



Cientistas da religião, medicina e saúde mental *Scholars of religion, medicine, and mental health*

*Felipe Damázio Pacheco**

Resumo: Pela ética médica e pelos princípios de Hipócrates, os médicos não podem entrar no escopo da religião. Porém, os pacientes precisam, sim, de um apoio no que concerne a questões relativas à fé. A modernidade tardia e a supervalorização da individualidade dificultam que um conjunto de símbolos coesos possa agir na sociedade como um todo (como no passado). A transferência emocional do paciente ao médico como figura patriarcal e sacerdotal acaba levando o paciente a diminuir a crença em outras profissões da área da saúde. No entanto, uma grande parcela dos pacientes psiquiátricos possui alguma capacidade de refletir sobre as relações e contradições entre suas crenças delirantes (ou “núcleos psicóticos”) e sua confissão religiosa. Em resposta a essas questões, elaboramos uma proposta de inserção do cientista da religião nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Propomos a inserção de profissionais de educação em função diferente da de Técnico de Referência, dando apenas aulas em grupo. Desta forma, utilizarão seus saberes adquiridos na graduação para possibilitar o progresso de determinadas capacidades do paciente e de seus familiares, levando a uma maior resiliência no enfrentamento do transtorno mental.

Palavras-chave: Cientistas da religião. Saúde mental. Psicose.

Abstract: According to the ethics and principles of Hippocrates, physicians may not enter in the field of religion. However, patients do need support concerning questions related to their faith. Late modernity and overrating of individuality make more difficult for our society to be unified by a number of cohesive symbols (as in the past). The emotional transference from the patient to the physician as a sacerdotal and patriarchal figure causes the patients to diminish the belief in other professions efficacy in healthcare. In spite of this, a number of psychiatric patients has the capacity to reflect about relationships and contradictions between their delusional beliefs (or psychotic nuclei) and their religious faith. As an answer for these questions, we propose the insertion of the religious studies teacher at the Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), which are the public mental healthcare centers in Brazil. We propose the insertion of educational professionals in a function distinctive of Técnicos de Referência (personal care givers), giving only group classes. This way, they will use their knowledge acquired in their graduation to improve certain capabilities of patients and caregivers, leading to greater resilience in coping with mental health conditions.

Keywords: Religious studies. Mental health. Psychosis.

Hipócrates e a separação entre a medicina e religião

Hipócrates de Cós é tido como um dos pioneiros na separação entre medicina e religião (Garrison, 1966). Quanto aos conhecimentos sobre medicina em si, Hipócrates sucedeu a médicos de civilizações muito mais antigas, como a egípcia e a babilônica, porém a sua abordagem sistematizada (e, porque não dizer, científica) foi realmente pioneira

* Professor de Psiquiatria pela UNINOVE (Guarulhos-SP). Doutor em Ciências da Saúde (UNESC, Criciúma-SC). ORCID: 0000-0002-8114-254X – contato: felipedacheco@hotmail.com

na história. Contemporâneo dos filósofos pitagóricos, a contribuição de Hipócrates para a ciência médica pode ser vista como análoga à dos filósofos gregos para toda a ciência moderna. Embora tenha errado nas suas hipóteses por não ter os métodos e nem a tecnologia necessária para testá-las, os seus conceitos foram fundamentais para os avanços científicos posteriores (Leff; Leff, 1956). E na área em que atuo, a psiquiatria, a ausência de métodos diagnósticos e terapêuticos biológicos eficazes, se é que um dia existirão (cf. Allsopp et al., 2019), torna o exercício desses paradigmas ainda mais desafiador. Nas sessões posteriores, veremos que a psiquiatria se situa em um limbo da própria medicina, em que a eficácia simbólica dos rituais se torna ainda mais importante para o processo de cura psíquica (Lévi-Strauss, 1975).

Apesar dos avanços em tratamentos somáticos na saúde mental, a cura em geral em todas as doenças sempre terá um paralelo em nível psíquico. Mesmo em doenças com tratamento cirúrgico, o efeito placebo está presente e é necessária a inclusão de procedimentos placebo em ensaio clínico para comprovação da eficácia de procedimentos cirúrgicos (Wartolowska et al., 2016). A crença na eficácia da cirurgia e a confiança no cirurgião certamente fazem parte do processo de cura da doença (Siegel, 1986). Note o leitor que usei o termo “paralelo” para enfatizar que se trata de um trabalho “simbólico” impossível de ser realizado pelo próprio médico. O paciente precisa de apoio tanto para a parte psíquica quanto para a espiritual, algo fundamental no seu processo de cura. Porém, é impossível que um mesmo profissional se encarregue das duas tarefas simultaneamente. A medicina está restrita, desde Hipócrates, ao processo biológico da doença. Em outras palavras, é no paradigma da doença como processo biológico que ela está fundamentada e delimitada no seu escopo de ação. O processo biológico interfere no psíquico e vice-versa e, pela sua complexidade, é humanamente impossível um só profissional assumir toda a técnica e, especialmente, toda a responsabilidade pela cura de um ser humano.

