

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**INALDO RIBEIRO DE SOUZA
MARIA MARTA LIRA DOS SANTOS**

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL EM
USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I (CAPS I) DE
MIRINZAL-MA NO PERÍODO 2006 – 2010: relato de caso**

São Luís
2011

**INALDO RIBEIRO DE SOUZA
MARIA MARTA LIRA DOS SANTOS**

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL EM
USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I (CAPS I) DE
MIRINZAL-MA NO PERÍODO 2006 – 2010: relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Esp. Francisco de Assis Reis Frazão.

São Luís
2011

**INALDO RIBEIRO DE SOUZA
MARIA MARTA LIRA DOS SANTOS**

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL EM
USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I (CAPS I) DE
MIRINZAL-MA NO PERÍODO 2006 – 2010: relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do
LABORO – Excelência em Pós-
Graduação/Universidade Estácio de Sá,
para obtenção do título de Especialista em
Saúde Mental.

Aprovado em: / / .

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Francisco de Assis Reis Frazão (Orientador)
Mestrando em Psicanálise
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Prof^a Mestre Janete Valois Ferreira Serra
Mestre em Psicologia Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

AGRADECIMENTOS

A Deus, Autor e Consumador da fé.

Ao Prof. Francisco de Assis Reis Frazão, pela orientação segura.

Às nossas famílias, pelo apoio e torcida.

Ao Coordenador do CAPS I de Mirinzal , Marlon Machado Costa, e a todos os colegas da equipe multidisciplinar e demais colaboradores da equipe.

Aos usuários do serviço de Saúde Mental do CAPS I de Mirinzal.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para elaboração deste trabalho.

“Minha opinião é que as religiões se acham tão próximas da alma humana, com tudo quanto elas são e exprimem, que a psicologia de maneira alguma pode ignorá-las.”

(C.G.Jung)

RESUMO

Análise da relação entre Religiosidade e Saúde Mental em usuários do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de MIRINZAL-MA no período 2006 – 2010. Realiza-se um levantamento das principais religiões do Maranhão faz-se relação com a religiosidade da Baixada Maranhense, formando um pano de fundo para a pesquisa do tema proposto. Relaciona a Saúde Mental com o fenômeno religioso, citando alguns teóricos da Saúde Mental (psicólogos e psiquiatras) que foram importantes no desenvolvimento histórico deste tema e a avaliação diante da religião. Faz a caracterização da formação do município de Mirinzal com levantamento populacional a formação e o desenvolvimento do Centro de Referência Psicossocial de Mirinzal (CAPS I). Investiga a existência da relação entre a religião e a psicopatologia dos usuários (as) do CAPS I de Mirinzal no período 2006 – 2010. Analisa-se a partir dos dados coletados e do confronto dos resultados da pesquisa de campo com referencial teórico em busca do objetivo proposto.

Palavras-chave: Saúde Mental. Religião. CAPS.

ABSTRACT

Analysis of the relation between Religiosidade and Mental Health in users of the Center of Attention Psychosocial I (CAPS I) of MIRINZAL - MA It in period 2006 - 2010. A survey of the main religions of the Maranhão becomes making relation with the religiosidade of the Lowered Maranhense, forming a cloth of deep for the research of the considered subject. It relates the Mental Health with the religious phenomenon, citing some theoreticians of the Mental Health (psychologists and psychiatrists) that they had been important in the historical development of this subject and the evaluation that had had ahead of the religion. It makes the characterization of the formation of the city of Mirinzal with population survey the formation and the development of the Center of Reference Psychosocial de Mirinzal (CAPS I). It investigates the existence of the relation between the religion and the psicopatologia of the users of CAPS I of Mirinzal in period 2006 - 2010, Analyze from the collected data and of the confrontation of the results of the research of field with theoretical referential in search of the considered objective.

Keywords: Mental health. Religion. CAPS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Quadro geral dos usuários do CAPS I – Mirinzal – MA	25
Tabela 2	Quadro geral II dos usuários do CAPS I – Mirinzal – MA	26
Tabela 3	Relação entre Retardo Mental (RM) / Religião	28
Tabela 4	Relação entre Esquizofrenia/Religião	29
Tabela 5	Relação entre Distúrbios do Humor / Religião	30
Tabela 6	Relação entre Transtornos de Ansiedade / Religião	30
Tabela 7	Relação entre Substâncias Psicoativas (SPA's) / Religião	31
Tabela 8	Relação entre Transtorno obsessivo-compulsivo (T.O.C.) / Religião ...	32

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial I
CID 10	Código internacional de Doenças - 10 ^a edição
R.M.	Retardo Mental
RAB	Religiões Afro-brasileiras
SPA's	Substâncias Psicoativas
TOC	Transtorno Obsessivo-compulsivo
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Geral	13
3.2 Específicos	13
4 RELIGIÃO NO MARANHÃO	14
4.1 O Catolicismo e Protestantismo	14
4.2 O culto afro-brasileiro no Maranhão	15
5 RELAÇÃO DA SAÚDE MENTAL COM O FENÔMENO RELIGIOSO	17
6 RESULTADOS DA PESQUISA, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	22
6.1 Caracterização do CAPS I de Mirinzal – MA	22
6.2 O Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Mirinzal	23
6.3 Análise e Interpretação dos Dados	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	37

1 INTRODUÇÃO

Souza (2004, p. 63), que analisa as crenças religiosas em estudantes de psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), portanto futuros profissionais da Saúde Mental, enfatiza que não se pode de forma nenhuma deixar a temática da religiosidade humana num canto obscuro qualquer sem lhe dar o devido valor.

Como condição humana, percebida pela prática clínica em muitos momentos, a religiosidade é fator de significação para muitos pacientes que chegam até o serviço de Saúde Mental. Por isso a relevância de novamente pesquisar sobre a relação do fenômeno religioso, ou mesmo a religiosidade propriamente dita destes pacientes com os seus transtornos. A primeira pergunta que se impõe é: há ou não uma relação?

