direitos humanos se torna mais premente. É falar de “[...] uma ‘ética da responsabilidade’, tal como sugerida por Hans Jonas. [...] propõe uma ética para uma civilização tecnológica [...] indivíduos que ainda não existem, que não fazem parte de nossa contemporaneidade, mas que poderão ser decisivamente afetados por nossas decisões” (JONAS, 1990 *apud* BRAYNER, 2008, p. 131-132).

O psicólogo com suas práticas, têm a possibilidade de atuar em diversos setores, promovendo saúde e equidade social. O cidadão que procura ou é encaminhado para um serviço de atenção psicológica, poderá receber o apoio que precisa e encontrar um direcionamento melhor para sua vida. “O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso a população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão” (XIII PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p. 7).

Cavalcanti em seu Diário de Campo traz outra importante preocupação, agora a respeito da saúde emocional dos profissionais do Hospital Ulysses Pernambucano, que lidam com a saúde e a patologia mental:

Mas, não somente isso, há certa desvalorização dos profissionais de lá, o que contribui para adoecimentos, falta de criatividade, desalegria, subtração na experiência. Não se ousa, não se faz, apenas deixa-se o tempo passar, se tranca, se esconde, se guarda, se encolhe, se toma também, igual aos pacientes, remédios, injeções... (CAVALCANTI, 2013, p. 116).

Sabemos que a atuação do psicólogo no setor público é ainda limitada por carências nos investimentos da saúde mental para população, faltam trabalhos preventivos, assistência neste sentido, principalmente nas cidades do interior do Agreste. Todavia, um dos princípios fundamentais do Código de Ética do psicólogo é: “III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural” (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO, 2005, p. 7).

O descaso do poder público com as pessoas que adoecem psiquicamente, é grave, é ainda comum os mesmos serem objetos de chacotas nas ruas e exclusão no trabalho, escola e igrejas. Carlos Drummond de Andrade descreve poeticamente uma situação comum na sua época:

Os três garotos desceram manhã cedo, para o banho e a pega de passarinho. Só com essa intenção. Mas era bom passar pela casa da doida e provocá-la. [...] Como era mesmo a cara da doida, poucos poderiam dizê-lo. Não aparecia de frente e de corpo inteiro, como as outras pessoas, conversando na calma. Só o busto, recortado numa das janelas da frente, as mãos magras, ameaçando. Os cabelos, brancos e desgrenhados. E a boca inflamada, soltando xingamentos, pragas, numa voz rouca. Eram palavras da Bíblia misturadas a termos populares, dos quais alguns pareciam escabrosos, e todos fortíssimos na sua cólera (ANDRADE, 2006, p. 37).

O sofrimento psíquico é tão doloroso que Jesus considera maus-tratos e responsabilizará quem chamar a outra pessoa de “louca”. “Eu, porém, vos digo que qualquer que, sem motivo, se encolerizar contra seu irmão será réu de juízo, e qualquer que chamar a seu irmão de raca será réu do Sinédrio; e qualquer que lhe chamar de louco será réu do fogo do inferno” (BÍBLIA SAGRADA, N.T. Mateus 5.22). Ofender a dignidade de alguém é como a prática de homicídio, a luz dos preceitos apostólicos, causa profundas dores e feridas na alma; anula, aniquila, leva à depressão e também à morte física. “Qualquer que aborrece a seu irmão é homicida. E vós sabeis que nenhum homicida tem permanente nele a vida eterna” (BÍBLIA SAGRADA, N.T. I João 3.15). Ao mesmo tempo, Jesus, no seu corpo, psiquismo e espírito, ensina como sofrer e ter resiliência em qualquer situação de injustiça e calamidade, evitando descompensações emocionais permanentes.

Por isso, é preciso dar uma maior assistência àquela pessoa egressa do serviço psiquiátrico, pois foi em sua comunidade que esta pessoa adoeceu, onde toda a sua história foi deixada para trás, podendo ser novamente recomeçada a partir de onde parou: na escola, profissão, igreja e nas relações interpessoais e afetivas.

O processo produtivo da sociedade exige pessoas cada vez mais competitivas e capazes de lidar adequadamente com situações estressantes, atribuições que comumente não são dadas as pessoas com algum transtorno psiquiátrico grave. Para Gadotti (2003, p. 97) “A educação transforma-se, assim, num remédio da sociedade opressiva e num sonífero para fazer esquecer a desigualdade inicial na concorrência para formação”.

É importante refletir sobre as situações de exclusão, qual é o papel do psicólogo? Atitudes para tentar dirimir estas discriminações e injustiças que se dão muitas vezes pela inacessibilidade aos meios tecnológicos e à comunicação adequada. É preciso possibilitar o direito ao outro de fala, escutando o que ele tem a dizer: o desabafo ou concordância com o sistema, família ou comunidade. Possibilitar ao outro a narrativa de seus desgostos e impossibilidades, a encontrar-se consigo mesmo e compreender os seus medos para poder lidar com eles de maneira consciente e integrada.

Portanto, se outrora coube ao hospício legitimar suas ações sobre a loucura, separando o portador de transtorno mental da família na crença de que esta modalidade de tratamento reorganizaria o contato entre o doente, a família e sociedade. Hoje, estamos diante de uma nova lógica a orientar a atenção ao doente mental – a lógica da inclusão – entendendo-se este sujeito não constituído apenas de um aparelho psíquico que, eventualmente, necessite de diagnóstico e tratamento. Implica muito mais. A doença mental deve ser compreendida como um fenômeno complexo e histórico, atravessado pelas dimensões psicossociais que determinam o processo saúde-doença mental (COLVERO, 2002, p. 200).

É fundamental a reflexão ética dos novos profissionais de Psicologia diante do que a história pode revelar, ao observar como já avançamos nos métodos de intervenção clínica, de meios arcaicos e humilhantes para meios que favorecem a reversão de muitos quadros psicopatológicos graves e para uma situação de melhor bem-estar psicossocial. Para Paulo Freire (2011, p.90) “A questão é o papel da subjetividade na transformação da história. Para mim, a transformação histórica, que é parte de sua pergunta, é mais importante do que a tomada do poder”.

A desinstitucionalização apenas, não é a solução para acabar com o sofrimento mental do paciente psiquiátrico e sua exclusão social, que ocorre devido à cronificação da doença e das

impregnações provocadas pelos remédios. Além disso, a readaptação de alguns egressos, fora do hospital não é tão fácil, devido à própria condição psicológica de instituídos, dependência que têm do hospital e dos profissionais de saúde mental, o grande apego; sendo necessário oferecer condições favoráveis para sua readaptação social. É necessário acreditar no potencial do outro mesmo quando ele regride até a “desrazão”, mal que na maioria das vezes é provocado pelo viver numa sociedade tão complexa, desumana, onde este indivíduo irá ser reinserido.

2.2 Atenção psicológica: relato de uma experiência profissional no ambulatório de um hospital particular de Garanhuns – PE

Este é um relato de experiência profissional na área de Psicologia Clínica que teve início em 15\01\2015, cinco anos após a conclusão do curso de Psicologia, tal tempo mostra a longa trajetória em direção a prática profissional, depois dos estágios supervisionados, um lugar muito desejado. Tem a finalidade de mostrar as problemáticas mais comuns, locais e demandas em saúde mental no cotidiano ambulatorial.

Os atendimentos foram feitos num ambulatório hospitalar particular, tendo bastante discrição, conforme orientação do Conselho referente a categoria profissional, sendo a duração de cinquenta minutos em média, conforme a necessidade de cada paciente que chega ao consultório. Geralmente chegando muita dificuldade de lhe dar com problemas familiares: afetivos, relações de trabalho, luto, doenças, perdas financeiras, aprendizagem, insubordinação, dívidas, perversão sexual; o que acarreta muita tristeza, angústia, fobia e sentimento de incapacidade.

O CID-10 é Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, fornece uma linguagem comum que permite aos profissionais da saúde compartilhar informações de saúde em nível mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA, 2018). É bom salientar que o CID-10 mudou em 2018 para o CID-11.

Na visão comportamental, de acordo com o CID-10, na época dos atendimentos, era comum os seguintes casos clínicos:

1. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10-19);
2. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29);
3. Transtornos do humor – afetivos (F30-39);

4. Transtornos neuróticos, relacionados ao “*stress*” e transtornos somatoformes (F40-48); ansiedade – agorafobia [...]
5. Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos (F50-59);
6. Transtornos de personalidade e do comportamento do adulto (F60-69);
7. Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-98).

A demanda por psicoterapia é grande no Agreste e a orientação no ambulatório era que fosse solicitado ao convênio quatro sessões por vez, sendo necessário haver de antemão uma solicitação do médico que atendeu inicialmente o paciente e detectou o problema psicológico.

Os transtornos psiquiátricos são problemas que incomodam aqueles que estão no entorno e prejudicam o sujeito em seu desenvolvimento, pois ele passa ver o mundo de maneira negativista, apenas de um ponto de vista, um ângulo apenas, sem conseguir ampliar o campo de visão.

São diversos os padrões construídos desde a infância e levados a vida inteira. Os transtornos de personalidade e do comportamento do adulto são (F60-69), apresentam-se com as seguintes personalidades patológicas:

1. Paranoide
2. Histriônico (psicoinfantil ou histérica)
3. Anancástica
4. Esquizoide
5. Dissocial
6. Dependente
7. Ansiosa
8. Boderline
9. Narcísica
10. Imatura
11. Excêntrica

São diversos os arranjos egóicos para lidar com as perdas e frustrações, e que dificultam o desenvolvimento emocional:

1. Anulação
2. Negação
3. Isolamento
4. Compensação

5. Deslocamento
6. Sublimação
7. Repressão ou recalque
8. Intelectualização
9. Racionalização
10. Introjeção
11. Projeção
12. Idealização
13. Identificação
14. Regressão
15. Fixação
16. Cisão ou dissociação
17. Reparação
18. Volta contra o eu
19. Formação reativa

Kolb define critérios para identificar a doença mental, dentre eles: “Através da tensão repetida ou cumulativa, as defesas ‘normais’ do indivíduo não são mais suficientes e sua capacidade adaptativa se esgota” (KOLB, 1976, p. 84).

No ambulatório uma parte dos pacientes vêm com encaminhamentos, outros vêm espontaneamente e precisam antes, que um médico solicite a psicoterapia; os convênios querem que um profissional de Medicina solicite as sessões. Com isso, o psicólogo não tem autonomia sendo necessário um tutor que é o profissional de Medicina.

A população que chega ao consultório de Psicologia, no ambulatório, é diversificada: de diferentes faixas etárias e classes. São mais pessoas da classe média, adolescentes, adultos, homens e mulheres, quase por igual. O foco era o adolescente, o adulto e o idoso. Praticamente todos os atendimentos são oriundos de convênios de saúde de empresas, do funcionalismo público, amiúde particular.

A dinâmica do trabalho funciona da seguinte forma: as pessoas chegam na clínica ora tímidos, ora ansiosos e lançam na psicoterapia suas ansiedades, preocupações e incapacidades; segue um diálogo para em seguida dar-se uma devolutiva. Para Cunha (2000, p. 46) “Assim, quando o entrevistador confronta uma defesa empaticamente reconhece um afeto ou pede um esclarecimento, ele está certamente definindo direções”.

O método de trabalho era a psicoterapia breve e focal, tendo em vista a demanda ser grande e os convênios liberarem quatro sessões por vez, o que quebra o padrão de continuidade,

onde há novamente todo um processo burocrático de liberação das sessões; nesse ínterim, as pessoas deixam de vir. Dependendo do caso, é feita uma sessão por semana ou duas por mês.

A recompensa salarial é insuficiente e não é mensal, fica a critério do hospital a data que lhes achar conveniente o pagamento. Certa vez a funcionária do setor administrativo disse que a remuneração era como “uma poupança”, era acumulativa. Existe até um desconto para o INSS, pois conta também como tempo de contribuição para a Previdência. Para quem está começando na Psicologia serve também como experiência profissional.

No ambulatório, o trabalho psicoterápico tem que ser breve e focal, ou seja, consiga dar as respostas que o paciente precisa, sem delongas, já que a dinâmica do espaço contribui para isso. Para que ele consiga aprender a administrar os problemas emocionais que estão em primeiro plano, que têm causado maiores transtornos emocionais, em torno dos quais o paciente dar inúmeras voltas – são os traumas emocionais que criam as neuroses, estas são estruturas patológicas cristalizadas que tem algum nome científico, que impedem o caminhar com liberdade.

Campos (2003) defendia a democratização da saúde mental, com isso precisa de uma maior interação entre os profissionais de saúde de diferentes áreas, uma socialização de práticas que deram certo ou precisam ser mudadas; mas tal conhecimento só é possível através do diálogo promovido pelo o método da *paidea* ou da roda de conversa. Cada profissional sair de sua área de isolamento e comunicar seus êxitos e dificuldades na construção da saúde; sobretudo o foco tem que ser o bem-estar do paciente e um atendimento mais humanizado que caminha na contramão da filosofia contemporânea do lucro, da exploração; que é o que rege a maioria dos órgãos que lidam com a saúde.

Atualmente as classes populares ficam desassistidas em relação a uma saúde de qualidade, e os profissionais da saúde não dispõem de condições dignas de trabalho. O diálogo em si não resolve muita coisa, é preciso uma mobilização maior em direção à luta pelos direitos, uma chamada ao compromisso com os deveres, neste caso o papel maior é do Estado para o qual pagamos por serviços que nos faltam.

Conforme Agamben (2009) o Estado capitalista que representa a classe dona dos meios de produção, cria dispositivos de dominação que mantem a sociedade sob o seu controle, o que dificulta a divulgação de ideologias contrárias de enfrentamento. Os dispositivos ou mecanismos de dominação do Estado são tecnológicos e ideológicos. A pessoa é vigiada, monitorada, está sendo invadida na sua privacidade e individualidade e no seu direito de resguardo da sua imagem e de sua família. As câmeras estão em toda parte inibindo o crime, impondo a ordem, mas expondo a imagem das pessoas a nível mundial, uma vez que as notícias

e imagens passam mais a pertencer a um coletivo e não ao indivíduo, correndo-se o risco de se cometer injustiças.

A TV por exemplo, tem suas formas de controle e dominação, pois lhe é vantajoso, tira a noção do que é público e privado, as pessoas se submetem a situações muito vexatórias cada vez mais degradantes da moral, em função de fama e dinheiro, porque há ainda o fator ideológico por traz; são os grandes empresários que lucram com a cultura de massa, que produz gostos, sentimentos e comportamentos voláteis e divergentes daqueles que estávamos acostumados. Com isso, as pessoas arriscam-se em padrões que estão na moda e fazem trajetos desconhecidos, lutam com tudo e com todos para serem reconhecidas e em meio a seus sofrimentos emocionais e físicos, sem referências norteadoras da conduta, perdem-se e intensifica-se o adoecimento.

O trabalho é outro fator causador de intenso *stress*, adoecimentos emocionais e somáticos, que aparecem nos atendimentos psicológicos no ambulatório; uma vez que muito mais energia agora exige-se do trabalhador, a fim de que ele atenda as demandas da organização da qual ele faz parte e que responde conforme as exigências de mercado. Nisso, é exigido outras habilidades e competências sem as quais o indivíduo não consegue adaptar-se. O indivíduo na empresa é condicionado a renunciar a sua individualidade e absorver a filosofia dominante.

Arendt (2010) fala da maldição do trabalho não pelo enfado que este produz, mas pelo fato de trabalhar para existir, até que volte ao pó como era. Isto é muito desgastante, mas a cultura de massa é capaz de colocar desejos no trabalhador a ponto de que, o que ele recebe em troca da energia vendida ao patrão, não seja mais suficiente e ele tenha que fazer jornada dupla, com isso não resta tempo para contemplação e para ternura, tão necessárias à saúde mental, faz parte da condição humana. O materialismo selvagem alimenta-se da violência e destruição; para acumular riquezas transforma a natureza, escraviza e domina todas as esferas, inclusive subjetivas. O sujeito alienado pela ideologia do ter, do consumir e do poder, troca toda a sua liberdade, valores espirituais, lazer com a família, pela submissão total à exploração capitalista, em troca de recompensas. A ideologia de consumo e “bem-estar” é tão intensa que o indivíduo trabalha e acumula riquezas, que ainda se tivesse outra vida, não seria capaz de consumi-las.

Todavia, às vezes não percebe, outras é porque não consegue sair da engrenagem sedutora.

Para Guattari (1986) a cultura dominante construiu um discurso e é preciso levar em consideração outras subjetividades.

As pessoas que sofrem de algum transtorno emocional, têm muitas dificuldades de relacionamento, bem como as que passaram por algum internamento psiquiátrico. A sociedade

não esquece, estes precisam ser fortes para vencer a discriminação e sua própria doença. Ajudar esses pacientes a reconquistar a autonomia, a partir do retorno as atividades laborais ou estudantis, vai favorecer a reconquista do respeito perdido e a autoestima, livrando-os dos assistencialismos, e isso o capitalismo possibilita, de certa forma, porque dar igualdade de oportunidades e autonomia.

2.3 A família e o cuidado de pessoas em profundo sofrimento psíquico

O sofrimento psíquico deixa as pessoas fragilizadas, muitas vezes é causado por estigmas, *bullying* e outras formas de exclusão, que provocam desestabilização emocional.

Neutzling (2009, p. 63) diz que “[...] indivíduo hipermoderno é inseguro e frágil”. A família tem um papel importante contribuindo para amenizar ou agravar mais a situação de desespero da pessoa que sofre psicologicamente. As pessoas próximas e a família são importantes para captar sinais de quando as coisas não vão bem com o indivíduo. O desinteresse e motivação pelas atividades que costumava fazer, ou ser demasiadamente confiante a ponto de arriscar a própria vida, (Fotos n. 20-21, Anexos) ou quando os pensamentos e atitudes tornam-se estranhos e fantasiosos, sinaliza algo perigoso.

Para Dunker (2015) por traz de uma fantasia, esconde-se um desejo frustrado, que não se admite. O sintoma é o enigma de palavras, é a palavra amordaçada, pois a censura impediu que o sintoma se tornasse consciente, perceptível, daí é invertido na fantasia; pode-se tudo, projeta-se, investe-se energias como compensação. Mas a psicanálise não se preocupa com o diagnóstico, é a última coisa a falar. A análise serve para reconhecer frustrações e enfrentá-las.

Precisa-se fortalecer os laços afetivos, restabelecer a rede de apoio, para novamente o indivíduo sentir-se valorizado, pois mais cedo ou mais tarde as pessoas terão que lidar com injustiças e perdas, novos cortes na alma. “(...) a histeria, onde as paralisias, espasmos, etc. pertencem ao registro da conversão simbólica. A lesão não recai sobre o real do corpo, mas sobre o corpo simbólico, isto é, o corpo pulsional que é um corpo de discurso sustentado pela palavra” (RAMIREZ, 2011, p. 243). Essa pessoa muitas vezes, precisa de cuidados e sustentação pois está em perigo.

A pessoa deprimida desenvolve o hábito de ver o mundo de maneira cinzenta. A tristeza profunda passa a ser um grude na alma. O ambiente escuro passa a ser um dos *locus* preferido de quem aos poucos absorve o discurso de morte.

Ramirez (2011, p. 243) apresenta um pessimismo neurótico: “Na hipocondria, não há lesão, mas o sujeito está fixado na ideia de ter uma doença, fazendo disso uma certeza subjetiva quase inabalável”. Sendo importante a desconstrução desse discurso, o encaminhamento do ego doentio junto a um ego saudável, à saída dessa profundidade de medo e solidão. Mostrando as coisas positivas e coloridas da vida, para que aos poucos e até de maneira arrebatadora, depende dos riscos e níveis de depressão, resgate-se o ego que está mergulhado num profundo lamaçal escorregadio. E na perspectiva da reinserção, a partir da intervenção psicológica, mostrar possibilidades de vida sobre os vazios das angústias existenciais de perdas e de morte. Com a constatação de um discurso de vida, vai surgindo um novo panorama. A pessoa precisa revisitar ou encontrar as coisas prazerosas da vida. Vai precisar de ajuda familiar, psicológica e psiquiátrica.

A Psicologia atua na psique de maneira psicoterapêutica e ao mesmo tempo pedagógica, e a Psiquiatria age com medicamentos estabilizadores da química cerebral do humor. A ajuda religiosa tem se mostrado eficiente no processo da resiliência e da motivação.

A pessoa fragilizada expõe-se a estímulos que se sente atraída: filmes de morte, discursos sombrios, que introjeta, onde a morte pode passar a ser automática, acarretando violências contra si e contra o outro. A solidão e o isolamento por motivos de traumas e distorções do pensamento, são motivos para se dar atenção. O risco de ignorar ou supervalorizar a depressão (estado que precisa ser desconstruído) trazem graves consequências. O diálogo individual ou em grupo é um grande passo inicial para detectar a depressão, além dos sinais corporais e atitudinais, pois há uma grande criatividade de tramar contra si mesmo porque a pessoa está fragilizada.

A ajuda da família, o diálogo, a aproximação, buscando entender o que a pessoa tem acessado na *internet*, lido, o que se passa no mundo interior dela, quais as suas crenças e motivos de certas atitudes. A sociedade atual é muito ansiosa e consumista. Neutzling (2009, p. 65) descreve as pessoas na contemporaneidade falando de “[...] hedonismo ansioso”. “[...] mulher hipermoderna [...] indeterminada”. “[...] inventar-se”.

Sobre a família é colocada uma grande responsabilidade em relação aos problemas que acometem os indivíduos. Quando ele fracassa é dito que a culpa é da família, porém seus valores e barreiras morais não são defendidas. Berger (2004, p. 8) fala da “[...] diversidade pluralista das escolhas pessoais [...]”.

A família é posta de lado pelo indivíduo que busca sua autonomia mas volta para casa todo arrebatado ou segue marginalizado. “Em primeiro lugar, uma ruptura com a família [...]. Estamos vivendo uma mutação, pois as separações dos casais e a ausência de família tomam

uma proporção impressionante em nossa sociedade. Constatamos, então, que essa autonomia se deve a uma ruptura dos laços familiares” (NEUTZLING, 2009, p. 53).

Para pensamento psicanalítico, a maturidade pode ser o resultado da educação, da relação edípica adequada. A patologia psíquica estaria ligada às dificuldades no encaminhamento de soluções edípicas e em desvios no processo de absorção da educação, mas pode ter causas neurológicas. O ser humano constrói-se a cada dia nas relações interpessoais, nas experiências em família, nas sínteses reflexivas sobre o mundo. A doença psíquica ocorre na falta de maturidade psíquica, pela inexperiência de lidar com os conflitos que surgem na vida, por opressões e injustiças sociais.

O processo chamado maturidade não é um fenômeno apenas característico da vida adulta, ele pode ser demonstrado também pela criança, em situações do cotidiano, quando interroga sabiamente os pais, provocando reflexões sobre temas dos adultos. A criança e adolescente constroem teorias sobre a vida, justiça e valores na família, demonstrando que não são passivas frente ao mundo dos adultos maduros, detentores de uma verdade violenta.

Para Amy (2001) a condição primeira para que o bebê se transforme em sujeito é a renúncia do narcisismo ou gozo narcísico, quando há entrada no mundo do limite, da castração e da morte. O estado narcísico primário, ou eu real, original, sem corte, sem borda e temporalidade, seria capaz de satisfazer as exigências pulsionais, mas a satisfação autoerótica vindas das necessidades vitais, é logo perturbada tanto pelas excitações do mundo externo como interno. A estrutura psíquica autística, por exemplo, caracteriza-se por um funcionamento próximo daquele do inconsciente, parcelado, estilhaçado, partido e sob certas condições, inoperante. “[...] a criança não consegue distinguir suas sensações internas das que lhe chegam do exterior. Sua relação com o outro não pode ser construída, pois o outro e ele mesmo não são claramente diferenciados” (AMY, 2001, p. 93).

Françoise Dolto *apud* Mannoni (1980) aponta casos clínicos que tratam da problemática edípica, onde o papel desempenhado pela mãe, em muitas situações, leva ao desenvolvimento de neurose e psicose na criança. O complexo de castração, presente no inconsciente da mulher, traz uma disputa inconsciente pelo controle familiar, evidente na disputa pelos filhos. A ausência de colaboração impossibilita a figura do pai de exercer seu papel social de executor da lei. O filho é sufocado pelo desejo da mãe, colocado no lugar da falta do falo, o que contribui para a perda da autonomia e capacidade dele de brincar com o mundo, como produção de saúde, ensaiando resoluções de problemas. E a escola tradicional, como castradora, é continuadora desse modelo conflituoso causador de doenças psíquicas.

Segundo Erikson (1976) o amor das mães é desesperado e intrusivo, elas são ávidas de aprovação e reconhecimento, sobrecarregam seus filhos pequenos com lamentações e queixas complicadas a respeito dos pais, quase lhes suplicando que justifiquem pela existência a existência de suas mães. São superlativamente sensíveis e ciumentas ao ciúme dos outros.

É importante que existam condições apropriadas para que o indivíduo, em crescimento, transite pelas fases que lhes são próprias: da idade, da cultura, biológica e de inserção de papéis sociais, de maneira consciente e adequada. Para Ceccarelli (2007) quando faltam referências ou quando os costumes não se encaixam nos modelos padrões, a criança pode tomar, por exemplo, aquilo que a televisão mostra como coordenadas de base.