A transferência emocional do paciente ao médico como figura patriarcal e sacerdotal acaba levando o paciente a diminuir a crença em outras profissões da área da saúde (Carter, 1994). Esse acúmulo de expectativas sobre-humanas acaba por gerar uma grande frustração, podendo causar enormes danos tanto ao próprio paciente, que não adere ao tratamento, quanto ao próprio médico, que acaba sendo culpado pelo paciente e sua família pelo mau desfecho da doença (Shwed et al., 1979; Boyd, 2005). Neste sentido, defendo a inclusão de outros profissionais em geral, e do cientista da religião em particular, na avaliação e tratamento de pacientes em saúde mental. Essa é uma área em que o papel da biologia é real, porém muito menor do que nas outras áreas da medicina, e na qual a excessiva medicalização está causando danos muitas vezes irreversíveis aos pacientes e familiares (Berezin, 2013; Allsopp et al., 2019). Defendo ainda o papel do cientista da religião na abordagem dos pacientes psicóticos no contexto do tratamento multidisciplinar, para o qual vejo grande potencial de benefícios para os pacientes.

A quebra da eficácia simbólica

“Eficácia Simbólica” é um conceito introduzido por Lévi Strauss (1975) no contexto dos processos psíquicos coletivos envolvidos nos rituais de cura entre povos originários.

Mesmo sem haver interferências físicas ou biológicas, os mesmos são sentidos como eficazes pelos seus praticantes, pois o próprio organismo possuiria mecanismos de cura, induzidos por uma construção estruturante de símbolos, presentes na linguagem (Maluf, 2012).

Ao longo da minha trajetória como estudante de medicina, tive um *insight* que talvez muitas pessoas leigas (e hipocondríacas) possam nunca ter tido. Como a humanidade está sujeita a inúmeras doenças, uma pessoa nascida na era tecnológica pode ter a impressão de que a sobrevivência do ser humano seria impossível sem a tecnologia médica atual. Aquela certa ilusão, muito difusa e de forma até inconsciente, de que “as coisas sempre foram assim”. À medida que fui estudando a história da medicina, fui me dando conta de o quanto eu pensava dessa forma e que não, não dependemos, como espécie, da tecnologia médica para sobreviver. Com certeza, sem a tecnologia médica temos uma taxa de mortalidade e sofrimento muito maiores (Aiello et al., 2008). Mas, apesar disso, vários fatores possibilitaram a sobrevivência da humanidade até o século XIX. A medicina é, sim, uma arte antiquíssima, mas até dois séculos atrás tinha um poder de ação muito limitado. A sobrevivência do indivíduo estava ligada à sua própria capacidade, literalmente ao seu próprio sistema imune. Não importa quão mortais fossem as pandemias, uma porcentagem da humanidade sempre sobreviveu, sem intervenção eficaz (Mackenbach, 1996).

Por que insisto nessa questão tão óbvia? A tecnologia e o capitalismo atual estão fazendo as pessoas perderem a perspectiva histórica da humanidade. Não se cultuam mais os ancestrais e não se vislumbra um legado para deixar ao futuro. A existência dos nossos ancestrais há apenas dois séculos era breve e extremamente sofrida, e só tinha sentido por estes dois vínculos, com o passado e o futuro. Não por acaso, ter filhos era a razão primordial da existência da maior parte das pessoas. Nesse contexto, brotava uma vontade de viver inabalável e uma fé nos recursos internos de sobrevivência, em geral intermediados pelas crenças religiosas. Se formos até as nossas favelas, ainda é esse tipo de ideal de vida que encontraremos. Ao mesmo tempo em que podem estar vinculadas a esse modo de ser ancestral, essas mesmas pessoas veem uma perda de sua fé e de sua motivação por um conjunto de expectativas não cumpridas trazidas pela modernidade e pelo sistema econômico capitalista (Tfouni; Silva, 2008).

Embora esse processo esteja ocorrendo em pessoas de todas as idades, ele é particularmente dramático entre os jovens, que vêm apresentando índices alarmantes de tentativas de suicídio (Benincasa; Rezende, 2006). Em atendimentos a adolescentes com quadros psiquiátricos gravíssimos, sem nenhuma perspectiva de futuro, vemos, de forma brutal, no que resulta a completa ausência de “eficácia simbólica”. Ou, em outras palavras, a perda da “fé”, em todos os sentidos.

O paciente e o próprio terapeuta desenvolvem crenças a respeito das tecnologias médicas e sua eficácia, que poderão entrar em choque com determinadas regras de sua própria religião, levando a um conflito intrapsíquico (Santos, 2006; Menegatti-Chequini et al., 2018). A modernidade tardia e a supervalorização da individualidade dificultam que um conjunto de símbolos coesos possa agir na sociedade como um todo. Ainda que o paciente tenha suas crenças religiosas bem estabelecidas, as contingências do sistema capitalista em que está inserido, junto com as promessas da tecnologia e da medicina, acabam por minar essa crença, levando a uma “quebra da eficácia simbólica”.