É certo que se encontram dificuldades de diversas ordens para incluir reflexões sobre religiosidade, fenômeno religioso ou fé no campo do conhecimento e em particular na saúde mental. Porém, alguns profissionais estão, cada vez mais, percebendo a religiosidade como fenômeno que ultrapassa a concepção de conhecimento adquirido e, desta forma, procuram estudá-la como condição humana, como modo-de-ser-no-mundo, como possibilidade do “ser” humano, daquele que chega até ao serviço de saúde, bem como daquele que tem o cuidado terapêutico nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ancona-Lopes (apud MASSIMI; MAHFOUD, 2003, p. 72 - 76) cita quatro motivos para se considerar a religiosidade dos clientes da clínica psicológica (aqui relaciona-se o mesmo fenômeno à Saúde Mental), como imprescindível. E, no caso desta pesquisa, são assuntos de primeiro interesse. São eles: “[...] relevância da religião na cultura; incidência do fenômeno religioso na clínica psicológica; relações entre religiosidade e saúde mental e consideração dos valores na prática clínica”.

De outro modo, não é difícil perceber nos serviços da atenção básica e na saúde mental o quanto o fenômeno religioso pode ser um fator de ajuda pelos diversos fatores que são inerentes a ele: motivação pessoal, aceitação em um grupo, autodeterminação, etc. Por outro lado, não é de se negar que a outra face da moeda também se encontra presente nos usuários que expressam sua religiosidade como dimensão humana, mas esta às vezes torna-se elemento que dificulta o tratamento e a prevenção. Sendo assim, não se pode jamais deixar de compreender

este fenômeno. Estes motivos são os pontos norteadores que irão delimitar o objeto de observação e pesquisa deste trabalho, o que o torna pertinente e de certa forma uma contribuição, mínima, mas com sua importância.

Os resultados da pesquisa serão apresentados por meio dos dados que em seguida ao serem analisados sinalizam um universo religioso encoberto dos usuários do CAPS I de Mirinzal.

2 JUSTIFICATIVA

O tema deste trabalho surgiu durante os atendimentos feitos no Centro de Atenção Psicossocial de Mirinzal (CAPS). Era cada vez maior o número de pessoas que referiam pertencer a uma agremiação religiosa durante o acolhimento e até posteriormente nos grupos de apoio que eram feitos nas rotinas do CAPS. Compreendendo que o ser humano é um ser integral, em que todas as suas dimensões são importantes na compreensão deste ser humano, a equipe do CAPS começou então a formalizar no ato do atendimento inicial a questão do usuário pertencer a um determinado grupo religioso ou não. Desta forma, surgiu a necessidade de investigar se havia alguma possibilidade de relacionar os transtornos que estes usuários sofriam com as suas opções religiosas, pois cada vertente religiosa tem um modo todo próprio de ser, como está descrito logo abaixo.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Pesquisar a relação entre religiosidade e saúde mental e tecer considerações acerca dos valores na prática clínica dos Centros de Atenção Psicossocial I (CAPSI).

3.2 Específicos

- a) Perceber a relevância da religião na cultura e, por conseguinte, a incidência do fenômeno religioso nos serviços de saúde mental;
- b) Avaliar quanto o fenômeno religioso pode ser um fator de ajuda ou tornar-se elemento que dificulta o tratamento e a prevenção;
- c) Relacionar a religiosidade dos usuários do CAPS I de Mirinzal – MA com as psicopatologias diagnosticadas neste CAPS, observando o nível de relação entre o fenômeno religioso e a doença mental;

4 RELIGIÃO NO MARANHÃO

Por falta de literatura especializada sobre o fenômeno religioso especificamente na região conhecida como Baixada Maranhense, serão utilizados os dados da década de 90 fornecidos pelo IBGE relativos do Maranhão mais o que foi possível trazer da prática do atendimento dos técnicos de saúde mental do CAPS I de Mirinzal, junto com a pesquisa aos usuários deste CAPS.

O Censo de 1991 mostrou a distribuição religiosa do Maranhão, que apresenta a Igreja Católica Apostólica Romana com mais de 90% da população maranhense, seguida pelas outras Igrejas Cristãs (no Censo aparecem como Cristãs Reformadas as Evangélicas Tradicionais, Pentecostais e Neo-Pentecostais) aproximadamente 6,23% e das religiões mediúnicas com aproximadamente 0,30% (está incluído Espiritismo, Umbanda e Candomblé). Esta distribuição está diretamente relacionada com o Censo religioso do país, segundo o qual a Igreja Católica Romana é a maior religião brasileira, seguida dos protestantes e das religiões mediúnicas (IBGE, 1991).

4.1 O Catolicismo e Protestantismo

A história do catolicismo no Maranhão se confunde com a própria história de colonização e dominação no Estado. Isto porque o colonizador que chegou ao Estado trouxe junto consigo a religião de suas origens e esta era católica romana. O outro fator foi a vinda de sacerdotes católicos para o Estado a fim de dar aos colonos apoio espiritual, bem como a evangelização e catequese dos indígenas: “A exploração econômica da terra juntava-se à catequese” (ALENCAR, 1985, p. 48).

Até o último Censo do IBGE (1991), o catolicismo é a maior força religiosa no Estado (90,70%). Não é diferente na Baixada Maranhense, porém com um detalhe substancial, pois aqueles que participam dos cultos afro-brasileiros, muitas vezes se consideram católicos e por outros motivos não afirmam as práticas daquela vertente religiosa.

A história do protestantismo no Maranhão está muito relacionada com a história do médico americano George William Butler. Isto porque este médico também era um missionário da Igreja Presbiteriana dos Estados Unidos. Ferreira (1987, p. 31 - 34) informa que o Rev. Butler chegou em São Luis no último quarto do

séc. XIX : “O Rev. George Butler chegou a São Luís no dia 15 de maio de 1885” . Já em julho de 1887 era fundado o templo da Igreja Presbiteriana em São Luís: “Inaugurado a 26 de julho de 1887, era um monumento para a posteridade, o primeiro templo evangélico no Norte do Brasil”.

Seguindo o mesmo programa da evangelização do Brasil por parte das igrejas protestantes e reformadas, no Maranhão o desenvolvimento se deu como citado acima: em primeiro momento a fixação das igrejas cristãs históricas (presbiterianas, seguida das igrejas batistas), e em seguida a chegada da Igreja Pentecostal (Assembléia de Deus, Deus é Amor, Congregação Cristã do Brasil etc. Rolim (1985) registra o crescimento das Igrejas Protestantes no Maranhão principalmente pelo enorme crescimento das Igrejas Pentecostais. Registra ainda que de 1960 a 1970 houve um crescimento de 68,2% do número de pentecostais no Maranhão. Este mesmo autor acredita que o grande crescimento deste grupo dá-se por causa de sua distribuição nas camadas econômicas mais baixas da sociedade e pela fuga de grande quantidade de nortistas e nordestinos para o Maranhão devido à seca.