Souza enfatiza a organização familiar, contemporânea:

A família contemporânea também parece ter sofrido os efeitos da ilusão de que a repressão era decorrente unicamente da proibição externa; querendo liberta-se dos efeitos perniciosos decorrentes das famílias de origem por vezes extremamente rigorosas e repressivas muitos pais adotaram atitudes radicalmente opostas mostrando os perigos da educação excessivamente permissa (SOUZA, 2001, p. 152).

As condições para um desenvolvimento saudável seriam aquelas em que a criança receberia o cuidado da família, da escola e da sociedade em relação a preservação de sua integridade psíquica, a partir de uma produção cultural adequada, que favoreça o exercício dos valores éticos que representam o bem comum. “Alguns autores também apontam para a importância da escola como objeto transicional, um meio intermediário entre a vida familiar protegida e as exigências de autonomia da vida social adulta” (*op. cit.*, p. 154).

Sabe-se que um grande gatilho para os sofrimentos e transtornos psíquicos são as drogas. A família e a religião ainda são as barreiras que protegem a sociedade desses fatores agravantes. Há, porém, ainda os desafios para aqueles que não possuem família ou são excluídos pela mesma, é o que acontece com muitos pacientes e egressos psiquiátricos.

2.4 O “caco entre os cacos”: o suicídio, entre os limites da ciência e da fé na Era do Coronavírus

Estamos vivendo momentos intensos de muitas incertezas, desafios, perdas, dores, mortes e lutos, devido à Pandemia do Coronavírus que se manifestou no ano 2020 e adentrou 2021 ainda devastadora. Há uma grande expectativa para que as coisas voltem à normalidade,

e em meio ao caos é possível ver esforços conjuntos, mas há ainda quem somente queira tirar vantagem financeira nos vários âmbitos, havendo atitudes egocêntricas e corrupção. É quase inacreditável como num momento propício para manifestações de solidariedade, a falta de humanidade, de valores morais e de espiritualidade tornam-se tão proeminentes, mas por outro lado há muitas provas de valorização humana, profissionalismos, valores sublimes e espirituais (amor, fé, compaixão e empatia).

O mundo está refém do Covid-19 que aos poucos vai sendo decifrado. Devido as suas constantes mutações, tem sido ainda difícil achar a cura, mesmo com todo conhecimento científico de ponta (nanotecnologia), um dos motivos de orgulho dos cientistas. Em alguns lugares a ciência tem se mostrado incapaz de conter o avanço da pandemia com maior eficácia e rapidamente, mesmo com descobertas de vacinas. Prevaecem as técnicas paliativas e rudimentares, porém necessárias, para conter o vírus e impedir novas contaminações em massa, como exemplo: a máscara de tecido e o afastamento social.

Pretende-se mostrar como a ciência racional mesmo com seu arcabouço tecnológico e metodologias capazes de antever crises sociais e doenças graves, mostrou-se frágil diante do poderio do coronavírus, levando a pessimismos extremos, ambiente propício para doenças psicossomáticas (hipocondria, agorafobia/transtorno do pânico) e radicalismos; em contrapartida, a fé, as orações individualizadas, exercem um papel terapêutico, “de efeito ansiolítico”, apesar de crescente pluralismo.

Em relação ao desespero das pessoas, com base na atuação do psicólogo junto a pacientes, vítimas da tentativa de suicídio na Unidade de Pronto-Socorro de Hospital Geral, Santos *apud* Camon (1984, p. 129) conclui: “Acredita-se que vários fatores contribuem para isso, desde os conhecimentos psicológicos, sociais, psicopatológicos até a visão da morte que envolve esse tema”. Atualmente, há uma grande dinâmica de doenças psíquicas bem como um grande aumento de casos de suicídio nas cidades interioranas, mesmo com a oferta em expansão de saúde mental.

Marzio Barbagli (2015) diz que a cultura tem um papel fundamental no suicídio. E é o pior de todos os pecados ou máxima expressão da liberdade, como arma contra inimigos.

“Pelo fato de o suicídio ser um modo de adentrar a morte e porque o problema de adentrar a morte libera as fantasias da alma humana, para compreender um suicídio precisamos saber que fantasia mítica está sendo encenada” (HILLMAN, 2009, p. 62). O ego da pessoa deprimida ao mesmo tempo que se encontra fragilizado por algum trauma que o atingiu profundamente e gerou ferida profunda na alma, coloca-se numa posição egocêntrica, não consegue vislumbrar mais nada a não ser sua própria ferida. Assume uma postura de coitado,

não manifesta nenhuma defesa positiva da vida; se esconde, não reage, quer morrer e se entrega; uma pulsão de morte que pode ser revertida para vida.

A pedagogia do perdão e da esperança de continuidade de vida, provoca sensação de bem-estar, que por sua vez contagia e restaura projetos de vida. É inegável que as mensagens cristãs ensinadas em igrejas cristãs vêm ajudando pessoas marginalizadas e depressivas ao longo do tempo; capacita a visualizar novos horizontes de possibilidades de vida. A fé em Jesus, tem ajudado a enfrentar problemas caóticos da existência humana e elimina pensamentos de morte que levam a violência contra o outro e contra o próprio corpo (mutilações e suicídio). “O desejo de eternidade, de transcender o caos da morte, é inerente ao ser humano, não é fruto da cultura” (CURY, 2006, p. 88).

A mensagem das pregações de resiliência e de advertência segue numa direção de fortalecimento do ego no sentido de torná-lo maduro, seguro, mediante as situações desconcertantes, pois a capacidade de transcendência que os seres humanos têm, facilita a superação. A fé em Deus tem demonstrado ser um poderoso antídoto diante das situações deprimentes e insolúveis, age como um descondicionante das mensagens de morte armazenadas na memória do deprimido.

O perdão é um referencial cristão de transcendência (espiritual, divino) que ajuda o ego a exercer o sentimento de alteridade, desconstruindo o narcisismo: ideal de perfeição que o eu patológico traz, responsável por tantas intolerâncias e violências contra si e contra o outro. De acordo com Arendt (2007, p. 249): “Se não fôssemos perdoados, eximidos das consequências daquilo que fizemos, nossa capacidade de agir ficaria, por assim dizer, limitada a um único ato do qual jamais nos recuperaríamos; seríamos sempre vítimas de suas consequências.

A oração como sendo o ato de falar, de narrar, expor sentimentos, é uma demonstração de fé, tem sido outra ferramenta importante e age na reorganização dos pensamentos e sentimentos provocando resiliência. “Ao lado de teorias acadêmicas, há teorias religiosas da parte dos fiéis. Cristãos, por exemplo, também concebem a oração como uma comunicação com Deus, um diálogo entre um “eu” e um “Tu” (GRESCHAT, 2005, p. 147-148).

A oração ajuda a controlar a ansiedade, porque se aprende a aguardar humildemente uma resposta e também interpelar pelos outros. A oração tem a função de trabalhar as dores existenciais, removê-las ou amenizar, superá-las. Somente quando se desenvolve a capacidade de dominar as dores psíquicas é que se pode estar preparado para os desafios da vida e o inesperado que pode vir em menor ou maior intensidade contra a vida. Com experiências de

vida superadas tem-se a capacidade de enfrentar as dores que vêm, e ajudar os que estão combalidos em combate.

A saúde mental é o estado em que o indivíduo consegue adaptar-se as diversas situações estressantes da vida de maneira resiliente. A mesma pulsão de morte pode ser transformada em pulsão de vida, em projetos criativos e prazerosos. A espiritualidade vem a funcionar como um ímã ajustador do caos existencial, produtor de saúde emocional. Deus pode ser visto como Pai, Amigo, Esposo como o que se deseja e necessita, facilitando o enfrentamento dos desafios da vida.

“Além da Leis registradas por Moisés, e as narrativas históricas que trazem valores morais, Deus suscitou profetas, no Antigo Testamento, que enfatizavam o comportamento moral individual e coletivo” (LIBÓRIO, 2015, p. 189). O Cristianismo na sua essência é uma religião que exprime o sentimento Divino de amor pela humanidade, mesmo após a queda desta. Traz uma mensagem de resiliência e alteridade, que se encaixa perfeitamente a qualquer classe, etnia, indivíduo. Sua mensagem alcança a todas as pessoas de forma afetiva, inclusive àqueles aos quais são reputados por indignos: os inimigos. Os referenciais cristãos como respeito, justiça, perdão e amor, são importantes na reorganização e integração dos “cacos” do eu, ou fragmentação causada pelas angústias existenciais insuportáveis, da relação com o outro.

O deprimido ver-se o mais miserável de todos os humanos, em silêncio mórbido se retrai e se anula, tem uma percepção distorcida da realidade. “(...) os estudos sobre a noção de gozo parecem ter se desdobrado em um crescente interesse pelo tema corpo, seja na psicose, seja em suas relações com linguagem, seja ainda na retomada dos estudos em psicossomática” (FIGUEIREDO, 2006; LEITE, 2006; RAMIREZ, 2011 *apud* DUNKER, 2015, p. 184).

Sobre mutilações Ramirez (2011, p. 218) faz a seguinte colocação: “Na modalidade chamada de *cutting*, o sujeito corta-se com lâminas e a visão de sangue escorrendo sobre a pele geralmente ocupa uma função erótica característica, há uma absoluta predominância de mulheres”. Nesse caso, o sujeito torna-se o centro da sua própria atenção, é o ego que se vitimiza, que se sente incapaz, injustiçado, fraco ao mesmo tempo forte o suficiente para se vilipendiar, maltratar-se, extirpar-se, causar culpa no outro pela sua dor; uma grande tirania. “[...] o corpo é implicado em manifestações da subjetividade, e que são comumente observáveis no cotidiano da clínica” (VALAS *apud* RAMIREZ, 2011, p. 243).

A violência contra o corpo pode ser também pelo uso de substâncias tóxicas. “[...] em alguns países está ocorrendo um aumento alarmante nos suicídios entre crianças menores de 15 anos, bem como na faixa etária dos 15 aos 19 anos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA

SAÚDE, 2000, p. 6). O seu eu, precisa de cuidados, seu foco precisa ser redirecionado e de maneira saudável ser fortalecido.

O depressivo tem uma imensa dificuldade de ter resiliência, capacidade de lidar com as frustrações, perdas e dor; o ego encontra-se fragilizado pelos traumas, lutas e dores, que surgem na travessia existencial. Como encontra-se profundamente ferido tem muita dificuldade de superar mais uma investida contra a sua vida. Dunker (2015, p. 33) faz a seguinte observação: “Temos agora novas patologias baseadas no *déficit* narrativo, na incapacidade de contar a história de um sofrimento, na redução do mal-estar à dor sensorial”.

Meninos morrem muito mais de suicídio que as meninas; uma razão pode ser porque usam métodos violentos mais frequentemente que as meninas para cometer suicídio, como enforcamento, arma de fogo e explosivos. Entretanto, em alguns países o suicídio é mais frequente entre meninas entre 15 e 19 anos que entre meninos da mesma idade. Nas últimas décadas a proporção de meninas usando métodos violentos tem aumentado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000, p. 6-7).

É preciso identificar pensamentos do tipo masoquistas, egocêntricos e ao mesmo tempo sádico, pois trazem sofrimento a família. A distorção dos pensamentos e o profundo sofrimento psíquico podem ter sua origem em estigmas sociais, *bullying*, crenças filosóficas e religiosas, e em jogos. Neutzling (2009, p. 59) corrobora este pensamento com a seguinte observação: “A era do vazio. [...] em particular, falando de um individualismo e de um narcisismo pós-modernos”.

O suicídio apresenta-se como um ódio a si mesmo e vingança a quem quer chamar à atenção, são soluções dolorosas imediatas que o indivíduo encontra, como fuga da realidade interna. É uma situação preocupante, segundo a Organização Mundial da Saúde (2000, p. 6) “No mundo inteiro, o suicídio está entre as cinco maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 19 anos. Em vários países ele fica como a primeira ou segunda causa de morte entre meninos e meninas nessa mesma faixa etária”. O suicídio é uma atitude desesperada, ignorante, do ego fragilizado para salvar-se, pois não se sente capaz na vida de superar as investidas contra sua psique (e não será na morte), por isso reúne forças que têm (subestimadas para o bem), tramando sua própria ruína.

“O acompanhamento das tendências demográficas do risco do suicídio e do suicídio mostra a necessidade de enfrentamento direto desse problema. Ele afeta a qualidade de vida das pessoas e da família e é tanto um problema de saúde quanto um problema social” (TAVARES, 2013, p. 45). Por isso, a desinstitucionalização psiquiátrica é um desafio, uma vez que as pessoas carecem de um maior apoio psicoterapêutico e farmacológico, num espaço que a proteja

e viabilize a estabilização da produção sináptica acelerada, que a desestabiliza, situação oriunda de estressores externos, fatores intrapsíquicos e hereditários.

É comum o aparecimento de sintomas depressivos em alcoolistas que iniciam tratamento para essa doença, e as estimativas da frequência da depressão entre alcoolistas desintoxicados varia de 3% a 98%; além disso, o suicídio e tentativas de suicídio estão aumentando entre alcoolistas quando apresentam estados depressivos associados, se comparados com o risco médio da população geral (NAKAMURA, 1983; BERGLUND, 1984; LISKOW, 1982 *apud* FORTES, 1991, p. 255).

A depressão e ideação suicida é uma distorção do pensamento, uma falsa crença de que a solução para a culpa, perda, golpe, corte existencial fatal, seria a morte. O ego que é o centro da consciência é o que distorce a realidade, obnubilado e fragilizado não responde com coerência.

É fato que tem crescido os casos de surtos psicóticos e suicídios associados a outras mortes violentas. As redes substitivas ao hospital psiquiátrico não têm sido suficientemente adequadas para conter a problemática social do transtorno mental, que tende a crescer em períodos de pandemias e de desastres naturais, que causam muitas perdas familiares, dores, desemprego, incertezas quanto aos projetos de vida e conflitos. Para Schuckit (1985) *apud* Fortes (1991, p. 256) “Alcoolismo e doença afetiva são dois problemas psiquiátricos com alta prevalência. Para entender a relação entre essas duas entidades, deve-se distinguir entre beber, problemas relacionados com o álcool e alcoolismo de um lado; e tristeza, luto e doença afetiva do outro lado”.

Karam (2013, p. 42) fez a seguinte observação: “O motor do crescimento nos últimos anos dessas prisões superlotadas de pobres, marginalizados, desprovidos de poder, no mundo inteiro, são fundamentalmente processos e condenações por crimes relacionados a drogas”. Percebe-se que mesmo com os avanços da Reforma Psiquiátrica do Brasil, é notória a carência da atenção aos casos de crises e emergências psiquiátricas.

A depressão e o suicídio são novos desafios da era moderna para psicologia, psiquiatria e religião. É notório que tem aumentado a quantidade de estudantes das escolas públicas com depressão e síndrome do pânico. O governo de Pernambuco, recentemente, deu um parecer técnico com orientações sobre como a escola deve proceder na atenção ao estudante com problemas psíquicos, mostrando que já está ciente do problema, que só se agrava agora com os problemas oriundos da pandemia.

Como professora (de Ensino Fundamental II e Ensino Médio), na Rede Pública de Pernambuco, posso testemunhar que no âmbito de trabalho tivemos uma aluna, que dentro da

escola, numa cidade interiorana, tentou suicídio cortando os próprios pulsos e há outros casos de depressão profunda; outra aluna tomou parte de uma caixa de remédios no decorrer das aulas. Temos outros estudantes da mesma escola, na modalidade do Ensino Integral, impossibilitados de continuarem os estudos por conta de depressão profunda. Um aluno egresso do Ensino Médio recentemente tentou suicídio, e já o fez por mais de uma vez.

Tem-se observado, também, o problema do consumo do álcool, cada vez mais cedo, pelos jovens, o que é recorrente em municípios do interior de Pernambuco, em eventos locais, e agora há a introdução também de outras drogas psicoativas (Foto n. 17, Anexos) como a maconha e o *crack*. Sabemos que as drogas são um gatilho para graves problemas de saúde mental, além dos jogos violentos da *internet*. Vimos na TV alunos transtornados dentro da própria escola, assassinarem vários colegas e a seus professores, depois tentarem suicídio.

Nas disciplinas de Direitos Humanos e em Sociologia, que lecionei em 2017, foi criado de forma experimental o "Projeto Vivo Mais Sem Álcool"; a partir da produção de uma peça teatral para um grupo de estudantes utilizar com fantoches. Teve produções escritas; estudo dirigido de textos sobre o alcoolismo e suas consequências para o organismo, família e sociedade; fez-se a gravação de áudios e clipe com os alunos; um jornal escolar escrito; oficina de ilustração e criação de uma música; onde tudo culminaria na produção de uma cartilha para palestras futuras. O livro base foi: "Alcoolismo: diagnóstico e tratamento", de José Roberto de Albuquerque Fortes.

A cartilha tem o objetivo de informar sobre os danos graves e destrutivos do uso dessa droga que é também altamente viciante, o álcool. A cartilha fala também sobre técnicas de substituição do álcool por alimentos saudáveis, como sucos naturais.

O trabalho bem fundamentado tem um profundo material bibliográfico que traz de maneira reflexiva, medidas de prevenção, pelas informações sobre doenças que atingem o sistema nervoso e como o álcool afeta órgãos vitais do organismo, dentre eles o fígado e o cérebro; causando doenças neurológicas e psiquiátricas; além de hepatite, cirrose, hemorragia, acúmulo de água na barriga – ascite, anemia, ansiedade, depressão, suicídio, epilepsia, deterioração mental; os testículos atrofiam; o álcool também afeta o tubo digestivo e o coração. O alcoolismo é a cauda de muitos homicídios, *delirium tremens*, ansiedade e alucinação (FORTES, 1991).

Sobre a alucinose alcoólica:

As alucinações são, em geral, auditivas e visuais. As auditivas são, mais frequentes, vozes e, mais raramente ruídos e chiados. Geralmente, o conteúdo das alucinações é desagradável e perturbador. Aparecem vozes que falam na

terceira pessoa, com maior frequência no período noturno. Essas vozes podem apresentar caráter acusatório, chamando-o, por exemplo, de homossexual, ladrão, safado, etc. Algumas dessas vozes são reconhecidas pelo paciente como amigos ou conhecidos. O paciente passa a desenvolver, sobre essas alucinações, ideias de conteúdo persecutório. Acredita que está sendo vigiado, perseguido; imagina-se cercado por inimigos. Surgem, então, ansiedade, agitação, insônia, agressividade e pânico, reativos às ideias delirantes. A conduta do paciente passa a ser regida por essas alterações, e ele pode chegar a cometer homicídio para eliminar o perseguidor imaginário, ou, até mesmo, suicídio (AMARO, 1975; KONZOW, 1986 *apud* FORTES, 1991, p. 173).

O estudo experimental com os alunos apresenta nomes de doenças e danos causados pelo alcoolismo, que até então a comunidade escolar desconhecia, o que poderia ser usado como sugestão de uma política pública, um projeto de Lei para o Legislativo Federal, direcionado aos fabricantes de bebidas alcóolicas, para se colocar os danos nocivos nos rótulos das garrafas, assim como já acontece com o cigarro.



Figura 13: Exposição de teatro de bonecos em Feira da Saúde; como desenvolvimento do Projeto Experimental: Vivo Mais sem Álcool; alunos do Ensino Médio da rede estadual de educação, numa cidade do interior do Agreste de Pernambuco. Fonte: Acervo próprio, fotos em 2017.



Figura 14: Exposição de teatro de bonecos em Feira da Saúde; como desenvolvimento do Projeto Experimental: Vivo Mais sem Álcool; professora de Sociologia com jovens do Ensino Médio da rede estadual de educação, numa cidade do interior do Agreste de Pernambuco. Fonte: Acervo próprio, fotos em 2017.

O problema da atração pelo álcool é levado pelas pessoas de maneira lúdica. No ano de 2020, pelo segundo ano consecutivo, percorreu-se festejando pelas ruas da pequena cidade observada, o Bloco Carnavalesco “Aqui Bebe no Caneco”, nele, crianças e jovens

acompanhavam adultos, que tinham uma caneca na mão cheia de bebida alcóolica e embriagavam-se.



Figura 15: Placa indicando a localização do Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo e Outras Drogas (CAPS Ad) Recife. Ao lado do HUP. Av. Conselheiro Rosa e Silva, 2130 – Tamarineira, Recife, CEP 52050-020 Fonte: Acervo próprio, fotos em 2021.



Figura 16: Portão de acesso ao Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo e Outras Drogas (CAPS Ad) Recife. Ao lado do HUP. Av. Conselheiro Rosa e Silva, 2130 – Tamarineira, Recife, CEP 52050-020 Fonte: Acervo próprio, fotos em 2021.

2.5 A estigmatização da “loucura”, o trabalho e as tecnologias assistivas na escolarização do egresso: desafios da Reforma Psiquiátrica

É necessário discutir sobre a discriminação social contra o paciente de hospital psiquiátrico e a sua dificuldade de reinserção no mercado de trabalho, antes mesmo de se tornar egresso por causa do estigma da “loucura”. “Estigma, tal como foi desenvolvido na sociologia por Erving Goffman (1922-1982) pode ser entendido como um termo que designa um atributo, estereótipo ou sinais corporais profundamente depreciativos impostos a determinadas pessoas pelo senso comum (GOFFMAN, 1981 *apud* ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2020).

Com base na Lei da Promoção de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), buscou-se discutir a necessidade da otimização e ampliação das tecnologias assistivas para pessoas com deficiências mentais e transtornos psíquicos. Esta pesquisa além de relatar as práticas inclusivas, quer também intensificar a discussão sobre Políticas Públicas para o usuário de serviços de Saúde Mental, considerando as especificidades dos pacientes.

Discute a proposição: criar turmas de alfabetização e reforço escolar, acessíveis aos pacientes dentro do CAPS, nas Vilas Terapêuticas, no Hospital Psiquiátrico e em outros estabelecimentos de Saúde Mental, haja vista a grande necessidade de inclusão dos pacientes egressos no ensino formal: EJA¹¹, Fundamental e Médio e no Ensino Superior. Sendo importante lembrar que muitos tiveram suas histórias interrompidas pela doença mental, mas são detentores de sonhos.

Algebaile (2009, p. 39) afirma: “[...] a educação pode ser entendida como processo e como prática social que assume diferentes formas e se realiza conforme diferentes condições em diferentes tempos e lugares [...]”. É importante discutir a situação atual das práticas psicoterapêuticas ocupacionais dos hospitais psiquiátricos e propor a construção de metodologias, estratégias e produtos, que venham melhorar a inclusão como sugere a Reforma Psiquiátrica.

A Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 fala sobre acessibilidade, esta redação foi depois disposta na Lei nº 13.146, de 2015:

I – acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2000).

Apresenta-se as problemáticas enfrentadas por essa população internada a caminho de ser egressa e os desafios à aplicação das leis que o beneficiam apenas no papel.

¹¹ Educação de Jovens e Adultos. “[...] oferta de um ensino de qualidade aos jovens, adultos e idosos é uma necessidade urgente para contribuir com a elevação da escolaridade para que esses estudantes possam ter melhores chances de inserção no mundo do trabalho e no seu contexto sociocultural”. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DE PERNAMBUCO. Orientações Teórico-Metodológicas: Educação de Jovens e Adultos, Ciências Humanas, 2012, p.3). Disponível em: www.educacao.pe.gov.br/otm_ciencias_humanas_ef-1.pdf Acesso em: 15 out. 2019.

Saraceno (2001, p. 10) *apud* Cavalcanti (2013, p. 32) acrescenta: “Reabilitação Psicossocial não pode ser uma empulhação, um pretexto para deixar pessoas entretidas, fazendo de conta que a vida está sendo vivida”. A reinserção na escola, ainda no ambiente hospitalar, de acordo com as especificidades clínicas, vai facilitar o acesso ao trabalho, para retomada da vida, reconstruindo a autonomia e o respeito perdido devido o transtorno psíquico.

Entende-se que as atividades de oficinas terapêuticas ainda ficam no âmbito ocupacional, referencial repetitivo do arcaico modelo manicomial-institucional, faltando vislumbrar e ativar o potencial psíquico desses sujeitos que ficou perdido na terapêutica da internação, cuja dinâmica é isolar do conflito externo e tratar.

Arroyo (2012, p. 235) diz: “Milhões de adolescentes e jovens adultos filhos dos coletivos populares condenados como desiguais, sem direito ao trabalho, ao viver porque condenados pelo sistema de Ensino Fundamental, Médio e até EJA a não ter um diploma, porque multirrepetentes”. Um dos grandes motivos da discriminação social dos egressos psiquiátricos é a falta de acesso e domínio dos meios tecnológicos e educacionais que proporcionam autonomia e empoderamento.

O tema “reinsersão (inclusão) do egresso psiquiátrico”, a partir da Reforma Psiquiátrica encontra-se com poucos estudos na área, falta interesse da própria militância antimanicomial. Neste sentido, Nunes (2014, p. 61) faz uma importante observação: “[...] dados confirmam o tipo de relação que se estabelece com pessoas com deficiência, marcada pela infantilização de suas atitudes, falta de confiança em suas possibilidades e silenciamento de sua fala”.