Da crise à cura pela catarse

Algo fundamental introduzido por Hipócrates foi a noção de crise. Reconhecer a crise de uma doença não é importante apenas para o próprio médico, mas para qualquer profissional que atenda o paciente e, especialmente, ao próprio paciente, para que ele procure ajuda no momento oportuno antes que se desenvolvam sequelas definitivas e evitáveis. A noção de crise postulada por Hipócrates estava totalmente fundamentada em um pensamento materialista, de um desequilíbrio orgânico, podendo ou não ser provocado por fatores externos (Jones, 1868). Desta forma, a noção hipocrática de crise pode ser aplicável à saúde mental e até mesmo à ciência da religião.

Não há distinção para o organismo entre sofrimento físico e psíquico, nem entre catarse psíquica e neuroquímica. No cérebro, as mesmas regiões ou vias neuronais são responsáveis pela sensação de dor “física” e “psíquica” (Stahl e Briley, 2004). Uma teoria popular na medicina do século XIX e XX, atualmente já superada, era de que as convulsões fossem uma espécie de catarse, e se observava que alguns quadros psicóticos (mais precisamente, histéricos) tinham alívio expressivo após uma crise convulsiva (Sakel, 1994). Essa observação, nem sempre procedente, levou à investigação de tratamentos para esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos pela indução de convulsões. Atualmente, a eletroconvulsoterapia (ECT), realizada sob anestesia em centro cirúrgico, é um tratamento válido para casos graves e refratários (2003). Não é conhecido ainda o exato mecanismo pela qual a ECT tem eficácia, mas o paradigma fundamental da “catarse pela convulsão” permanece o mesmo. Parte-se do princípio de que há uma retenção de energia pelo sofrimento psicológico do doente, que se materializa em um acúmulo de humores (usando o termo hipocrático) que, em um processo de catarse, são fisicamente liberados, levando ao alívio do quadro. Da mesma forma, as alucinações do psicótico e as fantasias do histérico sempre foram vistas pelos médicos não apenas como “fuga da realidade”, como pode parecer ao senso comum, mas como uma forma “efetiva” de liberação dos supostos humores reprimidos (Freud, 1996). Atualmente, estão em investigação tratamentos para depressão baseados em infusão, seja única ou em poucas administrações, de substâncias com algum efeito alucinógeno, que acabam por modificar determinados receptores de neurônios envolvidos na depressão (Corrigger; Pickering, 2019).

A crise, então, não é apenas o momento mais propício para um tratamento curativo. Tratando-se de saúde mental, a crise poderá ser a própria catarse (Fochesatto, 2011). Entender essa dinâmica é fundamental para compreender os pacientes psiquiátricos nas suas crises e utilizá-las como oportunidades para seu crescimento pessoal e adesão ao tratamento.

Cura pela transferência

A cura psíquica não se realiza apenas pela catarse. Ela necessita fundamentalmente da crença no poder de um curador, algo tão grande e onipotente que leve o indivíduo a uma entrega total e acarreta em mudanças hormonais e fisiológicas. Não há catarse sem essa transferência, sem uma forte crença do poder do outro (Santos, 1994). Em algum

momento, essa crença pode ser canalizada para uma crença nos poderes curativos do próprio organismo. Entre povos tradicionais, porém, esse último processo não chega a se concretizar. O poder permanece na figura do pajé, e a catarse não ocorre apenas no indivíduo que está sendo submetido ao processo de cura. Ela envolve todo o grupo, que se sente validado nos seus sistemas simbólicos (Lévi-Strauss, 1975).

No início do século XX, Freud se ocupou dos sentimentos do paciente frente ao terapeuta, inicialmente de forma negativa. Baseado na observação dos seus pacientes e nos reveses enfrentados nos tratamentos, ele teorizou sobre o papel da “resistência” como um conjunto de forças que tendem a manter o indivíduo em uma “zona de conforto”, ainda que em sofrimento (Canavêz e Herzog, 2011). Além disso, Freud postulou a “transferência” como um sentimento ubíquo, mas que, no contexto da terapia, levava o paciente a atribuir ao terapeuta qualidades ou sentimentos que, na verdade, seriam a respeito dos seus pais ou cuidadores (Fitton, 2012). Inicialmente vendo esses sentimentos como obstáculos à terapia, Freud teorizou também sobre a reação do terapeuta (contratransferência), dizendo que seria fundamental para o terapeuta também estar em análise, para estar consciente dessas reações (Freud, 1996).

Os autores posteriores progrediram muito nesses paradigmas. A transferência e contratransferência deixaram de ser um “entrave”, passando a ser vistas como o ponto central da terapia. Os sentimentos despertados no terapeuta pelo paciente podem (e devem) ser usados como ferramenta diagnóstica. Para muitas correntes psicanalíticas, a maior parte das “interpretações” oferecidas pelo analista são clarificações dos sentimentos complexos envolvidos na transferência e, em alguns momentos, da contratransferência. A cura pela transferência só existe se houver a sua superação. Ou seja, a neurose de transferência deverá ser manejada para que, no final, o paciente busque a sua independência afetiva e a cura dentro de si (Gabbard, 2016).