Atualmente, outro grupo mostra relativo crescimento são os chamados Neopentecostais (Igreja Universal do Reino de Deus, Igreja Internacional da Graça de Deus e outros), que, além das ênfases pentecostais já vistas acima, dão ainda muita ênfase à prosperidade financeira e às curas divinas.

4.2 O culto afro-brasileiro no Maranhão

Para falar de culto afro-brasileiro no Maranhão, é imprescindível se reportar ao trabalho da professora Mundicarmo Ferreti. Segundo esta pesquisadora, o Tambor-de-Mina, uma das várias manifestações do Candoblé é específica do Maranhão:

[...] surgiu na capital do Maranhão, se expandiu pelo Pará, Amazonas, outros Estados do Norte e para as capitais que receberam grande número de migrantes do Norte, como Rio de Janeiro e São Paulo. Embora hegemônico no Maranhão, o Tambor de Mina - Jeje, Nagô, Cambinda, foi sincretizado no passado com manifestação religiosa de origem indígena denominada Cura/Pajelança e com uma tradição religiosa afro-brasileira, surgida em Codó (MA), denominada Mata ou Terecô (FERRETI, 2004, p. 5).

As entidades recebidas no Tambor-de-Mina são bastante variadas: “No Tambor de Mina são cultuados voduns e orixás (africanos), gentis (nobres associados a orixás ou entidades africanas com nomes brasileiros) e caboclos (entidades surgidas nos terreiros brasileiros). Essas entidades são organizadas em nações e em famílias e possuem diferenças de idade bem marcadas. Mas, embora as mais velhas sejam mais prestigiadas, as mais novas (às vezes crianças) podem ser também “donas da cabeça” e podem ser recebidas em todos os toques, como: os gêmeos Tossá e Tossé e a princesa Sepazim, da família real do Dahomé (recebidos na Casa das Minas-Jejê); e Menino Da Lera (da família do Rei da Turquia) (FERRETI, 2004).

Assim como no resto do país, a religião afro-brasileira no Maranhão, em suas diversas manifestações, é bastante ligada ao catolicismo romano:

Além dos terreiros realizarem festas e rituais do catolicismo popular, como a *Festa do Espírito Santo*, *Queimação de Palhinhas do Presépio*, *Batismo* (na igreja ou no terreiro, com água benta), alguns ritos católicos são indispensáveis nas festas de voduns e encantados, como: *missa*, *procissão* e *ladainha* (em latim) (FERRETI, 2004, p. 6).

Este é um pequeno resumo que nos dá, mesmo de forma mínima um perfil da religiosidade maranhense, e que de certo modo nos ajuda a compreender também o perfil dos moradores da Baixada Maranhense, e de modo específico a região do município de Mirinzal.

5 RELAÇÃO DA SAÚDE MENTAL COM O FENÔMENO RELIGIOSO

A temática da religião, ou da religiosidade, ou mesmo do fenômeno religioso em saúde mental, é um assunto à primeira vista recente. Porém muitas disciplinas e ciências que atuam em saúde mental têm uma relação antiga com este fenômeno inerentemente humano. Basta lembrar, por exemplo, como este tema proporcionou os embates no princípio da psicanálise entre Sigmund Freud e Carl Jung e logo se percebe que não são áreas equidistantes.

Na verdade, o fenômeno religioso é tão antigo quanto a própria existência humana. Ellens (1986, p. 9), escreve que “[...] aparentemente ser religioso é inerente à condição humana”. Por conta disso, vários campos das ciências humanas têm investigado as manifestações religiosas e dedicado espaço maior nas pesquisas sobre a religiosidade humana, campo este antes restringido somente às pesquisas da Teologia, ciência que trata o tema da religião de uma forma mais central. A Psicologia e a Psiquiatria desde seus primeiros passos como ciências que investigam o mundo subjetivo e de significação, e os transtornos mentais e comportamentais também se preocuparam em investigar o fenômeno religioso. Ao comentar a obra *The Varieties of Religious Experience*, do psicólogo William James, Johnson (1964, p. 130), diz que: “A tese das *Varieties* é que, embora algumas manifestações religiosas pareçam tão absurdas quanto às doutrinas e teorias, a vida religiosa como um todo é a função mais importante do homem”. É a primeira iniciativa em busca de compreender o comportamento religioso e seu significado.

Com a obra de James, supracitada, inicia-se uma aproximação da Psicologia diante de uma nova abordagem: a Religião. Nome importante nesta investigação do fenômeno religioso pelo prisma psicanalítico é o do austríaco Sigmund Freud, que ao contrário de James e Jung, teve uma atitude negativa sobre o fenômeno religioso. Em 1907, Freud escreve um artigo intitulado “Os Atos Obsessivos e as Práticas Religiosas”, em que procura mostrar as semelhanças entre as neuroses obsessivas e as cerimônias religiosas. Nesta obra, Freud ressalta o sentimento de culpa e ansiedade criados tanto no homem religioso quanto no neurótico obsessivo quando ambos não conseguem cumprir, o neurótico obsessivo, as práticas repetitivas; e o homem da religião, as cerimônias religiosas. Desta forma, Freud relaciona de forma estreita sua teoria sobre a neurose com o comportamento religioso. Outra obra que Freud escreve dando suas interpretações sobre o

fenômeno religioso é uma que data de 1927, cujo título se chama “O Futuro de Uma Ilusão”, a partir do qual se popularizou a sua assertiva de que “a religião é a neurose obsessiva da humanidade”. Sobre esta obra, escreve Rosa (1992, p. 26): “[...] ele [Freud] defende a tese de que religião é uma ilusão, não necessariamente porque seja errada, mas porque leva o homem a evitar a dura realidade de suas próprias limitações humanas”. Ainda sobre esta obra descobrimos que o Pai da Psicanálise a escreveu diante de debates através de cartas com um teólogo e pastor evangélico suíço de nome Oscar Pfister, que é responsável por um profundo diálogo entre a Psicanálise e Religião. O trecho que mostra a afirmação acima se encontra nas *Cartas de Freud a Pfister* editado há pouco no Brasil evidencia claramente ao leitor os sentimentos e posturas de Freud em relação à religião, principalmente ao tratara com Pfister sobre o lançamento do *Futuro de Uma Ilusão*, diz o texto:

Nas próximas semanas sairá uma brochura de minha autoria, que tem muito a ver com o senhor. Eu já a teria escrito a tempo, mas adiei-a em consideração ao senhor, até que a pressão ficou forte demais. Ela trata – fácil de adivinhar – da minha posição totalmente contrária à religião (FREUD, 1998, p.146).