Sobre a população de rua, pesquisa apontou que 29,7% tinham algum problema de saúde, tais como: hipertensão 10,1%, problemas psiquiátricos ou mentais 6,1, HIV/AIDS 5,1%, e comprometimento na visão ou cegueira 4,6%. Muitas pessoas, aproximadamente 19%, fazem uso regular de remédios que obtém em centro de saúde e postos locais. Um grave problema de saúde com alta incidência, que tem atingido a população de rua no Brasil é a tuberculose. Incluir a população de rua no mundo do trabalho é um dos desafios colocados pela Política Nacional. Há um projeto de lei que cria cota para contratação para pessoas em situação de rua tramitando no Senado Federal. Este projeto foi aprovado na Comissão de Assuntos Sociais do Senado (CAS) em 2018 e segue sendo analisado pelos senadores. São políticas públicas de trabalho, saúde e educação oferecidas pelo estado brasileiro, para a população em situação de rua: “Economia Solidária”, “Educação Popular” e “Consultório de Rua” (ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2020).

Os hospitais psiquiátricos e CAPS poderiam desenvolver como atividades ocupacionais, após estabilização da doença mental, oficinas de alfabetização e reforço escolar e de cursos profissionalizantes, buscando parcerias com órgãos de ensino; além de musicalização clássica; buscando reinserir seus pacientes na escolarização e no trabalho. Pois sabemos que o mercado é bastante excludente e que o usuário do sistema psiquiátrico terá menos chances de integrar-se e ascender socialmente, se não for através da obtenção do conhecimento que o mercado exige.

É importante salientar que há diferentes níveis de patologias mentais. Algumas pessoas estão debilitadas pelos longos anos de internamentos e impregnação dos remédios; outras, na sua maioria, nunca tiveram acesso à escola; e outras até o adoecimento estavam em plena atividade escolar.

Independentemente de suas modificações no decorrer da história, a escola foi a instituição que a humanidade criou para socializar o saber sistematizado. [...]. Nenhuma outra forma de organização até hoje foi capaz de substituí-la. Para cumprir seu papel, de contribuir para pleno desenvolvimento da pessoa, prepará-la para a cidadania e qualificá-la para o trabalho, como definem a Constituição e a LDB, [...] é necessário ousar construir uma escola onde todos sejam acolhidos e tenham sucesso (PENIN, 2001, p. 17).

O Conselho Federal de Psicologia, (2009, p. 57) defende que “[...] a educação inclusiva não é e nem deve se restringir aos chamados ‘portadores de necessidades especiais’. O sentido estrito do termo educação inclusiva seria o de abordar sujeitos que fogem à normalidade exigida pela escola regular, alunos que, em tese, exigiriam algum conhecimento especial da escola por ser ‘diferentes’ [...]”. Com isso, busca-se mostrar que a doença mental se constrói a partir das relações sociais de poder abusivas, na educação exageradamente repressora e desumana, nas instituições estatais falidas que precisam melhorar o atendimento na saúde pública e no cuidado para com os seus pacientes.

Os pacientes psiquiátricos parecem ser considerados os principais responsáveis pela sua própria situação de exclusão pela população leiga; sem disporem de sua própria identidade e história, negada pelo diagnóstico e pelo uso intensivo dos remédios, que o despersonaliza mais do que a própria doença psíquica, e que em muitos casos são destrutivos.

Traz-se a reflexão sobre a ação do psicólogo no serviço público e particular, para as práticas clínicas que estejam voltadas para a justiça, autonomia e cidadania dos sujeitos.

Enquanto Nise da Silveira via na psicoterapia com gatos e cachorros e na arte produzida pelo paciente, um mecanismo de reorganização dos pensamentos, da afetividade e das emoções, no caos do sofrimento subjetivo; Paulo Freire via na alfabetização e educação

popular, uma forma de empoderar os sujeitos vítimas do sistema econômico excludente. Paulo Freire (2009, p. 41) disse: “A alfabetização de adultos enquanto ato político e ato de conhecimento, comprometida com o processo de aprendizagem da escrita e da leitura da palavra, simultaneamente com a ‘leitura’ e a reescrita da ‘realidade’ [...]”.

Vejo na escolarização dessas pessoas com uso de tecnologias assistivas, voltadas a escolarização, uma forma de restabelecer a cidadania e autonomia. Desde que se considere a diversidade humana, ofertando possibilidades de inclusão. É preciso, também, ir reforçando no hospital práticas de integralidade e alteridade na psicoterapia.

Usuários do serviço psiquiátrico, Lima Barreto e Bispo do Rosário demonstraram em seu cotidiano que o conhecimento formal e artístico, podem ser de grande valor para desenvolvimento intelectual e emocional; são formas de manifestar as faces da alma que se encontra sufocada pelos condicionamentos dos sofrimentos e incompreensão da sociedade. Lima Barreto escreveu diversas obras literárias que tratam da realidade da época, inclusive manicomial; e Bispo do Rosário tornou-se reconhecido internacionalmente, como artista plástico, pela riqueza de detalhes em suas obras. Bordava sua história em tecidos velhos e refazia objetos obsoletos dando significado, onde driblava o caos do ambiente e sofrimento interno com maestria; captava a transcendência, uma profunda espiritualidade. O arquétipo do Cristo filho de Maria, e a narrativa de que ele faria uma ascensão ao céu o mantinha produtivo diante do enclausuramento e das perdas pessoais, profissionais e de sua liberdade, tornando a realidade da morte e vazio, mais amena.

O que fazer com aqueles que de tão cronificados pelo uso contínuo de medicamentos antipsicóticos e ansiolíticos, e pelos constantes internamentos não respondem mais por si? Popularmente só o fato de ser egresso de hospital psiquiátrico é motivo de exclusão, pela memória das antigas condições de atenção à saúde mental, de efeito devastador e diagnóstico assustador das doenças psíquicas. Daí como inserir culturalmente essas pessoas que ainda estão no hospital ou usam o CAPS como substituto do hospital? Se são sempre reféns da discriminação, porque são vistos como pessoas sem autonomia e inválidos.

O Ministério da Saúde do Brasil (2005) ressalta que a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das

instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

[...] diante dos desafios, muitas vezes paradoxais, da construção coletiva de uma autonomia real para estas iniciativas, o programa de Inclusão Social pelo Trabalho, assumido pelos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Saúde, passou a articular definitivamente a saúde mental e a economia solidária na discussão da complexa problemática da inclusão da pessoa com transtornos mentais. O financiamento destas iniciativas e a discussão permanente de seus dilemas práticos e teóricos são sem dúvida passos importantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005, p. 37).

A inserção nos estudos como prática ocupacional, podem dar aquele que se tornará egresso, melhores condições psicológicas de pensar sua situação de marginalização, e o trabalho terapêutico tornar-se-á menos assistencialista. Sendo preciso conhecer as especificidades dos transtornos, histórias pessoais, potencialidades, leis e tecnologias assistivas de acessibilidade para essas pessoas.

Os pacientes não podem ser excluídos da engrenagem capitalista, pois dessa forma não existe reinserção social com cidadania e autonomia no isolamento e segregação. É importante conhecer suas potencialidades, ainda na instituição psiquiátrica, preparando para uma possível alta e para saída definitiva com o fechamento dos manicômios. Sendo usufruído os benefícios da ciência e da economia.

O HUP desenvolve vários projetos, mas apenas com finalidades recreativas e terapêuticas, nenhum entre eles que consiste na formação profissional de seus pacientes, o que revela a descrença institucional na capacidade de reabilitação intelectual de seus pacientes e falta de preocupação com a reinserção psicossocial de seu público numa sociedade que se revela altamente excludente. O pouco tempo de duração na internação não é motivo de não articular projetos que pensem na profissionalização de seus usuários e práticas que incentivem a continuidade dos estudos.

Também formando o complexo psiquiátrico, o Centro de Atividades terapêuticas (CAT) é um espaço de convivência e estimulação, onde são coordenadas atividades recreativas e terapêuticas, com auxílio de música, pintura, teatro e outras artes. O espaço conta com uma equipe técnica de terapeutas ocupacionais, educadores físicos, artistas plásticos, arte-educadora, psicóloga, artesãos, músicos, cabeleireiras e assistente administrativo. Onze projetos terapêuticos são desenvolvidos no centro: Rock na Tamarineira, Ateliê terapêutico, Atividade com bola e sala de jogos, Música, Cinema no CAT, Jardinagem, Artesanato, Biodança, Oficina de Alimentação, Jornal Mural e Salão de Beleza – esse último, é importante ressaltar, ganhou o prêmio nacional Loucos pela Diversidade, concedido pela Fiocruz em 2009. Vencendo 400

inscritos de todo o Brasil, o projeto recebeu um incentivo de R\$ 15 mil para ampliação das atividades e compra de equipamentos (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, s.d.).

Com isso, Cavalcanti (2013, p. 115) afirma: “A meu ver, a terapia ocupacional, os ateliês, como estão sendo direcionados, ainda se mostram tímidos quanto à sua participação no tratamento desses pacientes. O medo, a falta de envolvimento e o descaso parecem prevalecer”.

A “proposta” aqui registrada é direcionada “aos psicólogos” que trabalham em estabelecimentos do SUS, nas clínicas dos CAPS, CRAS, PSF e Hospitais-dia, que acolhem o paciente ou egresso de hospital psiquiátrico; para viabilizarem suas práticas profissionais articuladas junto a profissionais de secretarias de saúde municipais, ao setor e assistência social, às secretarias de educação e à família; buscando formas inclusivas de reinserir estes indivíduos na sociedade; facilitando a eles acesso à escola, ao conhecimento profissional, que lhes dê melhores condições de conhecer sobre o mundo e relações humanas; que possibilite uma vaga no mercado de trabalho, visando a melhoria da qualidade de vida e autonomia social. Que muitos possam retomar a vida produtiva de antes, ou que pelo menos possam obter alguns benefícios básicos com o conhecimento adquirido; o simples fato de pegar num lápis ou numa colher de pedreiro com autonomia, pode trazer o benefício do “refazimento de sonhos”.

A reabilitação do indivíduo egresso do hospital psiquiátrico se tornará mais fácil se ele receber o apoio da família e de sua comunidade. Mas o que fazer com aqueles que possuem seus laços familiares fragilizados, por isso ficam detidos no manicômio? E os dependentes de um benefício do governo? E os que se tornam agressivos, sem credibilidade pela doença mental, muitas vezes são vítimas de abusos na rua?

É preciso que ele recomece sua vida a partir de onde parou, o que para ele sozinho é muito difícil devido ao estigma que carrega de “louco”. Por isso, a escola deve ser o espaço ideal para sua socialização, pois é um espaço democrático que possibilita a aquisição de saberes e habilidades sociais diferenciadas.

Percebe-se que assistência em saúde mental no Brasil é ainda muito precária, o exemplo disso é a pobreza do espaço do hospital psiquiátrico. Mesmo com a Reforma Psiquiátrica que reivindica desinstitucionalização e humanização; as condições estruturais do local poderiam ser bem melhores. Entretanto, observa-se que as paredes do ambiente são opacas, quase sem vida, longe de produzir-se saúde psíquica. Além disso, falta um atendimento mais humanizado e contextualizado com a realidade contemporânea, tendo em vista o processo amplo de desinstitucionalização atual e o pouco tempo de internamento na institucionalização permitido.



Figura 17: Mesa e bancos de cimento, acessíveis às visitas na área externa, entre os muros do Hospital Ulysses Pernambucano. Fonte: Acervo próprio, foto em 2021.

A deficiência do sistema político é causada pela vulnerabilidade dos valores éticos da sociedade, daí se tem uma economia mal distribuída, má qualidade da educação e decadente civilização, pois aumentam as patologias e a degeneração social (drogadição e criminalidade). A classe menos abastarda é a mais afetada pelos problemas sociais, por ser em geral excluída de situações confortáveis e saudáveis.

Muitas vezes, o hospital psiquiátrico e a penitenciária serviram para esconder os problemas sociais, que são em grande parte de responsabilização política. Portanto, o Estado tem o dever de cuidar e de proteger os seus cidadãos.

[...] a exclusão vivida pelas pessoas com deficiência era, na verdade, provocada pela organização social contemporânea, e a deficiência passou a ser entendida como produto das barreiras físicas, organizacionais e atitudinais presentes na sociedade, e não culpa individual daquele que tem a deficiência. Partindo desse paradigma, a deficiência é vista como uma característica da condição humana como tantas outras. Logo, as pessoas com deficiência têm direito à igualdade de condições e à equiparação de oportunidades, ou seja, todas devem ter garantidos e preservados seus direitos, em bases iguais com os demais cidadãos. Esse novo olhar gerou a necessidade de mudanças estruturais em relação às políticas públicas voltadas para esse segmento. As medidas caritativas e assistencialistas tiveram que ser revistas e modificadas, para dar lugar ao protagonismo das pessoas com deficiência na condução dos assuntos que lhes dizem respeito no campo público (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2012, p.16-17).

Recomeçar de onde parou é o desafio do egresso psiquiátrico, exigindo esforço.



Figura 18: Mesa e bancos pequenos de cimento, acessíveis às visitas na área externa, entre os muros do Hospital Ulysses Pernambucano. Fonte: Acervo próprio, foto em 2021.

Segue alguns modelos de tecnologias assistivas (metodologias, objetos e espaços) de acessibilidade e inclusão:



Figura 19: Propostas de recursos multifuncionais para atendimento de alunos da educação especial: 1. A sala possui ambientes para diferentes atividades: locais de atendimento individual ou em grupo. 2. O piso, as paredes e os móveis possuem cores contrastantes. 3. Existem mesas que permitem o uso por pessoas em cadeira de rodas e outras para pessoas com baixa estatura. Fonte: DISCHINGER, Marta (Org.). Manual de acessibilidade espacial para escolas: o direito à escola acessível. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2009. Disponível em: <http://plataformadoletramento.org.br/guia-de-mediacao-de-leitura-acessivel-e-inclusiva/arquivos/ManualAcessibilidadeEspacialEscolas.pdf> Acesso em: 28 jul. 2020.

O benefício de uma aposentadoria dá um poder de compra e subsistência mas exclui o indivíduo do processo produtivo, deixando-o praticamente ocioso para a vida toda, o que pode prejudicar seu convívio social e desenvolvimento cognitivo; pode mantê-lo na exclusão cultural e conseqüentemente facilitar o retorno dos sintomas graves da doença; e também acarretar o isolamento em virtude de pouca interação social.

[...] na Constituição Federal de 1988, direitos básicos e essenciais foram formalizados, mas medidas de caráter assistencialista foram mantidas. Esse viés assistencialista esteve bastante presente nas políticas públicas brasileiras e ainda persiste em algumas áreas. Entretanto, paulatinamente, essa visão tem sido substituída por maior valorização da autonomia e independência da pessoa com deficiência. Na seção sobre Educação, artigo 208, é garantido o atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino. A criação de programas de prevenção e atendimento especializado bem como de integração social do adolescente com deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos, são tratados na Seção da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso, artigo 227 (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2012, p.18).



Figura 20 e 21: Exemplo de tecnologia assistiva em embalagem de bebida láctea, para facilitar o consumo por pessoas que têm dificuldade de manuseio (ergonomia). Fonte: CENTRO PORTUGUÊS DE DESIGN. Experiências de Ensino de Design Inclusivo em Portugal. Portugal: CTP – Produção, 2006. Disponível em: <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10184/1/DesignInclusivoVol2.pdf> Acesso em: 28 jul. 2020.



Figura 22: Bule desenvolvido para ser utilizado por pessoas idosas, apresenta características inovadoras, como também vidro que permite ver o líquido no interior e argola sobre o bico que divide o peso. Fonte: CENTRO PORTUGUÊS DE DESIGN. Experiências de Ensino de Design Inclusivo em Portugal. Portugal: CTP – Produção, 2006. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10184/1/DesigInclusivoVol2.pdf> Acesso em: 28 jul. 2020.



Figura 23: *Design* inclusivo de mesa com computador. Disponível em: CENTRO PORTUGUÊS DE DESIGN. Experiências de Ensino de *Design* Inclusivo em Portugal. Portugal: CTP – Produção, 2006. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10184/1/DesigInclusivoVol2.pdf> Acesso em: 28 jul. 2020.

A escola é um ambiente estressante, mas também um espaço de treinamento de habilidades cognitivas, inteligência emocional e desenvolvimento de valores. É necessária a colaboração de todos envolvidos com saúde mental para que a entrada do egresso de hospital psiquiátrico e/ou usuário do CAPS na escola, possa ser de grande proveito para ele, ajudando-o a vencer seus estigmas. Com o acesso dele à escola haverá um melhor preparo profissional e aumento da capacidade de competir de igual para igual no mercado de trabalho.



Figura 24: Painéis táteis, cerâmicos, podem ser utilizados pelos serviços educativos de museu. Fonte: CENTRO PORTUGUÊS DE DESIGN. Experiências de Ensino de Design Inclusivo em Portugal. Portugal: CTP – Produção, 2006. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10184/1/DesigInclusivoVol2.pdf> Acesso em: 28 jul. 2020.

Freire (1996) diz que as pessoas são seres inacabados por excelência. Aqueles que expõem sua finitude de modo aberto e explícito são exatamente os sujeitos melhor talhados para buscar na escolarização uma forma de contato com o mundo.

O processo de inserção na escola será diferenciado por séries e cursos, aproveitando o que já foi construído na política nacional de educação, no âmbito da acessibilidade. Os cursos de EJA (Educação de Jovens, Adultos e Idosos) e o Enceja¹² são opções adequadas dentro do hospital, como uma das atividades ocupacionais, para inserir as pessoas que estão fora da faixa etária e atrasados nos estudos escolares. Esta proposta é compatível com esta população que progressivamente tem saído das instituições psiquiátricas e são atendidas pelo CAPS, acolhidas ou não pela família.

¹² Enceja: Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos, foi realizado pela primeira vez em 2002 para aferir competências, habilidades e saberes de jovens e adultos que não concluíram o Ensino Médio na idade adequada. Antes, a certificação para alunos da Educação de Jovens e Adultos (EJA) era feita por meio de provas realizadas pelas secretarias municipais ou estaduais de educação, outra opção para obtenção do certificado. Tenha no mínimo 15 anos completos, para quem busca certificação do ensino fundamental; ou tenha, no mínimo 18 anos completos, para quem deseja a certificação do ensino médio. A adesão pode ser feita por unidades prisionais e socioeducativas para pessoas privadas de liberdade. INEP. Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos. 2020. Disponível em: portal.inep.gov.br Acesso em 30 jul. 2020.

Essa escola onde o usuário poderá ser inserido, é, não somente aquela regular, mas também a escola profissionalizante e de preparação para curso superior, onde o indivíduo possa progredir profissionalmente, dentro evidentemente de suas possibilidades. Mas se deve reconhecer que muitos pacientes não tiveram sequer acesso ao nível fundamental do ensino formal, por estarem como o nível cognitivo afetado pelo uso constante de psicofármacos, pela gravidade da doença psíquica, problemas neurológicos e por falta de acessibilidade mesmo.

Propostas favoráveis vem sendo construídas de maneira efetivas em relação às deficiências auditivas, visual e motoras, sendo também necessária a ampliação de acesso à escola e ao trabalho para aqueles que sofrem de deficiências mentais de transtornos psíquicos. Restando aos trabalhadores da saúde mental: a discussão e a construção de projetos e de práticas psicossociais, que atendam amplamente a esses egressos, que virem políticas públicas adequadas de reinserção psicossocial, a partir do hospital psiquiátrico, e que tenha continuidade nos CAPS.

Pessotti (1996, p.180) cita alguns motivos das admissões psiquiátricas: “não só faltam recursos terapêuticos na situação familiar, mas falta o isolamento das tensões e problemas cotidianos, familiares ou não, assegurado pelo manicômio”.

Além do conhecimento formal que o usuário pode adquirir dentro ou fora do hospital e do CAPS, ele pode ser favorecido pelo desenvolvimento das relações interpessoais que vão sendo estabelecidas ao longo do processo de readaptação social. São pontos positivos para o egresso: o desenvolvimento da sua maturidade emocional, aperfeiçoamento da linguagem e da autonomia psíquica. “[...] fortalecer-se não apenas pela educação incidental, mas também pela educação formal. Trata-se da empatia ou da capacidade de colocar-se no lugar do outro, de compartilhar sentimentos e de estar emocionalmente inclinado à cooperação e à ajuda” (COLL, 2004, p. 127).

A escola vai explorar a habilidade da leitura e da escrita, necessárias para sua inserção social. É preciso reconhecer o que há de positivo na subjetividade desses pacientes sem subestimar as suas potencialidades, estimular a sua autoconfiança na rerepresentação do conhecimento escolar. Freire (2009, p. 25) afirma: “Na medida em que compreendemos a educação, de um lado, reproduzimos a ideologia dominante, mas de outro, proporcionando, independentemente da intenção de quem tem o poder, a negação daquela ideologia (ou o seu nivelamento) pela confrontação [...]”.

Todas as pessoas independentemente de sua condição de saúde possuem algum tipo de dificuldade, e essa dificuldade pode ser minimizada se forem dadas condições de acessibilidade aos bens sociais, assim dirimindo as desigualdades e deficiências.

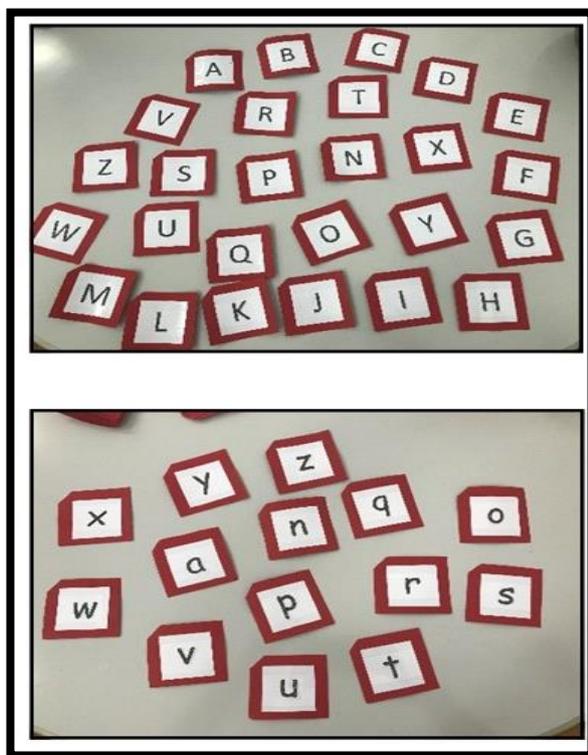


Figura 25: Letras maiúsculas e minúsculas, sobre cores que possibilitam uma melhor visualização para pessoas com deficiência visual. Fonte: RANGEL, Fabiana Alvarenga (Org.). A escol(h)a que somos: práticas e vivências pedagógicas em deficiência visual. Rio de Janeiro: Instituto Benjamin Constant, 2019. Disponível em: <http://www.ibc.gov.br/publicacoes/livros> Acesso em: 28 jul. 2020.

É incabível que algumas pessoas fiquem de fora de oportunidades porque não lhes são ofertadas, mesmo com seus amplos direitos. É preciso proporcionar a acessibilidade ao conhecimento formal e profissional, para que haja a possibilidade de manterem o seu autossustento e autonomia, para o restabelecimento da dignidade, proporcionada pela escolarização, frente aos desafios da sociedade atual seletiva, capitalista.

A escuta sem nenhuma censura do paciente é fundamental para a compreensão de como foi construída a doença e também saber suas potencialidades, quais as partes saudáveis da consciência e o que pode ser recuperado, integralizado à sociedade.

Constitui um desafio operar em um sistema escolar que está constantemente produzindo exclusão. Portanto, cabe ao psicólogo potencializar o lugar da Educação, não atendendo ao apelo de produção de diagnósticos e construindo instrumentos políticos de enfrentamento dessa prática. A referência do trabalho do psicólogo de ser a de evitar que a política de inclusão venha a reforçar a racionalidade biomédica, que permeia o cenário escolar sustentado pelo saber-poder (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010, p. 19).



(Aluna A)

(Aluno B)

(Aluna C)

(Aluno D)

Figura 26: Régua de assinatura para o aluno cego. Fonte: RANGEL, Fabiana Alvarenga (Org.). A escol(h)a que somos: práticas e vivências pedagógicas em deficiência visual. Rio de Janeiro: Instituto Benjamin Constant, 2019. Disponível em: <http://www.ibc.gov.br/publicacoes/livros> Acesso em: 28 set. 2020.

Faz-se necessário o acompanhamento do paciente pelo psicólogo clínico, articulado com outros profissionais da rede de assistência psicológica, social e pedagógica, para auxiliar no manejo dos conflitos e tensões da situação escolar, afim de ampliar a percepção do indivíduo frente aos desafios diários das atividades e relacionamentos na escola, para que este indivíduo em novo enfrentamento da vida, depois de algum tempo distante do contato com o mundo fora da instituição psiquiátrica, possa ser bem sucedido, diante principalmente do preconceito social. “Reforçar a empatia ajuda expressar emoções e a comunicar situações que os alunos estão vivendo, favorece o entendimento de emoções, a compreensão do ponto de vista do outro, o compartilhar sentimentos [...]” (COLL, 2004, p. 127).