A transferência, no entanto, é universal, e ocorrerá em todas as relações e com todos os profissionais (Gabbard, 2016). Além do acolhimento, é evidente que o paciente espera do profissional alguma expertise técnica que faça diferença no seu tratamento. É evidente também que essa expertise não se encontra apenas no saber médico, no caso da saúde mental. Neste contexto, o exagero de um paradigma médico-centrado, exacerbando a crença de que somente a intervenção farmacológica tem eficácia, poderá prejudicar a confiança do paciente em outros profissionais dos quais necessita (Carter, 1994).

O efeito placebo (efeito benéfico de uma intervenção, devido às reações puramente psíquicas) e o efeito nocebo (efeitos deletérios ou desagradáveis) ocorrem em todos os tipos de tratamento ou relações humanas, fazendo parte da própria transferência (Gabbard, 2016). O efeito placebo/nocebo envolve toda a eficácia simbólica inserida nas crenças do paciente, incluída, mas não restrita às crenças religiosas. Por todo o exposto, não há por que induzir no paciente uma transferência “única” ao médico, como figura patriarcal e infalível.

A crise da psiquiatria

Na psiquiatria, a crença em uma cura centrada em tratamentos exclusivamente biológicos é baseada em premissas falsas. A psiquiatria não está desenvolvida da mesma

forma que as demais especialidades médicas (Alsopp et al., 2019). Fazer crer que os tratamentos e diagnósticos em psiquiatria são tão estabelecidos quanto no resto da medicina em geral acaba gerando uma justa decepção por parte dos pacientes. O surgimento dos psicotrópicos foi uma revolução que permitiu retirar os pacientes dos manicômios e de sua condição desumana (Turner, 1989). Porém, uma grande parte dos pacientes ainda permanece incapacitada para o trabalho e até mesmo com sérias limitações em termos de relacionamento social e familiar (Torgalsbøen; Rund, 1998). A psiquiatria está na interface entre a neurologia e a psicologia, e guarda uma grande parte do saber médico no que tange à relação médico-paciente e ao estudo da ética médica aplicando conceitos de psicanálise, como o de transferência, na apreciação dos dilemas éticos da medicina. Por um lado, avançam pesquisas demonstrando o caráter neurodegenerativo dos transtornos neuropsiquiátricos (Penzes et al., 2011), e sabemos que, pelos conhecimentos atuais, não podemos deixar de intervir farmacologicamente na crise, não apenas pela questão dos riscos ao próprio paciente ou aos outros de seu convívio, mas pelo risco de deixar agravar a incapacitação no futuro devido à progressão do transtorno (Leucht et al., 2012). Quanto ao diagnóstico, pesquisas em todo o mundo estão demonstrando o caráter neurobiológico da crise e da progressão dos diversos transtornos psiquiátricos. As pesquisas demonstram alterações em exames de imagem e diversas alterações hormonais e metabólicas. Essas alterações podem ser encontradas tanto no metabolismo cerebral quanto em sangue periférico (Ben-Sachar et al., 2007). No entanto, não há no horizonte a possibilidade de métodos diagnósticos psiquiátricos aplicáveis na população geral. Todos esses fatos mostram que não apenas os tratamentos, mas os diagnósticos em psiquiatria estão em evolução e, ao mesmo tempo em que existem amplas expectativas para o futuro, o cenário atual é de “crise” (Sørensen et al., 2021; El Mallakh et al., 2011).

Abordagem dos pacientes psicóticos pelo cientista da religião

Reforma Psiquiátrica, Atendimento no CAPS e o papel da educação: a Reforma Psiquiátrica foi um conjunto de medidas e mudanças na legislação com o objetivo de retirar os pacientes psiquiátricos dos manicômios, onde viviam de forma asilar, e possibilitar um cuidado humanizado em saúde mental, em liberdade. Um dos precursores foi o médico e psiquiatra italiano Franco Basaglia, cujo movimento culminou na lei Nº 180, de 1978 (Lei Basaglia), que estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos (manicômios) na Itália. No Brasil, após amplas mobilizações da sociedade civil, foi promulgada a Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Lei Nº 10.216 regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público (Hirdes, 2009).

Para que fosse possível o fechamento dos manicômios, onde os pacientes permaneciam por toda a sua vida, foi necessário instituir uma série de serviços, chamados “substitutivos” (Brasil, 2017). Entre esses serviços, encontram-se as residências terapêuticas (para pacientes graves, dependentes, sem nenhum suporte familiar), leitos psiquiátricos em hospitais gerais e ambulatórios de psiquiatria (preferencialmente em

unidades básicas de saúde – UBS), entre outros. A internação psiquiátrica passou a ser vista como uma intervenção na crise, para proteção do paciente e de outras pessoas, e como forma de diagnóstico e tratamento da condição aguda (exatamente como em qualquer outra doença), com duração limitada. O cuidado da rede em saúde mental é coordenado, em determinado território, pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS foram instituídos como parte da reforma psiquiátrica, com o objetivo amplo de possibilitar a reabilitação psicossocial de pacientes com transtornos psiquiátricos e evitar a sua institucionalização (ASSIS et al., 2013, Brasil, 2017). Quando um paciente é acolhido no CAPS, é escolhido um dos profissionais de nível superior disponíveis para fazer o seu acompanhamento na instituição. A partir de então, esse profissional passa a ser chamado de o “técnico de referência” (TR) do caso. O TR traça um conjunto de medidas para o tratamento do paciente de forma individualizada, o que é chamado de Plano Terapêutico Singular (PTS). Os profissionais contratados para essa função de TR incluem psicólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros, entre outros.