O livro provocou no pastor uma réplica e no ano seguinte do lançamento do *Futuro de Uma Ilusão*, Pfister escreveu um texto à Freud intitulado *A Ilusão de Um Futuro*, que se constituiu numa das mais duras críticas à interpretação religiosa psicanalítica. Pfister escreveu a Freud dizendo que a psicanálise, enquanto ferramenta pedagógica da vida anímica era a mais fecunda parte da psicologia que trata do assunto, mas se equivoca ao tentar dar uma visão de mundo aos homens. O importante em Freud em relação ao fenômeno religioso é que ele impulsionou uma corrente contínua de estudos psicológicos em termos psicanalíticos com muitos outros grandes da psicologia do começo do séc. XX. Carl Jung, Alfred Adler, Otto Rank, Erick From e outros exploraram o significado e a relação entre a Religião e a personalidade em termos psicanalíticos.

Cabe ao psiquiatra e psicólogo suíço Carl Gustav Jung o título de maior investigador do fenômeno religioso e sua relação com a saúde mental. Jung explorou com profundidade a relação do fenômeno religioso pelas lentes da investigação e interpretação psicológica. Para Jung (1985, p. 80), a religião como fenômeno humano e psíquico nasceu na alma humana e a ela está atrelada até os nossos dias: “As velhas religiões, com seus símbolos sublimes e ridículos,

carregados de bondade e crueldade, não nasceram do ar, mas da alma humana”. A temática da religião, ou “numinosidade”, como Jung designava o fenômeno religioso, era para este psiquiatra suíço o cerne de toda sua teoria psiquiátrica. Foi também um dos motivos de separação entre Jung e Freud. Freud numa carta enviada a Jung pede a este que não permita que “[...] a psicanálise sucumba à onda de vaso negro do ocultismo” (JAPIASSU, 1989, p. 138). A reação de Jung quanto às posturas de Freud sobre suas pesquisas referentes à *psique*, relacionando-a ao fenômeno religioso foi de ruptura e separação. Japiassu (1989, p. 139) nos informa que Jung acusou Freud de impor “[...] dogmatismo sem justificação científica”.

Jung, assim como Freud, tiveram na sua trajetória pessoal uma ligação muito estreita e forte com a religião, pois nasceu num lar protestante e seu pai era pastor protestante na Suíça. Para Jung, a religião está diretamente relacionada com seu conceito de inconsciente coletivo e de energia psíquica. Johnson (1964, p. 37) escreve acerca de Jung: “A experiência religiosa como ele a vê, constitui um impulso do inconsciente coletivo, de energias dinâmicas e símbolos de significado universal”. E ainda: “Contrariamente a Freud, que internaliza a religião como o produto dos desejos motivacionais subjetivos, Jung externaliza a religião como originária de fontes de energia inconsciente, além da consciência individual”. Neste trabalho procurou-se focalizar nas percepções de Jung sobre a religiosidade humana o caráter de alteridade que este autor deu a ela, o sentimento de relação com um “Deus” que o Homem manifesta, não como produto da ansiedade e da culpa, mas de *estar-com*, e de troca. Neste sentido quem mais aprofunda a percepção da religiosidade humana como desejo de relação é o filósofo e teólogo judeu Martin Buber. Von Zuben no prefácio da obra “Eu e Tu” de Buber ([19--?]) consegue perceber isto deste autor e escreve:

Eu e Tu não é simplesmente uma descrição fenomenológica das atitudes do homem no mundo ou simplesmente uma fenomenologia da palavra, mas é também e sobretudo uma ontologia da relação. Podemos dizer que a principal intuição de Buber foi exatamente o sentido de conceito de relação para designar aquilo que, de essencial, acontece entre seres humanos e entre o homem e Deus.

Tanto Buber ([19--?]) quanto Jung (1985) legaram para as ciências sociais e atualmente para as ciências da saúde, por tabela para a saúde mental a percepção da dimensão relacional da religiosidade humana e desta forma a relação existencial do homem com este totalmente Outro (como refere o teólogo suíço Karl

Barth), promovendo sentido e significação assunto que será explorado nesta pesquisa.

É o psiquiatra vienense Frankl (2002a) que traz de forma definitiva a questão da religiosidade de modo claro e inequívoco para o campo da investigação psicológica. Frankl (2002b) sobreviveu ao holocausto nos campos de concentração e, ressaltou-se, no pior deles, em Auschwitz. Relata sua trajetória neste campo numa de suas principais obras, intitulada em português de “Em Busca de Sentido: Um Psicólogo no Campo de Concentração”. Nesta obra, Frankl (2002b) descreve sentimentos e percepções de si mesmo e dos outros prisioneiros diante da situação-limite a que foram submetidos em Auschwitz, trazendo à tona a questão ontológica formulada pelo filósofo alemão Martin Heidegger sobre a existência humana de transcender àquela situação desumana, manter a liberdade interior e continuar com o senso de propósito da vida, apesar de tudo. Nas palavras de Frankl (1991, p. 62):

Uma característica da existência humana é sua transcendência. E o homem não transcende somente o mundo ao seu redor, mas também o seu ser no sentido de um supermundo.

É bom salientar que nem sempre nas obras de Frankl, o termo “espiritualidade” tem o sentido místico-religioso, que é focado neste trabalho; mas de “[...] capacidade inerentemente humana de buscar o desenvolvimento de sua subjetividade e vivência e de sua vivência interior.” (ANGERAMI-CAMON, 2003, p. 7). Frankl (1991, p. 105) fala de um supra-sentido um sentido último. Diz ele:

[...] que se requer da pessoa não é aquilo que alguns filósofos existenciais ensinam, ou seja, suportar a falta de sentido da vida; o que se propõe é antes suportar a incapacidade de compreender, em termos racionais, o fato de que a vida tem um sentido incondicional.