Os pacientes do HUP têm demonstrado um ótimo potencial na produção de projetos, com conhecimento em áreas diversas, entre elas: Artes, Português, Geografia e Biologia, conforme oficinas realizadas por Cavalcanti (2013):



Figura 27: Bandeira da Catalunha. Acrílica sobre tela. Arte realizada por paciente do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano. Fonte: CAVALCANTI, Ana Elizabeth Lisboa Nogueira. Intervenção artística e transtornos psíquicos: possibilidades de diálogos. Tese de Doutorado – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Doutorado em Psicologia Clínica, 2013.



Figura 28: Acrílica sobre tela. Arte realizada por paciente do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano. Fonte: CAVALCANTI, Ana Elizabeth Lisboa Nogueira. Intervenção artística e transtornos psíquicos: possibilidades de diálogos. Tese de Doutorado – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Doutorado em Psicologia Clínica, 2013.

O pouco tempo de duração na internação não é motivo de não articular projetos que pensem na profissionalização de seus usuários e práticas que incentivem a continuidade dos estudos.

Não se nega o caráter terapêutico das oficinas no âmbito hospitalar, mas é necessário investir-se no ensino profissionalizante e básico para a população do hospital psiquiátrico. Percebe-se que estes usuários do SUS já perderam muito tempo de suas vidas nos internamentos. Dentro desse clima vão se acostumando a essa rotina e conseqüentemente terão dificuldades de se adaptarem às demandas sociais quando, estiverem definitivamente com suas famílias, ou fora das dependências do hospital. Os cuidados ainda ficam distantes do que se deseja com a Reforma Psiquiátrica, há grande despreparo para reinserção e mudança para o CAPS, como querem a militância antimanicomial, porque os motivos de não funcionar adequadamente a reinserção psicossocial são os estigmas culturais da “loucura”, que é institucional.

A Lei da Reforma Psiquiátrica do Brasil estabelece tratamentos territorializados, serviços próximos das pessoas com participação das redes de apoio e sociabilidade, mas são necessárias a intensificação de políticas públicas, como projetos de alfabetização, inclusão em outras fases da escola e acesso aos meios tecnológicos, já no hospital psiquiátrico; que preparem os egressos para a saída definitiva, para que possam sobreviver com autonomia e dignidade, até mesmo os pacientes agudos, usuários de substâncias psicoativas e os judicializados.

A política neoliberal de diminuição dos leitos psiquiátricos por si só não resolve o problema de cronificação da doença e não garante a autonomia, necessária para a saída do indivíduo com o transtorno psíquico. Deve-se investir em melhoria dos serviços oferecidos nos diversos estabelecimentos que promovem saúde mental, como: preparação mais humana dos profissionais que lidam com essas pessoas, terapêuticas ocupacionais e psicoterapias que desenvolva a comunicação dos indivíduos; um ambiente mais adequado que promova saúde, adaptado às necessidades de aprendizagens; inserção cultural, escolar, para reconquista do direito de trabalhar, sem subestimar capacidade dos sujeitos. Dando oportunidades de reconquistar o respeito perdido devido ao transtorno mental.

Não se tem observado medidas mais incisivas de combate à exclusão dessa população egressa do serviço psiquiátrico, ainda no hospital, este continua na dependência das outras pessoas. Apesar de um benefício previdenciário que alguns conseguem, pelo longo tempo no hospício, pela gravidade da doença ou bolsa pela ausência da família, no longo tempo de internação, mas não se resolve satisfatoriamente o problema da marginalização do egresso; sendo arriscado sua desinstitucionalização, pois se criou dependência do sistema manicomial.

O discurso individualista da secularização é materialista e uma ameaça para os pobres, excluídos e marginalizados, usuários de drogas e pessoas que sofrem de transtornos mentais. Em sua maioria são os que compõem a população de rua, são invisíveis para o capitalismo produtivo, políticas públicas e sistema de educação. As escolas públicas com seus problemas pedagógicos e estruturais, não estão preparadas para receber este público de hospitais psiquiátricos e população de rua; estas pessoas tem sua vida marcada pela doença psíquica, drogas e abandono.

Faltam atividades terapêuticas ocupacionais voltadas para a profissionalização do interno e egresso psiquiátrico mesmo alguns já possuindo vínculos educacionais e profissionais, é preocupante pois parte dessa população vai morar na rua. Com auxílio multidisciplinar pode-se dirimir regressões patológicas e cronicidade da doença.

Este é um recorte do que de fato ainda acontece nos hospitais psiquiátricos do Brasil, no que se refere ao significado da reinserção psicossocial através da reestruturação da assistência psiquiátrica, como advoga o Movimento Antimanicomial.

Este trabalho está direcionado aos profissionais de Psicologia numa perspectiva multidisciplinar. É uma proposta de intervenção para egresso psiquiátrico no âmbito do hospital psiquiátrico e CAPS, para acesso à escola por meio de oficinas e outras modalidades de educação. Sendo a escola um espaço cultural, intelectual e produtivo, que pode ampliar o campo das relações interpessoais, cidadania e autonomia. A escola é um espaço de emancipação de assistencialismos e de autonomização e culturalização.

O Estado deve oferecer meios adequados para que a pessoa com transtorno psíquico possa voltar às condições de cidadão, partindo da inclusão dela em atividades atualizadas, já no hospital psiquiátrico, são direitos adquiridos com a Reforma Psiquiátrica.

A falta de práticas de lazer e de contatos pessoais saudáveis, além do isolamento tem causado adoecimentos psíquicos. O vazio existencial e desocupação dos jovens em período da pandemia têm sido preocupantes, tanto no que refere ao desemprego que está por vir, quanto no estado de ociosidade, muitas vezes, por desleixo da família.

2.6 O Cristianismo e a inclusão social

Não se pode negar a contribuição do Cristianismo nos campos dos Direitos Humanos, Direito Civil e Psicologia Existencial, por seu caráter inclusivo; que é uma das políticas do

Movimento Antimanicomial. Os referenciais cristãos como: alteridade, justiça, perdão e amor, são importantes para vida em sociedade por causa da resiliência emocional, que ocorre com reorganização e integração dos “pedaços” ou “cacos” da psique; uma fragmentação causada pelas angústias, “cortes” e “buracos” existenciais.

Ajudar na administração das emoções diante das afetações em tempos de crise é o maior desafio das ciências humanas e das ciências da saúde mental.

A Bíblia Sagrada (N.T. Mateus 8.28-34; Marcos 51-20; Lucas 8.27) relata sobre homens que viviam atormentados por espíritos malignos que os levavam a desertos e a cemitérios, os torturavam. Possuídos por forças malignas, que num deles se intitulava Legião, eram subjugados fisicamente, a ponto de se mutilarem e não haver cadeias que os controlassem, ficavam inconscientes. Sendo possuídos de muita ira, atacavam aqueles com quem se encontravam. Não se socializavam, viviam de fato em profunda solidão. Eram aprisionados em cadeias de ferro, mas como tecido velho eram todas arrebitadas.

Os homens não tinham liberdade psicológica para se conduzirem, viviam em profundo sofrimento físico, psíquico e cárcere espiritual, no mundo do inconsciente.

A Bíblia Sagrada (N.T. Marcos 9.14-29; Lucas 9.37-42) há também uma narrativa sobre um jovem que tinha experiências espirituais tenebrosas e agressivas. Caía no fogo, na água ou no chão, sendo seu corpo subjugado e machucado.

A sociedade da época não possuía recursos adequados e eficazes para ajudar os ditos “incuráveis”. Os recursos eram escassos e grosseiros, inadequados para dar atenção aqueles indivíduos atormentados por esses “fenômenos”, mais tarde, na Psicologia e Psiquiatria denominados de transtornos psíquicos; psicanaliticamente chamados de sombra, arquétipos, pulsão de morte, *id*, estruturas do inconsciente. Foi nesse contexto de sofrimento que esses homens foram encontrados por Jesus, ajudados e postos em liberdade. Tiveram suas consciências novamente restabelecidas e foram devolvidos à sociedade saudáveis.

É importante salientar que a psique, o corpo e o espírito se inter-relacionam e interferem na qualidade de vida da pessoa em sociedade e também na sua vida privada. A sociedade pode ser causadora de profundos sofrimentos ao indivíduo, de desorganização psíquica, quando segrega e estigmatiza; quando decide quem deve viver e até opta em laboratório pelo “mais apto”. O espírito humano pode ser o lugar de tormento, morada de sombras que sufocam seu eu (consciência), até que o indivíduo tenha um encontro com Deus, como afirmava Jung.

Theissem (2008) discute que Jesus não almejava o poder político e religioso, mas buscava em todos os aspectos o benefício das classes menos favorecidas. Não se alienava

negando as aflições bem presentes no povo. Também não deixava os ricos de fora de seu projeto, incluía todos que fossem capazes de se renunciar. Com a revolução de valores introjetados na sociedade pela reflexão, ação, alegorias, milagres; fazia um enfrentamento indireto do sistema secular; não destruía a ordem hierárquica, poderes: político, religioso e social, mas questionava suas éticas com mensagens espirituais; objetivava um redirecionamento de valores e poder. Usava alegorias como exemplos do modelo hierárquico político da sua época (reis, súditos), como sombras de seu Governo Eterno. Investia nos pobres que o buscavam e enriquecia-os de valores, carismas e ternura. Porém, falava duramente onde o sistema mundano estava mais cristalizado. Implantar o seu Reino consistia: fazer o deslocamento de valores e benefícios que eram somente acessíveis aos nobres.

No Reino de Seu Pai todos seriam iguais em valor e em honra; não haveria classe inferior. Não destruiu a hierarquia política mas redistribuiu o poder por mérito. Para ter mérito e honra deveria se assimilar valores antes só acessíveis à nobreza: servir, ter humildade para perdoar o inimigo e amar o estrangeiro, qualidade de um diplomata; seria feito um deslocamento descendente e ascendente. Para herdar a terra era preciso ser manso, contrariando a política bélica e de expansão territorial violenta da elite romana. “Na tradição bíblica, a renúncia ao *status* e a humildade são caminhos para uma igualdade mais plena” (THEISSEM, 2008, p. 374).

Gerd Theissem (2008) discute que o Movimento de Jesus não foi um movimento de tomada de poder objetivamente, que não visava uma revolução política de enfrentamento, que desembocaria em mais aumento da violência vigente, numa sociedade já empobrecida e perversa. Jesus fez um movimento inverso, desarmou egoisticamente o ser humano, fez ele olhar para dentro de si e para o outro como humano, e como ser espiritual caído, que precisava ser erguido pelo perdão e confrontação do Evangelho. Fez promessas que valorizaria ainda mais em tempo escatológico. Veio praticar justiça, trazer consolações; animou os abatidos diante das intempéries da vida. Transmitiu valor aos sem valor moralmente e socialmente, por isso não haveria preferidos no Seu Governo, bastava reproduzir na prática seus ensinamentos e ter ousadia para missões determinadas. Empoderou espiritualmente pobres e quebrantados de espírito. Os milagres através dos carismas, legitimava a autoridade desses discípulos; o batismo de fogo foi o estágio que comprovava a purificação que o templo e o batismo nas águas não poderiam fazer, por serem apenas físico, este agora espiritual.

Jesus visava implantar o Reino de Deus que consistia fazer uma revolução ética de valores esquecidos e trazer novos, celestes, introjetando-os subjetivamente através de ações práticas, simbólicas, e sermões reflexivos, com a confrontação da ética vigente “[...] gente

humilde lida com sua impotência e sua pobreza como se agisse no papel de aristocratas. Ao mesmo tempo, os ricos são duramente criticados. Para eles há pouca consolação no Novo Testamento” (*op. cit.*, p. 368).

Sobre o cristianismo primitivo Theissem (2008) diz que com Jesus, a sabedoria antes propriedade dos que tinham tempo livre para adquiri-la, chegava aos trabalhadores braçais desprovidos de recursos; tornava-se acessível a eles, além do poder carismático e do *status* de realeza: sacerdotes e filhos de Deus; o que tornava os seus seguidores psiquicamente fortalecidos, socialmente valorizados e espiritualmente empoderados. O menor torna-se o maior nesse governo. Jesus se fez servo por isso todos deveriam ser servos uns dos outros para terem credibilidade nos céus, a exaltação é escatológica. O Seu Reino começou a ser implantado sem se utilizar dos aparelhos da guerra: a agressão e violência, mesmo ela existindo em latência dentro das pessoas, foi redirecionada para Deus no presente e no Juízo; foi canalizada para visões apocalípticas; numa linguagem psicanalítica: catarse, extravasamento da pressão interna. A violência em potencial e a que é aprendida de forma mimética, não devia ser reforçada e reproduzida, precisava ser trabalhada de forma a não ser manifestada em danos agressivos à sociedade.

Atualmente o evangelho também atinge as classes sociais mais ricas, mas o que acontece é que “alguns” líderes religiosos administram grandes recursos econômicos de igrejas e o patrimônio não é partilhado adequadamente com os necessitados, que ficam fora dos ministérios. Os pobres mesmo com pouco, contribuem para enriquecer e sustentar *status*, enquanto os ricos se banqueteiam, viajam quando querem e editam autocraticamente todas as regras eclesiais, distribuindo funções. É a objetificação do outro. Não acontecia assim com os primeiros cristãos: “E perseveravam na doutrina dos apóstolos, e na comunhão, e no partir do pão, e nas orações” ((BÍBLIA SAGRADA, N.T. Atos 3:42).

O investimento em templos suntuosos e expansão religiosa têm sido mais importantes do que o cuidado com os pobres, necessitados e ovelhas feridas da própria denominação; incompreendidas, muitas vezes apenas por serem “profetas zelosos”, denunciando erros. Abraão de Almeida (2012, p.119) diz: “Para alguns irmãos, o sinal distintivo de que são discípulos do desprezado meigo Nazareno não é a vergonha da cruz – a vida de renúncia aos prazeres mundanos e de amor ao próximo – mas sim os seus bens materiais”.

Numa igreja que acompanha tendências modernas, “não existe lugar” para pacientes psiquiátricos, órfãos, viúvas pobres e “protestantes” empoderados nos púlpitos, pois a “expansão missiológica”, estética ambiental, *megashows* e riqueza, são mais atraentes, aumentam rendimentos e investimentos.

Todavia, contestando, Oswald Smith (1890-1986) já na sua época, fala da necessidade de impactar a sociedade com o evangelismo evangélico, utilizando bens materiais e recursos tecnológicos:

O mundo esforça-se a fim de atrair ao máximo a atenção das pessoas. Os teatros e centros de diversão ficam nos locais mais proeminentes, são mais bem-iluminados. Ao contrário, os líderes evangélicos, em sua esmagadora maioria, preferem uma ruela escura, levantam um edifício minúsculo, instalam uma iluminação deficiente, e ainda se admiram de que o público não frequente suas igrejas. [...]. Toda cidade necessita de uma grande sede evangelística, localizada em lugar central, com abundância de iluminação, de acesso fácil, bem diante do nariz dos transeuntes. É preciso, que haja um programa evangelístico realmente vívido, que vise a despertar os indiferentes, salvar os pecadores e apontar-lhes o caminho para o céu. Sem essa visão, o povo está condenado (SMITH, 2009, p. 153-154).

É fato que cristãos fervorosos, ainda nos dias de hoje, dão a vida nos países fechados, por uma fé cristã genuína. A perseguição se dar por amar ao extremo, defender valores como: vida, liberdade, justiça e alteridade; e denunciar pecados. Renúncia ao mundo e perseguição eram os sinais de que estavam agradando a Deus. “O cristianismo, como a religião que tem tido mais mártires do que qualquer outra na face da terra, possui uma herança de muitas perseguições e profundos sofrimentos. Esses sofrimentos tiveram início há dois milênios [...]” (ALMEIDA, 2012, p. 121). Mas estes cristãos primitivos ao invés de se sentirem deprimidos, se sentiam mais motivados para proclamar as boas-novas.

Reflete-se como na atualidade parte do seguimento religioso cristão tem reagido frente à secularização, tecnologias, redes sociais, shows de artistas “gospel”, no contexto da pandemia e da queda econômica. Discute-se a influência da globalização que provoca relações conflituosas e se manifestam em vídeos do *YouTube*, trazendo intensos sofrimentos psíquicos a fiéis zelosos, contrários a “posturas narcísicas” e sádicas (NEUTZLING, 2009) e ao “evangelho sem renúncia” (THEISSEM, 2009) e do ser humano descartável (globalismo), no “mercado religioso” que avança rapidamente (BOURDIEU *apud* SILVEIRA, 2019, p. 796).

Jesus era simples e demonstrou ser uma pessoa extremamente preocupada com a dores existenciais humanas, quando disse: “Vinde a mim, todos os que estais cansados e oprimidos, e eu vos aliviarei. Tomai sobre vós o meu jugo, e aprendei de mim, que sou manso e humilde de coração, e encontrarei descanso para as vossas almas” (BÍBLIA SAGRADA, N.T. Mateus 11.28-29).

Davi M. de Oliveira levanta alguns questionamentos sobre a ação pastoral nos dias de hoje.

Será que, como Igreja pastoral, estamos vinculando nossas relações aos princípios do *cogitare* (cuidado)? Ou as pessoas com as quais lidamos são percebidas, consciente ou inconscientemente, como mercadorias ou consumidores de nossos materiais religiosos? Como Igreja, temos valorizado nossa capacidade de dialogar, defender e cuidar daqueles que estão sendo explorados e destituídos dos direitos que o próprio Deus garantiu? Será que nossa ação missionária está sendo motivada pelos princípios do cuidado? (OLIVEIRA, 2018, p. 168).

O etos cristão primitivo, por exemplo, promoveu o empoderamento dos pobres e excluídos. Os dois valores fundamentais do etos cristão primitivo foram o amor ao próximo e renúncia ao *status*, que trata do cerne da missão de Jesus, do conteúdo central de suas pregações e atitudes: amor ao próximo e humildade. Sua ética vem para mexer com a estrutura psíquica da sociedade que fazia totalmente o contrário. Seus ensinamentos revolucionavam, pois convidavam a reflexão e à mudança de comportamento (THEISSEM, 2009).

Na perspectiva cristã, a espiritualidade como sendo a aproximação de Jesus, seria o viver com autonomia, alteridade e transcendência, o que sobrepõe a religiosidade.

3 A RELIGIOSIDADE E A ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO, EMPODERAMENTO, RESILIÊNCIA E INTEGRAÇÃO DA PSIQUE DOS EGRESSOS NA REINSERÇÃO NA COMUNIDADE

Esta pesquisa bibliográfica explicou como o hospital trabalha a reinserção psicossocial, frente aos desafios e obstáculos da própria Reforma Psiquiátrica do Brasil, cujo lema é a desinstitucionalização progressiva, conforme a Lei 10.210\2001.

“Cidadania é a condição adquirida por um indivíduo que consegue exercitar todos os seus direitos [...] assegurados por lei” (NOVAES, 2004, p. 18). Busca relatar as práticas desses trabalhadores sociais no empoderamento dos usuários da saúde mental, bem como discutir práticas inovadoras e integradoras na Educação e na Psicologia, para isso busca também a contribuição da religião. Para que o usuário do serviço psiquiátrico possa reinventar sua vida é necessário ser empoderado. Com a ajuda do psicólogo o paciente vai canalizando energias psíquicas saudáveis, represadas; vão sendo aproveitados aspectos saudáveis de seus discursos e de sua história. Porque “As pessoas precisam ser capazes de fazer escolhas autônomas para que assim possam melhorar seu controle sobre o meio, determinar suas próprias agendas e tomar suas próprias decisões. A razão do empoderamento é fazer estas escolhas e ter o direito de ser responsável por elas” (MCCARTHY, 2001, p. 3).

São fundamentais a abertura à escuta e o redirecionamento dado pelo ego sustentador do psicoterapeuta ao ego fragilizado do paciente, por causa de embates interiores de “partes de si”. Heróis e vilões absorvidos na cultura ao longo do tempo, inconscientes, precisam ser redirecionados e ressignificados. Para Dalgallarrondo (2000, p. 191): “As síndromes e reações depressivas surgem com muita frequência após perdas significativas: de uma pessoa muito querida, de um emprego, de um local de moradia, do *status* socioeconômico, ou de algo puramente simbólico”.

Carl Gustav Jung abre na academia para a pesquisa da dimensão espiritual, pois via o potencial curativo da espiritualidade na integralização das partes cindidas da psique, na direção da autonomização (individualização). Em embates dos arquétipos, o eu que precisa de cuidados, seu foco precisa ser redirecionado e de maneira saudável ser fortalecido.

A ativação da espiritualidade saudável seria quando se reflete nela a imagem de Deus, potencialidade que possibilita a reconstrução e apropriação de si (morada do eu), com resiliência, frente ao lado sombrio da própria psique e diante do outro que resiste egoisticamente.

Por exemplo, a resiliência, alteridade, inclusão e transcendência têm sido os conteúdos mais fortes no âmbito da Teologia Cristã, essenciais para a saúde mental; na readaptação em momentos de impossibilidades científicas e da vida, como o que estamos passando com o Covid-19, e para retomada da vida, principalmente àqueles que têm transtornos psiquiátricos; para além do que defendia Freud ser a religião a causa das neuroses e psicoses.

A fé como crença otimista, transcendente e resiliente, vem a oferecer um conforto mesmo diante do caos imprevisível da saúde, das turbulências climáticas, desemprego, exclusão digital e escolar; tornando a situação de desespero menos aterrorizante, dirimindo grandes consequências no âmbito da saúde mental, no meio de imenso confinamento atual, solidão, restrições e perdas. Orações individualizadas, encontro em *lives*, pregações, louvores, têm sido um refúgio nas crises existenciais, agem como antídoto terapêutico, apesar da presença dos fiéis nos templos ter sido restringida na pandemia e da problemática pluralista e secular no âmbito religioso. A autonomização sadia do ego seria responsável e consciente, diferente da autonomização doentia (egocêntrica, narcisista, megalomaniaca e tirana), ambas teriam origem na identificação com os arquétipos.

3.1 Psicologia e Ciências da Religião: complementaridade na compreensão de fenômenos clínicos

A religião é vista por Jung de maneira bastante positiva, por isso rompe com a amizade de bastante tempo com Freud, após se posicionar criticamente em seu primeiro livro: “Símbolos da Transformação”. Ele próprio como psiquiatra e psicólogo buscava compreender a dinâmica psíquica de seus pacientes esquizofrênicos, hospitalizados. A partir dos referenciais religiosos deles buscava captar o grande potencial curativo religioso, no âmbito psicológico. Desenvolveu o conceito de inconsciente pessoal (Tipos Psicológicos – atitudes e funções) e inconsciente coletivo (Arquétipos).

Para Jung a religião nasce de uma necessidade psíquica de totalidade (instintual, filogenética, factual), transformada em imagens na psique como arquétipos, sendo os mais importantes: Deus e *Self*. Deus é apenas concebido por ele no campo do psiquismo fenomenológico. Primeiro aparece no “psiquismo” como “imagem primordial”, F-D-A (Forma Deus Arquétipica), como o Pai, O Todo, Onipotente, Criador; é meta e marca distintiva, para

qual se remete o *Self*, que é centro da *psique*, ou imagem de Deus; representante da totalidade, plenitude, felicidade, seria a consciência da consciência. O movimento do ego (consciência) para o *Self* buscando instintualmente a “integração ou atualização”, é chamado de individuação. Para ele, Deus vai ser “representado fenomenologicamente” a partir dessas “experiências psíquicas”. Como se “concebe na consciência”; aparece nas metáforas, mitos, signos, símbolos das diversas religiões ou C-D-A (Conteúdo Deus Arquetípico) (LIBÓRIO, 2018).

Jung que era psiquiatra e psicólogo, criou a Psicologia Analítica, um método de intervenção a partir de seu campo de trabalho, o hospital psiquiátrico. Observou que grande parte do conteúdo subjetivo de seus pacientes era religioso: simbólico, enigmático. Então utilizou o referencial religioso e cultural dessas pessoas para fazer suas próprias descobertas antropológicas e psicológicas, na tentativa de decifrar o “enigma da pessoa”, bem característico dos seus pacientes esquizofrênicos, sujeitos cindidos com a realidade; sendo essencial o seu restabelecimento, pelo princípio da inteireza que coloca. Não descartou a religiosidade, buscou conhecer a fundo o sujeito na sua complexidade subjetiva.

Todavia, para Jung, Deus está dentro da psique como marca, como necessidade individual e coletiva, instintual, mas não espiritual. Mostra a importância do psicólogo promover a escuta de qualquer discurso que seu cliente traz. Parece contraversivo ao Código de Ética do Psicólogo Brasileiro, no tópico “Das responsabilidades do psicólogo: Art.2º - Ao psicólogo é vedado: b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais” (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO, 2005, p. 9).