O atendimento ao paciente poderá ocorrer na forma de atendimento individual, atendimento familiar ou atendimento em grupo. O atendimento individual é o atendimento como TR propriamente dito, em que o TR faz a escuta da história e das demandas do paciente e de sua família. O atendimento é levado então para discussão em grupo, que costuma ocorrer semanalmente. A discussão serve tanto para o plano terapêutico para o paciente (inserção no CAPS ou encaminhamento para outro serviço) quanto para troca de ideias sobre casos mais difíceis com a equipe, ao longo do tratamento. Os TR mantêm atendimentos individuais periódicos dos casos mais instáveis ou atendem a pedido do paciente a qualquer momento do tratamento. Uma grande parte dos atendimentos individuais e de família consiste na psicoeducação sobre aspectos mais básicos da doença, ou a aceitação do diagnóstico por parte do paciente e sua família, o que, muitas vezes, é um processo longo e difícil (Villares et al., 1999). Já os atendimentos em grupo podem ser das mais variadas modalidades, dependendo das qualificações dos TRs na unidade e das demandas da população atendida. Podem consistir em grupos de artesanato, grupo de artes, rodas de conversa, grupos de psicoterapia (em geral ministrados por psicólogos) e grupos de atividade física (em geral ministrados por educadores físicos), entre outros. Nesses grupos, o TR pode trabalhar na função na qual foi formado, incluindo profissionais da educação, como os educadores físicos. A inserção de mais profissionais da educação para exercício apenas como educadores e não como TR poderia ajudar em muito o funcionamento de tais grupos, que poderiam oferecer um aprendizado mais eficiente para os pacientes, pelo fato de este estar sendo ministrado por profissionais da área que está sendo abordada, e sem o fardo de conciliar o atendimento em grupo com os atendimentos individuais como TR.

A definição do “normal”: neurose x psicose

A ideia do transtorno mental como fuga da realidade ou catarse vale para alguns pacientes e em algumas fases específicas da doença. Na maior parte, porém, predominam

os sintomas “negativos” (no caso da esquizofrenia), ou depressivos, e os sintomas ansiosos (Torgalsbøen; Rund, 1998). Enquanto os sintomas maníacos e psicóticos são bem controlados com medicamentos, os sintomas depressivos e ansiosos tendem a se tornar crônicos e, muitas vezes, permanentes. Nesse contexto, predominam nos pacientes que sofrem com pensamentos catastróficos, ideias persecutórias e ideação suicida. Uma grande parte dessas pessoas padece de delírios místico-religiosos, com ideias tipicamente diferentes daquelas dos pares que fazem parte da mesma religião (APA, 2013). Tipicamente, esses delírios místico-religiosos estão carregados de conteúdo persecutório (exemplo, um paciente evangélico que desenvolve ideias persecutórias contra pessoas de religião de matriz africana). Alguns estudiosos de religião identificam uma tendência de leituras “patologizantes” de experiências religiosas minoritárias. O psiquiatra e os demais profissionais de saúde deverão estar cientes desse viés para que os mesmos erros do passado não sejam novamente cometidos – como, por exemplo, práticas mediúnicas serem rotuladas como “loucura” (Koenig, 2007).

As portarias do CAPS tratam do atendimento de pacientes “psicóticos e neuróticos graves” (Brasil, 2017). Para médicos clínicos-gerais, psicólogos e psiquiatras, é fundamental distinguir entre um transtorno “neurótico” (o paciente está com o juízo de realidade preservado) e um transtorno “psicótico” (o paciente se encontra fora da realidade). No entanto, essas condições podem mudar ao longo da vida do paciente, em parte, devido à eficácia dos antipsicóticos para esses sintomas. Além disso, essas condições podem coexistir no mesmo paciente, por exemplo, um transtorno de ansiedade social (considerado transtorno neurótico) em comorbidade com um transtorno delirante persistente (considerado um transtorno psicótico). Algumas correntes da psicanálise preferem falar de “núcleos psicóticos”, presentes em todas as pessoas. Uma pessoa “neurótica” estaria apenas com os núcleos psicóticos sobre “controle” de um ego bem estruturado (Calazans; Reis, 2014). A pessoa neurótica (em termos leigos, uma pessoa “normal”) é capaz de autocrítica e de *insight*, mas nunca de um *insight* total. Nesse sentido, sempre haveria algo de psicótico em todas as pessoas (Dalgarrondo, 2019).