Sendo assim, a apreensão deste sentido último ultrapassa a razão e outra faculdade entra em cena: a capacidade de crer. O mundo religioso só é compreendido por aqueles que o vivem por esta outra categoria do pensar humano: a fé. Nestes termos, o *poder crer* torna-se condição humana, mesmo que não se creia em Deus, nos objetos religiosos e mesmo num sentido último, esta condição sempre se apresenta naquilo que se faz, nas relações que se estabelecem e no que se sente por outras pessoas na nossa existência histórica.

Hoje se encontram dificuldades de diversas ordens para incluir reflexões

sobre religiosidade, fenômeno religioso ou fé no campo da Saúde Mental. Porém, alguns profissionais de Saúde Mental estão cada vez mais percebendo que a religiosidade como fenômeno ultrapassa a concepção de conhecimento adquirido e, desta forma, procuram percebê-la como condição humana, como *modo-de-ser-no-mundo*, como possibilidade do “ser” humano, daqueles que chegam até os serviços de Saúde Mental, e de outra forma, percebem também como sujeitos religiosos além de cuidadores. Sendo assim, não se pode jamais deixar de compreender este fenômeno.

6 RESULTADOS DA PESQUISA, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para enriquecer o presente trabalho, mediante a complexidade e delicadeza da questão tratada, buscou-se na análise dos documentos dos usuários do CAPS I de Mirinzal (anamneses e outros), a contribuição de dados que foram tabulados segundo o interesse da pesquisa e serviram para as análises. Coletaram-se informações do período de 2006 a 2010, isto é, desde a fundação do CAPS até os dias atuais.

Foram usados os seguintes instrumentos: ficha de acolhimento, prontuários, anamneses. Os modelos dos instrumentos utilizados foram colocados em anexo para conhecimento de outros interessados.

Avaliaram-se os dados apenas dos usuários do CAPS I de Mirinzal que referiram pertencimento a algum grupo religioso, ficando de fora da análise àqueles documentos de usuários que não referiram pertencimento a alguma agremiação religiosa, ou em cujas fichas foi omitido este detalhe.

Todas as tabelas de onde se extraíram os resultados estão em anexo. Logo, far-se-á referência a elas, sem, contudo, apresentá-las no corpo do trabalho. As interpretações seguem a apresentação dos resultados. Outra observação importante são as legendas, tanto das principais psicopatologias e também das religiões que se apresentaram, que estão colocadas algumas vezes de forma abreviada. Para isso também conta como anexo uma tabela com as psicopatologias e religiões e suas abreviaturas para melhor compreensão das tabelas. Neste sentido é que se colocam as questões a partir das análises dos resultados da pesquisa.

6.1 Caracterização do CAPS I de Mirinzal - MA

Para melhor entendimento da pesquisa será feito um breve resumo da formação do município de Mirinzal e a formação do CAPS deste município.

O histórico da formação do município de Mirinzal, segundo o IBGE (2010) deu-se em primeiro lugar pela habitação dos indígenas que foram se afastando na medida em que os “civilizados” começaram a ocupar o espaço geográfico em que viviam. Estes vieram de municípios vizinhos, os pioneiros do desbravamento, explorando a lavoura como atividade principal, tendo sido dada certa ênfase ao plantio da cana de açúcar. No tocante ao extrativismo vegetal, há que se ressaltar a

extração de madeira, encontrada em grande quantidade.

Talvez pela sua má localização, o povoado não teve um crescimento normal, já que a comunicação com outros centros era bastante problemática, o que dificultou, sobremaneira, o seu progresso. Mesmo assim, havia grande interesse dos moradores pela emancipação do povoado, pois seria a única maneira de conseguir o desenvolvimento do lugar. Pela Lei 2.175, de 26 de dezembro de 1961, foi elevada à categoria de município com a denominação de Mirinzal. A área integrante do atual município foi desmembrada de Guimarães Sede no antigo distrito de Mirinzal expovoado. A população de Mirinzal segundo os registros iniciais do Censo realizada pelo IBGE (2010) é a seguinte (Quadro 1):

Código do município	Nome do município	Total da população 2000	Total de homens	Total de mulheres	Total da população urbana	Total da população rural	Total da população 2010
2106805	Mirinzal	13.005	7.286	6.927	9.031	5.182	14.213 ¹

Quadro 1: População de Mirinzal
Fonte: IBGE (2010)

Pelo Quadro 1 podem-se perceber algumas características sobre a população de Mirinzal: a população masculina no total é maior que a feminina, a população que reside na cidade (sede) é maior que a que está nos povoados que ficam localizados na zona rural e vivem do plantio de macaxeira, arroz e feijão (agricultura familiar) e na fabricação de farinha. A economia de Mirinzal deve-se basicamente do salário do funcionalismo público (municipal e estadual) e dos pequenos comércios da região. O crescimento em 10 anos da população foi de 9,28%, próxima da nacional que foi de 9,37% aproximadamente e menor que a maranhense que foi aproximadamente de 13,67% (IBGE, 2010).

6.2 O Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Mirinzal

O Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Mirinzal começou a funcionar em 2006 no Bairro do Alegre, onde até hoje estão suas instalações. O Centro fica em um lugar razoavelmente próximo ao centro de Mirinzal e

estrategicamente próximo às periferias de onde concorreu a maior parte dos atendimentos e demandas deste CAPS. O espaço físico é suficiente e atende a RDC 05/2002 que regula sobre as condições físicas para o funcionamento dos CAPS. Sendo um CAPS I, o Ministério da Saúde esclarece:

[...] é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Como CAPS I, o CAPS de Mirinzal basicamente tem como objetivo o atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. O horário de atendimento é de segunda à sexta de 8h às 17h. A equipe é formada por 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro e terapeuta organizacional), além de uma médica; e 6 profissionais de nível médio que são os administrativos e assistentes nas oficinas terapêuticas e operacionais.

Hoje possui uma demanda aproximada de 200 atendimentos mensais a usuários com os mais diversos transtornos mentais e comportamentais e das mais diferentes faixas etárias. Possui um espaço amplo para as oficinas e formação de grupos de apoio e terapêuticos, salas adequadas para atendimentos das várias clínicas.