De acordo com referenciais teóricos junguianos, o arquétipo Deus é um o referencial dentro da psique, inato; de perfeição, plenitude e totalidade, na direção do qual o *Self* se dirige. O *Self* (Si-Mesmo) é um elemento dentro da psique ideal de maturidade, assumindo o controle sobre o ego, num processo dinâmico de integração de conteúdo do inconsciente à consciência, mediante *insights* e vitórias sobre aspectos sombrios da psique.

Pessoas assim falam com clareza pela família, pela comunidade, pelo país e mesmo por toda a humanidade, mas não por elas mesmas. Se indivíduos que adotaram personas leais e firmes assim permanecem inconscientes de sua verdadeira individualidade, essa individualidade mantém-se desconhecida, e eles se tornam meros porta-vozes para as atitudes coletivas com as quais se identificam. Embora isso possa servir aos interesses de uma pessoa até certo ponto — porque, afinal de contas, todos precisam se adaptar à sociedade e à cultura, e porque uma persona bem construída é uma vantagem evidente para propósitos práticos de sobrevivência e sucesso social —, esse não é, sem dúvida nenhuma, o objetivo da individuação. Trata-se apenas de um ponto de parada para então iniciar o processo de individuação (STEIN, 2020, posição 312).

Ainda na perspectiva junguiana, a individuação é o processo de formação do *Self*, caracterizado pelo estágio em que o indivíduo adquire sua individualidade deixando de ser controlado pelos outros mecanismos da *psique* (alma, patológicos e pelas pessoas; fazendo suas próprias escolhas autônomas e obtendo o autocontrole, construindo uma espécie de eu ideal. Sua teoria se assemelha ao processo hinduísta e budista da iluminação, onde através da meditação, ioga (orações, mantra), como disciplina, a pessoa torna-se um com o Brahma ou com Cosmos. Um “Retorno ao Jardim”? Ocorrendo uma espécie de divinação, sabedoria, santificação. Na sua pesquisa ele valoriza a sabedoria das religiões e suas influências sobre o psiquismo que atravessa as gerações.

Jung estudava o conteúdo religioso dos pacientes esquizofrênicos, a fim de melhor poder cuidar deles, e nesses conteúdos descobria similaridades de narrativas míticas com narrativas de povos que jamais aquele paciente tinha tido contato, a isso chamou de inconsciente coletivo. Esse fato pode ter relação com a necessidade de Deus e para isso os seres humanos criam narrativas míticas, egoicas, heroicas, a fim de suprir sua necessidade transcendental e vazio existencial. O tema Deus sempre foi objeto de interesse e estudos recorrentes, inclusive na academia.

Segundo M. Palmer:

Dada a correlação anterior que Jung estabelece entre os arquétipos e os instintos, podemos mesmo falar aqui de um ‘instinto de Deus’. Não como algo adquirido pelo indivíduo, mas como um fator que opera universalmente, como força elemental presente ao nosso íntimo mas perceptível apenas em seus efeitos, ou seja, nos conteúdos arquetípicos indiretos da metáfora e do símbolo. [...] emana do inconsciente coletivo e manifesta-se nos fenômenos visíveis e multifários da religião (PALMER, 2001, p. 160-161).

Em Jung, Deus é uma marca instintual, por isso o homem não consegue se desligar da religiosidade, cria religiões, pois há uma necessidade de relacionar-se com o Pai Desconhecido que o marcou. É desse Pai Desconhecido que se vai buscando aproximação, a felicidade aspirada, o relacionamento pleno. Entre erros, acertos e resiliência, o indivíduo vai aproximando-se de sua essência, o *Self*, que poderia ser relacionado a Cristo (Foto n. 12, anexos), que é a imagem mais perfeita de Deus para os cristãos, introjetada dos discursos das denominações cristãs, das experiências pessoais.

O *Self* segundo Jung é o centro da plenitude, felicidade instintual. Jung foi considerado por alguns acadêmicos como um místico, esotérico. No hinduísmo, o *Self* estaria associado ao Krishna.

As religiões orientais por causa de sua expansão filosófica na academia e mídia, atualmente, ganhou certa influência sobre o pensamento cristão moderno, principalmente pelo ideal ascético, porém divergem da teologia tradicional cristã, principalmente quando o Cristianismo apresenta Deus como Pessoa e não como uma força da natureza, bem como diverge do sistema de castas e do samsara. A autonomia é dos princípios da fé cristã.

A partir da religião do paciente tem-se a compreensão da sua *psique* (alma); pode ser feita uma anamnese religiosa; e ser construído esquemas individualizados para cada paciente, como base na teoria de Jung, cujo objetivo é a integração psíquica do indivíduo fragmentado psicologicamente, descentralizado, dominado pela sombra ou *personas*, egocentrismos narcísicos.

Em alguns contextos o ego pode “assumir o lugar do arquétipo Deus” ou de *personas* proeminentes, ou no extremo identificar-se com o *Self*, onde o ego vai comportar-se com muito empoderamento ou passivo, pode ser um caso narcísico, totalitário (neurótico) ou psicótico quando sai da realidade racional, comum.

Há casos em que o indivíduo fala em nome de Deus mas volta ao seu estado de consciência normal (profetismo), teologicamente aceitável no contexto judaico-cristão.

O que se propõe, talvez não seja algo novo, seja na abordagem psicoterapêutica, pegar o referencial de Jung no tratamento dos pacientes institucionalizados: ter um olhar clínico para a religiosidade, e a partir daí construir esquemas do funcionamento religioso e cultural do paciente, tendo base a própria religiosidade do paciente, esquema pessoal, para a partir daí ver como se dar a integração psíquica. Essa leitura do campo religioso do paciente junto atividades terapêuticas educacionais individualizadas, que desenvolvem a reorganização pessoal, podem trazer grandes resultados. Alguns pacientes podem ter seu campo religioso fraco (materialista), não exercendo influência sobre sua psique, todavia pode existir lacunas espirituais que se projetam noutras dimensões e necessidades humanas.

A religiosidade é uma das partes integrantes do ser humano, muitas vezes é uma forma de lidar com a dor psíquica e opera no processo de reorganização de si, mas também a religiosidade pode trazer implicações patológicas para o indivíduo, quando não promove sua autonomia, alteridade e transcendência. Coreth (2009, p. 402-403) afirma: “[...] movimento transcendente. Diz respeito ao modo do ultrapassamento. [...] eu ultrapasso a mim mesmo na realização de um ato espiritual e justamente nisso encontro a mim mesmo e me realizo”. Portanto, a transcendência é um ato espiritual de ultrapassamento de si ou um encontro consigo mesmo, é a espiritualidade, uma realização.

A religião foi um ponto de observação tanto para o psiquiatra Cesare Lombroso, que apontava o cinismo dos degenerados morais em forjar uma fé para se beneficiar, quanto para o psiquiatra e educador Ulysses Pernambucano que defendia a pluralidade religiosa. Mesmo ambos concordando que a educação em conjunto com a prática religiosa poderia redirecionar o comportamento dos indivíduos considerados anormais, havia dúvida quanto sua aplicação. Em 1934, Ulysses Pernambucano lutou pela descriminação das práticas religiosas afro-brasileiras, proporcionando o 1º Congresso Afro-brasileiro do Recife, no Teatro Santa Isabel localizado na Praça da República, 233, bairro de Santo Antônio, Recife – PE. Devido esse episódio, foi acusado de comunista e preso por 60 dias na Casa de Detenção de Pernambuco (MEDEIROS, 2001, p.77 *apud* SANTOS, 2018, p. 16).

“Religiões integram seres humanos em uma comunidade. Quando membros desaparecem ou migram para outras comunidades, sua religião anterior deixa de existir” (GRESCHAT, 2005, p. 25). Este tópico trata da necessidade dos profissionais de Saúde Mental: assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, darem a atenção a religiosidade dos pacientes institucionalizados, conhecendo diferentes manifestações religiosas, para um redirecionamento melhor das atividades ocupacionais e psicoterapias, pois durante o tratamento pode ser encontrado muita resistência do paciente, pelo motivo cultural e religioso.

Religiões são rios de bênçãos e também de convulsões sociais, como a história mostra, por ela indivíduos perderam suas vidas e outros lançaram-se rumo ao desconhecido com suas famílias inteiras, muitos embasados em sonhos, visões e profecias, muitas vezes até lograram êxito.

O psiquiatra paulista Osório César, discorre sobre loucuras religiosas epidêmicas ocorridas no Brasil a exemplo do episódio de Pedra Bonita em Pernambuco; relatou também a então considerada loucura epidêmica de Canudos, liderada por Antonio Conselheiro, citou ainda o grande líder religioso nordestino Padre Cícero, do Crato e Juazeiro, como exemplo de Santo Popular, autor de inúmeros milagres (DALGALARRONDO, 2007, p. 26 *apud* MASCENA, 2011, p. 37).

Ao longo do tempo o papel do hospital psiquiátrico foi o enquadre e mortificação do eu; suprimir e/ou relativizar a dimensão espiritual fez parte de sua história, uma vez que sua filosofia esteve sob égide racionalista. A religião sempre foi negada e castrada pelos grandes modelos teóricos modernos: psicanálise freudiana e marxismo, que a tratam de neurose e ilusão. Todavia, não se pode negar a importância dela como fator de inclusão. Por isso, buscou-se um embasamento junguiano e cristão.

Mostra-se a importância de práticas no cotidiano do hospital e da clínica que consideram o indivíduo de maneira integral, sendo a compreensão da religiosidade uma maneira de entender o funcionamento psíquico do paciente; sem proselitismos por parte dos profissionais que lidam com saúde mental.

[...] Roger Bastide (1967) pesquisou a relação entre pertencer a distintas denominações religiosas e a doença mental e, após revisar detalhadamente a literatura da época, concluiu que, os valores e normas que constituem a cultura religiosa de um grupo étnico, atuam e dão a sua contribuição à ocorrência das doenças mentais. Para ele, há uma variação dessas normas culturais, atrelada às classes sociais (BASTIDE, 1967 *apud* MASCENA, 2011, p.37).

Em sua dissertação de mestrado, “Religião e histeria feminina: psiquiatria e religiosidade popular no Recife (1950-1959)”. Mascena faz importantes observações sobre religiosidades e aspectos psicopatológicos, em diagnósticos de pacientes do Hospital Ulysses Pernambucano, no contexto da época pesquisada.

No contexto da década de 1950, o país vivia em plena efervescência econômica-cultural. Nele, o conceito de religiosidade assumia uma nova configuração: surgia nas periferias das grandes cidades, práticas religiosas que se caracterizavam por cultos de forte apelo emocional instalados pelo incipiente pentecostalismo e também por práticas espíritas. Esses cultos foram exaustivamente praticados pela população para minimizar os conflitos dos problemas existenciais que atingiam a sociedade, em especial menos favorecidas sobretudo as mulheres pobres (MASCENA, 2001, p. 12).

Portanto, um contexto não tão diferente da realidade atual, onde avança o fenômeno religioso na sociedade brasileira, mas especificamente o Cristianismo Pentecostal, principalmente diante de eventos catastróficos com possibilidade de aumento de subjetividades plurais em que se busca uma espiritualidade mais livre das amarras do tradicionalismo, com experiências arrebatadoras.

A religião tem muita influência sobre o psiquismo e recebe uma grande demanda por consolo, notória na procura de produtos comerciais religiosos e superlotação de templos pentecostais, em período de crise, no qual aumentam os casos de depressão, psicoses e suicídios.

3.1.1 Línguas estranhas e profecia: o olhar da psicologia clínica para a espiritualidade pentecostal

Mostra-se diferentes hermenêuticas do fenômeno pentecostal glossolálico, este se apresenta como forma de empoderamento que resulta em reinserção psicossocial; uma espiritualidade integralizadora da psique, dilacerada pelos automatismos culturais e científicos.

O estudo das línguas é pertinente e atual, tendo em vista o aumento da religiosidade pentecostal e suas diferentes hermenêuticas: a católica e a evangélica, a importância de conhecer o comportamento desses grupos cristãos; discute-se se há transe durante o fenômeno; mostra-se também a visão psiquiátrica; e o efeito integralizador sobre o psiquismo.

Sobre pesquisas acadêmicas do fenômeno glossolálico, Juanes (1997, p. 45) afirma que “O dom de línguas foi estudado, a partir de diversos ângulos, por pessoas de alta qualificação científica: nas ciências da religião e etnografia, foi feito o uso sobretudo, da sociologia, linguística e psicologia”.

É preciso dar atenção a religiosidade de seus pacientes, conhecendo de antemão, evidências de manifestações culturais, arquétipos, simbologias, expressões de espiritualidade e de conflitos, dos diferentes seguimentos religiosos, para um redirecionamento melhor das atividades terapêuticas no âmbito do hospital e da comunidade; evitando-se equívocos grosseiros e ignorância cultural, que podem resultar em iatrogenias.

A falta de diálogo entre profissionais da saúde mental sobre práticas terapêuticas, permite que o paciente seja tratado, muitas vezes, na clínica, como coisa ou peça da engrenagem capitalista, visão mecanicista, onde se nega a dimensão espiritual, e se considera apenas a psíquica, dependendo do modelo psicológico aderido. Porém, o paciente precisa ser cuidado na sua integralidade, discernindo sua identidade cultural e dimensão espiritual, por isso a importância da teoria junguiana.

O fenômeno das “línguas de fogo” descrita em Atos 2, é discutido aqui numa perspectiva psicológica, como uma forma de empoderamento espiritual do aprendiz da nova fala de louvor; por ser bem articulada e repetida em diversos lugares, ainda que sem o contato entre os aprendizes falantes, é respeitada na comunidade religiosa cristã, ao mesmo tempo entendida como espiritualidade integralizadora do corpo e da mente dilacerada pelos automatismos, materialismos neuróticos. Este fenômeno traz uma melhor adaptação psicossocial. Na visão pentecostal tal carisma para ser recebido, precisa de busca e consagração; trabalho objetivo: introspectivo, de ascetismo e quebrantamento egóico; como um trabalho pedagógico, no entanto, espiritual. Facilitando uma melhor autoconsciência de si, empatia, controle das emoções, servindo como profilaxia dos transtornos mentais.

O jesuíta Juanes (1997, p. 196) ver as línguas da seguinte forma: “Tudo isso tem lugar nas profundezas do nosso ser: de onde procede um efeito de cura profunda reconhecido de vez em quando, cura de traumatismos ocultos que impedem o desenvolvimento interior”. O conhecimento sobre essa temática religiosa, possibilita discernir com base em teóricos do assunto, as manifestações saudáveis das patológicas (àquelas que são desconexas e narcísicas, que são fenômenos para a psiquiatria).

Para Juanes (1997):

A glossolalia autêntica é harmônica, às vezes de maneira admirável. Toda desarmonia ou cacofonia é sinal de inautenticidade. A glossolalia é sóbria, é breve. A glossolalia que não termina provém não do dom do Espírito, mas da complacência ou da esquizofrenia, como constatam, desde há muito, os psiquiatras (*ibidem*, p. 148).

A pessoa é tecida desde cedo pela educação, religiosidade de sua família e comunidade. Por isso, deve-se acolher o simbolismo religioso e espiritualidade do paciente, buscando entender a tentativa que este faz para reorganização de si, seus aspectos saudáveis e também patológicos, já que a religião pode também trazer fenômenos bastante perturbadores. Por isso “Psicólogos examinam tranSES, conversões e meditação. Médicos abordam a face patológica da religião. Juristas investigam aspectos criminosos da religião [...]” (GRESCHAT, 2005, p. 23).

Discute-se a importância do olhar psicoterapêutico para religiosidade do paciente, considerando o indivíduo de maneira integral, sendo a compreensão da religiosidade uma forma de entender o funcionamento psíquico do paciente. Como estava inserido na sua comunidade, seus condicionamentos religiosos, culturais e emocionais, além do que se entende por uma espiritualidade integralizadora, que é pode-se dizer: libertadora, que enfatiza o princípio da autonomia, do bem-estar e da inclusão.

Tendo em vista a pluralidade cultural e religiosa da sociedade brasileira, especificamente o aumento da religiosidade pentecostal (enfoque nas línguas), que teologicamente tem a função de oração, louvor e revelação; pertinente, sobretudo no contexto atual de crise na saúde, devido ao Covid-19, onde se busca experiências transcendentais que aliviem dos sofrimentos psíquicos, físicos, também espirituais. Para Greschat (2005, p. 27) “Religiões vivas consistem em tradições herdadas ali e fiéis aqui, em intelectualizações de teólogos contemporâneos, em respostas antigas e perguntas modernas [...]”

Teoricamente busca-se a compreensão do fenômeno glossolálico (dom de línguas), uma espiritualidade cuja importância no meio pentecostal vem como veículo agregador na

psique e ao mesmo tempo empoderador, e de inclusão social, pois quem fala tem mais ousadia e autoridade no seu discurso perante a sua comunidade, a exemplo dos protestantes, como sinal de que está inspirado por Deus. Assim “[...] para compreender o sentido dos princípios éticos de uma religião é preciso estudar suas doutrinas”. (*op. cit.*, p. 25). Sobre este fenômeno bastante comum no meio cristão pentecostal, buscou-se entender o que pensa a Renovação Católica Carismática e o Protestantismo Pentecostal, e também o que diz a Psiquiatria.

O Pentecostes caracteriza-se pela manifestação glossolálica no indivíduo após ser agraciado com Batismo com Espírito Santo e com Fogo. Sobre experiências religiosas (GRESCHAT, 2005, p. 26) afirma: “Quanto mais os fiéis vivenciam a verdade de sua crença, mas forte sua religião se torna; quanto menos conseguem experimentá-la, mas vulnerável se torna sua fé.”

Na teologia evangélica protestante, falar em línguas estranhas significa que o crente foi revestido de poder, ou seja, está habilitado para fazer a obra missionária, atendendo ao Ide de Jesus descrito em Mateus 28:16. As igrejas pentecostais, sobretudo as Assembleias de Deus, tiveram início com base no credo do Batismo com o Espírito Santo, com base no cumprimento descrito no livro de Atos 2, uma profecia descrita em Joel (Antigo Testamento) e promessa do próprio Jesus, que disse que enviaria o Seu Substituto, o outro Consolador.

Em relação a Igreja Católica Romana, Juanes (1997) destaca que foi a partir de 1967 que começou o movimento de busca de renovação conhecido como Renovação Carismática.

Enquanto os protestantes pentecostais advogam o falar em línguas como evidência do Batismo com Espírito Santo, a Renovação Carismática afirma que no Batismo com Espírito Santo não há necessariamente a evidência em línguas, pode ser manifestado com choro e com outras linguagens corporais.

Na Renovação Carismática é comum nas reuniões de oração a veneração a Maria, mãe de Jesus, ao mesmo tempo que se invoca veemente a experiência da glossolalia.

Idem (1997) destaca que Maria é uma referência do primeiro movimento pentecostal, a 2000 anos atrás, quando em vários momentos proto-pentecostais recebeu a unção, assim como no Dia de Pentecostes. Para o autor os temas de Maria e Pentecostes ocuparão sempre um lugar de destaque na Renovação e que o papa João Paulo II nunca terminou uma exortação a um grupo de carismáticos sem uma palavra sobre Maria. Trata ainda que o Pentecostes não é Movimento na Igreja, mas a Igreja em Movimento deixando esse legado através dos séculos.

Na visão pentecostal protestante, ser batizado com Espírito Santo consiste no falar novas línguas. O dom de línguas é a porta de entrada para outros dons espirituais. Conforme Severino Pedro da Silva (1996) os dons do saber são: palavra da sabedoria, palavra do

conhecimento, discernimento dos espíritos; dons de poder são: fé, operação de maravilhas, dons de curar; e os dons de expressão são: variedade de línguas, interpretação de línguas e profecia.

Sobre experiências gloriosas, tais como as do Dia de Pentecostes (línguas de fogo, som de vento) Oliveira (2018, p. 191) afirma: “[...] acreditava-se que o visionário, além de ter acesso a uma sabedoria superior, passava por transformações angelomórficas. Juntamente com os sonhos, o transe ou êxtase são mecanismos para essas revelações”. O autor defende que há transe nessas manifestações espirituais e faz referências a trechos apocalípticos judeus.

A glossolalia enigmática poderia ser traduzida sob a mesma influência pneumática efervescente. O batismo com Espírito Santo e com Fogo provoca o encorajamento do crente até diante provações de morte e traz o empoderamento das mensagens bíblicas de Boas-novas, que têm ênfase cristológica. “[...] o êxtase potencializa o anúncio, tornando-o universal (2.8-11). Esta é a grande diferença entre o êxtase do Pentecostes e o das descrições comuns. Ele se transforma em anúncio e mensagem lúcida” (OLIVEIRA, 2018, p. 194).

Diferentemente do posicionamento carismático católico, os autores fazem um paralelo entre as performances extáticas do Velho Testamento com as do Novo, sobre revelações apocalípticas presentes na cultura judaica, Oliveira (2018, p. 190) afirma: “Experiências de alteração psicológica, êxtase, até de resquícios de transe, aparecem em outros textos proféticos (Is. 21.1-10; Ez. 3.15)”. Para ele os fenômenos do Espírito Santo são manifestações de êxtase ou transe, onde o crente é dominado, possuído, a começar por sua língua que é usada sobrenaturalmente para pronunciar as palavras de Boas-novas.

A hermenêutica pentecostal protestante, aqui citada, faz referências em que o crente perde o controle do corpo, sendo dominado; sob a influência da unção seria conduzido corajosamente. A finalidade dessas manifestações fervorosas é instrumentalizar o crente para aquilo que ele se propõe; divergindo da hermenêutica católica que com base em I Coríntios 14, fala da domesticação do fenômeno da glossolalia, onde se tem controle sobre esse fenômeno da espiritualidade, seria uma manifestação no âmbito do subconsciente.

Conforme o jesuíta Benigno Juanes (1997) com base em I Co. 14, a glossolalia não é transe porque a pessoa tem o controle do que está fazendo, sua consciência está desperta, porém não sabe o que está dizendo, a não ser que interprete. Defende que as pesquisas na psiquiatria sobre a glossolalia são as mais animadoras, pois mostram que os falantes, tem demonstrado equilíbrio emocional melhor quando tem a experiência, pois os conduz a um estado de paz, pela sensação da presença de Deus, conseguindo lidar melhor com seus traumas ou bloqueios psicológicos. O contato com Jesus através da manifestação das línguas, traz a sensação de plenitude e uma melhor autoconsciência do pecado, das limitações e da dependência. “O que

fala é quem decide emitir palavras ou ficar em silêncio. Ainda que às vezes diga que se sente obrigado a falar” (JUANES, 1997, p. 24).

Juanes (1997) afirma que os carismas são diversos, sendo o falar em línguas o melhor, a porta de entrada para os demais dons. Por ser o menor não se deve reduzir nem menosprezar a sua importância, porque é um excelente recurso para comunicação com Deus, no que diz respeito a ação de graças, louvor e intercessão. Cita que Paulo expressou seu desejo: de que todos falassem línguas, que não fossem proibidas, por ser um diálogo misterioso em que o homem interior se une ao Santo Espírito. O diálogo é incompreensível, inefável, inexprimível carecendo de disciplina por parte do falante. “Os sons vão surgindo do subconsciente, não precisamente de modo anárquico, mas unidos em multiplicidade de formas que não correspondem à ordem da linguagem comum com a qual nos relacionamos com os homens” (*op. cit.*, p. 41).

Para este autor a glossolalia ocorre nos limites do pré-consciente e consciente, faz referências ao apóstolo Paulo quando falou da necessidade de disciplina do falante, para evitar desordem, escândalos e histerias, o que em Psicologia poderiam ser classificadas como psicopatologias. “Quem fala ou ora conserva sua consciência, mas não entende nada do que diz; tampouco as pessoas que o rodeiam, se o ouvem” (*ibidem*, p. 41).

Nessa perspectiva a oração e louvor em línguas tem caráter particular e redireciona o falante a focar em Jesus e se desprender de si, deixar ser conduzido, o que exige uma postura de confiança, desprendimento e destravamento de intelectualizações, de medos, de traumas e de ressentimentos; em amor a Cristo torna-se um instrumento de louvor. “[...] orar em línguas não pertence ao caráter extático. Além disso, o dom fica à mercê de quem o possui: pode empregá-lo ou não; cessar seu uso ou descontinuí-lo: ‘O profeta é senhor do espírito profético que o anima’ [...]” (JUANES, 1997, p. 128).

O autor afirma que para falar em línguas em público foi exigido pelo apóstolo Paulo a interpretação, é quando as novas línguas têm caráter profético, comunicam uma informação um louvor novo, ainda que repetido, o que serve para edificação. Mesmo sendo fenômenos sobrenaturais a consciência continua desperta, cabendo ao falante a administração de suas emoções e performances. A intensidade da experiência vai depender da intensidade da entrega. Portanto, é uma visão que se diferencia um pouco da protestante pentecostal.