Neste contexto, verifica-se que uma grande parte dos pacientes com transtorno psiquiátrico teria algum potencial para refletir sobre suas crenças particulares delirantes, incluindo as crenças religiosas. Sabe-se que um dos critérios diagnósticos dos transtornos delirantes é justamente seu caráter particular, destoando das crenças predominantes do seu meio cultural (APA, 2013). O cientista da religião poderia auxiliar o paciente nessa reflexão sobre as diferenças entre os seus próprios delírios ou vivências e as crenças da religião ou do grupo religioso que ele professa ou que frequenta. O cientista da religião poderia, ainda, propiciar a reflexão sobre o caráter “não religioso” de alguns dos delírios do paciente, como em casos de delírios carregados de uma visão negativa de si próprio e das outras pessoas, que seriam incompatíveis com as prerrogativas da “fé”. Esse trabalho poderia levar, enfim, o paciente a uma maior autoaceitação e autocompreensão, contribuindo significativamente para o seu tratamento. Segundo Rogers (1997), o ser humano é um organismo em busca de equilíbrio, que evolui para um eu empático e realista quando encontra um ambiente adequado. Esse é o “paradoxo humanista”: “quando me sinto aceito, eu mudo”.

O papel da religião na resistência ao tratamento

Um grande obstáculo para o cuidado em saúde mental é a “psicofobia”. “Psicofobia” é um termo novo, utilizado para designar o preconceito contra portadores de transtornos mentais (Buchli et al., 2019). Foi impressionante, ao trabalhar em um CAPS, a experiência que tive de observar o quanto os pacientes sofrem com uma espécie de “psicofobia internalizada”. A maior parte dos pacientes psicóticos tem a exata noção de como a doença é vista pela sociedade. Ao mesmo tempo em que se apegam a convicções delirantes, expressam resistência a aceitar o seu diagnóstico, boicotando o tratamento de diversas formas. Uma reação frustrante é não aceitar nenhum tipo de abordagem ou tratamento em grupo, pois a presença de outras pessoas com “o mesmo problema, ou com problema pior” desencadeia mais reações negativas da sociedade. Nesses casos, a religião pode ser um fator complicador, em especial se o grupo que o paciente frequenta propaga ideias antipsiquiatria, dizendo que o seu problema é “espiritual”. Além disso, nas crises, muitos pacientes desistiram de frequentar seus grupos religiosos, os quais eram seu principal ponto de apoio social, pela perda da fé e do prazer nas interações sociais, características do próprio transtorno.

As religiões tendem a fomentar teorias da conspiração, e, na maioria das vezes, os profissionais da saúde não são treinados especificamente para abordar esta questão (Franks et al., 2017). O pensamento conspiracionista é pervasivo, pois faz parte de um complexo instinto de sobrevivência. Para questionar uma teoria de conspiração à qual o paciente seja muito apegado, é necessário um contexto de psicoterapia em que o ele sinta um grau de confiança suficiente para poder se “desarmar” e, assim, acolher os questionamentos do terapeuta. Para a maioria dos pacientes nessa condição, só será possível questionar determinadas teorias conspiratórias em um contexto de psicoterapia individual e após um tempo considerável de tratamento (Gabbard, 2016). A partir do momento em que o paciente psicótico se percebe como membro de uma minoria discriminada, este simples fato pode exacerbar a sua ideação paranoide, o que explica a forte negação do diagnóstico verificada em pacientes psicóticos, em especial os de cognição mais bem preservada e maior escolaridade (Pearce et al., 2019).

“Professor de religião”: uma possível inovação para o CAPS

A proposta de inserção dos cientistas da religião no CAPS deve ser enfática na sua função enquanto educadores, e não ser confundida em nenhum momento com a função de teólogo. A teologia é um estudo confessional, sobre uma única dada tradição (Stigar et al., 2014). O estudo comparado das religiões, em contrapartida, é constituinte básico dos cursos de formação de cientistas da religião. O paciente poderá sentir que, no seu processo terapêutico, a sua crença religiosa “original”, aquela que ele compartilhava com sua comunidade antes do transtorno, poderá ser questionada. Poderá, eventualmente, optar por mudar de religião, ou de uma seita dentro da mesma religião, ou ainda optar por não seguir nenhuma crença. Não importa qual caminho o paciente escolherá seguir, ele estará estruturando suas defesas, fortalecendo o seu ego, e o cientista da religião

ficará neutro quanto a este processo, assim como todos os demais profissionais (Rogers, 1997). Desta forma, fica evidente que um cientista da religião é mais adequado que um teólogo para exercer esta função.

Por fim, o conceito de “professor de religião”, sem professar uma determinada crença, poderá ser, por si só, um grande avanço para muitos pacientes, ao fazer entender o contexto da sua religião como uma entre as diversas possíveis. Poderá, para muitos pacientes e familiares, ser o primeiro contato com o conceito de laicidade, sendo discutido e aplicado na prática. Para muitos pacientes, a sua religião é o maior estímulo para leitura e busca de conhecimento, e encontrar um espaço para reflexão e estudo fora do ambiente religioso (e com liberdade de pensamento) poderá ser extremamente gratificante.

Exemplo de grupo de estudos de ensino religioso em um CAPS

Facilitador: Professor com licenciatura em ciência da religião, colaborando em um CAPS, sem a atribuição de profissional de referência (apenas atividade em grupo).