6.3 Análise e Interpretação dos Dados

As Tabelas 1 e 2 revelam o quadro geral dos usuários - do CAPS I de Mirinzal em relação aos transtornos mentais e comportamentais diagnosticados neste CAPS, bem como o grupo religioso que cada usuário referiu. Não foi apresentado aqueles que por algum motivo não fizeram referência à sua agremiação religiosa. Percebe-se que quatro transtornos são mais evidenciados neste CAPS a partir das amostras colhidas nas fichas de acolhimento, anamneses e prontuários da Instituição. São eles, pela ordem: distúrbios do humor, transtornos de ansiedade,

esquizofrenia e retardo mental. Nesta tabela cada coluna não encerra apenas uma psicopatologia, mas todo o conjunto de psicopatologias que de alguma forma encontra-se representado pelos títulos anunciados, por exemplo: "esquizofrenia" compreende todo o espectro que no CID 10 (Código internacional de Doenças - 10ª edição) vai de F 20 a F 29. A mesma tabela mostra também que a maior concentração de usuários é do sexo feminino e está na faixa etária que vai de 36 a 60 anos, que corresponde a adultice propriamente dita.

Tabela 1 - Quadro geral dos usuários do CAPS I – Mirinzal - MA*

Sexo/ idade		Psicopatologias					Total	
		R.M.	Esquizofrenia	T.O.C.	Distúrbios do humor	Transtornos de Ansiedade		SPA's
Masculino	18-21	03	-	-	-	-	-	3
	22-35	12	12	-	5	8	5	42
	36-60	9	7	3	5	9	1	34
	+60	-	2	-	2	4	1	9
Subtotal		24	21	3	12	21	7	88
Femenino	18-21	4	-	-	-	-	-	4
	22-35	9	10	-	16	6	3	44
	36-60	7	15	-	12	16	-	50
	+ 60	-	-	-	9	5	-	14
Subtotal		20	25	-	37	27	3	112

* Foram excluídos os usuários que não referiram agremiação religiosa

Tabela 2 – Quadro geral II dos usuários do CAPS I – Mirinzal – MA*

Sexo/ Idade		Católicos	Religiões					Total
			Cristãs Históricas	Pentecostais	Neo Pentecostais	T.J.	R.A.B	
Masculino	18-21	3	-	-	-	-	10	3
	22-35	12	10	5	1	4	4	42
	36-60	13	7	4	2	4	4	34
	+60	6	1	-	-	-	2	9
Subtotal		34	18	9	3	8	20	88
Feminino	18-21	4	-	-	-	-	-	4
	22-35	7	10	6	2	6	3	44
	36-60	17	8	6	2	6	11	50
	+60	10	3	-	-	-	1	14
Subtotal		38	21	12	4	12	14	112

* Foram excluídos os usuários que não referiram agremiação religiosa

Outro dado importante nas tabelas acima citadas é que a maioria dos usuários é católica, o que faz relação direta com a população de Mirinzal que também é de maioria católica, seguida de cristãos de igrejas históricas (que no caso de Mirinzal são duas: Batistas e Cristãos Evangélicos); e de fiéis das religiões afro-brasileira.

A Tabela 1 mostrou também que é muito baixo o número de usuários com Transtorno obsessivo-compulsivo entre os que se declaram religiosos, sendo estes constituídos exclusivamente de homens. O número de usuários que fazem uso de álcool e outras drogas (que se encontra identificado pela sigla SPA's) que buscam o CAPS para atendimento e são religiosos também é baixo, sendo na grande maioria usuários do sexo masculino.

Neste primeiro momento, foi traçado apenas um perfil dos usuários sem fazer nenhuma relação imediata com o tema, apenas considerando para efeito da pesquisa os usuários que referem pertencer a algum grupo religioso formal.

Na Tabela 3 foi registrado o número de usuários das várias faixas etárias e de sexo diferente que foram diagnosticados pelo serviço médico da instituição como comprometidos por Retardo Mental (R.M.). Novamente se esclarece que esta sigla compreende os códigos que vão de F 70 a F 79 do CID 10 e que participam de um grupo religioso. Nesta tabela, registra-se que o maior número de usuários com retardo encontra-se entre os católicos. Em contrapartida não foi registrado nenhum do grupo conhecido como neopentecostal. Observa-se que a faixa que vai de 22 a 35 anos do sexo masculino foi a que mais concentrou o número de usuário com R.M. e a distribuição foi praticamente equitativa entre católicos e protestantes de igrejas históricas (Batistas, Cristão-Evangélicos e etc). A mesma situação de equivalência entre católicos e protestantes históricos acontece na faixa ligeiramente posterior (36 a 60 anos) do sexo masculino, e também nas faixas equivalentes do desenvolvimento psicossocial do sexo feminino. A diferença substancial que vai fazer a diferença final é a faixa de desenvolvimento de 18 a 21 anos, tanto do sexo masculino quanto feminino que tem números absolutos para usuários com retardo pertencendo ao catolicismo. É interessante observar que tanto o catolicismo quanto o protestantismo histórico são manifestações religiosas muito atreladas ao uso da razão em detrimento dos sentimentos. É a compreensão dos símbolos e da prática da fé que está em ênfase nestas correntes religiosas, diferente do pentecostalismo, por exemplo, onde os sentimentos e o êxtase religioso são mais evidenciados.

Tabela 3 - Relação entre Retardo Mental (RM) / Religião

Sexo/ Idade		R.M.	Religiões					R.A.B.
			Católicos	Cristãs Históricas	Pentecostais	Neo Pentecostais	T.J.	
Masculino	18-21	3	3	-	-	-	-	-
	22-35	12	4	3	1	-	2	2
	36-60	9	3	3	1	-	1	1
	+ 60	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal		24	10	6	2	-	3	3
Feminino	18-21	4	4	-	-	-	-	-
	22-35	9	4	2	1	-	2	-
	36-60	8	3	1	1	-	1	-
	60	-	-	-	-	-	-	1
Subtotal		21	11	3	2	-	3	1

Na Tabela 4 faz-se a relação da Esquizofrenia e a religião e diferentemente do quadro pintado acima sobre o Retardo Mental, esta tabela nos mostra que a maioria dos usuários comprometidos com esta psicopatologia são aqueles ligados primeiramente às Religiões Afro - Brasileiras (RAB) e também às Igrejas Pentecostais (no caso Assembléias de Deus, Congregação Cristã no Brasil e etc). Há alguns trabalhos científicos que estudam alterações da personalidade pela prática de doutrinas religiosas que favorecem o êxtase religioso como é o caso do pentecostalismo e das religiões afro-brasileira (BRUNO, 1983, p. 7). O que é interessante neste trabalho é o maior número de usuário que tem alteração de senso de percepção e sintomas psicóticos estarem relacionados com estas duas vertentes religiosas. Sabe-se também que estas matrizes religiosas por suas ênfases nos “dons divinos” (visões, profecias, oráculos e etc.) evocam com mais freqüência a criatividade e o imaginário das pessoas, ao contrário das religiões de reflexão como

o catolicismo e as igrejas cristãs históricas bem mais fundamentadas na razão e na exposição bíblica e nos dogmas. O que se apresenta neste trabalho quanto às psicopatologias com comprometimentos sensoperceptivos (alucinações auditivas e visuais, delírios e etc.) são mais encontradas em religiões que favorecem o êxtase.