Para Juanes (1997) a finalidade da oração e louvor em línguas é o desenvolvimento e ascetismo pessoal. Não é recebido por mérito, mas pela graça, sendo necessária uma busca profunda na oração; desejo intenso e espera paciente. Outra finalidade é o crescimento da comunidade e comunhão, pois ele faz parte do Corpo. Outra finalidade consiste em tomar posse

das riquezas espirituais à disposição do crente, para melhorar a vida dos pobres espirituais e pobres de corpo no mundo. O orar em línguas muda a comunicação e relação com Deus a quem é dirigido o louvor, é a linguagem que não sabemos expressar e o que o Espírito diz quando pensamos na bondade, grandeza do Criador e no Seu amor em aceitar e morrer pelos pecadores. É comunicação desses mistérios inexprimíveis, é a intercessão pelas necessidades do mundo e da comunidade, que não podemos intelectualizar. “Falar em línguas, em sua autenticidade, é um encontro com Deus. Consequentemente, a glossofobia está relacionada à teofobia: terror de se encontrar com Ele, terror do confronto que possa ser exigido” (JUANES, 1997, p. 141).

Conforme Juanes (1997) o discernimento da autenticidade do dom de línguas consiste que ele torna as pessoas melhores, como criança que admiram seu Pai e d’Ele aprende o balbuciar as primeiras palavras, a exemplo do “Aba Pai”. Onde é exigido apenas humildade, simplicidade e confiança. E os frutos começam sendo demonstrados na comunidade religiosa: na docilidade e amor, que é o maior fruto, o amor é som, é prova da Presença.

São ordens Paulinas: “Não entristeças o Espírito Santo”. “Não o apagueis”. “O cristão deve ser guiado”. “Quem não tem o Espírito não pertence a Cristo”. Sua Presença torna-se mais necessária nesta nova sociedade materialista de hoje, contrária a espiritualidade, por isso tantas patologias (ansiedade, dores psicológicas, vazios existenciais, falta de sentido para a vida e vícios sexuais ou parafilias). Os dias mostram a necessidade de procurar aprofundar a comunhão com a Igreja, com seus mestres com sua doutrina e disciplina (JUANES, 1997).

Juanes afirma (1997, p. 74) “O Senhor da história quer purificar nossa linguagem, rompê-la por dentro e nos dar palavras novas”. Portanto, a partir dessa perspectiva, entende-se que glossolalia ajuda na resiliência dos problemas do cotidiano, tem um caráter criativo e dinâmico, produz novas aprendizagens. Esta epifania traz sensação de completude e sentido, pelo contato com o Todo, havendo uma resposta melhor aos estímulos estressores. O impedimento: “Temos medo de nos alienar, de nos despossuir. Queremos ser donos de nós mesmos e do que dizemos, queremos pertencer a nós mesmos profundamente. Por isso, a oração em línguas nos lança a um desprendimento doloroso e purificador” (JUANES, 1997, p. 80). Com isso, há reorganização e centralização das sensações positivas na psique, antes sem sentido despedaçada, desordenada, em caos.

Discute-se o fenômeno religioso da glossolalia na visão carismática católica, protestante pentecostal e na psiquiatria, se é “transe”, êxtase”, “alteração de consciência” e “alteração da linguagem”, ou “entidade nosológica”, e como traz a “resiliência”, objetivando trazer informações concernentes aos fenômenos religiosos e espiritualidade na perspectiva

psicológica. Para Juanes (1997, p. 45) sobre a glossolalia: “É certo que se trata, fundamentalmente, de um fenômeno religioso”.

O transe na visão psiquiátrica de acordo com Dalgarrondo (2000, p. 191):

Estado de dissociação da consciência que se assemelha a um sonho acordado, mas dele difere pela presença de atividade motora automática e estereotipada acompanhada de suspensão parcial dos movimentos voluntários. O estado de transe ocorre em contextos religioso-culturais (espiritismo, religiões afro-brasileiras, etc.). O transe dito extático pode ser induzido por treinamento místico-religioso, ocorrendo nele geralmente a sensação de fusão do eu com o universo. Não se deve confundir o transe religioso, culturalmente contextualizado e sancionado, com o transe histórico, que é um estado dissociativo da consciência relacionado a conflitos interpessoais e transtornos psicopatológicos.

A glossolalia na visão psiquiátrica de acordo com Dalgarrondo (2000, p. 184):

É a produção de uma fala gutural, pouco compreensível, um verdadeiro conglomerado ininteligível de sons (ou no plano escrito, de letras ininteligíveis). [...] A glossolalia é muito frequente em nosso meio nos cultos pentecostais, nos quais o crente, ao receber a graça do Espírito Santo, “fala em línguas estrangeiras” (sem nunca ter estudado). A sua fala gutural e pouco inteligível é interpretada nesse contexto como uma graça, um dom celestial. Observa-se também a glossolalia em estados de êxtase associados a outras religiões que não o pentecostalismo, no sonambulismo e menos frequentemente, na esquizofrenia.

Ainda segundo Dalgarrondo (2000) a glossolalia produzida em “contexto cultural específico” a exemplo dos cultos pentecostais, não é considerada um fenômeno psicopatológico, e sim “expressão ritualizada de um determinado grupo cultural”.

Conhecer a glossolalia é muito importante, por ser um fenômeno religioso e histórico, e ser capaz de reorganizar o campo psicológico; por trazer bem-estar e paz em tempos caóticos, sendo útil conforme o visto até agora em grupos específicos. Esta abordagem nesta pesquisa traz para as Ciências da Religião na atualidade, novas possibilidades: neste âmbito, as atuais pesquisas no campo teológico e psicológico, tendo em vista ser um fenômeno vivo que produz empoderamento e integralização psíquica, empatia, resiliência, em determinado grupo, e é pouco estudado. Além disso, a partir do momento que se decide por um campo teórico no âmbito da pesquisa, deve-se estar aberto às demandas dos grupos, experiências humanas, religiosas, que dizem da cultura e do indivíduo, e de sua espiritualidade. As religiosidades podem fornecer dados importantes das motivações das pessoas; o seu discernimento pode evitar erros grotescos e intolerâncias das ciências racionalistas; conhece-se potenciais intactos de reconstrução dentro das pessoas, porque elas mesmas tocam o “Santo ou Sagrado”.

3.2 Fenômenos religiosos, símbolos e arquétipos no Hospital Ulysses Pernambucano

As religiões dão suporte ao indivíduo no enfrentamento de crises, oferecem recursos de fé para superação de problemas e vazios existenciais. Todavia, elas como estruturas de construção humana, também são espaços de poder, conflitos e adoecimentos.

O referido hospital psiquiátrico, pode revelar um espaço de manifestações religiosas atuais.

O profissional de psicologia precisa estar atento às demandas que recebe na clínica, aberto ao sofrimento humano, objetivando a inclusão de pessoas cujo histórico é de exclusão, abandono e descrença em pessoas; e fazer diferentes leituras da subjetividade contemporânea, cujo foco tem sido a busca de profissionalização, afetos, religiosidade e espiritualidade, agora muito mais como grandes aspirações humanas.

A partir de referenciais bibliográficos, discute-se numa perspectiva psicanalítica junguiana e fenomenológica existencial, o processo de adoecimento psíquico oriundos de condicionantes sociais, familiares e religiosos, em virtude de demandas e sofrimento da modernidade.

A pessoa não adoce sozinha e nessa dinâmica social constroem-se sofrimentos e angústias na família, escola e comunidade religiosa. Contatos psicopatológicos, falta de afetividade geram muitos sofrimentos.

A religião é um importante recurso da comunidade que pode ajudar no processo de resiliência e alteridade das pessoas, entrando no processo de prevenção de adoecimentos psíquicos, atuando como veículo terapêutico de consolo, esperança e transcendência. Todo indivíduo tem dentro de si o potencial para reinventar-se, reintegrar-se: a espiritualidade.

Vivenciamos atualmente os impactos do Covid-19, no comércio, escolas, universidades e igrejas. A sociedade foi desafiada, colocada à beira de um precipício, obrigada pelas circunstâncias a se recriar e inventar metodologias para sobreviver. O apoio religioso é fundamental nas reconstruções da vida.

O profissional de psicologia precisa dar atenção aos fenômenos da religiosidade, além disso junto às instituições psiquiátricas e escolares buscar dirimir a exclusão dessas pessoas que no direito foram usurpadas por causa da doença e seus estigmas.

Esse estudo ressalta a necessidade de implementação de novos mecanismos terapêuticos no sistema de saúde mental, especificamente hospitais psiquiátricos, fazendo interfaces com a escola e a religiosidade.

Sugere-se que o psicólogo seja um mediador entre práticas clínicas e compreensão das religiosidades, um porta-voz do conhecimento das Ciências da Religião para outros profissionais, pois é o profissional que mais lida com comportamentos e subjetividades. Sendo da área da saúde mental, transita por diversos espaços que carecem de uma visão mais holística do ser humano. Greschat (2005, p. 33) considera que “Se cientistas da religião negassem o transcendente, não levariam os fiéis a sério e posicionar-se-iam arrogantemente contra eles”.

A adoção de modelos de intervenção focal com auxílio da psicologia analítica integral, tendo a escola e profissionalização, contextualizadas, pode reverter o quadro de exclusão que essas pessoas passam diante de seus transtornos e estigmas, pode ajudar no processo de autonomia pessoal e autocontrole da doença.

Expressões religiosas sempre trazem estranhamento principalmente quando são novas; as antigas práticas terapêuticas dos hospitais psiquiátricos as suprimiam. Aquele que exerce o poder institucional olha com desconfiança; a religião dominante regula as expressões populares de religiosidade mais intensa e profunda, pois podem trazer inquietações e insubordinações. Mas quando é que experiências religiosas são saudáveis? Quando não trazem danos ao indivíduo e ao grupo? Não trazem perturbações biopsíquicas aos sujeitos e nem convulsões sociais violentas?

A pesquisa vai proporcionar, também, repensar o papel das instituições religiosas cristãs, no que se refere a acolhida e apoio aos mais fragilizados, onde a orientação espiritual em direção da resiliência, como é de *praxe*, é muito importante diante de novas fases da vida, desafiadoras, incluindo a alta hospitalar. A instituição religiosa tem um papel muito importante pois cria laços afetivos dentro de sua irmandade de fé, que pode melhor acolher. O sentimento de pertencimento à comunidade religiosa e a inserção nas atividades do grupo religioso, vai contribuir para uma reorganização psíquica e autovalorização por se sentir útil e amado. Além de possibilitar o desenvolvimento cognitivo e da dicção: pela delegação de oportunidades para falar de seus testemunhos, experiências e hermenêuticas de textos bíblicos; e pela individuação desenvolvida na oração, que trabalha a ansiedade e dores existenciais, a maturidade.

A reinserção psicossocial do egresso psiquiátrico na comunidade só será possível quando se introduzir, já no hospital, políticas públicas voltadas para a escolarização e profissionalização do paciente, conforme especificidades clínicas, que estimule sua fala e cognição; que o possibilite gradualmente a autonomia de assistencialismo, frente ao mundo

globalizado, além de uma intervenção psicológica que busque o discernimento subjetivo dos condicionamentos religiosos.

Mascena (2011) descreve em sua dissertação de mestrado, a curiosa relação entre histeria e religiosidade, nos anos de 1950, com base em prontuários de pacientes do antigo Hospital de Alienados, na cidade de Recife, atualmente Hospital Ulysses Pernambucano. Constatou-se a presença de fiéis de diferentes matrizes religiosas já naquela época. E o fato de ser ressaltado, já no prontuário, uma preocupação com a pertença religiosa, tendo em vista o contexto histórico da psiquiatria no Brasil, em que havia uma preocupação com a saúde mental da população sob o olhar eugenista. Todavia, o hospital não excluía definitivamente a religiosidade, uma vez que seu gestor buscava diálogos. Ainda hoje é possível ver na entrada do âmbito hospitalar, sob a grade do portão de entrada do pátio, uma grande imagem arquetípica, fazendo alusão a Jesus Cristo, e mais à direita, de frente à recepção, duas capelas católicas.

Observa-se aqui, refletir sobre os projetos e práticas de saúde mental do hospital, discutindo sobre a importância do psicólogo junto a equipe multidisciplinar, considerar (estar aberto sem preconceitos) ao discurso religioso do indivíduo, identificando simbologias, conflitos religiosos, posições institucionais, patologias de ordem religiosa e também práticas inclusivas das religiões; a fim de colaborar no processo de reinserção.

Pierre Bordieu (1998) faz uma análise crítica da religião a partir dos pressupostos marxistas, reduzindo as relações e objetos simbólicos a interesses capitalistas, trocas simbólicas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os referenciais bibliográficos pesquisados e imagens contactadas, permitiram constatar o quanto ainda se precisa construir no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Esta que promove a reestruturação da assistência, com a redução do tempo de internação e dos leitos psiquiátricos, acarretando o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Uma mudança radical na estrutura física que conseqüentemente obriga o indivíduo e sociedade adaptar-se aos entraves sociais à reinserção psicossocial, mesmo com as exigências da sociedade moderna e complexidade das relações sociais, o que gera recaídas dolorosas.

Constatou-se a partir da pesquisa de campo de Cavalcanti (2013) no CAT (Centro de Atividades Terapêuticas) do Hospital Ulysses Pernambucano, “Intervenção artística e transtornos psíquicos: possibilidades de diálogos” (Tese de Doutorado), em que as atividades realizadas no âmbito da instituição, ficam ainda focadas no entretenimento e passa tempo. Nenhum projeto do Centro de Atividades Terapêuticas do Hospital Ulysses Pernambucano está direcionado a profissionalização e continuidade de atividades escolares, o que contradiz o conceito da própria Reforma Psiquiátrica, que quer promover mudanças na estrutura mas não dar condições pedagógicas e técnicas adequadas no âmbito dos manicômios, que possam garantir o mínimo de acessibilidade aos bens culturais adequados e metodologias assistivas disponíveis para a pessoa com deficiência e em profundo sofrimento psíquico, apesar dos dispositivos já construídos (Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei 10. 216/2001e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência/Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei 13.146/2015).

Apenas as intervenções psicológicas e psiquiátricas, com o uso de psicoterapias comportamentais, ansiolíticos e antipsicóticos, não são suficientes para resolver as questões de reinserção psicossocial do egresso psiquiátrico, que em suas guerras adquire profundas feridas e estigmas.

Falta reformular, principalmente, as metodologias terapêuticas ocupacionais do HUP, introduzindo pedagogias assistivas e inclusivas, e porque não reflexivas? Como advogava Paulo Freire. Um embate filosófico contra as estruturas de poder opressivas, às vezes inconscientes. Trocando em miúdos: aplicação do referencial de Cristo nas estruturas sociais e institucionais: solidariedade, empatia, alteridade (amor pelas pessoas).

Falta conscientização das problemáticas relacionadas com o fato do paciente tornar-se egresso psiquiátrico, tendo em vista a história de sofrimento com a “loucura” e desprestígio dos tratamentos em hospícios.

A rotatividade de pacientes pelo curto tempo de internação não favorece a construção de projetos singulares e o desenvolvimento de competências afetivas, pelo relacionamento estabelecido com funcionários da instituição, que se encontram desmotivados, sendo grande parte deles contratados, não possuem expressiva criticidade quanto aos problemas locais.

Diferentes patologias emocionais e problemas severos com álcool e outras drogas levam às admissões, mas a escassez de materiais para desenvolvimento de atividades no CAT, mostra a dificuldade que os profissionais têm no cotidiano para realizar importantes tarefas, para o processo de reinserção psicossocial, faltam materiais básicos de pintura e modelagem.

Falta diálogo e empatia dos profissionais com a dor alheia.

Falta de fato uma perspectiva futurista para os pacientes, inclusiva, e visão de problemáticas do mundo, o que torna o ambiente pesado e adoecedor até para os funcionários, tornando os ideais da Reforma fantasiosos, cuja prática institucional continua reproduzindo pessoas dependentes e despreparadas para lidar com os desafios da sociedade, fora dos muros da instituição, que gera um eterno retorno aos internamentos.

Há os sujeitos que cumprem prisão perpétua no Brasil, os pacientes psiquiátricos judicializados.

Se pouca coisa funciona, pessoas são reproduzidas para alimentar os interesses ideológicos, às vezes escusos (militância antimanicomial), que não promovem nas práticas do cotidiano hospitalar a reinserção psicossocial na comunidade seletiva, a reinserção útil e necessária para adentrar nos espaços fora dos muros da instituição manicomial, onde pesa profundamente o estigma da loucura, pois as pessoas não se esquecem dos transtornos da doença mental e seus efeitos destrutivos na família e comunidade.

São diversas especificidades de transtornos psiquiátricos no hospital encontrados, distribuídos em diferentes pavilhões.

Campos traz um importante dado histórico:

[...] Ulysses, através do decreto de 26 de janeiro de 1931, criou a Divisão de Assistência a Psicopatas de Pernambuco, tal projeto compreendia:

1. Serviços para doentes mentais não alienados
 - a) ambulatório
 - b) hospital aberto
2. Serviços para doentes mentais alienados
 - a) hospital para doenças agudas

- b) colônia para doentes crônicos
- 3. Manicômio Judiciário
- 4) Serviço de higiene mental
 - a) serviço de prevenção a doentes mentais
 - b) Instituto de psicologia

Tais afirmações comprovam que a psiquiatria em Pernambuco, nas décadas que correspondem ao período de 1920 a 1940, foi amplamente dominada pela figura de Ulysses Pernambucano, que tinha grande prestígio nos meios intelectuais e políticos da época e conseguiu atrair para a causa dos loucos, não apenas o apoio do grande público, como também as simpatias de figuras representativas da elite intelectual, assim como exemplo, temos Oliveira Lima, Ribeiro de Brito, Sergio Loreto, Amauri de Medeiros, Aníbal Fernandes, Gilberto Freyre, entre outros (CAMPOS, 2001, p. 52 *apud* MASCENA, 2011, p.73).

A falta de preocupação atual, com a formação educacional do indivíduo mostra o estigma institucional que vem se reproduzindo ao longo dos anos; e a ineficiência para lidar com as questões subjetivas de cunho religioso. Incapacidade do sistema de saúde mental de pensar em ações que promovam de fato cidadania, autonomia e protagonismo de pessoas que tiveram sua vida toda usurpada em direitos, cidadania, escola, afeto, família e espiritualidade. Pois é visto pelos governos como peça, coisa, objeto. Nega-se as condições básicas de continuidade de vida, inconscientemente apaga-o da história.

Discute-se a importância de políticas públicas que contemplem os desafios atuais da Reforma Psiquiátrica: escolarização e profissionalização.

Sendo o hospital psiquiátrico um ambiente composto por diferentes atores sociais, constatou-se a partir do trabalho de pesquisa documental de Mascena (2011), “Religião e histeria feminina: psiquiatria e religiosidade popular no Recife (1950-1959)” (Dissertação de Mestrado), sobre a religiosidade de mulheres e sua relação com a doença mental, nos conceitos acadêmicos da época; revelou forte pluralidade, com presença de católicos, espíritas e membros de religiões afrodescendentes, em que as patologias mentais já vinham aparecendo no cotidiano e nos respectivos espaços de fé dos pacientes. Nesse período as denominações evangélicas ainda estavam lutando por espaço na sociedade, sempre com o apelo para consolo de classes desassistidas pelo poder público. Período em que havia forte ideologia higienista e evolucionista. As manifestações messiânicas populares tinham conotações de insubordinações e de loucura, onde os líderes eram caracterizados como psicóticos. Visões e mensagens fantásticas eram o combustível de grandes movimentos populares e ascensão de pregadores, nos sertões desassistidos pelos políticos.

O conhecimento de tal realidade histórica faz concluir que o contexto daquela época não é diferente de hoje, em relação à procura da população brasileira por curas religiosas e

mensagens de conforto, além de *status* religioso. Muitas vezes antes de qualquer diagnóstico científico e depois também, busca-se o apoio de líderes religiosos em seus respectivos espaços de fé. O diferencial da época pesquisada por Mascena para os dias atuais é que aumentou o pluralismo religioso, com isso se têm mais opção de procura de consolo e apoio espiritual, tendo em vista os sofrimentos e confusões subjetivas da complexa sociedade moderna, consumista e individualista. Sob os impactos da globalização, doenças incuráveis e geografia desordenada, aumentam as demandas graves em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? *In*: AGAMBEN, G.O. O que é o Contemporâneo? E outros ensaios. Chapecó: Argos, 2009.

ALENCAR, Gedeon Freire de. Pentecostalismo *hitech*: uma janela aberta, algumas portas fechadas. *In*: Azusa – Revista de Estudos Pentecostais, 2015. Disponível em <https://azuza.faculdaderefidim.edubr/index.php/azuza/article/view/9> Acesso em: 13 jan. 2020.

ALENCAR, Gedeon Freire de. Presença evangélica no Brasil atual: Remédio ou veneno? *In*: Observatório da Religião. E-ISSN 2358-6087. Volume 2, no. 02, Jul-Dez. 2015, p. 130-152. Disponível em <https://paginas.uepa.br/seer/index.php/Religiao/article/view/832> Acesso em: 06 jan. 2020.

ALGEBAILLE, Eveline. Escola pública e pobreza no Brasil: a ampliação para menos. Rio de Janeiro: Lamparina, Faperj, 2009.

ALMEIDA, Abraão de. O cristão e a escalada da violência. Recife: Bereia Editora, 2012.

ALMEIDA, Sandra Francesca Conte de (Org.). Psicologia escolar: ética e competência na formação e atuação profissional. Campinas, SP: Editora Alínea, 2006.

AMARANTE, Paulo. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. PDF. ISBN 978-85-7541-327-2. Disponível em: <https://books.scielo.org> Acesso em: 11 jun. 2020.

AMARO, J. W. F. 1975; KONZOW, W. T. (1986) *apud* ANDRADE, Arthur Guerra de; FORTES, J. R. Albuquerque. Comprometimento Psíquico no Alcoolismo. *In*: FORTES, J. R. de Albuquerque. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991, p. 173.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994 *apud* DATTILIO, Frank M.; KENDALL, Philip C. Transtorno do pânico. *In*: DATTILIO, Frank M. [et al]. Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 63.

AMY, Marie Dominique. Enfrentando o autismo: a criança autista, seus pais e a relação terapêutica. Tradução de Sérgio Tolipan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

ANDRADE, Carlos Drummond. Contos de Aprendiz. 49 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

ARENDT, Hannah. A Condição Humana. Tradução de Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARROYO, Miguel G. Outros Sujeitos, Outras Pedagogias. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.abntcolecao.com.br/mpf/default.aspx?T=9BC37A821F0D>. Acesso em: 20 jun. 2020.

AYRES 2000 *apud* CAVALCANTI, A. E. L. N. Intervenção artística e transtornos psíquicos: possibilidades de diálogos. Tese de Doutorado – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Psicologia Clínica, 2013.

BAPTISTA, Claudio Roberto Baptista (org.). Escolarização e deficiência: configurações nas políticas de inclusão escolar. São Carlos: Marquezine e Manzini: ABPEE, 2015.

BARBAGLI, Marzio. O suicídio no Oriente e no Ocidente. Petrópolis: Vozes, 2015.

BASTIDE, R. 1967 *apud* MASCENA, Lúcia de Fátima Cordeiro Pires. Religião e histeria feminina: psiquiatria e religiosidade popular no Recife (1950-1959). Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Ciências da Religião, 2011, p. 37.

BERGER, Peter L; LUCKMANN, Thomas. Modernidade, pluralismo e crise de sentido: a orientação do homem moderno. Tradução de Edgar Orth. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BERGER, Peter. O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião. São Paulo: Paulinas, 1985.

BESSONI, Henrique [*et al.*]. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? *In*: Saúde Soc. São Paulo, v. 28, n. 3, p. 40-53, 2019 (Dossiê). Fundação Oswaldo Cruz, Campus Universitário Darcy Ribeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300040#B25. Acesso em: 02 fev. 2021.

BÍBLIA DE JERUSALÉM. O Antigo e o Novo Testamento. São Paulo: Paulus, 2002.

BÍBLIA SAGRADA. O Antigo e o Novo Testamento. Tradução de João Ferreira de Almeida. Revista e Corrida. 2 ed. São Paulo: Geográfica editora, 2013.

BÍBLIA SAGRADA. O Antigo e o Novo Testamento. Versão do aplicativo 3.4.1. Desenvolvido por Mobidic Soluções em Aplicativos Mobile, 2021.

BIRMAN, Joel [et al.]. A fabricação do humano: psicanálise, subjetivação e cultura. São Paulo: Zagodoni, 2014.

BOURDIEU, Pierre. A economia das trocas simbólicas. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998a.

BOURDIEU, P. *apud* SILVEIRA, Emerson J.S. da; ANDRADE JÚNIOR, Péricles M. de; PESSOA, Silvério L. No caminho de uma teoria da religião em Bourdieu: as apropriações marxianas. Horizonte, Belo Horizonte, v. 17, n. 53, p. 775-800, maio/ago. 2019. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/20176/16466> Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf&ved=2ahUKEwiy9rbX8bPqAhWSGbkGHttvAOYQFjAAegQIARAB&usq=AOvVaw3Vmcp-YqXBVGh6f9Kw3UXE Acesso em: 19 jul. 2020.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami (Org.). Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar (Série psicoterapias alternativas; v. 2). São Paulo: Traço, 1984.

CAMPOS, 2001, p. 52 *apud* MASCENA, Lúcia de Fátima Cordeiro Pires. Religião e histeria feminina: psiquiatria e religiosidade popular no Recife (1950-1959). Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Ciências da Religião, 2011, p.73.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde *Paidea*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003.