Sujeitos: pacientes inseridos no CAPS, estabilizados, com PTS (plano terapêutico singular) prevendo frequência de no mínimo uma vez por semana no CAPS, necessitando, assim, de atividades para melhor aproveitamento deste período. Reuniões em grupo de pacientes selecionados na reunião de equipe, a qual julgará se determinados pacientes têm perfil adequado para este tipo de atividade ou que dela mais se virão a beneficiar, dentro do seu PTS. O número mínimo e máximo de participantes e a periodicidade são definidos entre o profissional da educação e a equipe multidisciplinar. Idealmente, o professor deverá fazer o grupo acompanhado de um dos profissionais de referência do CAPS.

A seguir, nomeio 4 pacientes hipotéticos, que teriam um perfil para esta atividade:

- Sara, 55 anos, umbandista, encaminhada por colegas do próprio terreiro que frequentava por causar constrangimento ao relatar vivências completamente incompatíveis com a crença religiosa que o grupo professa.
- Joel, 22 anos, internado após ficar vários dias perambulando pelo bairro pregando sobre a segunda vinda de Jesus Cristo. Foi levado ao hospital por familiares, que, mesmo sendo da mesma igreja, perceberam o excesso, com aumento da energia e diminuição da necessidade de sono.
- Luiz 19 anos, procedente do CAPS Infante Juvenil, diagnóstico de autismo leve e episódios depressivos com tentativas de suicídio, sendo que seu único interesse é a leitura da Bíblia.
- Maria, 45 anos, uma internação por episódio de alteração de comportamento após supostamente ter sido vítima de assédio sexual por parte do pastor de sua igreja.

Plano de aula: idealmente associando breves aulas expositivas (de, no máximo, 15 minutos) com roda de conversa nas quais os pacientes trocam suas vivências.

Objetivos:

Geral: exercitar a interação em grupo, a cordialidade e respeito para com o pensamento do outro.

Específicos: ao facilitador caberá clarificar valores éticos e humanísticos em comum entre as religiões professadas entre os membros do grupo e o respeito mútuo entre as crenças.

Além de uma questão ética, clarificar que há um motivo pragmático para esse “respeito”: não é possível confirmar, objetivamente, as “verdades” do mundo sobrenatural. De forma mais geral, nenhum ser humano e nenhum sistema de crenças possuem a verdade absoluta.

Conclusão

Pela ética médica e pelos princípios de Hipócrates, os médicos não podem entrar no escopo da religião. Porém, os pacientes precisam, sim, de um apoio no que concerne a questões relativas à fé. Uma grande parcela dos pacientes psiquiátricos possui alguma capacidade de refletir sobre as relações e contradições entre suas crenças delirantes (ou “núcleos psicóticos”) e sua confissão religiosa. A inserção do cientista da religião no CAPS faria parte de uma proposta maior, de inserção de profissionais de educação em função diferente de TR, utilizando seus saberes adquiridos na graduação para possibilitar o progresso de determinadas capacidades do paciente e de seus familiares, levando a uma maior resiliência no enfrentamento do transtorno mental.

Por fim, aproveito esta oportunidade para fazer um chamado aos médicos, para que sigam a tradição hipocrática, e aos cientistas da religião para que cooperem tanto com médicos quanto com os pacientes na saúde mental.

Referências

AIELLO, A.; LARSON, E.; SEDLAK, R. The health revolution: Medical and socioeconomic advances. *American Journal of Infection Control*, 36 (10 Suppl): S116-27, 2008.

ALLSOPP, K.; READ, J.; CORCORAN, R.; KINDERMAN, P. Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, 279: 15, 2019.

ASSIS, J.; BARREIROS, G.; CONCEIÇÃO, M. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latino-americana de Psicopatologia*, v. 16, n. 4, pp. 584-596, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing, Inc, 2013.

BEN-SHACHAR, D.; BONNE, O.; CHISIN, R.; KLEIN, E.; LESTER, H.; AHARON-PERETZ, J.; YONA, I.; FREEDMAN, N. Cerebral glucose utilization and platelet mitochondrial complex I activity in schizophrenia: A FDG-PET study.

Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, v. 31(4), pp. 807-813, 2007.

BENINCASA, M.; REZENDE, M. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. Boletim de Psicologia, v. 56, n. 124, São Paulo, pp. 93-110, 2006.

BEREZIN, R. Psychotherapy of Character: The Play of Consciousness in the Theater of the Brain. Tucson: Wheatmark, 2013.

BOYD, J. A psychodynamic approach to screening for the metabolic syndrome. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, v. 33(4): 671-82, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.216/2001. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 3, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2017.

BUCHLI, G.; LOURENÇO, H.; SANTOS, K.; PARREIRA, K. Psicofobia: percepção da saúde mental em estudantes de medicina. Revista saúde multidisciplinar, v. 6, n. 2, 2020.

CALAZANS, R.; REIS, L. O conceito de paranoia em Freud. Psicologia científica, v. 34, n. 1, Brasília, pp. 80-95, 2014.

CANAVÊZ, F.; HERZOG, R. De Freud a Deleuze: os descaminhos da resistência. Paidéia, v. 21, n. 48, Rio de Janeiro, pp. 111-118, 2011.

CARTER, H. Confronting patriarchal attitudes in the fight for professional recognition. Journal of Advanced Nursing, 19(2): 367-72, 1994.

CORRIGER, A.; PICKERING, G. Ketamine and depression: a narrative review. Drug design, development and therapy, v. 13, pp. 3051-3067, 2019.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2019.