Tabela 4 - Relação entre Esquizofrenia/Religião

Sexo/ idade		Esquizofrenia	Religiões					R.A.
			Católicos	Cristãs Históricas	Pentecostais	Neo Pentecostais	T.J.	
Masculino	18-21	-	-	-	-	-	-	-
	22-35	12	1	1	4	1	-	5
	36-60	7	1	-	2	2	-	2
	+60	2	-	-	-	-	-	2
Subtotal		21	2	1	6	3	-	9
Feminino	18-21	-	-	-	-	-	-	-
	22-35	10	2	1	4	-	-	3
	36-60	15	4	-	4	-	-	7
	+60	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal		25	6	1	8	-	-	10

Outro fato importante neste trabalho é que a maioria dos usuários que sofrem com distúrbios do humor e de transtornos de ansiedade ficam concentrados entre os católicos e os cristãos históricos (Tabelas 5 e 6). A diferença vai ser feita quando se compara o comprometimento em relação ao sexo. No transtorno de humor as mulheres encontram-se em maior número que os homens. Já no transtorno de ansiedade este número encontra-se razoavelmente equilibrado entre mulheres e homens.

Tabela 5 - Relação entre Distúrbios do Humor / Religião

Sexo/ Idade		Distúrbio do humor	Religiões					R.A.B.
			Católicos	Cristãs Histórica	Pentecostais	Neo Pentecostais	T.J.	
Masculino	18-21	-	-	-	-	-	-	-
	22-	5	2	3	-	-	-	-
	36-60	5	3	1	-	-	1	-
	+60	2	2	-	-	-	-	-
Subtotal		12	7	4	-	-	1	-
Feminino	18-21	-	-	-	-	-	-	-
	22-35	16	7	5	1	-	3	-
	36-60	12	5	4	-	-	2	1
	+60	9	7	1	-	-	1	-
Subtotal		37	19	10	1	-	6	1

Tabela 6 - Relação entre Transtornos de Ansiedade / Religião

Sexo/ Idade		Transtorno de Ansiedade	Religiões					R.A
			Católicos	Cristãs Históric	Pentecostais	Neo Pentecostais	T.J.	
Masculino	18-21	-	-	-	-	-	-	-
	22-	8	3	3	-	-	2	-
	36-60	9	4	2	1	-	2	-
	+60	4	3	1	-	-	-	-
Subtotal		21	10	6	1	-	4	-
Feminino	18-21	-	-	-	-	-	-	-
	22-	6	3	2	-	-	1	-
	36-60	16	4	3	1	2	3	3
	+60	5	3	2	-	-	-	-
Subtotal		27	10	7	1	2	4	3

Por último observa-se a relação dos usuários que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA's) - álcool e outras drogas - uma situação até de avaliação simples. Na Tabela 7 pode-se observar que apenas católicos e usuários das religiões afro-brasileiras possuem este comprometimento. A explicação possivelmente deve-se ao alto nível de instrução dentro das igrejas evangélicas de rejeição a todo tipo de vício (álcool e qualquer outra droga). Deste modo, a Tabela 9 vem só favorecer esta explicação.

Tabela 7 - Relação entre Substâncias Psicoativas (SPA's) / Religião

Sexo/ Idade		SPA's	Religiões					R.A.B
			Católicos	Cristãs Histórica	Pentecostais	Neo Pentecostais	T.J.	
Masculino	18-21	-	-	-	-	-	-	-
	22-35	5	2	-	-	-	-	3
	36-60	1	-	-	-	-	-	1
	+60	1	1	-	-	-	-	-
Subtotal		7	3	-	-	-	-	4
Feminino	18-21	-	-	-	-	-	-	-
	22-35	3	1	-	-	-	-	2
	36-60	-	-	-	-	-	-	-
	+60	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal		3	1	-	-	-	-	2

Apenas para constar, neste CAPS há pouca incidência de usuários com Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC). A Tabela 8 nos mostra apenas 3 casos dos 200 pesquisados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os capítulos antecedentes tiveram o objetivo de demonstrar pelo menos duas realidades para o tema discutido: primeiro, que o mundo dos homens é um mundo religioso, ou que faz parte da nossa condição humana a manifestação religiosa. Não que o homem é um ser religioso, mas que o homem pode ser religioso. Isto foi evidenciado de forma específica na referência inicial sobre os diversos grupos religiosos presentes no Maranhão.

Em segundo lugar, foi demonstrado também o quanto a Saúde Mental está de alguma forma ligada ao fenômeno religioso. Por isso, não se pode negar a sua compreensão, seja por aqueles que estão militando neste campo seja por aqueles que chegam até ao espaço da clínica trazendo suas queixas, suas ideologias e também, muitas vezes, sua inserção no mundo místico-religioso. E isto não se pode deixar passar como se fosse um elemento de somenos acerca daqueles que chegam até ao profissional de Saúde Mental e manifestam no seu *modo-de-ser* no mundo, sua religiosidade.

A pesquisa propriamente dita veio mostrar que no período de 2006 a 2010 o CAPS de Mirinzal mostrou um comportamento, no que tange ao perfil religioso dos usuários, bem específico. Algumas psicopatologias de algum modo estão muito relacionadas com o modo de ser religioso dos usuários. Isto ficou bem caracterizado quando foi comparada, por exemplo, a esquizofrenia (seus diversos tipos) com a agremiação religiosa dos usuários diagnosticados com este quadro nosológico. Percebeu-se que religiões que estimulam o êxtase religioso e o imaginário foram as que mais apresentaram usuários comprometidos com esta psicose. Já quanto ao estudo de usuários que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, não foi encontrado neste quadro nenhum usuário pertencente às igrejas evangélicas. Fato este como já foi posto acima, possivelmente relacionado com a forte instrução da rejeição aos vícios promovida por estas igrejas.