CAVALCANTI, A. E. L. N. Diário de campo 2011-2012. *In*: CAVALCANTI, A. E. L. N. Intervenção artística e transtornos psíquicos: possibilidades de diálogos. Tese de Doutorado –

Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Psicologia Clínica, 2013.

CAVALCANTI, A. E. L. N. Intervenção artística e transtornos psíquicos: possibilidades de diálogos. Tese de Doutorado – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Psicologia Clínica, 2013.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Freud traído. 2007. Disponível em: <http://www.ceccarelli.psc.br/artigos/portugues/doc/freudtraido>. PDF. Acesso em: 02 mai. 2010.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO. XIII Plenário do conselho de Psicologia. Brasília: CFP, 2005.

COIMBRA, Cecília M. B. Direitos humanos e práticas psi, 2007, p. 41. *In*: SILVA, Severina de Santana (org.). Seminário de psicologia e direitos humanos: direitos humanos pra quem? Conselho Regional de Psicologia, Recife: EDUPE, 2007.

COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús. Desenvolvimento psicológico e educação. Tradução Fátima Murad. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costard; ROLIM, Marli Alves. Família e doença: a difícil convivência com a diferença. Trabalho apresentado no Congresso Internacional Pesquisando a Família, realizado em Florianópolis, de 24 a 26 de abril de 2002. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/recusp/upload/pdf/112.pdf> Acesso em: 18 dez. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Contribuições da Psicologia para a CONAE/Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2010. Disponível em: http://www.pol.org.br/polexport/sites/default/polpublicacoes/publicacoesDocumentos/cartilha-CONAE-web_x2x.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Educação Inclusiva: Experiências Profissionais em Psicologia. Brasília: Conselho Federal em Psicologia, 2009. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/livro_educacaoinclusiva.pdf&ved=2ahUKEwjNIYf8ld_qAhVoK7kGHf2cCaMQFjAAegQIBRAB&usg=AOvVaw1sISCA2gPXcVLhExJdE5vp Acesso em: 20 jul. 2020.

CORETH, Emerich. Deus no pensamento filosófico. Tradução: Francisco De Ambrosio Pinheiro Machado. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

COSTA, Jurandir Freire. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

CUNHA, Euclides da. Os sertões. São Paulo: Rideel, 2000.

CUNHA, Jurema Alcides. Psicodiagnóstico – V [et al.]. 5 ed. Revisada e ampliada – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

CURY, Augusto Jorge. O Mestre dos Mestres: Jesus o maior educador da história. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

DALGALARRONDO, 2007, p. 26 *apud* MASCENA, Lúcia de Fátima Cordeiro Pires. Religião e histeria feminina: psiquiatria e religiosidade popular no Recife (1950-1959). Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Ciências da Religião, 2011, p. 37.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DATTILIO, Frank M. Estratégias cognitivas-comportamentais de intervenção em situações de crise [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DELGADO, Paulo. 1 Vídeo (3min23seg). Pronunciamento de Paulo Delgado no 4º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental. Teatro Castro Alves, Salvador, BA. Publicado pelo canal Paulo Delgado, 2019. Disponível em: <https://youtu.be/0Yt9G1bsNss>Acesso em: 08 dez. 2020.

DOLTO, Françoise. Prefácio. *In*: MANNONI, Maud. A primeira entrevista em psicanálise. Tradução de Roberto Lacerda. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo: 2015.

ERIKSON, Erik H. Identidade juventude e crise. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2020. Promoção dos direitos da população em situação de rua. Curso *on line*. Disponível em: www.escolavirtual.gov.br Acesso em: 14 jun. 2020.

FIGUEIREDO, Ana Cristina 2006; LEITE, Nina Virgínia de A. [et al.] (2006), RAMIREZ, Heloísa Aragão (org.) 2011 *apud* DUNKER, Christian Ingo Lenz. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo: 2015, p. 184.

FORGHIERI, Yolanda Cintrião. Aconselhamento terapêutico: origens fundamentos e prática. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

FORTES, José Roberto de Albuquerque. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na Idade Clássica. Tradução José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Tradução Roberto Machado. 28 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREIRE, Paulo, 1921-1997. Alfabetização: leitura do mundo, leitura da palavra. Tradução Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, Paulo. Importância do ato de ler: em três artigos que se completam. 50 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREUD, Anna. O ego e os mecanismos de defesa. Tradução Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREUD, Sigmund. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III) (1915-1916). Volume XVI. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. O futuro de uma ilusão: o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931). Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GADOTTI, Moacir. Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito. 13 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GOFFMAN, 1981 *in*: ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2020. Acessibilidade em espaços de uso público no Brasil. Curso *on line*. Disponível em: www.escolavirtual.gov.br Acesso em: 14 de mar. 2020.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. Trad. Dante Moreira Leite. 8 ed. São Paulo; perspectiva, 2008.

GOLDENBERG, Ricardo 1997; DUNKER, C. I. (2002) *apud* DUNKER, Christian Ingo Lenz. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo: 2015, p. 183-184.

GOULD, R. A.; CLUM, G. A.; SHAPIRO, D. (1993); LIDRIN, D. M. (1994) *apud* DATTILIO, Frank M.; KENDALL, Philip C. Transtorno do pânico. *In*: DATTILIO, Frank M. [et al.]. Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 75.

GRESCHAT, Hans-Jürgen. O que é ciência da religião? Tradução Frank Usarski. São Paulo: Paulinas, 2005.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUIRADO, Marlene; LERNER, Rogério (org.). Psicologia, pesquisa e clínica: por uma análise institucional do discurso. São Paulo: Annablume, 2007.

HERVIEU-LÉGER, Daniele. O peregrino e o convertido: a religião em movimento. Tradução de João Batista Kreuch. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

HILLMAN, James. Suicídio e alma; tradução de Sônia Maria Caiuby Labate. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

HOIRISH, Adolpho. Iatrogenias. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

HYATT, Eddie L. 2000 Anos de Cristianismo Carismático: um olhar do século 21 na história da igreja a partir de uma perspectiva carismático-pentecostal. Tradução de Rafael Resende. Natal, RN: Carisma, 2018.

JESUS, Denise Meyrelles de; VICTOR, Sonia Lopes; GONÇALVES, Agda Felipe Silva (org.). Formação, Práticas Pedagógicas e Inclusão Escolar no Observatório Estadual de Educação

Especial. [Livro *online*]. São Carlos: Marquezine e Manzini: ABPEE, 2015. Disponível em: <https://www.abpee.net/index.php> Acesso em: 08 dez. 2020.

JONAS, Hans 1990 *apud* BRAYNER, Flávio Henrique Albert. Educação e republicanismo: experimentos arendtianos para uma educação melhor. Brasília, DF: Liber Livro Editora, 2008.

JUANES, Benigno. Falar em línguas: palavra de sabedoria, palavra de ciência, fé carismática; tradução de Edwin Teodoro Wanderley Hidalgo. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

JUNG, Carl Gustav, 1875-1961. O desenvolvimento da personalidade. Tradução de Frei Valdemar do Amaral. 10 ed. Petrópolis, Vozes, 2008.

KARAM, Maria Lucia. Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Drogas, direitos humanos e laço social. Brasília: CFP, 2013, p. 42.

KOLB, Lawrence C. Psiquiatria Clínica. Tradução de Sônia Pacheco Alves. 8 ed. Rio de Janeiro: 1976.

KOLTUV, Barbara Black. A tecelã: uma jornada iniciática rumo a individuação feminina [livro eletrônico]. Tradução de Eliane Fittipaldi Pereira. São Paulo: Editora Pensamento Cultrix, 2020.

LARGUIER, J. FORTES, 1985 *apud* MARANHÃO, O. Ramos. Alcoolismo: Crimes e Contravenções. *In*: FORTES, José Roberto de Albuquerque. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991, p. 319.

LIBÓRIO, Luiz Alencar. Psicologia da Religião (apostila) Recife: UNICAP, 2018.

LIBÓRIO, Luiz Alencar. Religiões, ética e direitos humanos: as grandes religiões do mundo (apostila) Recife: UNICAP, 2015.

LIEBOWITZ M. R.; FRYER, A. B.; COMAN, J. M. 1986 *apud* DATTILIO, Frank M.; KENDALL, Philip C. Transtorno do pânico. *In*: DATTILIO, Frank M. [et al]. Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LOMBROSO, Césare 2001, p. 465 *apud* SANTOS, Elaine Maria Geraldo dos. O espírito “anormal” e a religião no processo educativo de Ulysses Pernambucano. *In*: ANDRADE, Ana

Paula Cavalcante Luna de (org.). Mosaico religioso: múltiplos olhares em ciências da religião. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2018.

LONGENECKER, Gesina L. Drogas, ações e reações: o que provoca o uso contínuo das drogas, como as drogas atingem o cérebro. Tradução Equipe Market Books. São Paulo: Market Books, 2002.

LOPES, Hernandes Dias. 1 Vídeo (3min e 40seg). Secularização da igreja. Publicado pelo canal Luz para o Caminho, 2014. Disponível em: <https://youtu.be/n-pGI-IHF0s> Acesso em: 16 set. 2020.

MACHON, Henryk. O Cristianismo em C. G. Jung: fundamentos filosóficos, premissas psicológicas e consequências para a prática terapêutica. Tradução de Markus A. Hediger. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MARIANO, Ricardo. Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. *In: Estudos Avançados*, 2002. Disponível em http://www.scielo.br.php?script=sci_arttext&pid=s0103-4014200400030 Acesso em: 10 jan. 2020.

MASCENA, Lúcia de Fátima Cordeiro Pires. Religião e histeria feminina: psiquiatria e religiosidade popular no Recife (1950-1959). Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Ciências da Religião, 2011.

MAYFIELD, D.G. 1968 *apud* MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. Alcoolismo e Depressão. *In: FORTES, José Roberto de Albuquerque. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento.* São Paulo: Sarvier, 1991, p. 257.

MCCARTHY, Julie; GALVÃO, Karla. Projeto ARTPAD: um recurso para teatro, participação e desenvolvimento; tradução Joyce G. Von Sohsten Cardoso da Cunha. Brasil\Reino Unido: 2001.

MEDEIROS, A. *In: ROSAS, Paulo (org.). Memória da Psicologia em Pernambuco.* Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2001 *apud* SANTOS, Elaine Maria Geraldo dos. O espírito “anormal” e a religião no processo educativo de Ulysses Pernambucano. *In: ANDRADE, Ana Paula Cavalcante Luna de (org.). Mosaico religioso: múltiplos olhares em ciências da religião.* Belo Horizonte: Arraes Editores, 2018.

MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. Quando a alma fala através do corpo: compreender e curar distúrbios psicossomáticos. Tradução de Lorena Richter. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MOTA, Mauro 1991, p. 250 *apud* MASCENA, Lúcia de Fátima Cordeiro Pires. Religião e histeria feminina: psiquiatria e religiosidade popular no Recife (1950-1959). Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Ciências da Religião, 2011, p. 57.

NAKAMURA, M. M. *et al* 1983; BERGLUND, M. (1984); LISKOW, B. [*et al.*] (1982) *apud* MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. Alcoolismo e Depressão. *In*: FORTES, José Roberto de Albuquerque. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991, p. 255.

NEUTZLING, Inácio; BINGEMER, Maria Clara; YUNES, Eliana (org.). O futuro da autonomia: uma sociedade de indivíduos? Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio; São Leopoldo: Editora Unisinos, 2009.

NOVAES, Carlos Eduardo; LOBO, César. Cidadania para principiantes: história dos direitos do homem. São Paulo: Gráfica Vida e Consciência, 2004.

NUNES, Leila Regina d'Oliveira de Paula (org.). Novas trilhas no modo de fazer pesquisa em Educação Especial. São Carlos: Marquezine & Manzini: ABPEE, 2014.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2019. Disponível em: <http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental> Acesso em: 03 mar. 2021.

OLIVEIRA, Davi Mesquiati de; TERRA, Kenner R. C. Experiência e Hermenêutica Pentecostal: reflexões e propostas para a construção de uma identidade teológica. Rio de Janeiro: CPAD, 2018.

OLIVEIRA, Marcus Vinícius de 2007, p. 24-25. Direitos Humanos pra quem? *In*: SILVA, Severina de Santana (org.). Seminário de psicologia e direitos humanos: direitos humanos pra quem? Conselho Regional de Psicologia, Recife: EDUPE, 2007.

OLIVEIRA, Marcus Vinícius de. Debate. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas. Maceió, AL: CFP/ULAPSI, 2007.

OLIVEIRA, Rafael de Souza. Pentecostalismo e Protestantismo histórico no contexto da Missão no Brasil. *In*: Discernindo – Revista Teológica Discente da Metodista v.1, n.1, p. 143-153, jan. dez. 2013. Disponível em: [http://www.academia.edu/7006087/Pentecostalismo_e_Protestantismo_hist%B3rico_no_cont exto_da_Miss%C3%A3o_no_Brasil_Historic_Protestantism_and_Pentecostalism_in_the_con text_of_the_Mission_in_Brazil](http://www.academia.edu/7006087/Pentecostalismo_e_Protestantismo_hist%C3%B3rico_no_contexto_da_Miss%C3%A3o_no_Brasil_Historic_Protestantism_and_Pentecostalism_in_the_context_of_the_Mission_in_Brazil) Acesso em: 10 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores. Genebra: OMS, 2000.

PADEN, William E. Interpretando o Sagrado: modos de conceber a religião; tradução de Ricardo Gouveia. São Paulo: Paulinas, 2001.

PALMER, Michael. Freud e Jung: sobre religião; tradução de Adail Ubirajara Sobral. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

PENIN, Sonia Teresinha de Souza. Progestão: como articular a função social da escola com as especificidades e as demandas da comunidade? Módulo I, Brasília: CONSED – Conselho Nacional de Secretários de Educação, 2001.

PESSOTTI, Isaias. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm Acesso em: 22 jul. 2020.

QUINET, Antonio (Org.). Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RAMIREZ, Eloísa Helena Aragão e, (Org.). A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise. São Paulo: Annablume, 2011.

RECORD TV. 1 Vídeo (31min e 33seg). A seita secreta: pais revelam detalhes das cartas deixadas pelos jovens antes da fuga. Publicado pelo canal Cidade Alerta, 2021. Disponível em <https://youtu.be/iBBcdRDnXos> Acesso em: 12 fev.2021.

ROLIM, Francisco Cartaxo. Pentecostalismo: Brasil e América Latina. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

SAFATLE, Vladimir, 2005 *apud* DUNKER, Christian Ingo Lenz. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo: 2015, p. 184.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências. 16 ed. Porto: Edições Afrontamento, 2010.

SANTOS, Elaine Maria Geraldo dos. O espírito “anormal” e a religião no processo educativo de Ulysses Pernambucano. *In*: ANDRADE, Ana Paula Cavalcante Luna de (org.). Mosaico religioso: múltiplos olhares em ciências da religião. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2018.

SANTOS, Regina Aparecida dos; [*et al.*]. A atuação do psicólogo junto a pacientes vítimas da tentativa de suicídio na Unidade de Pronto-Socorro do Hospital Geral. *In*: CAMON, Valdemar Augusto Angerami (org.). Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar (Série psicoterapias alternativas; v. 2). São Paulo: Traço, 1984.

SARACENO, B. A. 2001 *apud* CAVALCANTI, A. E. L. N. Intervenção artística e transtornos psíquicos: possibilidades de diálogos. Tese de Doutorado – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Psicologia Clínica, 2013.

SCHUCKIT, M. A. 1985 *apud* MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. Alcoolismo e depressão. *In*: FORTES, José Roberto de Albuquerque. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991, p. 256.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, Avanços das Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência: Uma análise a partir das Conferências Nacionais, 2012. Disponível em: https://documentos.mpsc.mp.br/portal/conteudo/cao/ccf/Manual/Manual%20Acessibilidade_2014_web.pdf Acesso em: 15 jul. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Hospital psiquiátrico Ulysses Pernambucano. s.d. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-psiquiatrico-ulysses> Acesso em 16 fev. 2021.

SILVA, Cácio. Fenomenologia da religião: compreendendo as ideias religiosas a partir das suas manifestações. São Paulo: Vida Nova, 2014.

SILVA, Severina de Santana (org.). Seminário de psicologia e direitos humanos: direitos humanos pra quem? Conselho Regional de Psicologia, Recife: EDUPE, 2007.

SILVA, Severino Pedro da. A existência e a pessoa do Espírito Santo. Editora CPAD, 1996.

SISTEMA BRASILEIRO DE TELEVISÃO. 1 Vídeo (55min e 38seg). Entrevista completa com Flordelis 31/08/20. Publicado pelo canal Conexão Repórter, 2020. Disponível em: <https://youtu.be/gy-guFXqVic> Acesso em: 12 fev. 2021.

SMITH, Oswald 1890-1986. Paixão pelas almas. Tradução de João Batista. 2 ed. São Paulo: Editora Vida, 2009.

SOUZA, Audrey Setton Lopes; COMPARATO, Maria Cecília Mazzilli (org.); MONTEIRO, Denise de Souza Feliciano. A criança na contemporaneidade e a psicanálise: mentes e mídia, diálogos interdisciplinares. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

STEIN, Murray. Jung e o caminho da individuação: uma introdução concisa. [Livro *online*] Tradução Euclides Luiz Calloni. São Paulo: Cultrix, 2020.

TAVARES, Marcelo da Silva Araújo (org.). Suicídio: o luto dos sobreviventes. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. O suicídio e os desafio para a Psicologia. Brasília: CFP, 2013, p. 45.

TEIXEIRA, Faustino; MENEZES, Renata (Org.). Religiões em Movimento. O senso de 2010. Petrópolis: Vozes, 2013.

TELES, Maria Luiza Silveira. O que é psicologia. São Paulo: Brasiliense, 2006.

TEMPORÃO, José Gomes. Programa de Volta para Casa: Apresentação (s.d.) *apud* CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/apresentacao.html> Acesso em: 08 dez. 2020.

THEISSEM, Gerd. A religião dos primeiros cristãos: uma teoria do cristianismo primitivo. Tradução de Paulo E. Valério; São Paulo: Paulinas, 2009.

THEISSEM, Gerd. O Movimento de Jesus: história social de uma revolução social de valores. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

TV FOLHA HD. 1 Vídeo (6min e 36seg). [English subtitles]. Murder blames bullying and incite his “brothers” to continue his work. Publicado pelo canal TV Folha, 2011. Disponível em: <https://youtu.be/MGezLo05eEo> Acesso em: 12/02/20.

VALAS, P. *apud* RAMIREZ, Eloísa Helena Aragão e, (org.). A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise. São Paulo: Annablume, 2011, p. 243.

VASCONCELOS, Eduardo. Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro-São Paulo: EncantArte-Hucitec, 2005.

VIANA, Felipe. 1 Vídeo (2min). Polêmica cantora da IPDA Regenere Katherine Magalhães. Publicado pelo canal Irmão Felipe Viana IPDA Manaus, 2021. Disponível em: <https://youtu.be/1PkM10NMO3E> Acesso em: 14 fev. 2021.

VIEIRA, David Gueiros. Trajetória de uma família: história da família Gueiros. Brasília: Nossa Livraria Editora, 2008.

WAYNE, G. J. 1966; GOLDENBERG, H. 1983 *apud* DATTILIO, Frank M.; KENDALL, Philip C. Transtorno do pânico. *In*: DATTILIO, Frank M. *et al.* Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 63.

WIKIPEDIA. Massacre de Suzano: massacre escolar executado no município de Suzano em 2019. Disponível em: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Massacre_de_Suzano Acesso em: 12 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, 2018. [Livro *online*]. Artmed. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://clinicajorgejaber.com.br/novo/wp-content/uploads/2018/05/CID->

10.pdf&ved=2ahUKEwilrryW8MjtAhWxIbkGHd3SAR8QFjAAegQIAhAB&usg=AOvVaw0TJ1YuTIhYt63zVebW-MyH Acesso em: 12 dez.2020.

XIII PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética profissional do psicólogo. CFP: Brasília, 2005.

ANEXOS



Philippe Pinel (1745-1826), o criador da clínica psiquiátrica

Foto n. 01 – Philippe Pinel (1745-1826), o criador da clínica psiquiátrica. Fonte: PESSOTTI, Isaias. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.

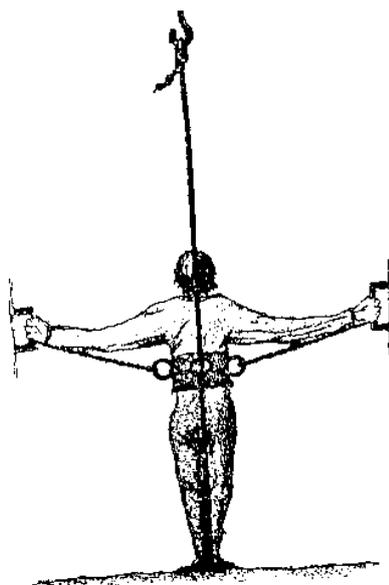
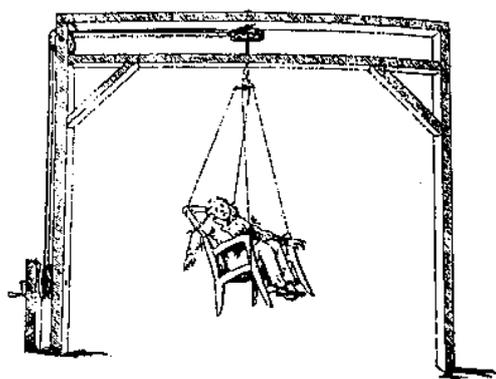
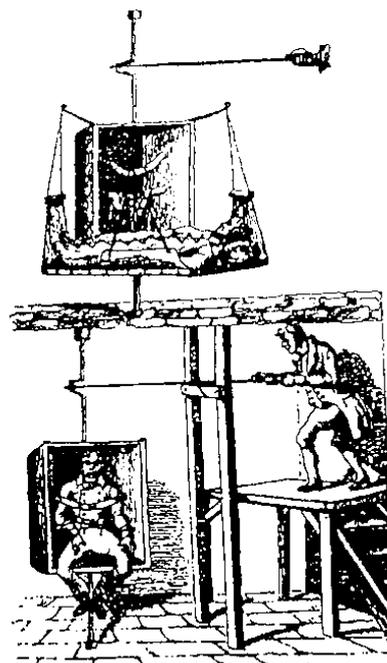
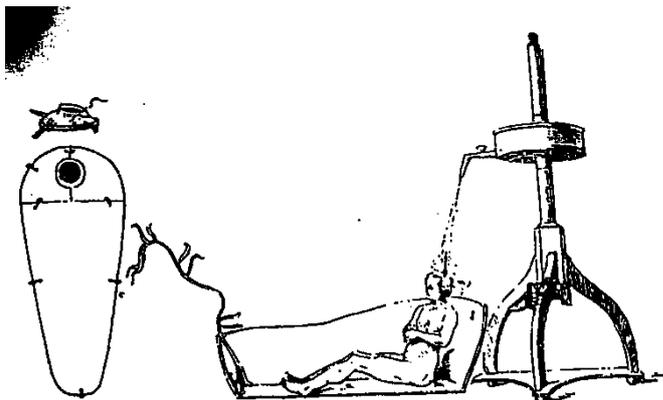


Foto n. 02 – Instrumento de contenção em performance de cruz, utilizado nos antigos manicômios no tratamento do “louco violento”. Fonte: PESSOTTI, Isaias. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.



O swing ou balanço, inventado por Erasmus Darwin para tratar vários tipos de loucura. Publicado, mais tarde, por Morison em 1828. Adaptado por Cox e por Halaran para fazer girar o paciente em outras posições, foi muito difundido no século XIX nos manicômios da Inglaterra e da França.



Fotos n. 03-06 – Instrumentos de controle de performances fisiológicas, utilizados nos antigos manicômios no tratamento do “louco”. Fonte: PESSOTTI, Isaias. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.