EL-MALLAKH, R.; GAO, Y.; ROBERTS, J. Tardive dysphoria: the role of long term antidepressant use in-inducing chronic depression. Medical Hypotheses, v. 76 n. 6, pp. 769-773, 2011.

FITTON, V. Fitton Attachment theory: history, research, and practice, Psychoanalytic Social Work, v. 19: 1-2, pp. 121-143, 2012.

FRANKS, B.; BANGERTER, A.; BAUER, M.; HALL, M.; NOORT, M. Beyond “monologicality”? Exploring conspiracist worldviews. Frontiers in Psychology, v.8 (861) pp.1-16, 2017.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria (1893 – 1895). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GABBARD, G. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GARRISON, F.. History of Medicine. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1966.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência saúde coletiva*, v. 14. Rio de Janeiro, pp. 297-305, 2009.

JONES, W. Hippocrates Collected Works I. Cambridge Harvard. 1868.

KOENIG, H. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 34, n. 1, São Paulo, pp. 40-48, 2007.

LANCET, U. ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, v. 361, pp. 799-808, 2003.

LEFF, S.; LEFF, V. From witchcraft to world health. Londres: Lawrence & Wishart, 1956.

LEUCHT, S.; TARDY, M.; KOMOSSA, K.; HERES, S.; KISSLING, W.; SALANTI, G.; DAVIS, J. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review. *Lancet*, 2; 379 (9831): 2063-71, 2012.

LÉVI-STRAUSS, C. O Feiticeiro e sua Magia. In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975, p. 194.

MACKENBACH, J. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 49 (11), pp. 1207-1213, 1996.

MALUF, S. Eficácia Simbólica: dilemas teóricos e desafios etnográficos. In *Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde*. Salvador, EDUFBA, 2012, p. 29.

MENEGATTI-CHEQUINI, M., MARALDI, E., PERES, M., LEÃO, F., VALLADA, H. How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, pp. 58-65, 2018.

PEARCE, J.; RAFIQ, S.; SIMPSON, J.; VARESE., F. Perceived discrimination and psychosis: a systematic review of the literature. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, v. 54, pp. 1023–1044, 2019.

PENZES, P.; CAHILL, M.; JONES, K.; Van LEEUWEN, J.; WOOLFREY, K. Dendritic spine pathology in neuropsychiatric disorders. *Nature neuroscience*, 14 (3), pp. 285-93, 2011.

ROGERS, C. Tornar-se Pessoa. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SAKEL, M. The methodical use of hypoglycemia in the treatment of psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 151(6): 240-47, 1994.

DOS SANTOS, M. A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. *Temas em psicologia*, v. 2, n. 2. Ribeirão Preto, pp. 13-27, 1994.

SANTOS, A. O sofrimento psíquico e neopentecostalismo – a identidade religiosa e a cura na sociedade de consumo e do espetáculo. 121f. Dissertação (mestrado em Psicossociologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SIEGEL, B. *Love, medicine, & miracles: lessons learned about self-healing from a surgeon's experience with exceptional patients*. New York: Harper & Row, 1986.

SØRENSEN, A.; RUHÉ, H.; MUNKHOLM, K. The relationship between dose and serotonin transporter occupancy of antidepressants – a systematic review. *Molecular psychiatry*, v. 27, n. 1, pp. 192-201, 2022.

SHWED, H.; KUVIN, S.; BALIGA, R. Medicaid audit: Crisis in confidentiality and the patient-psychiatrist relationship. *American Journal of Psychiatry*, v. 136, n. 4A, pp. 447-450, 1979.

STAHL, S.; BRILEY, M. Understanding pain in depression. *Human Psychopharmacology: clinical & experimental*, v.19, pp. 9-13, 2004.

STIGAR, R.; ROCHA, TORRES V.; RUTHES, V. Ciência da Religião e Teologia: há diferença de propósitos explicativos? *Kerygma* v. 10 n. 1, pp. 139- 151, 2014.

TFOUNI, F.; SILVA, N. modernidade líquida: o sujeito e a interface com o fantasma. *Revista Mal-Estar Subjetivo, Fortaleza*, v. 8, n. 1, pp. 171-194, 2008.

TORGALSBOEN, A.; RUND, B. “Full recovery” from schizophrenia in the long term: a ten-year follow-up of eight former schizophrenic patients. *Psychiatry*, v. 61, n. 1, pp. 20-34, 1998.

TURNER, T. Rich and mad in Victorian England. *Psychological medicine*, v. 19, n. 1, pp. 29-44, 1989.

VILLARES, C.; REDKO, C.; MARI, J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 1, pp. 36-47, 1999.

WARTOLOWSKA, K.; COLLINS, G.; HOPEWELL, S.; JUDGE, A.; DEAN, B.; ROMBACH, I.; BEARD, D.; CARR, A. Feasibility of surgical randomized controlled trials with a placebo arm: a systematic review. *British Medical Journal Open*, v.6 (3): e010194, pp. 1-9, 2016.

Submetido em: 09/01/2022

Aprovado em: 05/10/2022

Editor responsável: Fábio L. Stern