Isto mostra que de alguma forma o pertencer a um grupo religioso de alguma forma relaciona-se com as psicopatologias manifestas nestes usuários. Desta forma o CAPS de Mirinzal_ e por que não dizer qualquer serviço de saúde?_, para ter um atendimento integral daqueles que buscam estes serviços não pode jamais desconsiderar a dimensão religiosa destes usuários. Elas podem de algum modo auxiliar no cuidado, até mesmo porque algumas destas instituições religiosas

fazem parte da rede de apoio que assiste estes usuários, o que por si só já é um fator de ajuda. Isto de forma nenhuma implica uma “espiritualização do sistema de saúde”, mas significa atender o homem de modo integral, isto é, o homem em todas as suas dimensões.

Por último, este trabalho não pôde responder se de alguma forma as vertentes religiosas são promotoras de psicopatologias ou se os usuários buscam determinados perfis religiosos de acordo com seu transtorno. Pretender esta resposta aqui equivaleria a solucionar o enigma proposto na máxima popular: “quem nasceu primeiro o ovo ou a galinha?”. Esta pesquisa apenas sinaliza a relação da saúde/doença mental com o fenômeno religioso. Que ela sirva de reflexão para outros trabalhos que relacionem o fenômeno religioso com as doenças mentais. Isto já representa um ganho relevante para os pesquisadores.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Francisco. **História da sociedade brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1985.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Temas existenciais em psicoterapia**. São Paulo: Pioneira, 2003.

BUBER, Martin. **Eu e tu**. São Paulo: Centauro, [19- -?].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRUNO, Ronald Scott. **Parapsicologia, espiritismo e psicologia**. São Paulo: Casa Editora Presbiteriana, 1983.

ELLENS, J. Harold. **Graça de Deus e saúde humana**. São Leopoldo, RS: Sinodal, 1986.

FERREIRA, Edijéce Martins. **A bíblia e o bisturi**. 2. ed. São Paulo: Casa Editora Presbiteriana, 1987.

FERRETI, Mundicarmo. **Tambor**. 2004. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Augusta/1531/tambor.htm>>. Acesso em: 20 out. 2004.

FRANKL, Victor E. **A presença ignorada de Deus: psicoterapia e religião**. Petrópolis: Vozes, 2002a.

_____. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2002b.

_____. **A psicoterapia na prática**. Campinas, SP: Papyrus, 1991.

FREUD, Sigmund. **O futuro de uma ilusão**. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

IBGE. **IBGE cidade**. 2010. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>>. Acesso em: 6 jan. 2011.

JAPIASSU, Hilton. **Psicanálise**: ciência ou “contraciência”? Rio de Janeiro: Imago, 1989.

JOHNSON, Paul. **Psicologia da religião**. São Paulo: Aste, 1964.

JUNG, C. G. **Psicologia e religião**. Petrópolis: Vozes, 1985.

MASSIMI, Marina; MAHFOUD, Miguel (Org.). **Diante do mistério**. São Paulo: Loyola, 2003.

ROSA, Merval. **Psicologia da religião**. 3. ed. Rio de Janeiro: Juerp, 1992.

SOUZA, Inaldo Ribeiro. **Crenças religiosas em estudantes de psicologia da Universidade Federal do Maranhão / UFMA**. São Luís: EDUFMA, 2004.

APÉNDICE

APÊNDICE A - Quadro geral das abreviaturas das principais psicopatologias e regiões

Quadro 2: Quadro geral das abreviaturas das principais psicopatologias e regiões

PSICOPATOLOGIAS	ABREVIATURAS	RELIGIÕES	ABREVIATURAS
Retardo mental	RM	Testemunha de Jeová	TJ
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	TCC	-	-
Abuso de Substâncias Psicoativas	SPA's	Religiões Afro-brasileiras	RAB

APÊNDICE B – Ficha de Acolhimento



PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRINZAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ACOLHIMENTO

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Prontuário: _____
 Sexo: () F () M D.N. ____/____/____ Idade: _____
 Filiação: _____
 Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () Conv. Marital
 Naturalidade: _____ Ocupação: _____
 Escolaridade: _____ Nº de Filhos: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____ Responsável p/ Contato: _____
 Encaminhado por: _____

2- QUEIXA

3- HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL


4- HISTÓRICO PESSOAL

5- ANTECEDENTES FAMILIARES

6- ESTADO MENTAL

Consciência/orientação: _____
 Memória/atenção: _____
 Sensopercepção: _____
 Humor/afeto/contato: _____
 Pensamento/linguagem: _____
 Motricidade: _____
 A.V.D.s: _____

Apêndice D – Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial do Ministério da Saúde

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		fls. 1/2	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL					
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)				2 - CRES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
3 - NOME DO PACIENTE			4 - Nº DO PRONTUÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO	
8 - NOME DA MÃE		9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - CIDADE	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - UF		17 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - QTD	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)					
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		23 - QTD	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTD	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		29 - QTD	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTD	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		35 - QTD	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)					
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID10 PRINCIPAL		38 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
39 - OBSERVAÇÕES					
SOLICITAÇÃO					
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO		43 - ASSINATURA E CARIMBO Nº REGISTRO DO CONSELHO	
44 - DOCUMENTO		45 - Nº DOCUMENTO (Nº INSCRP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - Nº DOCUMENTO (Nº INSCRP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
47 - CRES		48 - CPF		49 - CPF	
AUTORIZAÇÃO					
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COI - CRES EMISSOR		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
49 - DOCUMENTO		50 - Nº DOCUMENTO (Nº INSCRP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		51 - Nº DOCUMENTO (Nº INSCRP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
52 - CRES		53 - CPF		54 - CPF	
55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		56 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO		57 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)					
54 - NOME PRÁTICO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)				55 - CRES	

Souza, Inaldo Ribeiro de.

A relação entre religiosidade e saúde mental entre usuários do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Mirinzal-MA no período de 2006-2010: relato de caso. Inaldo Ribeiro de Souza; Maria Marta Lira dos Santos. - São Luís, 2011.

42f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Saúde mental. 2. Religião. 3. CAPS. Título.

CDU 613.86