Tabela 1 – Perfil dos participantes por estado, em números absolutos (N.A.) e porcentagem (%)

UF		BA		MG		PE		PB		RJ		SP		Total	
		N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%	N.A.	%
Local de moradia	Número de beneficiários(as)	19	100	20	100	20	100	10	100	10	100	29	100	108	100
	Serviço residencial terapêutico	19	100	12	60	19	95	8	80	5	50	16	55,2	79	73,1
	Com família	0	0	2	10	1	5	1	10	3	30	4	13,8	11	10,2
	Só ou com cônjuge	0	0	6	30	0	0	0	0	0	0	8	27,6	14	13
	Não informado	0	0	0	0	0	0	1	10	2	20	1	3,4	4	3,7
Idade	Menos de 40 anos	1	5,3	0	0	0	0	3	30	0	0	0	0	4	3,7
	40 a 49 anos	2	10,5	1	5	2	10	3	30	5	50	2	6,9	15	13,9
	50 a 60 anos	6	31,6	8	40	11	55	3	30	5	50	7	24,1	40	37
	Mais de 60 anos	9	47,3	10	50	6	30	1	10	0	0	12	41,4	38	35,2
	Não informado	1	5,3	1	5	1	5	0	0	0	0	8	27,6	11	10,2
Sexo	Masculino	10	53	10	50	12	60	9	90	4	40	11	38	56	52
	Feminino	9	47	10	50	8	40	1	10	6	60	18	62	52	48
Escolaridade	Não alfabetizado(a)	3	15,8	6	30	7	35	7	70	0	0	6	20,7	29	26,8
	Alfabetizado(a)	8	42,1	1	5	2	10	0	0	0	0	0	0	11	10,2
	Ensino fundamental	6	31,6	6	30	4	20	0	0	0	0	14	48,4	30	27,8
	Ensino médio	2	10,5	1	5	1	5	0	0	0	0	1	3,4	5	4,6
	Ensino superior	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	1	3,4	2	1,9
	Não informado	0	0	5	25	6	30	3	30	10	100	7	24,1	31	28,7
Estado civil	Solteiro(a)	15	78,9	18	90	18	90	9	90	10	100	17	58,6	87	80,5
	Casado(a)/união estável	1	5,3	2	10	0	0	0	0	0	0	8	27,6	11	10,2
	Separado(a)/divorciado(a)	1	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10,3	4	3,9
	Viúvo(a)	2	10,5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,5	3	2,7
	Não informado	0	0	0	0	2	10	1	10	0	0	0	0	3	2,7
Raça / cor	Negra/parda	16	84	8	36,4	10	50	2	20	7	70	13	44,9	56	50,9
	Branca	3	16	11	50	6	30	3	30	3	30	13	44,9	39	35,5
	Indígena	0	0	1	4,5	0	0	0	0	0	0	1	3,4	2	1,8
	Oriental/asiática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,4	1	0,9
	Não informada	0	0	2	9,1	4	20	5	50	0	0	1	3,4	12	10,9
Outras fontes de renda	Benefício de prestação continuada	12	63	10	50	18	90	4	40	10	100	19	66	73	67,6
	Aposentadoria	5	26	2	10	0	0	0	0	0	0	1	3,4	8	7,4
	Pensão	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	2	6,8	3	2,8
	Aposentadoria + pensão	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	1	0,9
	Ajuda da família	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6,8	2	1,8
	Sem outra renda	0	0	7	35	1	5	5	50	0	0	5	17	18	16,7
	Não informado	2	11	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	3	2,8
Trabalho	Sim	0	0	1	5	3	15	1	10	2	20	6	21	13	12
	Não	19	100	19	95	17	85	9	90	8	80	23	79	95	88
Curatela	Sim	0	0	0	0	3	15	5	50	1	10	4	14	13	12
	Não	19	100	20	100	17	85	5	50	9	90	25	86	95	88

Foto n. 07 – Tabela de pesquisa para Fundação Oswaldo Cruz: Núcleo de Saúde mental, Álcool e Outras Drogas – perfil psicossocial dos egressos psiquiátricos do Brasil, atualidade. *In:* Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300040#B25 Acesso em: 23 mai. 2021.



Foto n. 08 – População e precariedade de Barbacena. In: ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.



Foto n. 09 – Alojamento de Barbacena, o terror diário. In: ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

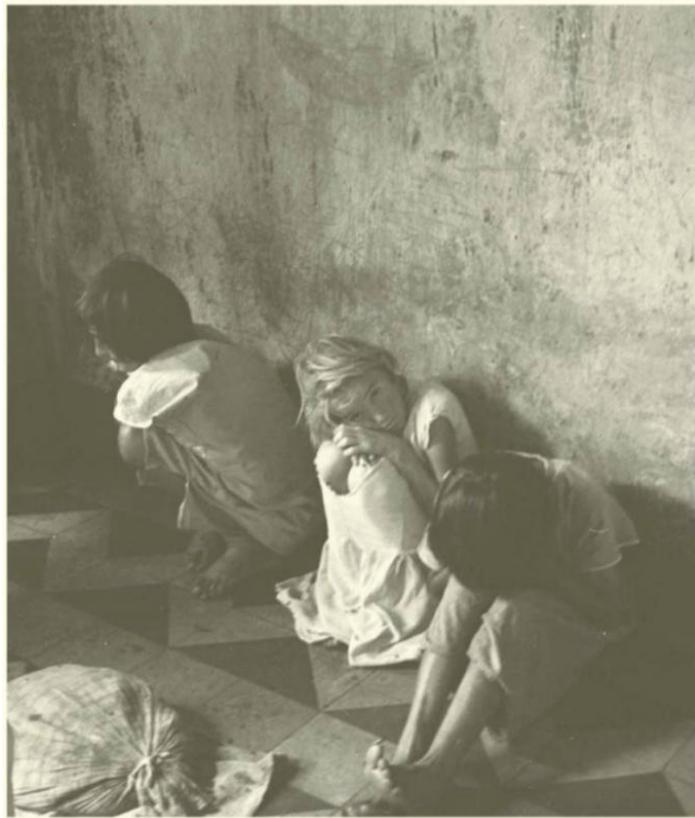


Foto n. 10 – Crianças de Barbacena. *In*: ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.



Foto n. 11 – Banho de sol, pacientes no pátio de Barbacena. *In*: ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

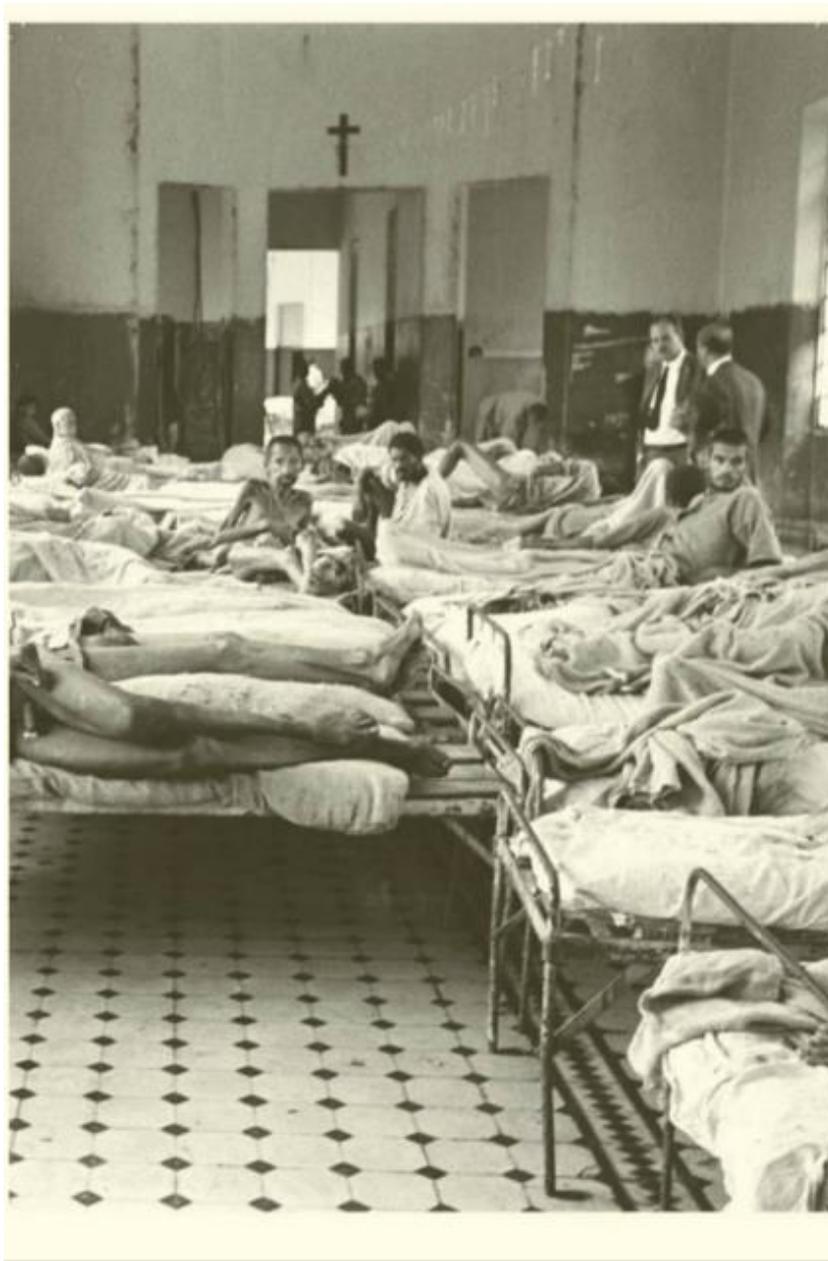


Foto n. 12 – Simbologia cristã (cruz) na parede do alojamento de Barbacena. *In*: ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.



Foto n. 13-14 – Pacientes trabalhadores de Barbacena. In: ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

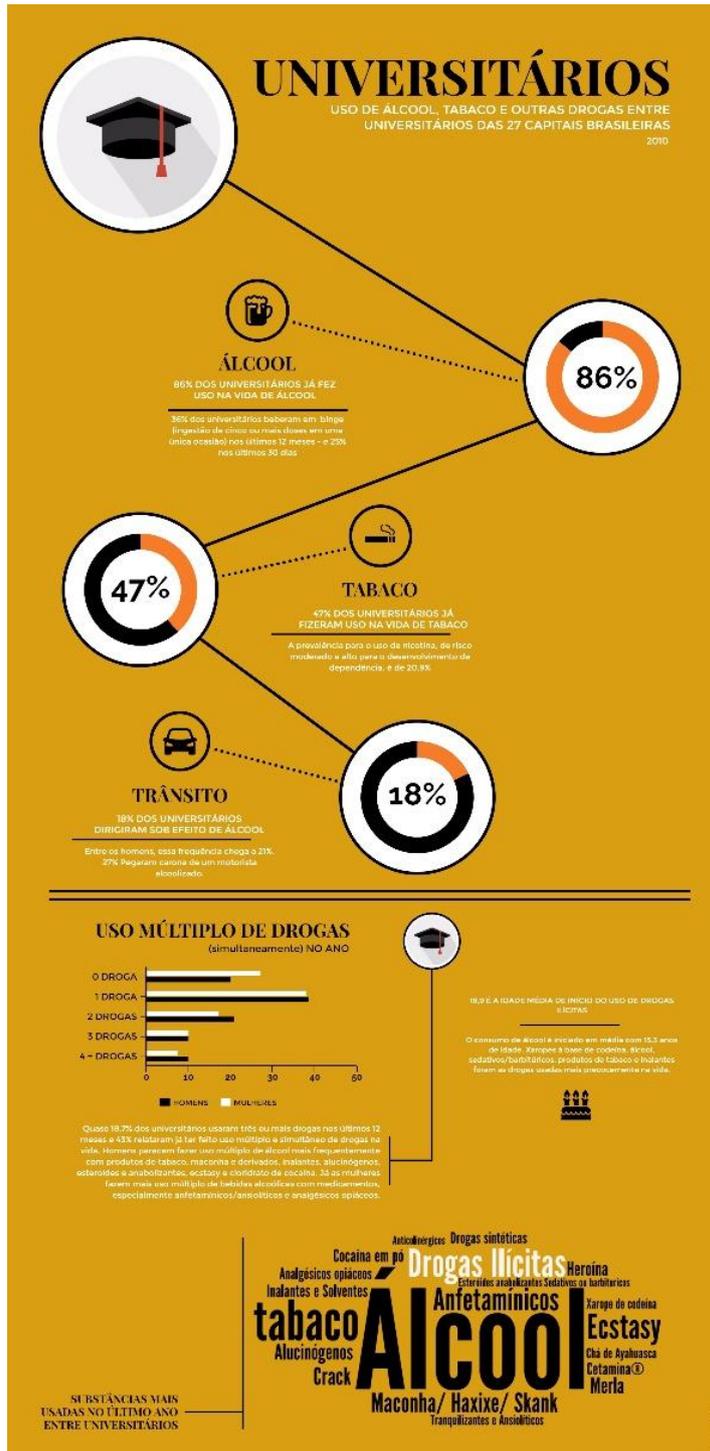


Foto n. 15 – Uso de drogas por universitários. In: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <https://mds.gov.br/obid/dados-e-informacoes-sobre-drogas/universitarios> Acesso em: 23 mai. 2021.

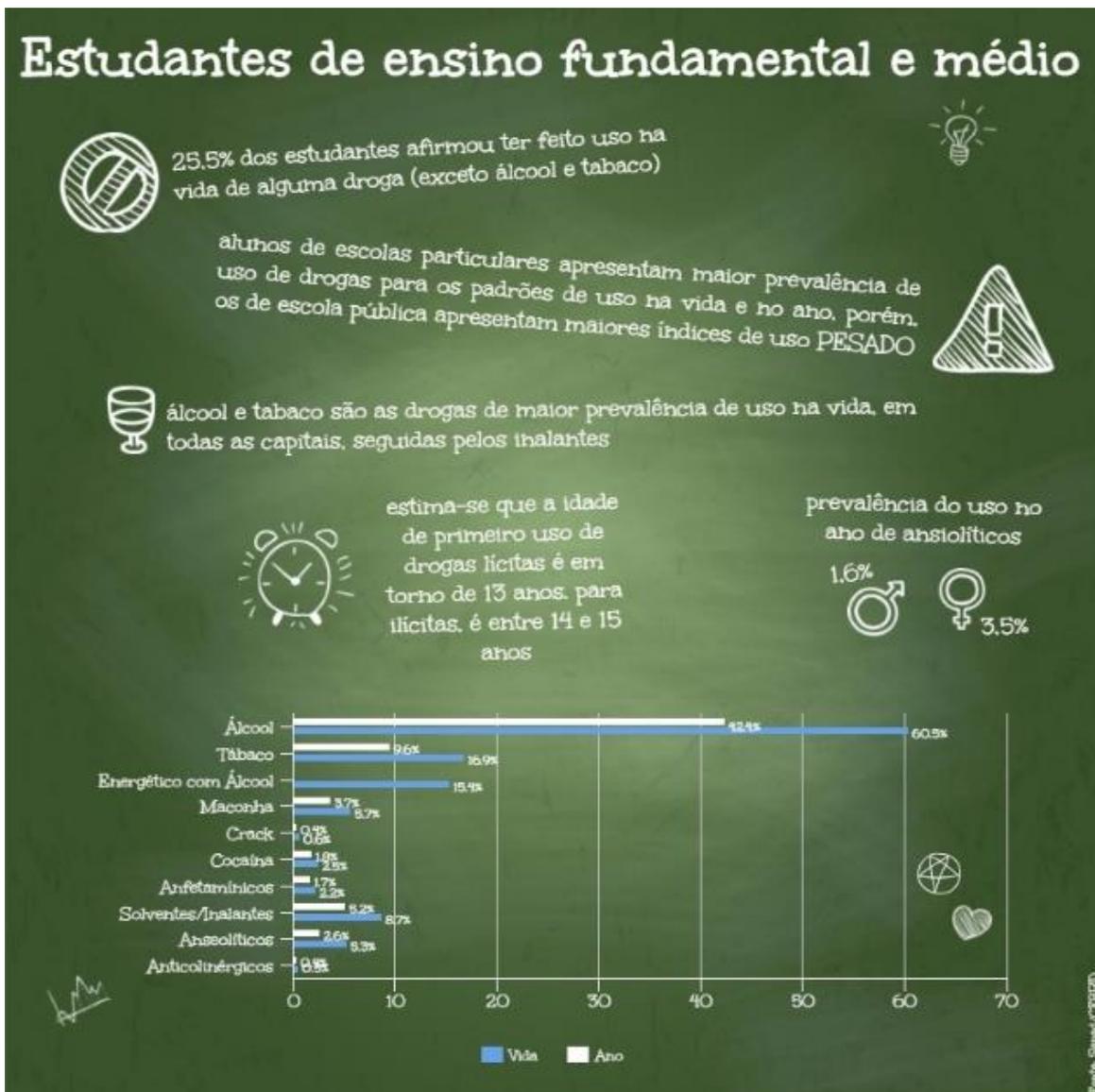


Foto n. 16 – Uso de drogas por estudantes de Ensino Fundamental e Médio. In: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <https://mds.gov.br/obid/dados-e-informacoes-sobre-drogas/estudantes> Acesso em: 23 mai. 2021.



Foto n. 17 – Crack no Brasil. *In:* Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <https://mds.gov.br/obid/dados-e-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-nacional-sobre-uso-de-crack> Acesso em: 23 mai. 2021.

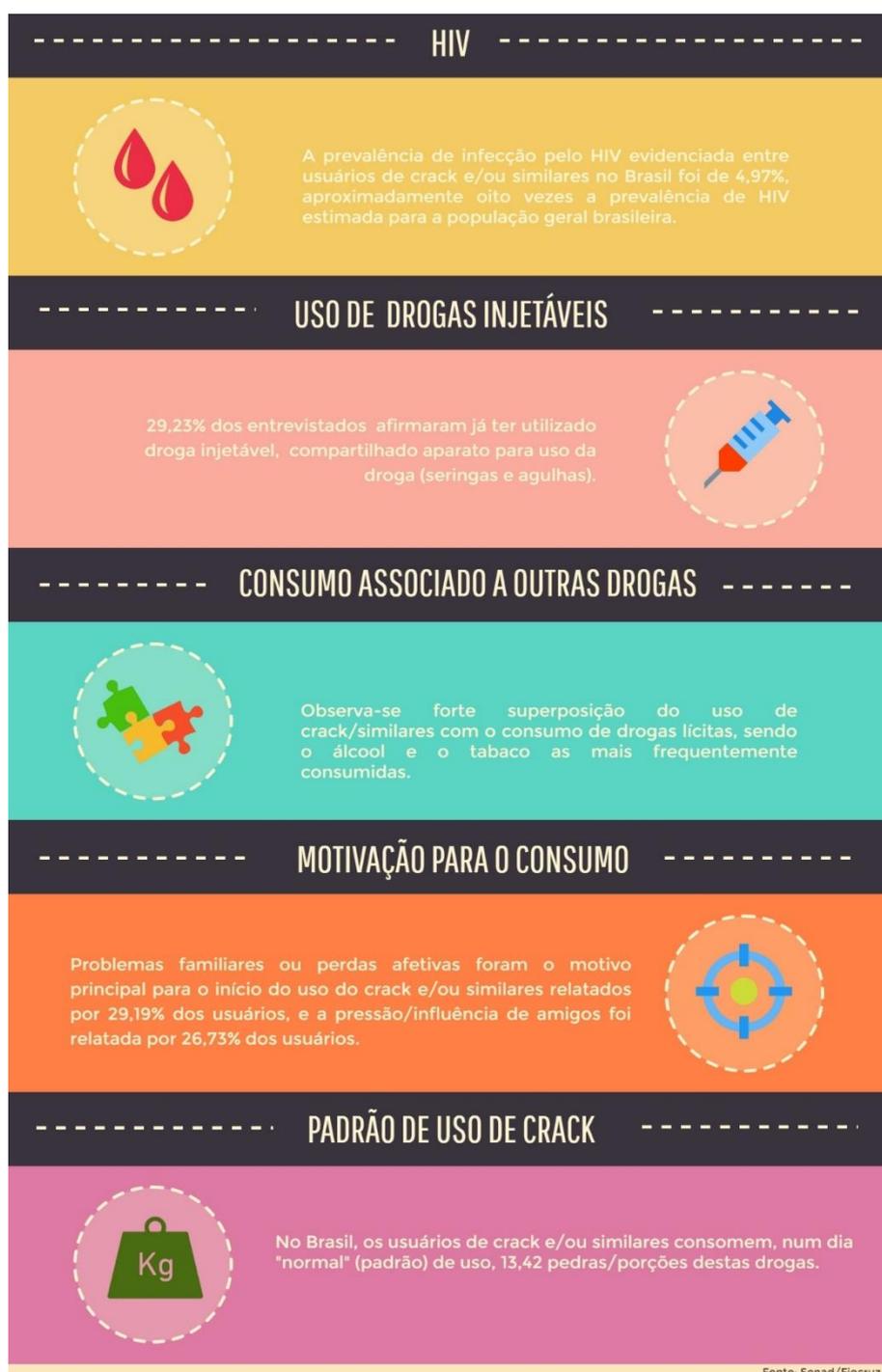


Foto n. 18 – Crack no Brasil. *In:* Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <https://mds.gov.br/obid/dados-e-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-nacional-sobre-uso-de-crack> Acesso em: 23 mai. 2021.

Levantamento sobre uso de drogas pela População Privada de Liberdade

Objetivo do levantamento é estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas, suas consequências e vulnerabilidades associadas, da população prisional brasileira e dos adolescentes e jovens em atendimento socioeducativo, com restrição ou privação da liberdade.

Dados das populações em estudo

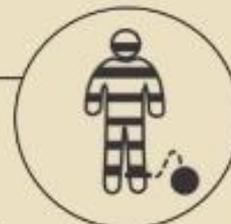
Cerca de 56% das mulheres e 23% dos homens presos cumprem pena por tráfico de drogas. Em 2005, esses índices eram, respectivamente, de 24,7% e 10,3% (BOITEUX, 2014);

Entre 2012 e 2013 houve um aumento de 12% no número de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de internação, semiliberdade e internação provisória (BRASIL, 2015);

O Brasil conta hoje com uma população prisional de 807.731 indivíduos, possuindo a quarta maior população carcerária do mundo em números absolutos (INFOPEN, 2014)

Objetivos a serem alcançados pelo levantamento

- * Fortalecer a pesquisa e produção de evidências científicas cujos resultados possam subsidiar a elaboração e execução de políticas e programas de prevenção, tratamento e recuperação do uso de drogas e suas consequências.
- * Subsidiar a implementação de ações e serviços que viabilizem uma atenção integral à saúde das populações compreendidas.
- * Produzir evidências científicas para embasar a tomada de decisão compartilhada entre o campo da Saúde Pública e do Sistema de Justiça



Possíveis indicadores e resultados

- Perfil geral da Pessoa Privada de Liberdade (PPL)
- Perfil geral do AASE (Adolescente e Jovem em Atendimento Socioeducativo)
- Uso de álcool e outras drogas e suas consequências no sistema prisional
- Morbidades Psiquiátricas e sintomas depressivos no sistema prisional
- Comparativo contexto nacional e internacional
- Descritivo das Unidades Prisionais

Foto n. 19 – Levantamento sobre o uso de drogas pela População Privada de Liberdade. *In*: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <https://mds.gov.br/obid/dados-e-informacoes-sobre-drogas/sistema-prisional> Acesso em: 23 mai. 2021.



Foto n. 20 e 21 – Álcool e Outras Drogas nas Rodovias Brasileiras. In: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <https://mds.gov.br/obid/dados-e-informacoes-sobre-drogas/transito> Acesso em: 23 mai. 2021.



Foto n. 22 – Eletroconvulsoterapia. Disponível em: <https://www.google.com/amp/s/veja.abril.com.br/blog/letra-de-medico/eletrochoque-mentiras-e-verdades-que-voce-precisa-saber/amp/> Acesso em: 23 mai. 2021.

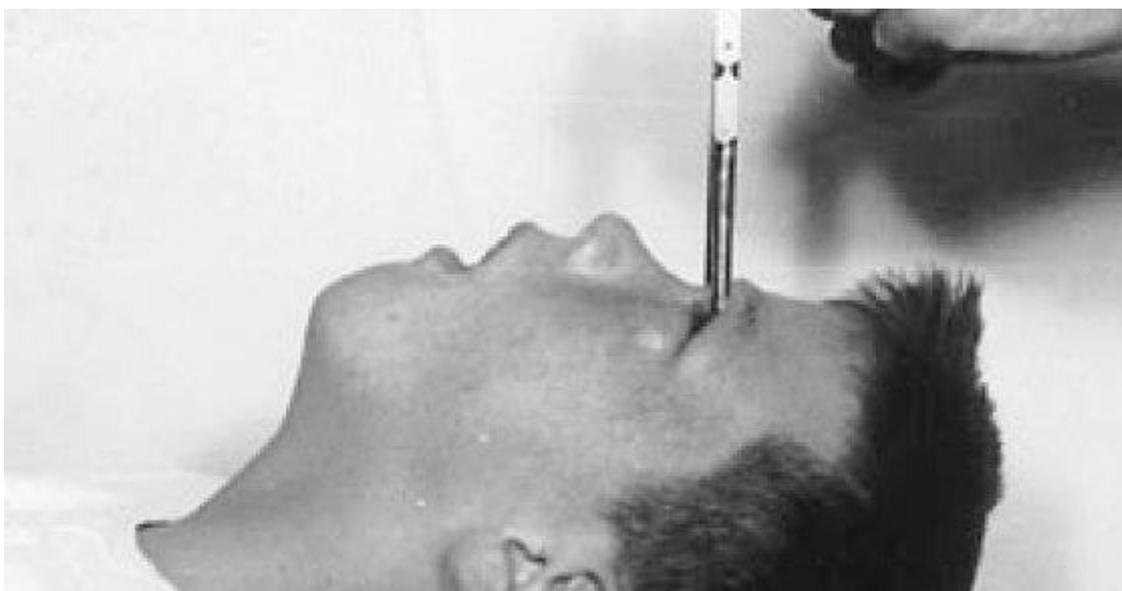


Foto n. 23 – Lobotomia. Disponível em: <https://www.google.com/amp/s/aventurasnahistoria.uol.com.br/amp/noticias/reportagem/os-horrores-reais-da-lobotomia-o-procedimento-que-chocou-quem-assistiu-ratched.phtml> Acesso em: 23 mai. 2021.